

CAPITULO VIII. Aún no estamos todas... a algunas no nos ven. Las mujeres en los hospitales psiquiátricos

Solana Yoma¹
Soledad Buhlman²
Jacinta Burijovich³

8.1. Introducción

Durante mucho tiempo, la dimensión de género ha estado excluida de las cuestiones relacionadas con la salud mental. La mayoría de los colectivos que luchan por la vigencia de los derechos humanos en salud mental ignoran el particular patrón de violencia y exclusión que sufren las mujeres internadas.

Existen diferentes sensibilidades hacia las mujeres y los varones en los centros de atención psiquiátrica que llevan a ver como “normales” situaciones que en realidad constituyen graves vulneraciones de derechos humanos. Si bien el tema de la violencia contra las mujeres se ha logrado colocar en el ámbito de lo público y se lo ha tomado como un problema para la sociedad en su conjunto, la situación de las mujeres en los psiquiátricos no ha sido visibilizada con la dimensión que la gravedad y la urgencia requieren.

Desde el año 2013, el Observatorio de Salud Mental y Derechos Humanos de Córdoba⁴ realiza informes anuales acerca de políticas públicas en salud mental y cómo éstas se traducen en prácticas concretas que afectan la vida de las personas. Mediante estrategias sistemáticas de producción de información, el Observatorio lleva a cabo una tarea de monitoreo y evaluación con el objeto de aportar a la discusión de políticas públicas con perspectiva de derechos humanos en la provincia.

En ese marco se produce este trabajo, para analizar y visibilizar la situación de triple discriminación que vivencian las usuarias de servicios de salud mental: por mujeres, por locas y por pobres y, sobre todo, el plus de padecimiento que el manicomio imprime sobre sus vidas.

¹ Becaria doctoral de CONICET en el Instituto de Investigación y Formación en Administración Pública (IIFAP, FCS-UNC). Docente de la Facultad de Psicología, UNC. Integrante del Observatorio de Salud Mental y Derechos Humanos de Córdoba.

² Licenciada en Psicología. Maestranda en Salud Mental, UNC. Integrante del Observatorio de Salud Mental y Derechos Humanos de Córdoba.

³ Docente-investigadora del Instituto de Investigación y Formación en Administración Pública (IIFAP, FCS-UNC). Vicedecana de la Facultad de Ciencias Sociales, UNC. Integrante del Observatorio de Salud Mental y Derechos Humanos de Córdoba.

⁴ El Observatorio de Salud Mental y Derechos Humanos es una organización de la sociedad civil conformada por un grupo de personas con diversas trayectorias e inserciones en el campo de la salud mental. Surge en el año 2011 motivado por la necesidad de contar con un sistema de información que permita conocer la transformación de los servicios de salud mental en la provincia de Córdoba a partir de la sanción de las actuales leyes de salud mental (Ley Nacional 26.657 y Provincial 9.848). Más información disponible en <http://observatoriosmyddhh.org/>

8.2. Los derechos de las mujeres en salud mental y discapacidad

En el marco de esta investigación, se realizó un análisis de los distintos documentos internacionales de derechos humanos en materia de salud mental y discapacidad aprobados por la Organización de Naciones Unidas⁵, la Organización Mundial de la Salud/Organización Panamericana de la Salud⁶, la Organización de Estados Americanos⁷ y la Comisión Interamericana de Derechos Humanos⁸. El objetivo fue conocer de qué manera se abordan e incluyen en estos documentos las problemáticas específicas de las mujeres.

Se registró que en la gran mayoría de estos instrumentos⁹ no se menciona en modo alguno a las mujeres y al género, aun cuando la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer¹⁰ es anterior a casi todos los documentos considerados.

Los mayores avances en el reconocimiento específico de la temática de género y de los derechos de las mujeres se identifican en el campo de la discapacidad/discapacidad psicosocial y en el marco de la Organización de Naciones Unidas.

Las “Normas Uniformes sobre la igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad”¹¹ establecen la necesidad de prestar especial atención a las mujeres, al considerarlas como un grupo vulnerable. Estas normas reconocen el derecho de las jóvenes y mujeres con discapacidad a ejercer libremente su sexualidad, a tener hijos/as, a acceder a información y a métodos de planificación familiar, así como a protegerlas del abuso sexual y otras formas de maltrato.

Por su parte, la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad¹² consigna las normas internacionales de derechos humanos más avanzadas en el campo de la salud mental, según un informe elaborado por el Alto Comisionado de las Naciones Unidas para

⁵ Declaración de los Derechos del Retrasado Mental (ONU), 1971; Declaración de los Derechos de los Impedidos (ONU), 1975; Principios de Naciones Unidas para la Protección de los Enfermos Mentales y para el Mejoramiento de la Atención de Salud Mental (ONU) 1991; Normas Uniformes sobre la igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad (ONU) 1993; Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (ONU), 2006.

⁶ Conferencia sobre la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en América Latina dentro de los Sistema Locales de Salud (OMS/OPS) 1990; Declaración de Montreal sobre la Discapacidad Intelectual. Montreal (OMS/OPS, 2004); Principios de Brasilia. Principios Rectores para el Desarrollo de la Atención en Salud Mental en las Américas (OMS/OPS) 2005; Consenso de Panamá (OMS/OPS) 2010.

⁷ Convención Interamericana para la eliminación de todas las formas de discriminación contra las personas con discapacidad (OEA) 1999.

⁸ Recomendación de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos sobre la Promoción y Protección de los Derechos de las Personas con Discapacidad Mental (CIDH) 2001.

⁹ ONU 1971, 1975, 1991; OMS/OPS 1990, 2004, 2005; OEA 1999; CIDH 2001.

¹⁰ Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (ONU) 1979.

¹¹ Normas Uniformes sobre la igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad (ONU) 1993.

¹² Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (ONU, 2006).

los Derechos Humanos¹³. Estos elevados estándares de la Convención también se verifican en el caso de las mujeres y niñas con discapacidad, a quienes se considera mayormente expuestas a situaciones de violencia, abusos, discriminación, abandono, malos tratos y explotación. A partir de este diagnóstico, la Convención subraya la necesidad de incorporar una perspectiva de género en todas las actividades y medidas destinadas a las personas con discapacidad e incluye dos artículos que contemplan de manera específica la protección de las mujeres y las niñas (art. 6 y 7).

Finalmente, el Consenso de Panamá es el único de los documentos analizados de la Organización Mundial de la Salud/ Organización Panamericana de la Salud que menciona las problemáticas de las mujeres, aunque solo de manera general y en conjunto con otros grupos en situación de vulnerabilidad¹⁴.

8.3. Leyes y políticas de Salud Mental en Argentina

La Ley Nacional de Salud Mental y Adicciones n° 26.657 es una ley de avanzada en la región y la herramienta normativa que desde hace años reivindicamos desde el Colectivo por el Derecho a la Salud Mental de Córdoba¹⁵. Sin embargo, esta norma no contempla de manera específica la situación de las mujeres usuarias de servicios de salud mental. Sólo su Decreto Reglamentario 603/13 establece que las políticas públicas en materia asistencial deberán respetar el “Reconocimiento de las distintas identidades étnicas, culturales, religiosas, de género, sexuales y otras identidades colectivas” (art. 9, inc. e). Ante ello, cabe preguntarse, ¿alcanza sólo con identificar la existencia de distintas identidades sin reconocer que estos ejes de diferencia se articulan en la emergencia de modalidades agravadas de exclusión, padecimiento y desigualdad?

Distintas investigaciones y estudios epidemiológicos han documentado que el género y las violencias sufridas por las mujeres se presentan como determinantes que estructuran las problemáticas de salud mental y el malestar psicosocial¹⁶. No obstante, se trata de una

¹³ Salud mental y derechos humanos. Informe del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (ONU) 2017.

¹⁴ En el Consenso de Panamá se llama a los gobiernos y demás actores nacionales a “Identificar en los escenarios nacionales los desafíos actuales y emergentes que demandan una respuesta apropiada por los servicios de salud mental, en especial la problemática psicosocial de la niñez, adolescencia, las mujeres, así como de grupos poblacionales en situaciones especiales y de vulnerabilidad”, OPS/OMS (2010) Op. Cit.

¹⁵ El Colectivo por el Derecho a la Salud Mental de Córdoba es un colectivo de organizaciones estudiantiles, sociales, de derechos humanos, de personas usuarias y trabajadores/as que se conforma en el año 2014 para organizar las Marchas por el Derecho a la Salud Mental, en las que se exige la plena implementación de las leyes de Salud Mental y una política pública integral que garantice estos derechos reconocidos. Cada año moviliza a miles de personas en Córdoba y se ha expandido a ciudades de todo el país, constituyéndose como una acción colectiva de visibilización de los derechos de las personas usuarias de servicios de salud mental. Mas información en <http://marchasaludmental.com.ar/>

¹⁶ Burijovich, Jacinta y Sandomirsky, Marcelo. Los desempleados: Malestar psicológico, apoyo social e intervención estatal. En Revista “Administración Pública y Sociedad”, N° 11, 1998, pp. 103-113.
Alderete, A., Plaza, S., Pomares, N. y Barrault, O. Vulnerabilidad política en mujeres y varones de la ciudad de Córdoba. En XIII Jornadas de Investigación y Segundo Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, 2006.

temática que ha sido insuficientemente considerada al momento de formular políticas públicas en este campo.

El Plan Nacional de Salud Mental y Adicciones 2013-2020 no realiza ninguna apreciación respecto de la situación particular de las mujeres. De hecho, resulta llamativo que en uno de sus objetivos se proponga promover con criterio de equidad, interculturalidad y perspectiva de género la inclusión de las poblaciones en situación de vulnerabilidad, pero al realizar el listado de estas poblaciones, las mujeres no se encuentran mencionadas¹⁷.

Del mismo modo, la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones ha elaborado, desde su conformación en el año 2010, distintos documentos de recomendaciones, recursos para los equipos de salud y campañas en materia de salud mental y adicciones que abordan una amplia gama de problemáticas, sujetos y abordajes. Sin embargo, hasta el momento, no se han diseñado herramientas específicas destinadas a abordar la situación de las mujeres.

Estas omisiones permean desde hace años las distintas áreas de políticas en salud mental y alcanzan al relevamiento que se llevó a cabo en el Primer Censo Nacional de Personas Internadas por Motivos de Salud Mental¹⁸. En esta oportunidad, sólo se identificó la cantidad de varones, mujeres y otras identidades internadas en instituciones monovalentes, sin incorporar de manera transversal una perspectiva de género en el diseño de la herramienta: el resto de los datos no están desagregados por género, lo cual imposibilita conocer la situación diferencial de discriminación, violencia y vulneración que enfrentan las mujeres institucionalizadas.

8.4. La situación de las mujeres internadas en hospitales psiquiátricos de Córdoba

La producción de información para el presente trabajo se llevó a cabo a partir de un diseño cualitativo, que procuró incorporar la perspectiva de mujeres que estuvieron internadas en hospitales psiquiátricos de Córdoba, así como de profesionales que trabajan en dichos servicios. Particularmente, se recuperaron testimonios de usuarias participantes del 4° Encuentro de Usuarixs de Servicios de Salud Mental realizado en la ciudad de Córdoba en junio de 2019 y se realizaron entrevistas semi-estructuradas a profesionales que trabajan en servicios de internación en hospitales monovalentes de salud mental, a partir de un muestreo teórico. Los resultados fueron analizados mediante un proceso de codificación, categorización y conceptualización que permitió conocer los sentidos y significados que las participantes otorgan a las distintas dimensiones que se desarrollan a continuación.

¹⁷ “Objetivo N° 3: Promover con criterio de equidad, interculturalidad y perspectiva de género la inclusión de las poblaciones en situación de vulnerabilidad (niños y adolescentes; adultos mayores; minorías étnicas; personas con padecimiento mental y sus familias; personas con discapacidad y sus familias; población con altos índices de pobreza; niños, adolescentes, jóvenes y adultos en conflictos con la ley penal) en todos los abordajes específicos y generales de Salud Mental y adicciones, teniendo en cuenta los problemas sociales complejos y contemporáneos que los atraviesan y los aglutinan”. (Plan Nacional de Salud Mental y Adicciones, 2013-2020).

¹⁸ Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones. Primer Censo Nacional de Personas Internadas por Motivos de Salud Mental, 2019. Disponible en http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000001549cnt-2019-09-06_primer-censo-nacional-personas-internadas-por-motivos-de-salud-mental.pdf revisado el 26/9/2019.

8.4.1 No hay salud mental sin salud sexual

En los manicomios u hospitales psiquiátricos monovalentes se produce un abordaje exclusivo de las problemáticas de salud mental que lleva a desatender y descuidar la dimensión física de la salud, con numerosas dificultades de acceso a otras especialidades. Se afirma que en estas instituciones el control clínico general es deficiente para todas las personas y que la salud sexual y reproductiva representa una de las mayores falencias en el abordaje de las mujeres internadas.

Muchos hospitales psiquiátricos no cuentan con profesionales de ginecología que puedan hacer un seguimiento periódico y preventivo de la situación de las usuarias. Por el contrario, los controles ginecológicos se realizan a partir de derivaciones a hospitales generales y sólo en aquellos casos en que se presume alguna problemática, embarazo o enfermedad. “En salud sexual y reproductiva siempre es después, siempre llegamos después”, dicen las profesionales, quienes también son las encargadas de tramitar las derivaciones a partir de contactos personales, frente a la ausencia de procesos protocolizados a nivel institucional.

Otra de las violencias cotidianas que atraviesan la vida de las mujeres durante una internación psiquiátrica se vincula a las dificultades para acceder a productos de gestión menstrual. Aquellas que no cuentan con referentes vinculares que puedan proveerlos, o que carecen de capacidad de pago para adquirirlos, se ven expuestas a los vaivenes de su disponibilidad dentro del hospital. Frente a la ausencia de toallas higiénicas, tampones u otro tipo de elementos de gestión menstrual, algunas mujeres sólo pueden optar por el uso de algodones durante su período. Esta situación preocupa no sólo por su carácter antihigiénico, sino porque se presenta como un obstáculo que atenta contra sus posibilidades de libre circulación y de participación en espacios recreativos de la institución.

8.4.2 Ni información para decidir, ni anticonceptivos para no abortar, ni aborto legal para no morir

La internación psiquiátrica obstaculiza las posibilidades de acceso a educación sexual integral así como a información clara, completa y accesible que permita a las personas usuarias tomar decisiones autónomas sobre su cuerpo y su sexualidad.

La disponibilidad de métodos anticonceptivos también se encuentra restringida en los hospitales monovalentes de salud mental: sólo es posible acceder a profilácticos (sin una orientación adecuada respecto de su utilización) y a anticonceptivos inyectables mensuales, aunque en algunas ocasiones se denuncian interrupciones en la provisión de este recurso. Los demás métodos anticonceptivos no se presentan como una opción para las mujeres internadas, quienes se enfrentan a la imposibilidad de elegir aquel que mejor se adapte a sus necesidades y deseos.

Sumado a ello, en materia de interrupción legal del embarazo, los hospitales psiquiátricos de Córdoba se hacen eco de las mismas dificultades y obstáculos que permean al sistema de salud de la provincia en cuanto a la aplicación del protocolo de aborto no punible.

8.4.3 Este cuerpo es mío: No es No. Lo demás es violación

Resultan de sobra conocidos los abusos y violaciones que se producen en el internado de los hospitales psiquiátricos. Esta información circula entre el personal de estas instituciones, pero muy rara vez llega a denuncias concretas. A las precarias instalaciones edilicias (hacinamiento, colchones en el piso, piezas sin picaporte, armarios sin llave, camas sin sábanas) se les suma la falta de cuidados y una constante exposición a abusos y violencias. Las mujeres se encuentran en una situación de mayor vulnerabilidad y permanecen en estado de “alerta” cuando están internadas. Algunas profesionales refieren: “La mujer tiene miedo de dormirse porque las van a abusar, las van a tocar. Y eso es algo que no se habla mucho”; “Es muy común que te digan ‘yo no duermo’, pero no porque están mal sino porque están atentas”.

Algunas situaciones son calificadas por los/as profesionales como relaciones sexuales consensuadas entre personas internadas. No se problematiza el consentimiento desde la perspectiva de las desigualdades de género, ni mucho menos, desde el particular estado de las mujeres en el internado (sobremedicación, vulnerabilidad psíquica, aislamiento). La “capacidad de consentir” el tener o no tener relaciones sexuales se basa en ciertos supuestos que están suspendidos en la experiencia de la internación. Un “velo de igualdad” atraviesa al equipo de salud cuando supone que situaciones que las mujeres denuncian como abusos pueden ser consideradas relaciones consensuadas.

La interpretación sobre los abusos y las violaciones producidas en los internados psiquiátricos se da en un “campo de visibilidad genéricamente saturado”. Esto implica considerar que las relaciones sexuales que se dan allí se establecen en condiciones de igualdad entre los sexos.

Por otro lado, aquellas mujeres que se resisten, denuncian o se defienden son más estigmatizadas y carecen de acompañamiento a nivel institucional. De aquí se derivan algunos interrogantes: ¿quiénes pueden hablar? ¿a quiénes se va a escuchar?

Ante esto es necesario decir que las instituciones, cuando actúan, lo hacen después de que se han consumado los hechos. No existen políticas de prevención porque se trata de vidas invisibilizadas que, parece, no merecen ser defendidas.

8.4.4 Hermanas, no nos creen

El movimiento de mujeres cuestiona el déficit de credibilidad que sufren sus denuncias. El *yo te creo* es parte de ese pedido de reconocimiento. Esta situación ha sido estudiada y denominada *injusticia epistémica*¹⁹. Esta injusticia conlleva como consecuencias, entre otras, la obstrucción del acceso a la justicia y la vulneración de derechos. Este tipo de injusticia se expresa de dos maneras: la *injusticia testimonial* que implica que las personas que escuchan estas denuncias le otorgan menor nivel de veracidad por la identidad de quien relata. También puede aparecer como *injusticia hermenéutica*, esto es, no poder hacer comprensible conceptualmente lo que se está denunciando.

¹⁹ Fricker, Miranda. *Injusticia epistémica*. Buenos Aires. Herder. 2017.

VERSIÓN FINAL EN PRENSA

Este trabajo constituye el capítulo octavo del tomo “Género, Justicia y Políticas Públicas” coordinado por Laura Pautassi, en el marco del “Tratado de géneros, derechos y justicia” dirigido por Marisa Herrera, Silvia Fernández y Natalia de la Torre. Buenos Aires: Rubinzal Culzoni Editores, 2020.

Ambas situaciones se hacen aún más graves cuando las que denuncian son mujeres internadas en los hospitales psiquiátricos. Sus voces son precarizadas y cuestionadas. Las mujeres víctimas no son consideradas tales y sus relatos son puestos en duda a partir de la estigmatización que su condición de pacientes internadas produce. El paradigma patriarcal cataloga a las mujeres como “locas por naturaleza” y esta creencia asimilada hace que los/as que escuchan no acepten estas narraciones.

Por otro lado, los graves abusos que se producen no son considerados violencias de género. La violencia hacia las mujeres en estas instituciones no es un hecho marginal y excepcional, sino que se trata de prácticas cotidianas y sistemáticas. El manicomio magnifica las relaciones de poder desiguales y asimétricas. Es por esto que el colectivo de mujeres y el colectivo por el derecho a la salud mental deben ser capaces de visibilizar estas vulneraciones como violaciones a los derechos humanos que padecen especialmente las mujeres.

8.4.5 Eso que llaman amor...

Históricamente, las mujeres han sido vinculadas a tareas de cuidado de otras personas y definidas como las principales proveedoras de eso que llaman amor. Este encargo social también se expresa en el tipo de estrategias de acompañamiento implementadas antes, durante o después de las internaciones por motivos de salud mental.

Las principales redes de apoyo están sostenidas por las mujeres más próximas a las personas internadas o externadas de los hospitales psiquiátricos. Pensar en procesos de externación e inclusión en la vida social y comunitaria de las personas, se torna casi imposible sin ellas, que, además, asumen otras responsabilidades en su cotidianidad, tales como proyectos laborales, familiares, vinculares y/o comunitarios. Pautassi²⁰ afirma que, en materia regulatoria, se han producido algunos avances en el reconocimiento del cuidado de niños, niñas y adolescentes y de personas mayores, pero éstos han sido escasos en el caso del cuidado de las personas con discapacidad o con diversas enfermedades. En muchos casos, esto ha llevado a las trabajadoras a valerse de sus licencias por enfermedades emocionales o psicológicas para poder atender a familiares con alguna problemática, lo cual refuerza el estigma en relación a su salud mental y profundiza las desigualdades y barreras para el acceso a derechos económicos, sociales y culturales de las *mujeres cuidadoras* (acceso a mejores empleos, educación, cuidado de su propia salud, su participación social y política, entre muchas otras).

En otras palabras, el hecho de que las responsabilidades de cuidado recaigan de manera mayoritaria y hasta exclusiva sobre las mujeres, vulnera sus derechos y afecta el principio de igualdad²¹, obstaculizando sus posibilidades de autonomía, independencia y

²⁰ Pautassi, Laura. El cuidado como derecho. Un camino virtuoso, un desafío inmediato. Revista de la Facultad de Derecho de México Tomo LXVIII, Número 272, 2018, pp. 717-742.

²¹ Pautassi, Laura. El cuidado como cuestión social desde el enfoque de derechos. Serie Mujer y Desarrollo n° 87, CEPAL. Santiago de Chile: Naciones Unidas. 2007

empoderamiento²². Ya lo viene expresando el movimiento feminista desde hace tiempo, “el cuidado informal de la salud es una cuestión de género y una cuestión de equidad”²³. Es de género, porque recae principalmente en las mujeres, quienes quedan más expuestas y vulnerables a padecer algún tipo de malestar psicosocial. Es de equidad, porque tienen menos posibilidad de acceder a apoyos profesionales, dadas las desigualdades a las que se enfrentan las mujeres con menos recursos económicos.

Esta situación se replica y profundiza en aquellas mujeres-madres que son, o han sido, usuarias internadas en hospitales psiquiátricos. El ejercicio de la maternidad se transforma en uno de los principales motivos de preocupación al momento de consentir o no sus propias internaciones. La internación de una mujer no solo evidencia el lugar que ocupa en tanto cuidadora, sino que además pone de relieve las múltiples invisibilizaciones y vulneraciones, dada la ausencia de políticas públicas integrales e intersectoriales con perspectiva de género que contemplen los entrecruzamientos que se producen (*mujer-usuaria-madre*).

La imposibilidad de proveer de cuidados, el temor a perder las tenencias y las interrupciones producidas sobre el vínculo con sus hijos/as, se suman a la lista de violencias a las que son sometidas. El tipo de vínculo que podrán sostener o desarrollar con ellos/as durante la internación queda sometido a las decisiones y acciones de la justicia, a las posibilidades de desarrollo estratégico cuidadoso de los equipos de salud y a las redes vinculares y comunitarias disponibles.

Las mujeres que tienen permitido por la justicia sostener la vinculación con sus hijos/as menores de edad, acceden a visitas esporádicas, en espacios comunes, en las guardias, sin disponer de sitios adecuados que contemplen las particularidades y necesidades para el desarrollo, sostenimiento y/o fortalecimiento del contacto. Muchas usuarias de salud mental tienen a sus hijos/as al cuidado de otras personas; otras tantas, son víctimas de violencia obstétrica y separadas de ellos/as desde el momento del parto. En estas situaciones se desconoce por completo el derecho de las mujeres usuarias a tomar decisiones anticipadamente, recibir información adecuada y accesible durante toda la intervención, y a consentir o no las intervenciones. Se vulneran los derechos de los/as niños/as y el derecho de las usuarias a maternar.

Del mismo modo ocurre con las *madres de lactantes* que por diversos motivos llegan a las guardias de salud mental o están en situación de internación. La dificultad para sostener prácticas integrales de cuidado de la salud, la ausencia de recursos materiales y humanos para acompañar ese momento y los obstáculos para la vinculación con los/as hijos/as, son

²² Gherardi, Natalia; Pautassi, Laura; Zibecchi, Carla. De eso no se habla: el cuidado en la agenda pública. Estudio de opinión sobre la organización del cuidado. Buenos Aires: Equipo Latinoamericano de Justicia y Género- ELA, 2012.

²³ Belli, Laura. Las mujeres y la salud: una relación de cuidados y de olvidos, 2017. Disponible en <https://economiafeminita.com/las-mujeres-y-la-salud-una-relacion-de-cuidados-y-de-olvidos/> compulsado el 6/10/2019.

VERSIÓN FINAL EN PRENSA

Este trabajo constituye el capítulo octavo del tomo “Género, Justicia y Políticas Públicas” coordinado por Laura Pautassi, en el marco del “Tratado de géneros, derechos y justicia” dirigido por Marisa Herrera, Silvia Fernández y Natalia de la Torre. Buenos Aires: Rubinzal Culzoni Editores, 2020.

habilitadores del avasallamiento de los cuerpos, irregularidades en los procedimientos y violación de su derecho a decidir sobre la lactancia.

Las *mujeres que quedan embarazadas* durante la internación son una gran incógnita. Por un lado, la ausencia de protocolos en las guardias e internados que incluyan procedimientos de evaluación integral, de control preconcepcional, prenatal y puerperal, imposibilita conocer cuál es la situación de salud de las personas gestantes, antes de y durante la internación. Por otro, las estrategias desarrolladas ante las situaciones de embarazo conocidas por los equipos de salud, se ven truncadas por la ausencia de recursos para hacer un seguimiento adecuado, brindar los cuidados y apoyos necesarios para estas mujeres. Por lo tanto, las intervenciones son aisladas y dependen muchas veces de la buena voluntad y consideración de los equipos tratantes.

8.4.6 Violencias que enferman, abordajes que violentan

Los lugares de atención para mujeres en situación de violencia de género no están preparados para atender las necesidades específicas de las mujeres con padecimiento subjetivo y, en cambio, se realizan derivaciones a hospitales psiquiátricos que incrementan la exposición a situaciones de violencia y vulnerabilidad.

Al indagar sobre el principal motivo de consulta de las mujeres en las guardias, las profesionales identifican claramente las consultas relacionadas a la violencia de género, en algunos casos a partir de derivaciones judiciales o de centros asistenciales que acompañan a mujeres en esta situación.

El padecimiento subjetivo de estas mujeres se vincula claramente a las situaciones de violencia a las que estuvieron expuestas. Sin embargo, la ausencia de otros dispositivos de acogida, acompañamiento y contención, así como las determinaciones judiciales, conllevan a que muchas veces se decida su internación en el manicomio.

En Córdoba Capital cualquier persona puede asistir al Polo Integral de la Mujer en Situación de Violencia²⁴, sea por derivación judicial o por sus propios medios. Se recibe a las mujeres en situación de violencia y, en caso que corresponda, se las acompaña y traslada a la Unidad Judicial para realizar la denuncia. Allí, en el Polo, se dilucida el problema y se deriva a un equipo interdisciplinario (integrado por psicólogos/as, trabajadores/as sociales y abogados/as), quienes evaluarán el tipo de acompañamiento y asistencia que se requiere para cada caso.

Ahora bien, si la denuncia ingresa bajo la carátula de violencia familiar, el Polo debería ser el lugar que aloje estas situaciones y brinde respuestas integrales a la problemática. En lo

²⁴ <https://polomujer.cba.gov.ar/>; <https://www.cba.gov.ar/reparticion/ministerio-de-justicia-y-derechos-humanos/secretaria-de-lucha-contra-la-violencia-a-la-mujer-y-trata-de-personas/>; <https://www.cba.gov.ar/reparticion/ministerio-de-justicia-y-derechos-humanos/secretaria-de-lucha-contra-la-violencia-a-la-mujer-y-trata-de-personas/subsecretaria-de-lucha-contra-la-violencia-de-genero-y-familia/?view=institucional>

VERSIÓN FINAL EN PRENSA

Este trabajo constituye el capítulo octavo del tomo “Género, Justicia y Políticas Públicas” coordinado por Laura Pautassi, en el marco del “Tratado de géneros, derechos y justicia” dirigido por Marisa Herrera, Silvia Fernández y Natalia de la Torre. Buenos Aires: Rubinzal Culzoni Editores, 2020.

concreto, ocurre que el Polo de la Mujer no atiende en general a personas con diagnóstico psiquiátrico, salvo algunas excepciones alojadas por la buena predisposición de los equipos. Las mujeres usuarias de salud mental, que además son víctimas de violencia de género, quedan en el vacío. Las respuestas que deberían ser dignificantes, se transforman en reticencias que las vuelven inabordables. Frente a esto, las profesionales refieren: “No son de acá ni de allá”, no son de ningún lado, a nadie le corresponde. Se deriva a las mujeres al hospital psiquiátrico porque se suponen instituciones preparadas para abordar problemáticas específicas de salud mental, sometiéndolas a las múltiples vulneraciones que suceden en estas instituciones, que, además, no incorporan una perspectiva de género en sus estrategias de abordaje.

Las mujeres usuarias de salud mental víctimas de violencia de género, son la muestra de las limitaciones en los abordajes integrales e intersectoriales. Las respuestas del sistema de salud, la justicia y el Polo entran en conflicto y las vidas de estas mujeres vuelven a ser arrasadas²⁵. Sobre esto, las profesionales expresan: “En todo ese medio, y todos estos atravesamientos, son mujeres que por vivir situaciones de violencia terminan con alguna problemática de salud mental o mujeres con diagnósticos de salud mental, por lo tanto, más vulnerables, que atraviesan situaciones de violencia. Ellas están en el limbo de la atención, por lo menos, de esa primera atención que necesitan”. Los equipos interdisciplinarios no cuentan con médicos/as psiquiatras, ni con los recursos materiales y humanos necesarios para acompañar este tipo de situaciones.

Así, estas *mujeres-usuarias-violentadas*, al ser internadas en el hospital psiquiátrico, no pueden acceder al total de las prestaciones que brinda el Polo para las mujeres que son víctimas de violencia, tales como ayudas económicas (subsidios para alquiler, subsistencia, obra social), becas de empleo y cursos de oficios, kits de emergencia en seguridad para casas, atención primaria de la salud para mujeres en situación de violencia y sus hijos e hijas, programas de terminalidad educativa, salas cuna para hijos e hijas, residencias de acogida temporal (refugios confidenciales) así como los apoyos y cuidados específicos que se necesitan en estos casos.

Las instituciones de nuestra provincia no están preparadas para eso, dadas las lógicas estancas bajo las que se sostienen. Las mujeres con padecimiento subjetivo grave, en situación de violencia, no caben en el sistema, que propone respuestas de exclusión, vulnerabilidad y abandono. A decir de una profesional: “(...) el dispositivo no está preparado para vos, los recursos económicos que hay, no están preparados para vos. Tenés becas de alquiler por dos años, pero ¿qué persona con diagnóstico profundo sin un acompañamiento de salud mental puede sostener lo que implica y la burocracia que implica eso?”.

Las becas de alquiler gestionadas por el Polo de la Mujer, en las cuales el Estado provincial se ofrece como garante durante dos años, se reconocen como un gran aporte para mujeres en situación de violencia en nuestra provincia. Sin embargo, no hay dispositivos o estrategias

²⁵ Centro de Estudios Legales y Sociales y Mental Disability Rights International. *Vidas Arrasadas*. La segregación de las personas en los asilos psiquiátricos argentinos. Buenos Aires: Siglo XXI Editores, 2007.

VERSIÓN FINAL EN PRENSA

Este trabajo constituye el capítulo octavo del tomo “Género, Justicia y Políticas Públicas” coordinado por Laura Pautassi, en el marco del “Tratado de géneros, derechos y justicia” dirigido por Marisa Herrera, Silvia Fernández y Natalia de la Torre. Buenos Aires: Rubinzal Culzoni Editores, 2020.

para garantizar el acceso y sostenimiento de una vivienda para las mujeres usuarias de salud mental, dado que no cuentan con autonomía económica y se enfrentan a situaciones de rechazo y discriminación constantes por la carga de estigmas vinculados a su padecimiento. Además, no se cuenta con sistemas de apoyos y medidas específicas que permitan promover y acompañar estos procesos.

Una vez que las mujeres acceden al hospital psiquiátrico, la respuesta se reduce a precarias conexiones, redes y derivaciones entre Polo-justicia-salud mental. El acompañamiento durante la internación no se diferencia del que recibe cualquier otra persona que ingresa a una internación por motivos de salud mental. Durante la internación manicomial, se aborda casi exclusivamente la patología y la sintomatología clínica, no hay protocolos para abordar situaciones de violencia de género, ni abordajes diferenciales y específicos para las mujeres víctimas. Por el contrario, depende de cada equipo interdisciplinario las estrategias a realizar en estos casos.

Además, a las violencias sufridas por estas mujeres, se suman las violencias existentes dentro del manicomio -anteriormente reseñadas- y que se encuentran agravadas por el hecho de tener que convivir en un mismo espacio de internación con otros varones que han ingresado al hospital psiquiátrico, precisamente, por haber ejercido violencia de género contra sus parejas.

En este contexto, consideramos apremiante incorporar una perspectiva de género en el abordaje de los tratamientos en salud mental. Un informe conjunto del Centro de Estudios Legales y Sociales, la Comisión por la Memoria y el Movimiento por la Desmanicomialización en Romero²⁶ propone que los equipos de salud mental deben poder abordar, en el marco del tratamiento, las violencias padecidas por las mujeres a lo largo de sus vidas, así como problematizar las violencias existentes en la lógica de estas instituciones con el objeto de garantizar su eliminación y promover el pleno respeto de los derechos de las mujeres usuarias.

8.5. Reflexiones finales: Ni encerrada, ni medicada. Te quiero libre, loca y con derechos

En los párrafos anteriores hemos querido visibilizar las violencias que se producen en los hospitales psiquiátricos por razones vinculadas al género, sin desconocer las graves vulneraciones a los derechos humanos de toda la población internada en esas instituciones.

Como ya afirmáramos, las mujeres padecen de mayor malestar psicológico que los varones y esto ha sido tradicionalmente acallado con encierro y sobremedicación, imposibilitando que ellas puedan desarrollar sus proyectos con libertad y en igualdad de condiciones que las demás personas. Esta situación se agrava con el encierro psiquiátrico, puesto que se añade a

²⁶ Centro de Estudios Legales y Sociales, Comisión por la Memoria y Movimiento por la Desmanicomialización en Romero. La situación de las mujeres en el hospital psiquiátrico Dr. Alejandro Korn "Melchor Romero". Buenos Aires. CELS, 2017.

VERSIÓN FINAL EN PRENSA

Este trabajo constituye el capítulo octavo del tomo “Género, Justicia y Políticas Públicas” coordinado por Laura Pautassi, en el marco del “Tratado de géneros, derechos y justicia” dirigido por Marisa Herrera, Silvia Fernández y Natalia de la Torre. Buenos Aires: Rubinzal Culzoni Editores, 2020.

los patrones de discriminación y violencia de género, la violencia institucional propia de la vida en los manicomios.

El manicomio ha sido funcional al patriarcado y ambos son responsables de la devastación de numerosas vidas. La violencia contra las mujeres en los hospitales psiquiátricos es una situación de extrema urgencia y gravedad que debemos denunciar y visibilizar desde el campo de la salud mental y que es preciso incluir en la agenda del movimiento feminista.

Es necesario desarrollar políticas públicas con perspectiva de género en salud mental y que este tiempo se transforme en un momento de escucha sensible, sorora, amorosa hacia las mujeres cuyas vidas han sido arrasadas por las internaciones psiquiátricas. Una acción global por el fin de los manicomios es un paso más en la dirección de construir una sociedad libre de violencias de género. Se va a caer el patriarcado... y el manicomio también.