

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL PERÚ
ESCUELA DE POSGRADO



En busca de una psicología intercultural: discursos sobre bienestar en un grupo de mujeres de un Centro Poblado al sur del Perú.

Tesis para optar el grado de Magister en Estudios de Género que presenta

DIANA LUCÍA BRACCO BRUCE

Dirigida por

PATRICIA RUIZ BRAVO

San Miguel, 2014

AGRADECIMIENTOS

Quisiera agradecer a muchísimas personas que formaron parte de esta investigación. Este estudio representa una forma de ordenar y comprender un proceso muy largo de cuestionamientos, los cuales han significado un enriquecimiento personal y profesional donde tuve el privilegio y oportunidad de encontrarme con personas muy significativas en los diferentes momentos del camino. Frente a ello, hay personas que me guiaron, otras que me contradijeron y me obligaron a re – pensar mis supuestos, algunas me acompañaron estando a mi lado y, finalmente, hay quienes ni siquiera eran conscientes que me estaban ayudando pero que su aliento constante resultó indispensable. Así, quisiera agradecer a:

Tesania Velázquez, amiga y guía desde hace ya un buen tiempo, quien me ha escuchado y acogido mis angustias, comentando y reflexionando conmigo sobre lo que significa hacer psicología en nuestro país.

Patricia Ruiz – Bravo, mi asesora, quien a partir de la paciencia y el buen humor me permitió ir construyendo esta investigación a mi propio ritmo, alentándome a continuar y aportando significativa y comprometidamente con esta investigación.

Eloy Neira - Riquelme, quien fiel a su estilo, ha desempeñado múltiples identidades en esta investigación, haciendo imposible categorizar su rol dentro de la misma. Estaré siempre agradecida por haberme compartido parte de su gran sabiduría.

Al equipo con quien trabajé en La Garita por muchos años: Lu, Kathy, Kari, Marité, y Benji. Gracias por las conversaciones eternas, la convivencia y el trabajo conjunto desde lo lúdico, lo flexible y lo “improvisado”.

Todas las mujeres, hombres, niños y niñas del centro poblado La Garita, quienes compartieron conmigo sus vivencias, escucharon las mías y con quienes he construido un vínculo de amistad que perdura a pesar del tiempo y la distancia.

Mis docentes y compañeras de la Maestría en Estudios de Género, quienes alimentaron la investigación a través de sus preguntas, aportes y discusiones. En esa línea, la construcción de mi propuesta no hubiera sido posible sin la ayuda de Allison Rodríguez.

Finalmente, a toda mi familia, por el simple hecho de ser quiénes son y como son. Gracias por comprender, alentar y engrandecer todos los proyectos en los que me he visto involucrada.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	4
CAPÍTULO N.º 1: PROPUESTA DE INVESTIGACIÓN.....	9
1.1. Justificación de la investigación.....	9
1.2. Planteamiento del problema.....	11
1.3. Objetivos.....	12
1.4. Preguntas.....	13
1.5. Hipótesis.....	14
1.6.1. Participantes.....	15
1.6.2 Instrumentos.....	16
1.6.3. Procedimiento.....	18
CAPÍTULO N.º 2.....	21
2.1. La psicología.....	21
2.1.1. La noción de bienestar/ salud.....	21
2.1.2. El concepto de bienestar, el género y la cultura.....	25
2.2. La propuesta de la Psicología Comunitaria.....	33
2.3. “Otras” formas de bienestar: investigaciones sobre cultura y salud mental..	36
CAPÍTULO N.º 3: CONOCIENDO EL CONTEXTO.....	39
CAPÍTULO N.º 4: LAS MUJERES Y SUS NOCIONES DE BIENESTAR Y MALESTAR. 45	45
CAPÍTULO N.º 5: DISCUSIÓN.....	75
CAPÍTULO N.º 6: CONCLUSIONES.....	91
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	95

INTRODUCCIÓN

Nuestro país está marcado por procesos de discriminación, exclusión y violencia en diferentes ámbitos. Las relaciones de poder producidas y re-producidas a lo largo de nuestra historia colonial marcan la inequidad económica, política y social que sufren las diversas poblaciones en el Perú (CVR, 2003). Ello no solo ha determinado el diferente acceso a recursos económicos y a la participación política sino que también incide en la construcción subjetiva de los sujetos y marca la valorización de los discursos y concepciones.

En este marco cabe preguntarse por la manera en que desde la psicología se ha tratado estas diferencias. Encontramos que si bien nuestro país es complejo cultural y socialmente, y tiene por tanto diversas formas de comprender la vida, la felicidad, el bienestar y la enfermedad, la teoría psicológica parece haberse constituido al margen de esta diversidad. Se ha elaborado una concepción parcial sobre la salud y la enfermedad, la cual se ha instalado como lo normal, lo verdadero y, por tanto, se convierte en lo hegemónico. A partir de ello, se ha dejado de lado saberes y prácticas definidas como “otras”, especialmente aquellos asociados a las mujeres. Frente a esta problemática, esta investigación parte de reconocer positivamente la diversidad cultural en nuestro país y plantea la importancia de construir conocimiento que pueda colaborar en procesos de transformación social (CVR, 2003). De esta manera, el estudio tiene la finalidad de ampliar la mirada de la psicología y aportar a la reflexión para construir políticas públicas sobre salud mental más apropiadas para el contexto peruano. Tal como sostiene Velázquez, de lo que se trata es de: *“cuestionar anclajes teóricos y metodológicos ofrecidos por nuestras disciplinas y abrirse a nuevas miradas y formas de entender la realidad. Para ello, es necesaria la apertura, la capacidad de escucha, el encuentro y el desencuentro con los otros, reconociendo nuestras diferentes formas de expresión y comunicación (Inédito [2013], p. 7).*

En concreto, en esta investigación se busca analizar, a partir de los enfoques de género e interculturalidad, las concepciones sobre "bienestar/ malestar" de un grupo de mujeres del centro poblado La Garita, El Carmen, Chincha, afectado por el terremoto del 2007. Está enfocada en este grupo en particular ya que se enmarca dentro del proyecto “Re –

construyéndonos”, impulsado por la Dirección Académica de Responsabilidad Social (DARS) de la Pontificia Universidad Católica del Perú (PUCP), del cual formé parte.

Por ello, como una manera de ubicarme como parte del proceso de investigación, me gustaría detallar mi relación, profesional y personal, con las mujeres del centro poblado. Mi primera aproximación a El Carmen, Chincha fue en el año 2007 a raíz del terremoto ocurrido el 15 de agosto de ese año al sur del país. Desde el Departamento de Psicología se estaba llevando a cabo el proyecto “Brigadas Psicológicas”, que buscaba recuperar y fortalecer los recursos personales y sociales de las poblaciones damnificadas por el terremoto, con miras a que sean actores claves en sus procesos de reconstrucción. A partir de esta experiencia, había tenido la oportunidad de poner en práctica los conceptos teóricos aprendidos a lo largo de mis estudios en psicología, así como, reflexionar sobre su aplicación en nuestra realidad nacional. El escenario al cual nos enfrentábamos como profesionales era complejo. En primer lugar, había ocurrido un terremoto de 7.9 grados en la escala de Richter que había ocasionado el colapso del 80% de las casas, 100 000 personas damnificadas, 2 200 personas heridas y 598 fallecidos. Esta era la razón clave por la cual la universidad había decidido ejecutar un proyecto en la zona. Sin embargo, mientras más conocíamos el contexto, mejor comprendíamos que el terremoto se había sumado a un escenario de vulnerabilidad anterior, donde prima la pobreza y la violencia en todas sus formas (Departamento de Psicología, 2008; Bracco y Córdova, 2010).

El proyecto Brigadas Psicológicas culminó en diciembre de 2008. Hacia marzo de 2009, nuevamente tuve la oportunidad de sumarme a un equipo que estaba llevando a cabo una investigación-acción-participativa (IAP) con mujeres en el Centro Poblado La Garita, Chincha sobre la respuesta y las acciones que habían llevado a cabo las mujeres para afrontar las consecuencias del terremoto.

El Centro Poblado La Garita se encuentra en el Km. 213 de la Panamericana Sur. Es uno de los veintisiete centros poblados que pertenecen al distrito de El Carmen, Chincha. A pesar de que había pasado más de un año del terremoto, las condiciones seguían siendo prácticamente las mismas que al ocurrir el sismo. Muchas de las familias continuaban viviendo en casas de “emergencia”; es decir, no habían podido volver a reconstruirlas con adobe o material noble sino que habían utilizado las carpas y plásticos que habían sido

donados durante el período de emergencia para poder hacer sus paredes y techos. Asimismo, muchas de las mujeres con las cuales conversamos no habían tenido la oportunidad de procesar emocionalmente la experiencia del terremoto. Por tanto, al hablar de lo ocurrido, las mujeres lloraban, se mostraban ansiosas, tristes, preocupadas y desesperanzadas. Debido a lo abrumador de dichas sensaciones, las mujeres tampoco podían reconocer todas las acciones que habían llevado a cabo luego del terremoto, las cuales eran claves para la reconstrucción de sí mismas, sus familias y su centro poblado.

A partir de entonces, se inició el proyecto “Re-construyéndonos” que cumple un doble objetivo. Por un lado, busca *“colaborar con el bienestar personal y social de la población y con la reconstrucción de su lugar de vida, a través del fortalecimiento de capacidades individuales y colectivas”*. Por otro lado, supone generar aprendizajes que impacten en *“la formación, la investigación y el compromiso público de la comunidad universitaria, promoviendo un ejercicio profesional socialmente responsable y pertinente que se adecúe a contextos diversos.”*¹

Mientras el proyecto avanzaba, se iba construyendo un vínculo entre el equipo DARS - PUCP y la población del Centro Poblado La Garita. En mi caso, la confianza se iba construyendo, especialmente, con un grupo de mujeres de la localidad, con las cuales llevábamos adelante talleres grupales de manera sostenida. A este espacio asistían entre 15-30 mujeres, sin embargo, se conformó un grupo núcleo de 10 mujeres aproximadamente que iban de manera constante. Dichos talleres tenían como objetivo fortalecer sus capacidades subjetivas y sociales con miras a generar una organización social femenina que pueda ser un actor clave en el proceso de la reconstrucción. Para lograrlo, se brindaba un espacio de escucha y contención donde se podía reflexionar sobre temas diversos a través del diálogo, el juego y el arte (Bracco y Córdova 2010).

A lo largo del proyecto, los talleres se convirtieron en un espacio donde las mujeres podían pensar y sentir su ser mujer. En éstos se discutía sobre su rol como madres, esposas y peonas agrícolas. En cada uno de estos roles, las mujeres resaltaban la importancia del cuidado y su responsabilidad como reproductoras de bienestar. Como

¹ Texto tomado de la descripción del proyecto “Re - construyéndonos” de la DARS.
<http://dars.pucp.edu.pe/proyectos/proyectos-dars/reconstruyendonos/?tema=2>

madres y esposas, debían atender las tareas del hogar, como lavar, cocinar, cuidar de los hijos, etc. Asimismo, las mujeres señalaban que la razón por la que empezaban a trabajar era para poder ofrecerle un futuro diferente a sus hijos e hijas. Al igual que el tema del cuidado, había otro tema que siempre estaba presente: la violencia. En cada uno de estos roles, las mujeres también se veían afectadas por relaciones violentas. De esta manera, los talleres grupales también fueron un espacio donde se denunciaba actitudes y prácticas violentas por parte de sus esposos, hijos, familiares, vecinos y vecinas y sus jefes en el espacio laboral. De algún modo, los talleres constituían un incipiente espacio público de deliberación.

Hablar sobre violencia nunca es fácil. El miedo, la vergüenza, la desconfianza son emociones que marcaron los talleres grupales y las relaciones entre las mujeres que participaban en ellos. Había temas que no podían ser abordados de manera grupal ni en ese espacio pero que eran mencionados de manera esporádica. Palabras como daño, ojeo, celo, susto formaban parte de su discurso y, desde nuestro punto de vista como psicóloga, no eran palabras al azar sino que manifestaban aspectos emocionales que delimitaban las relaciones sociales en el centro poblado. Entonces, pudimos dar cuenta de la presencia de una violencia estructural en la vida de las mujeres y la gran desconfianza que existía entre ellas como grupo para hablar de sí mismas y los problemas que tenían por su ser mujer. Además, observamos que en el centro poblado las relaciones de poder entre hombres y mujeres están basadas en la subordinación y desvalorización de lo considerado femenino, lo que ha marcado la construcción de la subjetividad de las propias mujeres. Esta subjetividad está marcada por el silencio y la aceptación de situaciones de violencia en los diferentes espacios, y la dificultad para desenvolverse en el espacio público por temor e inseguridad.

Estas construcciones sociales nos han permitido comprender la interacción con diferentes actores y experiencias pero también reconocer cómo las mujeres se construyen, se definen y se valoran a sí mismas. Igualmente, ellas y todas estamos moldeadas por relaciones de poder, que establecen relaciones de dominación y sumisión, que han sido interiorizadas y, en muchos casos, naturalizadas.

Es por lo expuesto que decido plantear una investigación sobre el tema. Me preguntaba qué conceptualizaciones estaban a la base de las palabras mencionadas y qué relación tenían con situaciones de violencia y desconfianza. Además, si estas se referían a posibles enfermedades, entonces, como mujeres, qué estaban elaborando como bienestar y cuáles eran las acciones que realizaban para poder generarlo y/o reproducirlo.



CAPÍTULO N.º 1: PROPUESTA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Justificación de la investigación

En la presente investigación se busca reflexionar sobre la conceptualización hegemónica de bienestar, intentando discutir su alcance y vigencia a partir de los discursos y acciones que realizan las mujeres de un centro poblado, ello con la finalidad de aportar a la construcción de una psicología intercultural que visibilice las necesidades y recursos de las diversas poblaciones peruanas y, de este modo, aportar a la construcción de políticas públicas más apropiadas a nuestro contexto. Si bien se ha realizado un esfuerzo en conceptualizar el término “intercultural” de manera teórica, aún queda un largo camino para poner en práctica dicha conceptualización. En nuestro país se han dado algunos pasos en el tema de educación y salud pero hay pocos aportes desde la salud mental y la psicología. Por tanto, esta investigación busca contribuir al conocimiento académico sobre la conceptualización de bienestar, con miras a propuestas de acción que posibiliten la reflexión de una psicología pertinente para el Perú.

Asimismo, es necesario analizar los discursos y prácticas de las mujeres para incorporar dichos significados y acciones en políticas públicas que buscan impulsar el bienestar y la convivencia social. En muchas circunstancias, se ha privilegiado la conceptualización del bienestar desde los profesionales, dejando de lado las conceptualizaciones de aquellas poblaciones en las que se busca intervenir. Esto puede traer como consecuencia que campañas de salud o programas contra la violencia no tengan el impacto deseado ya que las personas no se sienten identificadas con lo que se está impulsando. Por tanto, no se cumple el objetivo prioritario: brindar un servicio que mejore la calidad de vida y el bienestar de las personas que lo utilizan.

Es importante resaltar que esta investigación no busca construir una imagen única de ser mujer y, por ello, resaltamos la importancia del reconocimiento de la pluri-identidad. Como señala Sen (2007), los individuos no tenemos una identidad única sino que tenemos una multiplicidad de identidades. No obstante, algunas de las identidades se desvalorizan tanto social como personalmente y se mantienen “ocultas” como consecuencia de la discriminación, estigmatización y exclusión social. Considero que las mujeres se construyen desde diversas narrativas donde se mezclan discursos occidentales y

tradicionales sobre su cultura y sobre su ser mujer. En este sentido, se vuelve importante la inclusión de conceptos como “identidad mestiza” en el que se rompe el imaginario de identidad única para dar cuenta que la mujer construye su identidad a partir de multiplicidad de narrativas pero que muchas veces se jerarquizan dichas narrativas según el contexto (Anzaldúa, 1987). Así conceptualizaciones sobre bienestar distintas a la hegemónica, o la realización de prácticas tradicionales para construir bienestar, pueden estar negándose en el discurso público por temor a ser desvalorizadas, burladas o cuestionadas. Por ello, se debe reconocer que los individuos somos constitutivamente plurales y que nuestra capacidad de agencia y bienestar deviene del reconocimiento de un yo plural (Tubino, s.p.).

Esta investigación también cumple un interés personal. A lo largo de mi desempeño profesional en el Centro Poblado donde se llevó a cabo la investigación, he visto la necesidad de incorporar diversos enfoques disciplinarios, así como los saberes de las poblaciones para poder comprender mejor las experiencias de vida de las personas con las cuales me he involucrado. Ello me ha permitido un enriquecimiento no solo como profesional sino también como persona. Es por ello que con este estudio busco afianzar y fortalecer mi inquietud de validar propuestas que integren saberes diversos con miras a comprender de manera más integral la realidad social.

Finalmente, este estudio toma como referente la Conclusión 171 del *Informe Final* de la CVR, la cual nos plantea el reto fundamental de reconocer positivamente a nuestro país como multiétnico, pluricultural y multilingüe:

171. La CVR entiende que la reconciliación debe ocurrir en el nivel personal y familiar; en el de las organizaciones de la sociedad y en el replanteamiento de las relaciones entre el Estado y la sociedad en su conjunto. Los tres planos señalados deben adecuarse a una meta general, que es la edificación de un país que se reconozca positivamente como multiétnico, pluricultural y multilingüe. Tal reconocimiento es la base para la superación de las prácticas de discriminación que subyacen a las múltiples discordias de nuestra historia republicana.

Como se señala en el planteamiento de problema, en nuestro país, la diferencia cultural ha generado relaciones jerárquicas que tienen como consecuencia situaciones de desigualdad, exclusión y discriminación a niveles sociales y políticos. La CVR invita a reflexionar y generar acciones frente a ello, pasando de un reconocimiento negativo de la diferencia a un reconocimiento positivo de la misma, ello con miras a transformar las relaciones de discriminación a relaciones de convivencia y ciudadanía plena. Para que lo anterior sea posible, tenemos la tarea de generar encuentros entre grupos distintos que permitan reconocer y comprender las diversas identidades y narrativas en nuestro país, teniendo como objetivo de largo plazo la construcción y consolidación de un país que cuenta con políticas interculturales.

1.2. Planteamiento del problema

La psicología es la ciencia que busca comprender el comportamiento del ser humano y permite recuperar o fortalecer la salud mental del individuo (Morris, 2005). Al igual que otras ciencias, siempre resulta pertinente reflexionar sobre las bases epistemológicas de su construcción con la finalidad de incorporar perspectivas diversas, que permitan fortalecer y ampliar dicha conceptualización pues en ocasiones deja de lado la comprensión de problemas psicológicos de poblaciones procedentes de diversas culturas.

Desde esa línea, Martín-Baró (1984) señala que la psicología en América Latina debe transformarse, produciendo una nueva epistemología y una nueva ética. Para lograrlo, se debe re-semantizar lo que entendemos por “salud mental”, rompiendo con la propuesta individualista y empezar a entenderla como “bienestar” y “libertad” social. Además, es necesario contextualizar la disciplina tomando en cuenta el entramado socio-histórico de las relaciones sociales. Neira y Escribens (2010) complementan la importancia de conocer y comprender el enfoque de interculturalidad y género para la construcción de una psicología política:

“reconocer la importancia de prestar atención a los sentidos y significados de las culturas locales, privilegiando una aproximación de respeto y búsqueda de mutuo reconocimiento, constituye no solo una apuesta por la eficiencia y eficacia, sino

que es una opción política y ética para la construcción de la justicia social, en particular, la equidad de género” (p.19).

Como se ha mencionado, nuestro país está marcado por relaciones de poder entre culturas, donde se construye discursos hegemónicos que buscan homogenizar a la población tomando como modelo la cultura occidental. Esto genera mayor vulnerabilidad en las mujeres ya que se enfrentan a una sociedad patriarcal y capitalista que desvaloriza y cuestiona sus estrategias de acción. Esta homogenización tiene serias implicancias sociales y políticas, una de ellas es la forma como se comprende el bienestar y esto va de la mano con las acciones que se utilizan para encontrarla o fortalecerla. Por ello, esta investigación busca identificar “otras” formas de comprender y accionar la noción de bienestar. En concreto, se pretende identificar las acciones y visibilizar la agencia de las mujeres subalternas para valorarlas, reconocerlas y visibilizarlas en la esfera pública. De este modo, se espera que, a partir de estos nuevos conocimientos sobre el significado de bienestar y las acciones que llevan adelante las mujeres para procurarlo, podamos contribuir a la elaboración de políticas de salud mental más apropiadas para este contexto así como identificar elementos para incorporarlos a la construcción de una psicología intercultural con miras a generar transformaciones éticas y políticas en nuestro país.

De manera particular, el estudio se centra en el análisis de los discursos y prácticas que tienen las mujeres de un Centro Poblado al sur del país sobre bienestar personal y social. Se trata de un grupo de mujeres que vivió la experiencia del terremoto del 2007, que vive en situaciones de pobreza y que proceden de diferentes matrices culturales enlazadas entre sí.

1.3. Objetivos

1.3.1. Objetivo General

- Identificar y analizar los discursos y prácticas sobre bienestar de las mujeres de un Centro Poblado al sur del país, tomando en cuenta los enfoques intercultural y de género

1.3.2. Objetivos Específicos

- Identificar y analizar los conceptos (nociones, ideas) sobre bienestar que tienen las mujeres de un Centro Poblado al sur del país, tomando en cuenta los enfoques intercultural y de género.
- Identificar y analizar las prácticas sobre construcción de bienestar que tienen las mujeres de un Centro Poblado al sur del país, tomando en cuenta los enfoques intercultural y de género.
- Aportar en el proceso de construcción de la teoría y práctica de una psicología intercultural en nuestro país que colabore con políticas públicas más apropiadas al contexto peruano.

1.4. Preguntas

Objetivos	Preguntas
Identificar y analizar los discursos y prácticas sobre bienestar de las mujeres de un Centro Poblado al sur del país, tomando en cuenta los enfoques intercultural y de género	<i>¿Cuáles son las consideraciones culturales y de género que intervienen en los discursos sobre bienestar en las mujeres del Centro Poblado La Garita, El Carmen, Chincha?</i>
Identificar y analizar el campo discursivo sobre bienestar que tienen las mujeres de un Centro Poblado al sur del país, tomando en cuenta los enfoques intercultural y de género.	<p>¿Cuál es el discurso de las mujeres sobre bienestar?</p> <p>¿Qué elementos culturales están presentes en la construcción de su discurso sobre bienestar?</p> <p>¿Qué elementos de género están presentes en la construcción de su discurso sobre bienestar?</p> <p>¿Existen elementos en su entorno que influyan en la construcción de su</p>

	discurso?
Identificar y analizar las prácticas sobre bienestar que tienen las mujeres de un Centro Poblado al sur del país, tomando en cuenta los enfoques de interculturalidad y género.	<p>¿Qué prácticas sobre bienestar tienen las mujeres?</p> <p>¿Qué elementos culturales están presentes en dichas prácticas?</p> <p>¿Qué elementos de género están presentes en dichas prácticas?</p> <p>¿Existen elementos en su entorno que influyeran en sus prácticas?</p>
Aportar en el proceso de construcción de la teoría y práctica de una psicología intercultural en nuestro país que colabore con políticas públicas más apropiadas al contexto peruano	A partir de lo encontrado, ¿Cuáles son los posibles ejes de análisis que nos ayudarían a construir propuestas interculturales y con enfoque de género sobre la construcción de bienestar en nuestro país?

1.5. Hipótesis

1. Las mujeres del centro poblado construyen su identidad integrando aspectos de la cultura occidental y la cultura tradicional, lo cual se visibiliza en la manera cómo delimitan los conceptos de “bienestar” y “malestar”.
2. Las mujeres del centro poblado integran prácticas diversas para fortalecer su sensación de bienestar según el “mal” o enfermedad. Así, utilizan los servicios oficiales ofrecidos por el Estado y métodos culturalmente tradicionales. Sin embargo, a las mujeres les cuesta expresar públicamente sus creencias y costumbres por temor a que sean desvalorizadas o cuestionadas.
3. El conocimiento generado a partir de esta investigación puede aportar a la construcción de una psicología intercultural y a la elaboración de políticas públicas más apropiadas para nuestro país.

1.6. La propuesta metodológica

La investigación se enmarca dentro de un enfoque cualitativo, el cual permite conocer y reconocer los discursos sobre bienestar y malestar. Se utilizó este enfoque ya que en la presente investigación se busca aproximarse a diferentes concepciones de la realidad y ahondar en la experiencia subjetiva para averiguar lo que es único y específico respecto a las mujeres del Centro Poblado La Garita. Además, se espera elaborar los conceptos de bienestar y malestar a partir de sus propios saberes y conceptualizaciones, buscando elaborar conocimiento de manera conjunta.

1.6.1. Participantes

Para fines de esta investigación se entrevistó a 8 mujeres residentes del Centro Poblado La Garita y a la Jefa del Centro de Salud de El Carmen.

En lo que se refiere a la edad de las mujeres, ésta oscila entre 18 y 55 años. Dos de las mujeres entrevistadas están en el rango de 18 a 25 años, 2 de las mujeres están en el rango de 25-40 años, 2 de las mujeres se encuentran entre los 40-50 años y, finalmente, 2 de las mujeres tienen entre 50-60 años. Así, el rango de edad de las mujeres es sumamente variado. Al ser una investigación exploratoria, se buscó entrevistar a mujeres con edades diversas y es importante precisar que parecería que la edad no es una variable determinante en la concepción y prácticas sobre el bienestar y malestar.

Con respecto al estado civil, 4 de las mujeres están casadas, 2 de ellas son convivientes, 1 está separada y 1 es soltera. En lo que se refiere al número de hijos, todas las mujeres entrevistadas son madres: 2 de las mujeres tienen 4 hijos, 3 de las participantes tienen 3 hijos y 3 mujeres tienen un hijo.

Por otro lado, cabe resaltar que la mayoría de mujeres desempeñan una doble jornada. Todas son amas de casa y más de la mitad desarrolla algún tipo de trabajo productivo. Así, tres de las mujeres participantes trabajan en empresas agroexportadoras, una cuenta con la tienda de abarrotes más grande del centro poblado dentro de su casa y una es la agente comunitaria de salud del centro poblado.

En lo que respecta al nivel educativo, 3 de las mujeres entrevistadas cuenta con estudios completos de primaria, 1 con estudios de secundaria incompleto, 2 de las mujeres con estudios de secundaria completo, 1 mujer con un año de estudios técnicos y 1 mujer tiene estudios técnicos completos.

Finalmente, seis de las mujeres entrevistadas provienen de familias asociadas a la Cooperativa Huáscar creada luego de la reforma agraria.

La selección de las participantes se realizó por elección de casos tipo (Hernández, Fernández y Baptista, 2010), tomando en cuenta que fueran mujeres que vivan en el centro poblado La Garita y el vínculo de confianza que se había construido con ellas. Este punto fue fundamental ya que se trabajaron temas complejos que podían generar desconfianza o distancia desde las mujeres ya que suponía relatar historias personales. Entonces, el haber tenido un vínculo previo fue una variable que fortaleció y enriqueció la información para la investigación. Además, este tipo de selección se establece cuando se tiene por finalidad profundizar en los discursos pero no necesariamente generalizar o estandarizar la información recogida.

Se utilizó la saturación de categorías para delimitar el número de participantes. A través de esto, se determinó el número de participantes a unidades de análisis que aporten material novedoso, así, se aumenta el número de participantes siempre y cuando se responda a los objetivos planteados por la investigación (Hernández et al., 2010).

1.6.2 Instrumentos

Como se ha señalado, esta investigación es de carácter cualitativo, lo cual implica una forma de construir el estudio. Se busca construir conocimiento teórico a través del estudio y análisis de la realidad en su contexto natural, tratando de construir significados y conceptualizarlos desde el significado de las mismas personas. Así, con esta investigación se busca comprender a las personas desde sus propios marcos de referencia y, por tanto, el investigador debe contar con la apertura para dar cuenta de los conceptos, percepciones, creencias, emociones y experiencias que transmitan los y las participantes (Hernández et al, 2010; Rodríguez, 1996).

Si bien en esta investigación se centra en el discurso de las mujeres, no se debe olvidar que todo conocimiento se construye en relación. Es decir, al momento de hacer la observación participante, las entrevistas y en el propio análisis de la información también se debe considerar cómo impacta la presencia de la investigadora. En esa línea, Harding (1987) discute cómo nos situamos como investigadoras en el proceso de investigación. Ella alega la importancia de producir conocimiento de “abajo hacia arriba”, colocando a la investigadora en el mismo plano crítico que las personas que están siendo nuestro “objeto” de estudio, construyendo una relación de intercambio y construcción conjunta. Invita a posicionar la subjetividad de la investigadora como parte del proceso de la investigación ya que no se debe dejar de lado que nuestra raza, cultura, clase, creencias van a determinar el análisis de la información que recojamos. Sumado a ello Jiménez-Domínguez (2008, p.22) plantea *“la objetividad del investigador social implica asumir reflexivamente su propia subjetividad, y que forma parte de la realidad estudiada, para situarse así en una perspectiva desde dentro y desde abajo”*.

Las técnicas metodológicas utilizadas en esta investigación fueron la observación participante y las entrevistas semi-estructuradas.

Observación participante.

Con la observación participante se busca que la investigadora pueda interactuar y participar de situaciones, interacciones y eventos sociales. Implica un rol activo y de constante reflexión sobre su propio accionar y las situaciones en las cuales está inmersa (Hernández et al., 2010).

Tuve la oportunidad de trabajar en el proyecto “Re-construyéndonos”, que se lleva a cabo en el centro poblado La Garita, El Carmen y que es impulsado por la Dirección Académica de Responsabilidad Social de la PUCP, desde marzo de 2009 hasta diciembre de 2011. En este marco, junto con el equipo de trabajo, diseñamos y ejecutamos talleres con mujeres, niños y niñas. Asimismo, realizábamos consejería individual a mujeres, niños y niñas. Gracias a este trabajo he podido constatar muchas de las conceptualizaciones presentes en las entrevistas realizadas.

Entrevista semi-estructurada

La entrevista que utilizada para esta investigación fue de tipo semi-estructurada. Por tanto, existían ejes temáticos que debían ser abordados pero se tenía la flexibilidad para profundizar en los contenidos propuestos por las participantes. De esta manera, se buscaba mantener un diálogo abierto y de intercambio con las mujeres entrevistadas (Hernández et al., 2010).

En la entrevista se abordaron temas acerca de la femineidad y masculinidad en el centro poblado, las situaciones que producen malestar, la conceptualización de bienestar, los proveedores de bienestar en la localidad y su vínculo con la psicología.

1.6.3. Procedimiento

El haber trabajado con las mujeres por un período de tres años, me ha permitido consolidar una relación de confianza sólida, la cual posibilita el diálogo e intercambio. Así, el grupo de mujeres mostraba interés y disposición para colaborar con la investigación. Asimismo, esta relación me ha permitido ser testigo de los problemas que enfrentan las mujeres cotidianamente; problemas económicos, laborales, familiares, sociales y subjetivos; los cuales generan malestares y angustias pero también pequeñas y grandes acciones para enfrentarlos. Asimismo, esta aproximación me ha permitido constatar que hay mucha desconfianza entre las mujeres, por ello, hay dificultades para discutir temas personales de manera pública. De esta manera, se optó por hacer entrevistas individuales a cada una de las mujeres y el lugar donde se desarrollaron fueron sus hogares. Este escenario otorgaba la comodidad y tranquilidad necesaria para que puedan profundizar sobre los conceptos trabajados en la entrevista.

Con relación a los aspectos éticos, el consentimiento informado se hizo de manera verbal. Éste especificaba la finalidad de la investigación y se resaltaba el anonimato de las mujeres entrevistadas. Asimismo, existe el compromiso de realizar un taller de devolución de resultados con todas las mujeres que participaron.

Una vez realizadas todas las entrevistas, éstas fueron transcritas y se procedió al análisis de contenido utilizando el programa ATLAS-TI. En el Capítulo N.º 4, se detallan los principales resultados encontrados.





CAPITULO N.º 2: MARCO CONCEPTUAL

En este capítulo se presenta el enfoque teórico utilizado en la concepción y análisis de la investigación. Se hace referencia a la conceptualización sobre bienestar que será usada en esta investigación y, como se explicará más adelante, se utilizará bienestar para referir a la salud mental pero no únicamente vista desde el punto de vista individual sino también social. En ese sentido, factores contextuales como las condiciones de pobreza, el género y la cultura son variables que deben interrelacionarse para comprender su complejidad. Además, se ha incorporado el concepto de bienestar desde las mujeres tomando en cuenta la construcción social del género y la construcción social de la mujer del “Tercer Mundo”, principalmente desde las teorías del posmodernismo y la colonialidad.

Se expone también la noción de bienestar-salud que tiene la psicología actualmente y se presenta a la propuesta de la psicología comunitaria como una respuesta pertinente para las necesidades de nuestro país. Finalmente, se presentan investigaciones que analizan “otras” formas de concepción de bienestar en el Perú.

2.1. La psicología

2.1.1. La noción de bienestar/ salud

Durante mucho tiempo la salud ha sido definida como ausencia de enfermedad física. Ha estado asociada únicamente a aspectos individuales y biológicos, dejando de lado variables subjetivas, sociales, económicas y políticas que tienen una influencia directa en la salud de las personas. Al tomar como componentes directos sólo las variables biológicas, se tiende a homogenizar a las personas dejando de lado las particularidades de los grupos con los cuales se trabaja.

Según Sen (2000), la salud no solamente implica la ausencia de enfermedad sino supone mantener un estado absoluto de bienestar físico, mental y social. Ello supone estar en un entorno físico saludable, minimizar la preocupación por la salud y garantizar el acceso a atención sanitaria de buena calidad. Además, implica tomar en cuenta el contexto y las condiciones sociales de las personas. En ese sentido, se debe considerar a) las necesidades materiales como el acceso a bienes y servicios (alimentación, agua, vestido,

alojamiento, etc.), b) visibilizar la importancia de la seguridad personal y ambiental y, c) hacer referencia a las relaciones sociales de los individuos (cohesión social, reciprocidad, relaciones entre los géneros, etc.).

Tomando en cuenta lo anterior, cabe preguntarse por la manera en que se está considerando el tema de la salud mental desde los profesionales de la salud. Los trastornos mentales son un componente importante de los problemas de salud en todas las partes del mundo. Las problemáticas sociales como la pobreza, la exclusión y violencia generan problemas psicológicos como ansiedad, depresión o dificultades en las relaciones sociales afectando la salud mental de las personas y la calidad de vida. Si bien es un problema de salud pública, la atención que recibe la salud mental es sumamente escasa. Los problemas sociales y los trastornos mentales asociados no están presentes en las agendas nacionales y no cuentan con un presupuesto establecido o con una estadística apropiada (Desjarlais, R; Eisenberg, L; Good, B & Kleinman, A; 1997).

La definición de salud mental también ha ido cambiando a lo largo del tiempo. Antes, la salud mental era entendida como ausencia de patologías mentales y se tendía a categorizar a los individuos con trastornos mentales manteniendo el foco en la persona, dejando de lado el contexto social. Sin embargo, es necesario hacer hincapié en que la salud mental no es simplemente ausencia de enfermedad mental. Por el contrario, se trata de un estado de bienestar en el que el sujeto manifiesta sus propias habilidades, trabaja productivamente y es un miembro que contribuye con el desarrollo dentro de su comunidad. En conclusión, la salud mental está ligada al bienestar ya que supone la búsqueda de una mejora en la calidad de vida a nivel general, en la cual el individuo utiliza recursos personales y sociales para sentirse mejor consigo mismo y con su entorno (Desjarlais et al, 1997).

Frente a esta definición, el contexto social no puede ignorarse, y debe subrayarse la conexión entre el contexto social y la salud pública como una forma de comprender de manera integral la salud mental y el bienestar. Por tanto, para fomentar la salud mental debe considerarse la necesidad de fortalecer el bienestar económico y político (Desjarlais et al, 1997).

Frente a lo señalado, podemos identificar dos enfoques que toman en cuenta el contexto social para comprender la salud mental y bienestar. Por un lado, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2005) reconoce que el significado de la salud mental está estrechamente ligado al contexto social, la cultura y las influencias del entorno. Entonces, se impulsa que los profesionales que se ocupan de la salud mental conozcan, comprendan y utilicen los significados y conceptualizaciones que tienen las diversas poblaciones para poder desempeñarse en su accionar profesional. En nuestro país existen diversas formas, desde las diferentes concepciones culturales, de comprender el bienestar, la salud mental y la salud, y los grupos sociales realizan acciones para buscarla y/o preservarla.

Por otro lado, se encuentran los enfoques postmodernos. Escobar (2007) plantea que la mirada etnocéntrica marca la construcción del discurso hegemónico en países colonizados que establecen un “deber ser” político, económico, social y subjetivo, que genera la construcción de políticas y conocimientos sustentados en conceptos y enfoques occidentales. Este fenómeno es el que ha ocurrido en la conceptualización de bienestar y salud mental. En esa línea, se construye de la Psicología Comunitaria que busca constituirse como una propuesta que toma en cuenta las variables socio – históricas de cada contexto para comprender la salud mental. Esta perspectiva será detallada más adelante. En el caso peruano, el ordenamiento político y social peruano se ha construido a partir de un discurso racista, en el cual las desigualdades se legitimaban en características pretendidamente esenciales que se atribuían a “razas” que supuestamente existían (Flores Galindo, 1986).

Como una manera de invisibilizar la diferencia y la otredad, se construyen sociedades culturalmente homogéneas, las cuales a su vez son jerarquizadas. Sobre esta base se construyen políticas públicas donde se privilegia la igualdad entre ciudadanos, dejando de lado la identidad cultural como enfoque fundamental en la construcción de ciudadanía (Alfaro, 2008). Como consecuencia de la violencia simbólica sistemática e histórica en nuestro país, se restringe la libertad cultural de los individuos. Es decir, se restringe la posibilidad de que los grupos subalternos, considerados “otros”, puedan optar un plan de vida de acuerdo a un modelo de vida y una jerarquía de valores no impuesta desde fuera, estableciéndose situaciones de exclusión, estigmatización y discriminación cultural (Tubino, s.p.). Además, es preciso acotar que, como señala Tubino (s.p.), en países

colonizados la exclusión cultural está asociada a la exclusión económica, siendo las poblaciones “otras”, como andinos, amazónicos y afroperuanos, quienes son más vulnerables a vivir en situaciones de pobreza.

En conclusión, podemos decir que el Perú es un país pluricultural y multilingüe que se caracteriza por reproducir la continua exclusión de grupos que se alejan de la cultura hegemónica, construyendo relaciones de poder que terminan desvalorizando “otros saberes” (Velázquez, Fernández, Mejía y Rivera, 2010). Para fines de esta investigación, se plantea que las conceptualizaciones sobre bienestar/ malestar no escapan de ese entramado histórico de relaciones jerárquicas y que la manera cómo las sociedades manejan el bienestar depende de intereses políticos, económicos e ideológicos (Velázquez, T; Rivera, M; Ríos, G; Moll, S; Graña, D & Incio, N (2013, en prensa).

Por tanto, se desvalorizan saberes, prácticas y conceptualizaciones de las culturas no hegemónicas de nuestro país, consideradas conocimientos no científicos, primitivos y poco válidos o útiles al momento de construir políticas y conocimiento. Desde la percepción de los grupos dominantes, las poblaciones subalternas son vistas desde la carencia. Se desvaloriza o invisibilizan saberes tradicionales y estrategias de supervivencia. Por tanto, se visibilizan como aquellas poblaciones que deben aprender ya que “no saben”, “no pueden”, “no son”.

Como señala Montero (2003), se suele pensar que los grupos que han sido históricamente excluidos carecen de todo tipo de poder. Con ello se pretende naturalizar una situación en donde aquellos grupos que no disfrutaban del poder estatuido o con condiciones económicas dignas, son vistos como débiles, incapaces o están privados de la posibilidad de transformar sus vidas. Retomando el enfoque de la psicología comunitaria, se buscaría que estos enfoques sean transformados ya que uno de sus objetivos es develar, atacar y erradicar dichas naturalizaciones con la finalidad de catalizar la organización y las acciones para que las personas y comunidades usen sus recursos y reconozcan el poder que tienen.

2.1.2. El concepto de bienestar, el género y la cultura

Frente a lo planteado en los párrafos anteriores, se vuelve imprescindible conocer las condiciones sociales para comprender la salud mental. Como señalan Desjarlais et al. (1997), las condiciones de la exclusión, pobreza, hambre, desnutrición, desintegración social y desastres impactan considerablemente en el bienestar de las personas ya que generan angustia, ansiedad, depresión y existe mayor posibilidad de conflictos sociales, violencia, inestabilidad política y desesperación. Según la OPS (2005), estas condiciones van a tener repercusiones en los niveles de bienestar físico, psicológico y emocional según variables como sexo, etnicidad, edad, religión y orientación sexual.

Por ello, para fines de esta investigación, pasaremos a describir un enfoque de género. Las diferencias biológicas entre hombres y mujeres han marcado una pauta en la forma cómo construimos nuestra identidad y nos relacionamos. Como señala Scott, *“el género es un elemento constitutivo de las relaciones sociales basadas en las diferencias que distinguen los sexos”* (1996; s.n.). Es decir, las diferencias sexuales establecen pautas sobre cómo debemos pensar, actuar, sentir y relacionarnos hombres y mujeres, las cuales han sido naturalizadas como estructuras biológicas de comportamiento. Por tanto, los estudios feministas han marcado diferencias entre el sexo y el género, estableciendo que el sexo se refiere a las diferencias sexuales biológicas mientras que el género es el significado social, cultural y psicológico asociado a dichas diferencias. Aun así, los mandatos sociales establecidos definen identidades y relaciones, las cuales forman parte del sistema sexo – género. Se asigna roles, espacios y atributos diferenciados a hombres y mujeres; los cuales marcan la oposición pero complementariedad entre los géneros. Por tanto, el hombre desempeña el rol de proveedor a partir de su inserción en el espacio público y lo masculino se asocia a la actividad y fortaleza. De manera contraria, la mujer es la encargada de desempeñar el rol de reproducción social en el espacio privado y lo femenino se asocia a la pasividad y sumisión. (Gayle, s.a.; Ruiz Bravo, 1997; Scott, 1996, Stolcke, 2000).

Es importante resaltar, como señala Scott (1996), que *“el género es una forma primaria de relaciones significantes de poder”*. Al pertenecer a sociedades patriarcales, hay una naturalización y una desvalorización de las acciones femeninas de manera general.

Chodorow (1997) señala que las identidades de género son construidas en relaciones. Desde la infancia, las mujeres elaboran representaciones inconscientes de sí misma y de su relación con los otros. La incorporación de imágenes valoradas y desvalorizadas de sí misma forman parte de su la historia de construcción de su identidad. Por lo dicho se podría plantear que la desvalorización de las acciones femeninas no solo está presente en la sociedad sino que se introyecta y se instala en la subjetividad de las mujeres. De esta manera, se definen en la sociedad modelos de mujer y de hombre construidos desde una estructura patriarcal, insistiendo en el estableciendo de identidades hegemónicas que delimitan el “deber ser” de las personas.

Kimmel 1992 (citado en Valdés y Olavarría, 1997) describe el concepto de “masculinidad hegemónica”. Este modelo define la masculinidad como asociada a la virilidad y concibe al hombre en el poder, con poder y de poder. Para lograr este objetivo, el hombre debe reprimir rasgos femeninos, demostrando constantemente su virilidad a través de la violencia. Esta definición altamente difundida y que se convierte en un modelo a seguir, perpetúa el poder de hombres sobre mujeres.

Por otro lado, Pescatello (1977) señala que en América Latina el marianismo es el modelo predominante de mujer. El marianismo consiste en un culto a la superioridad femenina, considerando a las mujeres como seres humanos semidivinos, superiores moralmente y con mayor fuerza espiritual que los hombres. La autora señala que el culto a las deidades femeninas no solo marcan la religiosidad de las poblaciones, sino que se convierten en modelos referenciales de un “deber ser” mujer. Este modelo abarca una serie de atributos que deben poseer las mujeres, como la abnegación y la capacidad infinita para la humildad, el sacrificio, la sumisión y el ser paciente con los hombres. En sociedades como la peruana, donde existe gran influencia de la Iglesia Católica, el marianismo se posiciona como un modelo de creencias y estereotipos que está presente en todo sector social, económico, cultural y político.

Entonces, frente a lo planteado, es importante preguntarse cómo repercute el género en la construcción de salud mental y bienestar. Como la salud mental se ve afectada por el contexto social y una de dichas variables es el género, el bienestar de hombres y mujeres va a tener significados diferentes. Entonces, la perspectiva de género en salud implica la

ausencia de disparidades innecesarias, evitables e injustas entre hombres y mujeres. Este enfoque permite reconocer el impacto del género en los determinantes de salud para hombres y mujeres, los obstáculos de acceso a los servicios y recursos de salud, el impacto de las políticas y programas de salud y la distribución del poder y la remuneración del trabajo en el sector salud. Ello con el objetivo que hombres y mujeres tengan la misma oportunidad de contar con las condiciones de vida y servicios que les permita estar en buena salud, sin enfermar, discapacitar o morir por razones innecesarias (OPS, 2002)

Como se ha visto anteriormente, a la mujer se le asocia tradicionalmente el rol de esposa y madre; por tanto, al momento de que las políticas reconocen la salud de las mujeres, la mayoría se centra en el bienestar de los niños y las familias. De esta manera, se identifica la salud de las mujeres con la salud reproductiva, la planificación familiar y salud de los niños.

Ello impide visibilizar a la mujer como una ciudadana en sí misma y enfrentar los problemas en salud y salud mental que realmente aquejan a las mujeres. Son los factores como pobreza, aislamiento doméstico, impotencia y opresión patriarcal los principales factores asociados a los problemas psicológicos de las mujeres (Desjarlais, R et al; 1997). Así, en términos de su salud física y mental, las mujeres están expuestas a una mayor vulnerabilidad por su condición genérica y, como señala Viveros (1992), al haber interiorizado el rol de reproductoras de cuidado, son las últimas en atenderse y cuidar su salud ya que están más atentas a los cuidados de los demás.

Sumado a lo anterior, y por la construcción de las relaciones de poder inter-género, las mujeres también son más propensas a verse envueltas en situaciones de violencia. En el estudio sobre salud de la mujer y violencia doméstica en diez países de diferentes lugares del mundo realizado por la OMS (2005), se encontró que la violencia es un fenómeno social generalizado y naturalizado, provocando que muchas mujeres a nivel mundial se sientan inseguras dentro de sus hogares. Este hecho no es distinto en el Perú. Según la Encuesta Demográfica y de Salud (ENDES) realizada en 2012, el 66,3% de las mujeres alguna vez unidas manifestó que el esposo o compañero ejerció alguna forma de control sobre ellas. Asimismo, según el Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (MIMP), entre enero y marzo de 2013, se ha registrado 282 casos de violencia feminicida (131

muerres y 151 tentativas), y la mayoría de veces el agresor ha sido su pareja o ex-pareja de las mujeres.

A pesar de las cifras y de reconocer la violencia como una problemática de salud pública, el estudio de la OMS indica que en los diez países donde se llevó a cabo la investigación, los proveedores de salud no cuentan con la sensibilidad o herramientas necesarias para lidiar con esta problemática, lo que conduce a un aumento del miedo y estigma que sienten las mujeres víctimas de violencia doméstica, afectando de manera directa a su sensación de bienestar. Así, se debe comprender que la salud y la salud mental de la mujer está transversalizada por las relaciones de poder instauradas en sociedades patriarcales, lo que vulnerabiliza a las mujeres en mayor medida que a los hombres (Attardo, 2012).

Como consecuencia lógica, se requiere escuchar la voz de las mujeres al momento de planificar, ejecutar y evaluar políticas de acción eficaces que tomen en cuenta las condiciones locales y para que las mujeres puedan ser apropiadas por ellas (Desjarlais, R et al; 1997). Por ello, para contar con una perspectiva integral sobre la salud, se debe tomar en cuenta los aspectos somáticos, la función social, la identidad sexual, las vivencias internas, las condiciones materiales del entorno, las cuales se interrelacionan y configuran el contexto social (Rohlf, 2010)

Por otro lado, como se ha mencionado, es necesario reconocer que las diversas sociedades y en diferentes periodos históricos tienen un conocimiento distinto sobre el cuerpo, la salud, la enfermedad. El género se construye de manera histórica y cultural. Por ello, para comprender la noción de bienestar y salud mental que tiene un grupo, debemos interrelacionar el género con la cultura para analizar dichas definiciones (Rohlf, 2010).

En ese sentido, existen dos enfoques que toman en cuenta la variable cultura. El primer enfoque que se detallará es el que utiliza la OPS. La OPS (2005) señala que existe una relación entre la etnicidad, el género y la salud. Para la organización, las mujeres indígenas enfrentarían una triple discriminación: por su pertenencia étnica, su sexo y su residencia predominantemente rural. En ese marco, señala que la posición social de las

mujeres indígenas se caracteriza principalmente por su subordinación a los hombres y por su triple carga de trabajo: productivo, reproductivo y comunitario. Esta triple jornada limita su tiempo y posibilidades para acceder a la educación, participación comunitaria y la búsqueda de salud para sí mismas o sus hijos. Además, la violencia contra la mujer es un fenómeno que constituye un riesgo para la salud física y mental de las mujeres indígenas, el cual se ve agravado con problemáticas como el alcoholismo, la pobreza y el desempleo. Asimismo, señala que las mujeres indígenas cuentan con poca disponibilidad y accesibilidad a los servicios de salud.

Si bien esta investigación no está relacionada con la temática de mujeres indígenas, las mujeres del Centro Poblado La Garita viven en un contexto rural carente de servicios básicos y un limitado acceso a los servicios de salud. Como señala la OPS (2005), en las zonas rurales hay una infraestructura comunitaria carente de servicios que elevan la posibilidad de contraer enfermedades respiratorias o estomacales. Además, no existe una buena cobertura de los servicios de salud, centrándose comúnmente sólo en la salud reproductiva y excluyendo otras enfermedades. En lo que se refiere al trabajo de las mujeres, prevalece la informalidad, lo que excluye a las mujeres de sindicatos y seguros de salud. Finalmente, resulta fundamental subrayar que muchas mujeres indígenas deciden no ir a los centros de salud ya que refieren que los proveedores de salud no respetan sus propios conceptos tradicionales, por tanto, se sienten más cómodas acudiendo al médico tradicional de sus comunidades (OPS, 2005).

Entonces, el tomar en cuenta el papel mediador de los factores socioculturales, se alude principalmente a los estilos de vida, los comportamientos individuales o a determinantes sociales. Si bien es fundamental visibilizar dichas variables, hay otro enfoque que señala que también debemos admitir la “construcción” y “producción” cultural de las enfermedades. Frente a ello, Esteban (2010) alude a la “biomedicina” para enfatizar que la salud y el género son una construcción y una producción cultural. A partir de este concepto se hace hincapié en el impacto de las condiciones de vida sobre los procesos de salud/enfermedad/atención de las poblaciones. Se concibe a la salud como un proceso complejo condicionado histórico-socialmente y atravesado por tensiones, resistencias y relaciones de fuera inherentes a las tramas de poder que se manifiestan en y entre los diversos grupos sociales (Esteban, 2010; Attardo, 2012).

En otras palabras, la autora señala que la sociedad y la cultura tienen un impacto directo en la conceptualización de la enfermedad y en los procesos de salud/ enfermedad/ atención. En ese sentido, ella invita a reflexionar sobre cómo, a partir de la cultura, se construyen patologías, biología, sujetos e identidades concretas en contextos históricos y culturales específicos. Dicho modelo permitiría tener un acercamiento a las representaciones sociales y a las prácticas relativas a los procesos de salud/enfermedad/ atención tomando en cuenta el contexto social, político y económico en el cual se producen, ello con la finalidad de comprenderlo en su real magnitud, complejidad y dinamismo (Esteban, 2010). En lo que se refiere al papel de la salud mental, implica poder reconocer y rescatar aquellas creencias, mitos, imaginarios sociales que construyen subjetividades, con el objetivo de visibilizar y transformar los malestares, las inequidades y las formas opresivas de existencia que impactan en la salud de las personas (Attardo, 2012).

Al igual que las relaciones entre los géneros, las relaciones entre las culturas también están atravesadas por relaciones de poder, especialmente en países colonizados como el Perú. Como señalan Heise, Tubino y Ardito (1994), la cultura define cómo concebimos el mundo, cómo pensamos, hablamos, nos expresamos, percibimos, nos comportamos, nos organizamos socialmente, nos comunicamos, sentimos y nos valoramos a nosotros mismo como individuos y como grupo. Las culturas no sólo se refieren al patrimonio cultural sino que definen los marcos en los que se establecen las relaciones sociales. En resumen, si la cultura define cómo construimos nuestra identidad en un país tan culturalmente diverso como el nuestro, es importante considerar una amplia gama de identidades culturales.

En países colonizados como el Perú, las relaciones entre culturas tienen a la base relaciones de poder que, a pesar de los procesos de independencia, permanecen y se reproducen. Como señala Spivak (1998) nos encontramos frente a sociedades postcoloniales en las cuales el occidente imperialista ha extendido su poder geopolítico y el capitalismo se ha instalado como modelo hegemónico. En esta situación postcolonial, los discursos y sistemas ideológicos dominantes funcionan como “silenciadores estructurales”, e imposibilitan la expresión de las voces que han sido “subalternizadas”.

En otras palabras, se restringe las posibilidades de expresión y se pretende establecer un único discurso válido, dejando de lado la voz de los no occidentales colonizados.

La diversidad en nuestro país no ha sido reconocida positivamente y ello ha tenido como consecuencia situaciones de desigualdad y desvalorización entre los grupos culturales. Quijano (2003), en la misma línea que Spivak (1998), señala que las desigualdades son consecuencia de nuestra “herencia colonial” ya que como país, hemos fracasado en nuestro proceso emancipatorio. Si bien contamos con autonomía política, la herencia colonial supone que los nudos coloniales nos marcan hasta la actualidad, reproduciéndose las relaciones de poder que existían durante la época colonial. Es decir, existe una división social estructural por estamentos y “razas” que construye desigualdad y discriminación de manera institucionalizada. Ante ello, se constituyen relaciones de poder que imposibilitan a las poblaciones externas y subalternizadas la posibilidad de expresarse. Esta relación de dominación tiene consecuencias concretas ya que ha limitado también la capacidad de agencia de las poblaciones subalternas y, a partir de ello, su capacidad de participar como ciudadanos en la sociedad

Como señala Derrida (1976) (citado en Parpart, 1994), las definiciones universales se basan en las oposiciones binarias de la filosofía occidental y tienden a esencializar la realidad y no revelan la complejidad de la experiencia. Desde la construcción de opuestos nacen definiciones dominantes a partir de la comparación con un “otro”, posicionando la diferencia como un componente inferior y posible de dominación. Asimismo, el reconocimiento de la diferencia no solo debe prestar atención al tema de la cultura sino que esto debe llevar a que se preste atención a las circunstancias concretas de las experiencias de vida según el género. Spivak (1998) señala que la intersección entre el patriarcado y el imperialismo da como resultado una “doble subalternización” de las mujeres subalternas. Estas se ven restringidas por el discurso patriarcal como por el discurso de la modernización imperialista, pero la autora plantea que no se reconocen como sujeto de enunciación ni en el falogocentrismo ni en el eurocentrismo.

En la misma línea, feministas postcoloniales como Hernández (2008) proponen reflexionar sobre la mujer desde la propia ubicación geográfica e histórica, así como desde la realidad cultural y política. Hernández (2008) señala que el colonialismo ha marcado relaciones de poder entre distintos saberes, desprestigiando saberes culturales propios de

las poblaciones de América Latina, todo lo cual ha sido internalizado, marcando la construcción de identidades. Por tanto, se debe cuestionar el concepto de poder para transformar las relaciones eurocentradas y patriarcales que dominan y someten a las mujeres. Esto conlleva que las mujeres deban actuar, de-construir, las definiciones tal cual las conocemos, buscando construir nociones que realmente reconozcan las experiencias cotidianas (Lonzi, 2004)

Por tanto, se debe reflexionar el feminismo desde el reconocimiento de la diversidad. Esto supone reconocer la posición de la mujer en una sociedad patriarcal pero también etnocentrista y heterosexista. En conclusión, se busca historizar y contextualizar las formas que asumen las relaciones de género para evitar el universalismo feminista. Al no contextualizar, se recae en la idea que existe una sola forma de ser mujer, excluyendo la etnicidad y la cultura (Talpade Mohanty, 2008).

Si bien es importante reconocer la cultura, Hernández (2008) hace hincapié en que se debe considerar la cultura como un proceso histórico para evitar también los esencialismos culturales. Es decir, se debe tener cuidado en no considerar representaciones ahistóricas sino que se debe introducir cómo la perspectiva histórica ha generado cambios en los valores, las costumbres y las identidades culturales. De esta manera, nos debemos alejar de los discursos esencialistas que buscan las raíces de las identidades indígenas milenarias. La autora sostiene que existen realidades fronterizas, las cuales se construyen en las fronteras entre países y fusionan ideas, comportamientos, acciones de ambos lados y que delimitan una forma de ser, permanecer y cambiar.

En un país tan diverso como el Perú, donde hay mestizaje y migraciones, podríamos proponer que muchas mujeres han construido su identidad a partir de dos o más culturas, por tanto, podríamos dar cuenta de identidades frontera. Anzaldúa (1987) plantea la misma idea pero utilizando otro concepto. La autora propone que del cruce racial, ideológico, cultural y biológico nace una “nueva cultura mestiza” que es capaz de tolerar los mensajes contradictorios, la ambigüedad y la ambivalencia. Una vez que se decide no vivir en enfrentamiento constante, la mestiza tiene un sinnúmero de posibilidades para construir su identidad. Parte de este conflicto se soluciona a nivel inconsciente, pero permite el nacimiento de esta nueva consciencia mestiza.

Este enfoque busca romper y trascender los paradigmas que fomentan representaciones y relaciones marcadas por categorías binarias y dicotómicas que sólo fortalecen las relaciones de poder jerárquicas entre quienes son considerados “nosotros” frente a quienes son considerados “otros”. A partir de esto, Anzaldúa (1987) nos invita a construir subjetividades distintas, donde se reconozca el beneficio y enriquecimiento a partir de la diferencia, tanto a nivel personal como social.

En sentido estricto, los enfoques teóricos referidos señalan que es necesario analizar la intersección entre género, raza, cultura y clase para comprender la conflictividad en las relaciones entre los seres humanos; también buscan de-construir las relaciones de poder existentes para reconocer y valorizar la pluri-diversidad de identidades que han sido negadas o desprestigiadas a lo largo de la historia. Como señala Sen (2007), somos individuos con identidades diversas que surgen en contextos dispares y a partir de asociaciones o actividades distintas. Cada colectividad puede brindarnos una identidad potencialmente importante. Así, somos constitutivamente plurales y la jerarquía de estas identidades cambia según el tiempo y el contexto. Sin embargo, como consecuencia de la exclusión cultural, las personas suelen representarse desde una identidad única, negando la diversidad de sus propias identidades. Desde la posición de Sen, para poder encontrar mayor bienestar es necesario que se reconozca la pluri-identidad en uno mismo ya que esto nos permite reconocer nuestras posibilidades y brinda mayor margen de elección.

Como conclusión, para comprender la salud, la salud mental, el bienestar de diversas poblaciones, es necesario dar cuenta del contexto social, la cultura y el género de los individuos con los cuales deseamos trabajar.

2.2. La propuesta de la Psicología Comunitaria

La Psicología Comunitaria tiene como pionero a Ignacio Martín-Baró (1984). Él señala que la psicología comunitaria en América Latina nace como respuesta a los problemas de escasez y crisis. A partir de ser conscientes de las necesidades reales de los países latinoamericanos, los psicólogos empiezan a desempeñarse en nuevos escenarios que terminan cuestionando su rol profesional y empiezan a incorporar métodos de otras ciencias sociales.

A partir de estos encuentros, la Psicología Comunitaria busca una nueva conceptualización de la Psicología. Es decir, propone una reflexión de la construcción epistemológica de la disciplina ya que ésta ha sido construida desde una mirada individualista. En ese sentido, debemos re-semantizar lo que entendemos por “salud mental”, rompiendo con esa propuesta y empezar a entenderla como “bienestar” y “libertad” social. El foco no está ya no está solamente en el sujeto sino en las relaciones entre las personas y los grupos. Martín-Baró (1984) crítica la mirada “científica e iluminista” ya que se debe construir un modelo de intervención desde los hombres y las mujeres pero tomando en cuenta el entramado socio-histórico de las relaciones sociales. El objetivo es romper con las miradas jerárquicas de cara a transformar y humanizar las relaciones sociales a partir del encuentro y el diálogo.

Neira y Escribens (2010), autores del libro *“Salud mental comunitaria. Una experiencia de psicología política en una comunidad afectada por la violencia”*, se suman a la línea de Martín-Baró. Este libro sistematiza una experiencia de trabajo de salud mental con mujeres víctimas de violencia sexual durante el conflicto armado interno en Q’ílmsanina, Huancavelica. Los autores dan cuenta de los aprendizajes a partir del trabajo realizado, enfatizando en la importancia de proponer un “encuentro de otro modo” (p.17). Éste se caracteriza por intentar no reproducir los esquemas verticales de relación entre el equipo de trabajo y la población. Asimismo, se pretende no construir a poblaciones “otras” desde la carencia, victimizándolas y negándoles su capacidad de acción. El trabajo es concebido como un proceso de aprendizaje donde se presta especial atención a las formas de comunicación las que deben tener siempre a la base respeto, empatía, buen trato, cordialidad, escucha, etc.

Desde la psicología comunitaria se apunta a una re-significación política de la salud mental y, por tanto, dicho cambio generaría la transformación de las metodologías psicológicas. Así, la acción terapéutica no solo debe estar enfocada en el individuo, sino en las relaciones que se establecen entre las personas y grupos sociales.

El Grupo de Trabajo de Salud Mental de la Coordinadora de Derechos Humanos (2006) señala que, la propuesta de trabajo de la psicología comunitaria enfatiza la importancia política de incorporar cuatro enfoques:

- i. Derechos Humanos: supone reconocer la salud mental como parte de la salud integral de los seres humanos y como un derecho humano. Por tanto, implica que todos actuemos consolidando una cultura democrática a favor del mantenimiento del bienestar individual y colectiva.
- ii. Psicosocial: supone reconocer la influencia de la subjetividad en los procesos de cambio social y político y viceversa, con el objetivo de contextualizar e historizar al individuo. Ello con miras a construir propuestas de cambios estructurales. En ese sentido, se cuestiona la mirada individual de la atención psicológica y su estigmatización a partir de diagnósticos clínicos.
- iii. Interculturalidad: implica incluir el diálogo entre culturas, buscando transformar las relaciones de dominación política, social y económica. Considerar el enfoque intercultural en la salud mental significa: a) Promover condiciones de igualdad entre las culturas, tomando en cuenta el conocimiento y ejercicio de sus derechos y acceso a oportunidades, b) Diseñar políticas que reconozcan la pluralidad del Estado y contribuyan a una democracia inclusiva y participativa con respeto a las ciudadanías, y c) Entender el diálogo intercultural como un intercambio y enriquecimiento mutuo entre las diferentes culturas.
- iv. Género: implica reconocer que existen relaciones de inequidad estructurales entre hombres y mujeres. Incorporar el enfoque de género supone trabajar para construir relaciones de equidad entre los géneros.

Tomando en cuenta la teoría de la psicología comunitaria, donde se prioriza la utilización de enfoques de género e interculturalidad para aportar en la mejora de la calidad de vida de las personas desde la psicología, es que se desarrolla los siguientes puntos del marco teórico.

2.3. “Otras” formas de bienestar: investigaciones sobre cultura y salud mental

En el Perú se han realizado pocas investigaciones sobre la conceptualización de salud mental de las diversas culturas. En este acápite se detallan tres proyectos y/o investigaciones. El primer proyecto describe el trabajo de un equipo de psicólogas durante el proceso de justicia y reparación a mujeres víctimas de violencia sexual durante el conflicto armado interno, en Manta, Huancavelica. En la segunda investigación, realizada por la antropóloga Kimberly Theidon, se analiza las consecuencias del conflicto armado interno en diferentes lugares de Ayacucho, siendo la noción de salud uno de los temas que profundiza esta investigación. La tercera es una investigación del psicólogo clínico Diego Graña en la cual da cuenta de la conceptualización de salud mental en curanderos de la selva peruana.

En el primer libro que menciono, las autoras (2008) describen y analizan el proceso de justicia y reparación en salud mental para mujeres víctimas de violencia sexual en una comunidad de la cuenca norte de Huancavelica. Ellas señalan que la población tiene una manera distinta de conceptualizar la salud mental. Las palabras laki (pena), manchay (susto), piñay (cólera), son palabras que se refieren a enfermedades de cuerpo-mente. A su vez, se asocian a sensaciones opuestas: alegría se opone a llaki, manchay a seguridad o actividad, y piña a calma. De tal manera, no se busca erradicar la enfermedad sino poder encontrar el balance constante y el equilibrio dinámico entre los pares. Asimismo, la salud mental no sólo se asocia al ámbito individual sino que éste forma parte de las relaciones sociales y colectivas, siendo necesario el reconocimiento positivo del otro y los vínculos de confianza y respeto en la organización social (Cárdenas, Crisostomo, Neira, Portal, Ruiz, & Velázquez; 2005).

En su investigación, Theidon (2004) critica el hecho de que se haya diagnosticado a las comunidades andinas con la enfermedad mental de síndrome de estrés post-traumático como consecuencia del conflicto armado interno. Resalta que dicho diagnóstico no da cuenta de la complejidad de la experiencia de las comunidades ya que éstas tienen una manera distinta de construcción de su sí mismo y, por tanto, de conceptualizar el malestar. La autora refiere que la población quechuahablante ayacuchana es sumamente relacional; es decir, se enfatiza en la interconexión entre los seres humanos. Por ello, señala las limitaciones de las teorías psicológicas que toman únicamente al individuo

como unidad de análisis para comprender a comunidades donde la noción de colectividad cumple un eje fundamental en la experiencia de vida.

Asimismo, Theidon (2004) plantea que este modelo relacional marca un alto nivel de permeabilidad entre lo interior y lo exterior. Este modelo dista de la comprensión occidental que sustenta que las personas tenemos un mundo interno muy delimitado, diferenciado de los otros y el entorno. Por tanto, el ser humano y su bienestar son definidos, antes que nada, por su entorno social.

La autora informa que el “corazón” se presenta como un órgano muy importante para comprender la salud y el malestar. Señala que los recuerdos dolorosos, tristes, los *llakis*, pasan por el corazón y se instalan de manera corporal en las personas. El bienestar está asociado al corazón tranquilo que se logra a través de la reconstrucción de las relaciones sociales distorsionadas durante el conflicto armado interno.

Graña (2013) investiga acerca de las concepciones sobre la salud mental de un grupo de curanderos de la selva peruana. El autor refiere que la concepción de salud mental se puede definir a partir de cinco categorías: la dimensión espiritual, la dimensión emocional, la dimensión corporal, la dimensión del pensamiento y la dimensión vincular.

La dimensión espiritual da cuenta de cómo el plano espiritual influye sobre los procesos de salud-enfermedad. Se considera al mundo espiritual como mundo vivo y en permanente contacto con el ser humano. La dimensión emocional es una categoría que da cuenta de cómo el mundo emocional tiene influencia en el organismo. Se debe incluir las emociones y el efecto positivo o negativo que éstas pueden tener para la salud mental. La dimensión corporal tiene que ver con el estado del cuerpo y las manifestaciones físicas de la salud mental. La dimensión del pensamiento, como su nombre lo indica, es la categoría que comprende el nivel mental, los pensamientos y la actitud como variables necesarias a tomar en cuenta para la salud mental. Finalmente, la dimensión vincular, es la influencia de la calidad de relaciones, las dinámicas familiares y el tipo de relación con la naturaleza en la salud de los sujetos.

Zuluaga (1996) citado en Graña (2013) considera que el curanderismo utiliza un concepto más amplio de salud-enfermedad que el utilizado en la medicina moderna, ya que incluye las relaciones con uno mismo, con los otros, con la naturaleza y con el espíritu. Por tanto, se incorpora el vínculo con Dios, los espíritus y la naturaleza en el proceso terapéutico. Así, la espiritualidad y el contacto con el mundo de las plantas maestras es un eje fundamental. Ésta se presenta como una perspectiva distinta a la aproximación occidental hacia el proceso de salud-enfermedad. Mabit (1996) (citado en Graña, 2013) señala que la aproximación occidental es positivista y meramente racional, exagerando el valor de las pruebas y la causalidad lineal, donde es necesario encontrar una causa concreta a una sintomatología específica. Desde ese enfoque, se deja de lado la subjetividad, la intervención a través del sentimiento y la intuición. Por tanto, es necesario considerar factores físicos, psicológicos, las relaciones sociales, el grado de independencia de la persona, el entorno y la espiritualidad como variables que permiten comprender y fortalecer la salud mental.

En síntesis, Graña refiere que los curanderos tienen una visión integradora, holística de la salud mental, la cual incluye la espiritualidad, las relaciones con el otro y con el ambiente, lo corporal, lo emocional y lo mental. En contraposición, la psicología como ciencia occidental ha concedido exclusividad al mundo racional, marginando el conocimiento potencial del cuerpo y del espíritu.

Lo importante de las investigaciones mencionadas es el reconocimiento de la distinta manera en que las poblaciones que han formado parte de las investigaciones, conceptualizan el bienestar y/o el malestar. Hay un nombramiento discursivo diferente que, además, tiene repercusiones en la manera de experimentar el malestar y de relacionarse con el entorno y con los otros. Si bien es un aporte fundamental para la reflexión de la disciplina psicológica, en ninguna de las investigaciones se considera el enfoque de género para analizar dicho concepto.

CAPÍTULO N.º 3: CONOCIENDO EL CONTEXTO

Como se ha mencionado, esta investigación se enmarca en el proyecto “Reconstruyéndonos” que impulsa la Dirección Académica de Responsabilidad Social desde el año 2009. Como parte del proyecto se han elaborado documentos que permiten describir las características del centro poblado y sus pobladores, las cuales se pasarán a detallar a continuación.

El centro poblado La Garita está ubicado en el Km. 213 de la Panamericana Sur y pertenece al distrito de El Carmen, Provincia de Chincha, Departamento de Ica. Al igual que otras localidades de esta zona, el centro poblado se vio fuertemente afectado por el terremoto ocurrido en agosto del 2007. Éste ocasionó pérdidas humanas, materiales y la destrucción de la infraestructura de la localidad. Cabe resaltar que la situación que ocasionan los fenómenos naturales no sólo implica la destrucción física o material sino, sobre todo, se produce malestar psicológico, agudiza la fragmentación de las redes sociales y hay una pérdida de los proyectos de vida y planes para el futuro (Bracco & Córdova, 2011; Fourment & Padilla, 2010; Departamento de Psicología, 2008).

Actualmente la población del Centro Poblado es de alrededor de 120 familias, lo que constituye un total de 410 personas aproximadamente. En el siguiente cuadro se observa la distribución de la población por rango de edad y por sexo:

Distribución de la población por rango de edad y por sexo

Edad	Hombres	Mujeres	Total
0 a 12 años	52	42	94
13 a 17 años	20	23	43
18 a 40 años	79	81	160
40 años a más	58	55	113
Total	209	201	410

Fuente: “Resumen Proyecto Reconstruyéndonos 2008 – 2011”. DARS, Documento interno, s.p.

El Centro Poblado La Garita fue fundado hace aproximadamente 20 años, en un lugar que antes era conocido como Tambo Cañete. De manera previa a dicha constitución, se

ubicaba en ese territorio la hacienda Santa Catalina. Con la reforma agraria, los pobladores formaron la Cooperativa Huáscar, la cual finalmente se separó en parcelas que fueron distribuidas entre los cooperativistas. Las familias más representativas de la cooperativa y que viven actualmente en el centro poblado son los Salguero, Pantoja, Morón, Trillo, Lurita y González. Durante muchos años, el espacio donde está ubicado el centro poblado eran los cultivos de manzanos de la cooperativa. Actualmente, muy pocas de las parcelas están destinadas a uso agrícola ya que sus dueños se las entregaron a sus hijos o las vendieron a personas que venían de otros lugares del Perú para trabajar en las empresas agroexportadoras. Así, hay mucha población migrante de Ica, Pisco, Cañete, Ayacucho, Huánuco, entre otros. Asimismo, luego del terremoto, muchos de los hijos de los antiguos cooperativistas se ubicaron en sus terrenos y empezaron a construir sus casas (Bracco & Córdova, 2010; Durand, 2011).

La manera cómo se ha construido el centro poblado genera dificultades en la organización social y la acción colectiva a nivel comunitario. Hay cierta distancia entre las familias “antiguas” del centro poblado, quienes pertenecieron a la cooperativa, y las familias “nuevas”, quienes migraron a la localidad y compraron sus terrenos. Así, existe un mayor vínculo de confianza y acción colectiva específicamente entre las familias que pertenecieron a la cooperativa pero hay debilidad en las relaciones interpersonales y de colaboración en el centro poblado de manera general.

En lo que se refiere a las autoridades, el Teniente Gobernador es Mario González, quien lleva once años en el cargo. Adicionalmente, hace aproximadamente dos años, se ha constituido la Junta Directiva del centro poblado, la cual está conformada en su mayoría por mujeres. La Junta Directiva cuenta con la participación de un delegado o delegada por cada cuadra. Los vecinos y vecinas se organizan por cuadras para proceder con la celebración de las fiestas religiosas en la localidad y responder a las necesidades de alimentación luego del terremoto del 2007. Cabe resaltar que sí había una forma de organización legitimada que se ponía en práctica de manera sistemática pero sólo recientemente se ha constituido de manera formal ante el Municipio de El Carmen.

De esta manera, la organización social se ha ido fortaleciendo poco a poco en el centro poblado. Sin embargo, no hay espacios públicos que puedan ser utilizados por la población. No se cuenta con una plaza que facilite el encuentro entre los vecinos. El único

espacio público es una cancha de fútbol ubicada en el medio del centro poblado que está cerrada con llave y que es utilizada por los hombres (jóvenes y adultos) para jugar fútbol por las tardes y fines de semana. Tampoco cuenta con un local comunal donde se puedan llevar a cabo reuniones vecinales por lo que se debe utilizar la escuela para estos fines. Como respuesta y bajo la iniciativa de la DARS, los vecinos del centro poblado y estudiantes y docentes de la Facultad de Arquitectura de la PUCP, están elaborando el diseño de espacios públicos, en el marco del proyecto "Re-construyéndonos". El diseño será presentado a presupuesto participativo y será utilizado como una herramienta de autogestión para la población del centro poblado.

Finalmente, la religión también es una variable que tiene un impacto en la organización social del centro poblado. A partir de las entrevistas, las mujeres refieren que hay tres religiones en el centro poblado: Católica, Testigos de Jehová y Evangélica. La presencia y práctica de la religión es fuerte, marcando sus creencias, formas de relación y la construcción de identidades femeninas y masculinas.

La mayoría de las familias "antiguas", vinculadas a la cooperativa Huáscar, profesan la religión católica. Cada mayo se celebra durante una semana la "fiesta del madero" (conocida en otros lugares como la Fiesta de la Cruz). Ésta consiste en la organización de actividades recreativas, el rezo de las novenas organizada por cuadras (cada cuadra debe rezar un día distinto hasta completar las novenas) y la procesión del madero hasta un cerro ubicado a treinta minutos en camión desde el centro poblado La Garita. Asimismo, los principales santos católicos son Nuestro Señor de Luren, la Virgen del Carmen, la Virgen de Huanta y la beata Melchorita.

La actividad económica predominante de la zona es el trabajo asalariado fundamentalmente en actividades vinculadas a la agricultura y la agroindustria. El 65% de sus pobladores, tanto hombres como mujeres, son peones agrícolas de las empresas agroexportadoras de la zona. El pago diario es de 18 soles en promedio y son pocos los que se encuentran en planilla y reciben beneficios sociales. En estas empresas los productos principales son el esparrago, alcachofa, uva y mandarina. Por otro lado, hay un 6% de la población que es propietaria de tierras, se trata principalmente de los antiguos cooperativistas, quienes siembran especialmente algodón o las alquilan para acceder a

una renta. Finalmente, algunas mujeres han armado bodegas y/o venta de menús dentro de sus casas para generar recursos económicos.

En lo que se refiere a servicios públicos, el centro poblado no cuenta con agua potable o infraestructura sanitaria, por tanto, utilizan silos y letrinas. El agua para consumo humano es comprada a los dueños de camiones cisterna que llegan semanalmente al centro poblado (antes este servicio también era provisto por el municipio); adicionalmente, se bastecen para otros usos de la acequia que cruza el territorio. La actual Junta Directiva viene impulsando un proyecto para el agua que supone la alianza con otros centros poblados. El proyecto ya ha sido aprobado y cuenta con partida presupuestal municipal y es de esperar que en los próximos meses se inicie el tendido de tuberías. Este proyecto contempla el abastecimiento de agua más no el sistema de desagüe. Desde la población se plantea que la falta de agua es la principal problemática ya que supone un factor de riesgo respecto a la salud. Por otro lado, el centro poblado si cuenta con redes eléctricas y señal de telefonía móvil.

En el tema de educación, en el centro poblado está ubicada la Institución Educativa Pública "1063891 Juan Velasco Alvarado", fundada en 1995, la cual pertenece a la UGEL de Chincha. En el colegio se ofrece los niveles de inicial y primaria en modalidad multigrado. Actualmente, asisten xx niños y niñas del centro poblado La Garita y de otros centros poblados aledaños. Como consecuencia del terremoto, la infraestructura se vio fuertemente afectada, por esta razón durante 3 años el servicio se ofreció en aulas pre – fabricadas que había entregado el gobierno de Alan García. Gracias al apoyo de CARITAS, la institución fue reconstruida en el 2011. Los padres de familia refieren que no se ofrece un servicio de buena calidad. Por ello, cuando cuentan con los recursos necesarios, sus hijos e hijas son matriculados en colegios ubicados en la ciudad de Chincha.

En el tema de salud, el centro poblado La Garita no cuenta con posta médica. Para atenderse, las personas acuden a la agente comunitaria de salud, la cual cuenta algunas medicinas para enfermedades leves. Si se desean realizar chequeos médicos o hay una situación de emergencia, las personas acuden al centro de salud de El Carmen o se atienden en la ciudad de Chincha.

Tomando en cuenta las características descritas, se puede señalar que el Centro Poblado La Garita es una zona que vive en condiciones de pobreza, que se vio afectada fuertemente por el terremoto del 2007 y que, a pesar de los conflictos entre las familias, están logrando avanzar en el proceso de reconstrucción social y física.





CAPÍTULO N.º 4: LAS MUJERES Y SUS NOCIONES DE BIENESTAR Y MALESTAR

En este capítulo se detallan los principales resultados de la investigación. En primer lugar, como una manera de acercarnos y conocer a las personas que viven en el Centro Poblado La Garita, se pasará a detallar las identidades femeninas y masculinas, los roles y espacios que ocupan y las relaciones de poder existentes. Esta descripción permite comprender quiénes enuncian las conceptualizaciones sobre bienestar y malestar, así como contextualizar la investigación.

En segundo lugar, se presenta la conceptualización sobre bienestar. Como tercer punto, se detalla la conceptualización de enfermedad a partir de las principales enfermedades del centro poblado, sus causas, identificación y posible forma de sanación. Finalmente, como cuarto punto, se presenta los principales actores adonde las mujeres recurren para curar las enfermedades mencionadas.

4.1. Femeinidades y masculinidades del Centro Poblado La Garita

Al igual que otras mujeres, las mujeres del Centro Poblado tienen múltiples identidades que se articulan de manera compleja y se expresan en discursos en los que se identifican varias formas de “ser mujer”. Estas identidades definen los roles que asumen, los atributos que valoran en ellas y los espacios en los cuales se desenvuelven. En el imaginario local, las mujeres señalan la existencia de tres identidades femeninas en el centro poblado: ser “madre y esposa”, “mujer trabajadora” y “mujer independiente/ la ‘otra’”. Estos tipos o esquemas les permiten a las mujeres “mapear” las femeinidades existentes en su centro poblado, pero, como señalaremos más adelante, las personas concretas pueden encarnar uno o más de estos tipos o esquemas.

El tipo ideal de identidad públicamente valorada en el centro poblado es la de “madre/esposa”. Es la identidad, con sus roles respectivos, que asumen las mujeres como mandato social prioritario y que atraviesa su socialización y la construcción de su subjetividad. Los roles que se le asocian portan atributos como el ser sacrificada, sufrida, obediente y hogareña. Como esposa, las mujeres señalan que esta identidad conlleva que se debe ser fiel, estar al servicio de la familia (especialmente del esposo), atender las responsabilidades dentro de su hogar y saber “administrar” los recursos económicos del

hogar. Como madre, las mujeres deberían estar dispuestas a sacrificar su bienestar personal por el cuidado de sus hijos, a tolerar acciones violentas con la finalidad de mantener el “ideal” de familia, es decir, aquella integrada por el padre, la madre y los hijos. En definitiva, el espacio asociado a las mujeres del centro poblado ha sido el privado.

“Nosotras entre mujeres jugábamos la cocinita, mi mamá, las muñecas. Nos poníamos a jugar las muñecas. Y esa tradición yo también la llevaba, yo con mis hijas, con Leila, con Caro, hasta Stephanie. Ellas no salían a jugar.” (Ana, 43 años)

En esta identidad tienen un impacto directo las religiones que se encuentran en el centro poblado. Como señala Stevens (citado en Pescatello 1997), en América Latina el marianismo es tan predominante como el machismo, siendo la otra cara de la misma moneda. El marianismo también marca la construcción de identidades femeninas y consiste en el culto a la superioridad espiritual femenina. Ello establece mandatos de género que delimita a las mujeres como supuestos seres humanos semidivinos, superiores moralmente y con mayor fuerza espiritual que los hombres. La autora señala que el culto a las deidades femeninas no solo marcan la religiosidad de las poblaciones, sino que se convierten en modelos referenciales de un “deber ser” mujer. Este modelo abarca una serie de atributos que deben poseer las mujeres como la abnegación y la capacidad infinita para la humildad, el sacrificio, la sumisión y el ser paciente con los hombres.

Desde otra perspectiva, también se puede comprender esta identidad femenina desde la “ética del cuidado” (Krebs, 1994; Gilligan 1985). A este tipo ideal de identidad femenina se le atribuye el cuidado de otros/as (niños y niñas, parejas, ancianos, enfermos, entre otros) con atributos de abnegación que pueden llegar hasta el sacrificio personal y la autonegación. Este mandato es estructural a la construcción de la dominación patriarcal pues da forma a la definición de la mujer como reproductora. A su vez, el mandato del cuidado separa las esferas pública y privada, siendo esta última el lugar propio del cuidado, lo que lleva a la exclusión de la mujer tanto de la esfera pública de la economía como de la esfera pública de deliberación política (Gilligan, 1984; Pateman, 1988).

Sin embargo, esta ética del cuidado puede ser subvertida y llenada de nuevos contenidos. En efecto, el segundo tipo ideal de femineidad presente en el imaginario de las mujeres entrevistadas es el de la “mujer trabajadora”, ya sea este trabajo asalariado o que impliquen su participación en el espacio público. En el caso del trabajo asalariado, las mujeres entrevistadas, si bien reconocen el hogar como su espacio de desenvolvimiento, muchas de ellas trabajan como obreras en la industria agroexportadora. Esta identidad tiene dos caras. Por un lado, las mujeres plantean que dicha labor les permite contar con pequeños recursos económicos y cubrir necesidades dentro del hogar, como un medio para satisfacer las necesidades de sus hijos en salud, educación, alimentación y la mejorar las condiciones de su hogar (Ruiz Bravo & Castro, 2012). En otras palabras, las mujeres le encuentran utilidad al trabajo en el espacio público en relación con la mejora de su desempeño como madres y esposas en el espacio privado, interpretando así su salida a la esfera pública como un acto de cuidado.

De manera similar, tres de las mujeres entrevistadas para este estudio realizan labores no remuneradas en el espacio público. Una de ellas es agente comunitaria de salud del Centro de Salud El Carmen y, en esta tarea, presta servicios de “cuidado de la salud” en su centro poblado pero también en los centros poblados aledaños de Blas Herrera, Santa Ana y Elías Rebata. Esta actividad la ha llevado a participar de talleres de formación en la capital distrital y en viajes a otros departamentos para encuentros de agentes comunitarias, así como conocer a otras mujeres de su distrito que cumplen roles similares y con las que viene tejiendo una red de soporte. Una segunda es delegada de su centro poblado ante el gobierno municipal y es la encargada de velar por los intereses de su centro poblado en términos del presupuesto participativo; de hecho, ella viene siendo pieza clave con respecto a la instalación de servicios de agua potable en La Garita mencionado antes. Una tercera entrevistada ha sido elegida como Presidenta de la Asociación de Padres de Familia (APAFA) del colegio del centro poblado, nuevamente ejerciendo una función de cuidado de la educación de sus hijas y de las niñas y niños del centro poblado. Como se puede ver en estos tres casos, el ingreso a la esfera pública parte del ideal de la ética del cuidado pero subvirtiéndolo.

En suma, tanto las mujeres que han ingresado a la esfera pública del trabajo asalariado o a la esfera pública de participación ciudadana parecen expresar un tipo de femineidad que no niega el ideal de la ética del cuidado pero lo subvierte. Es decir, en sus testimonios, las mujeres refieren que el ingreso al mundo laboral y público no está desligado del mandato de cuidado ya que se hace con el objetivo de cuidar más a sus hijos y su hogar. Sin embargo, es en el ingreso a estas esferas que las mujeres también encuentran nuevas posibilidades de relación y de conceptualizarse a sí mismas.

Por otro lado, el salir al espacio público les posibilita posicionarse como mujeres de una manera distinta, reconociéndose y actuando como sujetos. El trabajo les brinda la posibilidad ser sociales, divertidas y coquetas. Si bien este es un aspecto importante para las mujeres, se suele negar o restar valor a esta dimensión ya sea de manera consciente o inconsciente. En este espacio, las mujeres tienen la posibilidad de encontrarse con otras mujeres. Es un espacio para socializar, compartir, dialogar y encontrarse que, además, se encuentra legitimado socialmente. El ingreso de la mujer al espacio laboral se toma como una acción complementaria a la función del esposo. Por tanto, no es asumido como lo “deseado” pero posibilita que la mujer salga del hogar de manera justificada y con menor control social. Asimismo, en este espacio encuentran la posibilidad de conocer a otro hombre y hacer “amistades”, ello ya que existe la posibilidad, imaginaria o real, de actuar la tercera identidad que se presentará: “mujer independiente/ la otra”.

La identidad de “mujer independiente/ “la otra”” es opuesta a la identidad de “madre/esposa”. Las mujeres del centro poblado caracterizan a este tipo de femineidad como aquella mujer “viva” que seduce a varios hombres de manera simultánea o a los maridos y rompe familias constituidas. En estas circunstancias, el hombre es la víctima que ha sido manipulada y tentada por las mujeres que lo buscan y le proponen cometer infidelidad. Por tanto, se le atribuye características tales como manipuladora, egoísta, usurpadora, irresponsable y lujuriosa. Además, a este tipo de mujer se le asocia al espacio público como el trabajo y las cantinas, lugares donde puede vincularse más fácilmente con los hombres. Públicamente se critica a este tipo de “ser mujer”, las mujeres intentan distanciarse y niegan rotundamente la posibilidad de ser “la otra” ya que “antes de ser mujeres, son madres”. Nuevamente, como señala Stevens, esta forma de femineidad se asocia a la imagen que la autora ha catalogado como “mujer mala”. Ésta

no se percibe como una mujer verdadera ya que se divierte, disfruta del sexo y se burla de las costumbres. A este tipo de mujer se le considera, hasta cierto punto, masculina, ya que como los hombres, logra desenvolverse como sujeto y en el espacio público. Una de las mujeres entrevistadas recuerda la historia del primer compromiso de su padre. Él la dejó por su madre ya que ésta no estaba cumpliendo bien su rol.

“Mis tíos me contaron, los hermanos de mi papá, que mi papá se iba a trabajar y le daba la plata a ella para que los haga ver pues pero a ella no le interesaba, ella se iba a las fiestas. Dejaba a sus hijitos con sus hermanas menores y ella se iba a la fiesta, se iba con las amigas. Y por ese descuido, ya sus hijos morían. Y ya mi papá, ya para la última, dice que a mi papá le decían que ella no le convenía, la mujer con la que estaba, porque estaba con otra persona.” (Karen, 30 años)

Por tanto, las mujeres siempre se cuidan de no ser confundidas con este tipo de mujer. Ellas cuidan el lugar y las personas con las que conversan y cuidan a sus hijas de la posibilidad de ser ubicadas en dicha posición ya que puede dañarlas personal y socialmente.

“Sí, acá la gente no te puede ver conversando con un muchacho porque supongamos ya es tu amigo nada más y ya te dicen: No, mira ya es su enamorado. O sino después te dicen, viene otro compañero y estás conversando y te dicen lo mismo. No, mira, ahí tiene al otro gallo.” (Fausta, 41 años)

Desde la perspectiva de la ética del cuidado, este tipo ideal de la “mujer independiente/ “la otra”” presente en el imaginario de las mujeres entrevistadas puede ser asociado con la negación de la ética del cuidado, es decir, con el descuido. Este descuido, a su vez, está asociado con el acceso al espacio público y con el ejercicio libre de la sexualidad, características ambas que son la negación del primer tipo ideal de femineidad descrita. Más adelante se hará el vínculo entre la identidad la “otra” y la posibilidad de enfermarse por daño, una de las principales enfermedades mencionadas entre las mujeres.

Las identidades descritas son aquellas que tienen mayor presencia en el centro poblado La Garita y, en tanto tipos ideales, éstas no necesariamente están asociadas a diferentes mujeres, sino que cada una de las mujeres puede integrar todas o casi todas las identidades. También es necesario explicitar que solo una mujer del centro poblado está separada desde hace poco ya que era víctima de violencia por parte de su pareja. Su separación ha suscitado percepciones ambivalentes en la población. Por un lado, es vista como un modelo para otras mujeres pero, desde otra perspectiva, se le posiciona en la identidad de “mujer independiente/ la otra” y se le culpa por el quiebre del matrimonio. Más allá de este caso, los tipos ideales descritos expresan tanto la afirmación de la hegemonía patriarcal como el hecho de que considero que se podrían estar construyendo nuevas formas de ser mujer, donde se puede distinguir nuevas representaciones de femineidad que implican reconocer atributos y espacios diferentes a los tradicionales.

En el caso de los hombres, las mujeres, a través de su discurso, nos muestran solo una forma de ser hombre. La masculinidad en el centro poblado se caracteriza con el rol de proveedor y a la jefatura del hogar. El hombre es autoritario, controlador y fuerte. Además, las mujeres señalan que los hombres tienden a consumir grandes cantidades de alcohol, lo cual puede despertar su agresividad. Como debe ser el principal proveedor, rechaza en el discurso, que su pareja trabaje ya que lo percibe como una disminución de su capacidad productiva. Asimismo, si la mujer trabaja y se aleja del hogar, existe la posibilidad de que ella sea infiel. Por ello, el hombre del centro poblado La Garita se caracteriza por ser desconfiado, celoso y controlador. A pesar de ello, las mujeres relatan que la mayoría de hombres tienen aventuras con otras mujeres estando casados. No obstante, resaltan la diferencia entre ser la mujer estable y ser la “otra”.

“Nunca mi mamá con mi papá se separaron, todo el tiempo, mi mamá se acabó y nunca se separaron. Mi papá habrá tenido, como se dice, que ha sido mujeriego, montón de mujeres, pero nunca la dejó a mi mamá. (...) Así pasó hasta el día de hoy, mi papá no se ha ido. Tendrá por ahí su aventura, pero mi papá no trae. 11 años tiene mi mamá bajo tierra y no trae ni una mujer a la casa” (Ana, 43 años)

Desde el discurso, las mujeres refieren que cuando un hombre está involucrado con otra pareja deja de cumplir su rol de proveedor con su familia. De esta manera, dejan de proveer con los recursos económicos necesarios para que se pueda administrar el hogar y se resalta la ausencia del hombre en la crianza de los hijos/as y el cuidado del hogar.

El imaginario de hombre en el centro poblado se construye siempre en relación con una mujer. Así, las mujeres describen a los hombres principalmente desde su posición como parejas. De esta manera, el hombre se posiciona como referente en el centro poblado siempre y cuando se junte con una mujer sino queda como persona dependiente del hogar y la madre.

“Yo tuve que tomar pues el rol de mamá porque ella se quedó en mi poder conmigo en la casa y ella, mi hermano, dos hermanos más todavía estaban solos. Yo tenía veinticinco, ¿Carlos cuántos tendría? Treinta, ¿no? Treinta”
(Ana, 43 años)

Las identidades femeninas y masculinas tienen un claro impacto en las relaciones de poder entre hombres y mujeres del centro poblado, donde los hombres se encuentran en una posición de dominación respecto a las mujeres que se encuentran en una posición de subordinación. Por tanto, hay un control desde los hombres sobre cómo las mujeres tienen acceso a recursos, servicios y al uso de su cuerpo y sexualidad. Asimismo, una grave manifestación de esta situación de dominación/subordinación es la violencia física y psicológica que las parejas ejercen sobre las mujeres. Desde el relato de las mujeres, la violencia de hombres a mujeres es un hecho que las acompaña a lo largo de sus vidas ya que se sufre violencia de los padres, hermanos y parejas, por tanto, se naturaliza la violencia.

“Sí, los hermanos hombres pegaban a las mujeres. Por eso que yo digo, por eso que las mujeres cuando se casaban, la mayoría estaba acostumbrada a recibir golpes de hombres. Es una costumbre ya porque desde pequeño ya le han inculcado eso” (Karen, 30 años)

Así, como se ha mencionado, en la mayoría de los casos de violencia contra la mujer, las mujeres violentadas, si bien cuestionan esta situación de manera discursiva, continúan con sus parejas.

4.2. Concepciones sobre bienestar

El discurso de las mujeres sobre el bienestar se vincula con los tipos ideales de femineidad descritos en el punto previo.

A través de su discurso, las mujeres parecen evidenciar que el bienestar está asociado a una tensión entre los tipos de mujer madre/esposa y mujer trabajadora. Sus discursos reflejan una tensión donde el primer modelo ya no tiene un prestigio absoluto y ya no es exclusivo en términos de dar forma al ideal del sí mismo. En otras palabras, el bienestar ya no está exclusivamente asociado a cumplir con el ideal patriarcal de hombre proveedor y mujer reproductora, adscritos a los espacios privado y público, respectivamente. De manera discursiva, el ser una mujer trabajadora se torna en el ideal principal pero es un ideal proyectado a sus hijos e hijas.

Como se ha señalado en la descripción de las participantes, la mayoría de las mujeres no culminaron sus estudios. Sin embargo, a lo largo de las entrevistas plantean que si lo hubieran logrado, les habría permitido tener una vida distinta y con mejores recursos económicos. Esta expectativa ahora está proyectada sobre sus hijos y tiene relación directa con la posibilidad de salir de la pobreza económica y tener un trabajo diferente al del campo y acceder a puestos en las empresas agroexportadoras. A partir de ello, se observa una jerarquización de los espacios presente en los discursos de las mujeres que simboliza de algún modo las relaciones de poder que establecen jerarquías estamentales. La “chacra” deviene en el espacio desprestigiado y carente de oportunidades a diferencia de la “empresa” a la que se puede acceder gracias a los “estudios y la profesión”, el cual es visto como el espacio de oportunidad y reconocimiento personal y social. Frente a esto, podemos plantear que el concepto de “bienestar” está en tensión, llenándose de un nuevo contenido.

“Bueno, como dice el dicho, vale la pena soñar. Yo me imagino que mis hijos sean unos profesionales, que se esmeren y que no estén como

nosotros, en la chacra. Para mí ese es mi gran sueño, que sean unos profesionales (...) ya que tenga sus profesiones, pero que no trabajen acá, para mí mi sueño es que ellos salgan fuera del país, que sean algo más y que ellos se superen bastante” (Fausta, 41 años)

Este discurso, que impulsa el desarrollo profesional, muestra nuevos mandatos sociales, nuevos ideales del yo, nuevas formas de construcción del sí mismo, fortalecimiento de recursos invisibilizados y nuevos espacios sociales. Frente a lo planteado anteriormente, se observa que sí parece existir una tensión en las relaciones sociales, especialmente en las relaciones intragénero - intergeneracional. Es claro, por ejemplo, que el mandato madre-hija es de búsqueda de cambio, de “no continuidad” y “no repetición”. Para lograr ser profesionales, tanto hombres como mujeres deben intentar postergar las relaciones de pareja o si se está dentro de una relación, postergar el inicio de la actividad sexual. El bienestar está asociado al “progreso económico”, el que puede verse truncado con el embarazo temprano de la joven. Si esto sucediese, los jóvenes padres deben dejar de estudiar y dedicarse a trabajar en la chacra.

“Yo tenía pensado cuando Leila estaba soltera y metió la pata, yo a ella cuanto, cuánto, cuando ella empezó, yo quería que ella estudiara, siguiera estudiando, pero cuando nos enteramos lo que ella había cometido, el mundo se me vino, parecía que me hubieran tenido un puñal. Yo a ella la veía con un futuro bien adelante pues. Ella en sí, ella quería estudiar para profesora, ella me decía, hasta cuando estaba chiquita mami, yo quiero ser profesora. Todo depende de ustedes, les decía” (Ana, 43 años)

Entonces, la sexualidad es algo que las mujeres tienen que negociar con el fin de optimizar su bienestar. Dado que la sexualidad está asociada al embarazo y a la posibilidad de truncar los estudios y el crecimiento profesional, las mujeres expresan una prohibición de la sexualidad. En el mandato a las hijas tiende a enfatizar la abstención y la postergación de las relaciones eróticas. Esto podría estar asociado al tercer modelo de femineidad, “la otra”, donde se observa una crítica en torno al tema del cuerpo y la sexualidad, asociado al “descuido”. Por tanto, una mujer que disfruta de su sexualidad también puede estar asociada a que no se preocupa por su bienestar ya que pone en

riesgo la posibilidad de mejorar su situación actual. Es interesante cómo las mujeres buscan que sus hijos posterguen el inicio de la actividad sexual no desde una posición moralista sino por el temor a la maternidad y/o paternidad temprana. En ese sentido, sería interesante profundizar en porqué las mujeres no se centran en un discurso de cuidado a través de métodos anticonceptivos y permanece el imaginario de la sexualidad como una dimensión que puede dañar el bienestar.

Entonces, si bien lo anterior nos puede mostrar una tensión entre diferentes modelos de femineidad y, por tanto, de bienestar aún permanecen las tensiones entre mandatos tradicionales y modernos, lo cual lleva a la reproducción de situaciones patriarcales.

A pesar de que el desarrollarse como profesionales es el deseo consciente, la mayoría de mujeres jóvenes del centro poblado se juntan con una pareja y salen embarazadas a edades tempranas. Como se ha detallado en el punto sobre femineidades y masculinidades, las mujeres construyen su femineidad a partir del discurso tradicional, valorizando prioritariamente su rol como madre y esposa y en el espacio privado. Por tanto, a pesar de la posible tensión con otros discursos y modelos, el bienestar para ellas también aún estaría asociado a la búsqueda de los ideales de “madre/ esposa”. Esto puede deberse a que aún no hay referentes suficientes de otras formas de ser mujer dentro del centro poblado. En esa línea, se consolida la el ideal de contar con familia heteronormativa, institución donde la mujer debe comprender las dificultades entre la pareja y/o la violencia de género como situaciones deben soportarse con miras a mantener el orden establecido.

“Bueno, en el consejo sí, cuando yo me junté, mi mamá siempre nos decía si ustedes han buscado su destino, si estás con esa pareja, ya debes estar para toda la vida porque en realidad, si tú buscas a otra persona, supongamos que yo tenía a mi hija y ella siempre nos decía, tengas o no tengas problemas, siempre el problema se soluciona en casa, no en la calle. Entonces siempre nos decía si tú tienes problemas, en caso busque a otra en la calle, siempre tienes que seguir adelante, por ejemplo, siempre nos daba ejemplos, vamos a suponer tú ves a tal persona si no está con su esposo, ya buscó a otro, ¿ustedes quieren estar así? Bueno a mí siempre

me decía eso, cuando conversaba con ella a solas siempre me decía, ¿quieres estar así? Porque qué ejemplo le puedes dar mañana más a tarde a tus hijos” (Fausta, 41 años)

“Yo me enamoré de su papá, les digo, con él me casé, con él sigo, veintiún años sigo con él y no he cometido el error de separarme, quizá en un momento de locura de él, pero de mí no” (Ana, 43 años)

Si bien se tiende a “soportar” situaciones de violencia, nuevamente se puede distinguir que discursivamente se tiende a asociar el bienestar con la consolidación de una familia estable pero que no recurre a la violencia. Para lograrlo, tanto hombres y mujeres deben ser poseedores de ciertos atributos. En el caso de los hombres, deben aprender a controlar su impulsividad, la agresividad y ser empática. Estos atributos solo podrán ser adquiridos por los hombres si ha tenido una vida libre de maltratos.

“Un hombre sano te digo que es una persona responsable, una persona que no... Bueno, de que haya vivido maltrato físico, psicológico, yo creo que eso es, este, dependiendo del autoestima, del valor que haya tenido uno, porque, mira, yo he tenido en mi niñez una situación de maltrato psicológico.” (Karen, 30 años)

“yo más le aconsejo en ese aspecto, que él no sea así le digo porque esa agresividad a veces, algunos lo llevan hasta adultos ya y siempre le he dicho tú tienes que ser un hombre sensible, pasible y tener paciencia.” (Olivia, 31 años)

En el caso de las mujeres, tienen que saber desempeñarse como buenas “madres/ esposas”. En otras palabras, como personas que logran desprenderse de sí mismas como sujetos para atender las necesidades de los demás. Como se observa en la viñeta, el ser buena madre no solo significa cuidar de los hijos sino que se reproduce el cuidado a un nivel más amplio. En esta oportunidad es contar con la capacidad para aconsejar y enseñar a otras mujeres. Así, una mujer saludable es un modelo con el cual las más jóvenes se identifican, ya que ella sabe escuchar, es empática y posee el saber de cómo

ser una buena madre. Al transmitir este saber, se otorga la posibilidad de construir bienestar a quien lo recibe.

A lo anterior, se suma el tema de la legalidad de las acciones para conseguir recursos económicos. Las mujeres resaltan que para poder construir bienestar tanto personal como social, las cuestiones materiales que cada persona tiene, deben conseguirse de manera legal y honesta.

“Como te digo, no hacer lo que no se debe pues, o sea vivir con tu conciencia en paz, estar tranquilo, eso te va, eso te va a alimentar, te va a sentir feliz pues, en paz porque si tienes la conciencia sucia no vas a estar tranquilo (...) Hacer las cosas bien, hacer las cosas legal, no hacerle daño a nadie ni hacer cosas que no estén bien pues, que todo esté dentro de la casa como te digo...todo legal, todo limpio” (Marla, 55 años)

De esta manera, el bienestar estaría asociado al trabajo honesto, el cual otorga felicidad y tranquilidad. Si bien no conocemos los índices de delincuencia en el centro poblado, cabe preguntarse si el asociar la mejora económica a acciones ilegales puede ser también una manera de desvalorizar el progreso de individuos o familias. Frente a ello, en temas de relaciones comunitarias, las mujeres también resaltan la necesidad de un cambio en el centro poblado para construir un espacio saludable. Así, el bienestar está asociado a la unión de los vecinos pero no necesariamente al trabajo colectivo sino a detener los chismes y situaciones de envidia que se generan dentro de la comunidad.

“Bueno en las personas de acá, que deben de ser más unidos, que no sean tan chismosas porque acá en La garita, de eso sí, la gente de acá todos saben de todos, le preguntas algo, saben lo que hace fulano, mengano” (Fausta, 41 años)

Como la solidaridad es difícil de construir entre los vecinos del centro poblado, la respuesta para construir bienestar es no tomar en cuenta los chismes o comentarios que circulan sobre las personas y sobre uno mismo. Por el contrario, las mujeres refieren que deben enfocarse en sí mismas, en sus hijos, en sus familias y en sus trabajos. Ello con la idea de mejorar económicamente y proveerles un mejor futuro a sus hijos. Para ello, las

mujeres también deben consolidar su autonomía como mujeres, alejándose de la dependencia económica con los maridos y aprendiendo a negociar con ellos. Además, requiere plantearse una meta a futuro y construir a partir de ésta siendo constantes, persistentes y asertivas.

“bueno, yo les digo a unas personas chicas que recién están empezando, a veces le digo “mira, tú trabajas, él trabaja. Tú... uno que guarde para que construya su casa, el otro que sea para comer”, le digo. “Porque si los dos... yo me agarro la plata y tú agarra tu plata y se van por el vicio, en una semana se va su borrachera y tú en una semana vas, te compras el catálogo, te compras la ropa y por las puras trabajas, tanto sacrificio para nada”, les dije. Así les hago ver para que ahorren pe y veo que algunas me hacen caso. Algunas me dicen “mire, ya me compré mi refri, me compré mi tele”. “Ah, bueno, qué bien”, les digo.” (Karen, 30 años)

En conclusión, el bienestar está asociado a la tensión entre ser “mujer trabajadora” y “madre – esposa”. En el primer caso, las mujeres mencionan la importancia de un cambio intergeneracional donde se impulsa la búsqueda de nuevas oportunidades para sus hijos e hijas, en ese sentido, se manifiesta el mandato de “no repetición” y de cambio a la situación actual. Por tanto, el bienestar está vinculado a la posibilidad de contar con estudios superiores que permitan tener un mejor desempeño profesional y, como consecuencia, mayores recursos económicos. A pesar de que el mandato de “mujer trabajadora” está cobrando fuerza dentro del centro poblado, aún parece priorizarse la identidad de “madre – esposa”. Por tanto, se terminan reproducen mandatos patriarcales que ubican el bienestar en la posibilidad de tener una pareja que la quiera, la respete y que no la violente físicamente. Entonces, para las mujeres, el bienestar estaría asociado prioritariamente a cumplir su rol de buena madre. Cabe resaltar que ambas identidades tienen a la base la “ética del cuidado”, donde se impulsa que las mujeres puedan desarrollar su capacidad para cuidar del otro.

Sumado a lo anterior, el bienestar no sólo se concibe como un concepto personal sino que tiene relación con dinámicas sociales y comunitarias. Por ello, es interesante la importancia de la legalidad y honestidad en las acciones que desarrollan. Asimismo, la

relevancia de la solidaridad entre vecinos aun cuando ello no es posible de lograr en el centro poblado.

Es necesario señalar cómo a lo largo de las entrevistas no se menciona de manera explícita el impacto del terremoto. Éste se menciona como un hecho cronológico que marca un antes y un después en sus vidas y las ubica en el tiempo. El proyecto “Reconstruyéndonos” empieza como una manera de aportar al proceso de reconstrucción psico-social de la población del centro poblado. Ello ya que la población, especialmente las mujeres, manifestaban que estaban en un proceso de crisis personal y social. Luego de cinco años del terremoto, donde el centro poblado ha logrado una reconstrucción paulatina a nivel personal, social y espacial, el discurso sobre los impactos del terremoto ya no es tan intenso. Detallo esto porque resulta importante resaltar cómo la crisis, el terremoto, le quita especialmente a las mujeres la posibilidad de ejercer su rol. A partir del mismo, se destruye la casa, la cual es asociada como el espacio privado donde se ubican las mujeres y tienen la capacidad de reproducir las acciones de cuidado. Por tanto, el modelo de madre/esposa, el cual otorga bienestar, se ve enfrentando a serios cuestionamientos en la crisis del terremoto.

4.3. Concepciones sobre la enfermedad y el malestar

Como una manera de aproximarme a la conceptualización de enfermedad y malestar, se indagó sobre temas como “daño”, “celo”, “ojeo”, etc. Como he mencionado, venía trabajando en el Centro Poblado por 3 años y, a lo largo de ese tiempo, las mujeres recurrían constantemente a este discurso para dar cuenta de situaciones que las hacían sentir mal a ellas y/o a sus familiares. Por ello, buscaba reconocer y validar su propio discurso y conceptualización.

Al momento de preguntarles a las mujeres sobre “la brujería”, “el daño”, “los curanderos”, se muestran desconcertadas ante el tema que deseo plantear. Parecería que es aquello que ocurre pero de lo que no se discute abiertamente; por lo menos, no se discute públicamente con personas como yo, una “psicóloga profesional” y “limeña” y, dada su experiencia, se asume que tendría que ser una persona distante de aquellas “creencias”.

Como señala la Jefa del Centro de Salud de El Carmen, las creencias y costumbres de la población no forman parte del discurso científico de la salud.

“Nosotros somos muy respetuosos, porque a veces son las creencias y las costumbres de la noche a la mañana uno no las puede cambiar, pero sí las puedes mejorar.(...) Entonces, en ese caso, como personal de salud, tratamos de explicarle que es una forma de pensar que no está demostrada, pero que puede ser. Tampoco herimos susceptibilidades de las personas, porque hay personas que son muy sensibles y traen estas expresiones desde los antepasados, abuelos, bisabuelos y se viene repitiendo.”

Por tanto, como primera reacción tienden a cuestionar, a dudar el por qué estoy preguntando sobre ese tema. Preguntas como: “¿Tú crees en eso?”, “¿Alguna vez has ido tú donde un brujo?”, están presentes y buscan comprender el porqué de mis preguntas, como si estuvieran a la defensiva de posibles burlas, desvalorizaciones de sus discursos y prácticas. Frente a esa duda, todas se distancian del tema e inician su discurso con frases como “yo no sé si creer”, “algunas personas creen”, “dicen que”. Así, se mantienen lejanas de estas experiencias, señalando que son otras personas del centro poblado quienes utilizan estos servicios.

A pesar de lo planteado, las mujeres me cuentan diversas historias: historias con personajes “mágicos”, historias personales de dolor, historias ajenas de relaciones conflictivas entre parejas, vecinos, etc. Cabe resaltar que para comprender la concepción de bienestar de las mujeres del Centro Poblado La Garita, debemos reconocer que la identidad de las mujeres no es única sino que ésta es dinámica y pluridimensional. Es decir, son mujeres costeñas y occidentales, en su mayoría con padres y abuelos migrantes de diversas zonas del país, con influencia afro, y educadas dentro de la concepción católica o evangelica. Por tanto, cuando se discuten las acciones para encontrar bienestar/ salud mental no nos encontramos frente a una sola forma de actuar sino justamente todo lo contrario, se presentan diversos caminos según el tipo de malestar y su comprensión del mismo.

Las mujeres nombran diferentes tipos de enfermedades para dar cuenta de los malestares que sienten o que son de uso común en el centro poblado. Antes de empezar a describir las enfermedades mencionadas por las mujeres, es fundamental aclarar que muchas de ellas se muestran escépticas frente a éstas. En esta oportunidad no pretendo probar si ellas creen o no, sino lo que espero es dar cuenta de ciertos imaginarios y discursos presentes en el centro poblado ya que considero que dan cuenta de representaciones que muestran identidades, relaciones sociales y su forma de entender aquello que las perturba, que las inquieta y que afecta su salud y equilibrio.

A continuación detallaré las enfermedades descritas, la causa por la cual las mujeres consideren que la enfermedad aparece, los malestares asociados, cómo es identificada y cuál es la respuesta que tienen para curarla.

El “daño”

La enfermedad más temida dentro del centro poblado es llamada “daño”. El daño supone que una persona le desee generar malestar a otra, el cual es ocasionado a través de brujería.

El “daño” se manifiesta a través de un dolor físico abrupto y un cambio drástico en el estado emocional, los cuales aparecen de manera intempestiva y sin razón aparente. Tiene como consecuencias el malestar físico, emocional e implicancias económicas y sociales. Físicamente, está asociado al cáncer, la parálisis corporal y enfermedades crónicas (dolores de alguna parte del cuerpo de manera constante como la cabeza o los riñones). Si no es tratado, la persona se “seca” y se produce la muerte. Emocionalmente, las mujeres refieren que la persona “dañada” se decae emocionalmente de manera repentina, sienten desgano y/ o se deprimen. Asimismo, tiene implicancias en las relaciones sociales. Socialmente, se pierde aquello que ha sido causa del daño. Puede ser el negocio o la pareja.

Al profundizar sobre el “daño”, las mujeres señalan que éste es realizado por un brujo a pedido de una persona, mayoritariamente mujer. Se señala que la mujer solicita el “daño” ya que ésta siente envidia sobre el bienestar que la otra persona ha logrado construir. En ese sentido, el “daño” es la expresión de un vínculo conflictivo entre mujeres donde se

despiertan sentimientos agresivos con los cuales se pretende destruir aquello que una de las mujeres tiene o ha logrado construir a partir de su esfuerzo. La envidia no es una expresión manifiesta sino que es un sentimiento que la persona esconde de manera hipócrita. Así, un gesto amable y espontáneo puede en realidad estar escondiendo un sentimiento agresivo.

“El año pasado estaba bien, el anteaño pasado también y mi mamá, mi papá, la señora que es mi vecina me decían: “Cuando te vean trayendo algo no, nunca recibas, o si recibas no lo comas, déjalo de un día para otro y si se vuelve con gusano es porque trae daño”. Yo le digo: “¿Pero cómo no le voy a recibir si es algo que me están convidando?, esa ya es grosería que no le reciba”. “Entonces si lo vas a recibir no lo comas y recíbelo con la mano izquierda”, me decían. “Porque como a ti todavía nunca falta que algunos vengan, te saludan, te ven bien, pero por adentro están que te envidian, que te maldicen, que te desean lo peor”. Son personas envidiosas, me dicen.” (Karen, 30 años)

Por un lado, la envidia se puede presentar ante la mejora económica de una mujer dentro del centro poblado. Se envidia la capacidad para producir recursos económicos, así como, la posibilidad de tener un trabajo propio que le otorgue autonomía.

“Por ejemplo, aquí tenemos un ejemplo. Aquí al frentito hay un restaurante, donde venden frutas y hay dos señoras. Siendo hermanas, se comienzan a pelear, a insultar y ahorita no se pueden ver. A una le compran más y la otra señora es envidiosa. Y le hace eso de la brujería, todo eso, y la señora se comenzó a decaer y su negocio también se comenzó a quebrar.” (Carola, 20 años)

Por otro lado, también se despiertan sentimientos de envidia por la conformación de relaciones de pareja. De esta manera, el “daño” busca transformar relaciones supuestamente estables y armónicas, donde prima el respeto entre el hombre y la mujer, en relaciones conflictivas y de confrontación. Ello con la finalidad que esa pareja se rompa y el hombre quede libre para estar con otra mujer.

“No parábamos bien, pues. Siempre habían problemas, problemas... O sea, cuando nos conocimos tranquilo, normal. Cuando empezamos a vivir fue el problema. No paraba en la casa, mucho le gustaba la calle, no cumplía en la casa con la semana. Se lo tomaba todito. Trabajaba para tomar, no más. Y como venía una señora que quería que él esté con su hija... Y esa señora decían que era bruja, que le gustaba hacer daño a los demás, le hacía brujería... Ajá. Y como yo me junté con él, ya siempre decían su mamá de él, su papá, mi mamá también decía: “Le han hecho daño, a ustedes les han hecho daño porque no quieren que lo vean feliz”.
(Karen, 30 años)

Una tercera situación referida por las mujeres, es que el daño puede darse a partir de la intervención de una madre sobre la relación de su hijo hombre. A través de éste, se busca distanciar a la novia o esposa.

“Ha salido negro, dice que la señora le ha dicho que le han hecho daño, que un familiar mío, o sea, su suegra le había hecho daño. Porque su suegra no quería que esté con su hijo. Y le dolía mucho la cabeza, mucho le dolía, yo decía yo también he estado en ese trance que a mí me ha dolido la cabeza” (Karen, 30 años)

Si bien la sensación de envidia no es explícita en el caso anterior, sería necesario profundizar en el imaginario de cómo las madres procesan subjetivamente la separación con sus hijos hombres. Así, detrás de este daño podría ocultarse la idea que se envidia a la mujer joven que es la “nueva poseedora” del hombre deseado.

En todos los casos, las mujeres entrevistadas refieren que la persona “dañada” no es consciente de los cambios. Son familiares y amistades quienes identifican los cambios físicos, emocionales y sociales ya que se perciben como drásticos y abruptos. Frente a ello, las mujeres refieren que se acude a una consulta médica pero que los análisis no logran establecer un diagnóstico. Frente a ello, se debe realizar una lectura del tarot que puede dar cuenta de quién ha generado el daño y cuáles son las razones para ello. Para

curarlo, la persona debe tomar brebajes y hacer un encantamiento que funciona como un “candado protector” para futuros “daños” posibles. Cabe resaltar que el “daño” se produce sobre aquellas personas, especialmente mujeres, que cuentan con el “bienestar” deseado en el centro poblado. Esto será analizado con mayor profundidad en el siguiente capítulo.

El “celo”

El “celo” es descrito por las mujeres como el malestar que tienen los niños/as pequeños frente al bebé que se encuentra dentro del vientre de una mujer. Esta es una sensación generalizada ante cualquier mujer embarazada, no necesariamente tienen que ser la madre del niño o niña.

“el celo es, por ejemplo, ella estaba embarazada y la bebé quería que ella nomás lo alce porque era el celo de la bebé que estaba en barriga. Quería que su mamá nomás lo alce, que con su mamá quería dormir y cuando. Por eso decían que...” (Ana, 43 años)

Las mujeres refieren que los niños/as resiente la atención y afecto que se le está brindando al hijo no nacido. Es posible identificarlo ya que los niños/as se tornan demandantes, “mañosos”, no desean comer y se acercan constantemente donde la mujer embarazada para pedirle que lo o la alce en brazos. Sumado a ello, su postura cambia al dormir y señalan que duermen con el “potito empinado”.

Para curar el celo, se debe echar tara en el ano del bebé y los rezadores entregan un “capachito”. Esto es un pequeño paquete que contiene una hierba llamada mastranza y alacrán.

El “ojeo”

El ojeo se refiere a los malestares que se producen en niños/as y adultos a partir de una mirada prolongada y/ o burlona. Las mujeres comentan que hay personas que tienen “mal ojo” sin que existan necesariamente malas intenciones. Ante ello, la persona, especialmente las mujeres, son poseedoras de una mirada fuerte que impacta en el otro y puede hasta llegar a provocar la muerte.

Los síntomas físicos del “ojeo” se diferencian si la persona afectada es niño o adulto. En caso se refiere a un niño o niña, éste empieza a vomitar, se le “blanquean” sus ojos y llora desconsoladamente. Si en caso el niño/a no fuese atendido, puede producirse la muerte. En cambio, cuando se trata de una persona adulta, siente un dolor físico en la parte del cuerpo que ha sido “ojeada”. Por ejemplo, si la burla o la mirada han sido dirigidas a las piernas, la persona tendrá dificultades para caminar ya que el dolor se lo impedirá. En el aspecto emocional, las mujeres refieren que la persona afectada siente tristeza, desgano sin que haya una razón aparente.

Al igual que en el “daño”, el “ojeo” también puede tener relación con la envidia. Por ejemplo, se produce al momento que una mujer siente envidia de la juventud y el de otra mujer.

“Que fue porque una chica no... Es por donde, no me recuerdo dónde. Esa chica tenía bonito cuerpo y una señora así mirándola nomás, mirándola. Después la chica no podía caminar. Y la señora le había ojeado sus piernas.” (Ana, 43 años)

Para diagnosticar esta enfermedad, las personas deben acudir donde un rezador quien logra identificarlo a través de “la pasada de huevo”. Luego, se vierte el huevo en un vaso con agua y si sale un pequeño “ojito”, significa que la persona ha sido ojeada. Para curarlo, se acude donde el rezador quien procederá a “rezar” a la persona las veces que se considere necesaria (varía entre 1 y 3 veces) y brindará tomos con agua de azahar o agua florida. Sumado a ello, como prevención, se debe usar vestimenta o una cinta de color rojo.

El “susto”

El susto se refiere al malestar que sienten niños y niñas frente a un ruido, una caída o una imagen que le haya despertado miedo. Las mujeres refieren que pueden dar cuenta del susto ya que los niños y niñas se encuentran temerosos. No desean estar solos, se despiertan durante la noche, lloran sin motivos aparentes y, en algunas ocasiones, pueden presentar sonambulismo. A lo largo de las entrevistas, las mujeres refieren que muchos niños y niñas tuvieron “susto” como consecuencia del terremoto.

“Se asusta. Por ejemplo, no es tanto de escuchar bulla. Cuando gritan, se asusta. O si no, cuando pasan esas motos que suenan feo, también. Cuando escucha ruidos fuertes, se asusta. Cuando se cae...” (Carola, 20 años)

Al igual que el “celo”, para curarlo, se debe recurrir donde un rezador. Éste lo rezará utilizando ají amarillo e indicará cuántas veces debe acudir. Sin embargo, las mujeres señalan que lo más importante es tenerle fe. Algunas mujeres también señalan que ellas mismas han aprendido a rezar a sus hijos para calmarles el susto.

El “salar”

Finalmente, una enfermedad que fue mencionada solo por una mujer es la llamada “salar”. Ésta se refiere a que una mujer se sala por haber sido la “amante” que rompe la relación formal de una pareja constituida. Es la mujer “afectada”, la cual ha sido abandonada por su pareja, quién sala a la “otra” mujer, insultándola y maldiciéndola.

“Ya, ella era su enamorada. Y de un momento a otro... era consentido el chico. De un momento a otro la dejó porque él ya estaba con otra chica de aquí de Hoja Redonda, para abajito. Había una chica. Ella estaba gestando, estaba embarazada. Y la chica hasta ahorita ya perdió como tres bebés. Se le va viniendo a la nueva pareja del chico, a la otra ya le dejó pues. Dicen que la chica habla que le han salado su barriga, que se la han salado, porque ha ido a que le lean las cartas y dicen que le han salado su barriga, porque son tres bebés que ya grandes lo ha perdido. La primera se le vino. La segunda tampoco. Y hasta ahorita ya no puede tener bebe. Dicen que una mujer misma comienza a hablar sus lisuras. Mete tu nombre y te sala. ” (Carola, 20 años)

Es posible identificar que una mujer este “salada” ya que ha tenido constantes pérdidas de embarazo. Al preguntar, no era posible identificar una forma de curar esta enfermedad.

Sumado a la descripción de las enfermedades, es importante señalar que las mujeres refieren que hay personas que son más propensas a ser víctimas de las enfermedades.

En general, todas las enfermedades afectan principalmente a los niños y niñas del centro poblado. El celo, el susto y la ojeada los tienen como sus potenciales víctimas. Resulta interesante como la infancia se percibe como la etapa de desarrollo con mayor vulnerabilidad y en la cual está permitido ser vulnerable y protegido. Sin embargo, también es necesario preguntarnos si las mujeres no estarán proyectando sus miedos e inseguridades en ellos como una manera de distanciarse y negar sus propios temores y conflictividades. En el caso del daño, las mujeres refieren que puede afectar a todos pero que puede tener mayores impactos en mujeres consideradas sumisas.

“Por ejemplo, cuando yo fui dijo: “ay, tú tienes un carácter pero fuerte” dijo, “fuerte tú tienes un carácter”. Hay otros que tienen su carácter débil y eso lo pueden coger. Porque yo soy de carácter bien fuerte ya y yo le decía “bueno sí” pero yo siempre pensaba en mis hijas.” (Ana, 43 años)

Por tanto, la fuerza emocional y las redes de soporte social son componentes fundamentales para no enfermar. Mientras más fortaleza psíquica, existe mayor posibilidad de evadir las enfermedades. De igual manera, mientras las mujeres cuenten con redes familiares o amicales sólidas, tendrán menos posibilidad de ser “víctimas” de las enfermedades descritas.

En resumen, frente a lo planteado, se puede observar que las causas de las enfermedades son diversas pero hay una fuerte relación con la envidia de las mujeres del centro poblado. Esta sensación puede estar asociada al deseo y añoranza por un cuerpo joven, a la mejora económica, a la consolidación de las relaciones de pareja o a la posibilidad de tener como “propiedad” a un hombre. Todos estos relatos, nos presentan la imposibilidad que existe para tolerar el bienestar del “otro” o para visibilizar el éxito ajeno como motivación para construir el propio. Así, la construcción de bienestar es un hecho que parecería ser intolerable, se percibe como una falta social grave ya que la persona se aleja de la situación de vulnerabilidad, violencia o carencia económica que es percibido como el estatus que en el cual están inmersas y que todos deberían estar y aceptar.

4.4. Los personajes que curan

Desde la perspectiva occidental, se ha construido la imagen moderna y binaria que constituye al ser humano en “mente y cuerpo”. Ello ha establecido como consecuencia que se tienda a separar los males del cuerpo de aquellos vinculados a la mente. Frente a ello, cuando se percibe una enfermedad “física”, se acude a médicos especialistas en la parte del cuerpo que siente la molestia. Por ejemplo, se acude al neurólogo si se sienten dolores de cabeza o al cardiólogo si se tiene molestias en el corazón. Por otro lado, cuando la persona siente emociones como ansiedad, tristeza, desesperanza o “confusión”, se suele acudir y/o se aconseja que se vaya a un especialista en la materia: el psicólogo o psiquiatra. Es este especialista quien podrá ayudar a comprender mejor el entramado emocional que afecta a la persona.

En el caso de las mujeres del Centro Poblado La Garita sucede algo distinto. La separación mente.-cuerpo planteada en las teorías modernas sobre la conceptualización del ser humano, parece no estar presente. Las mujeres mencionan tres especialistas donde ellas recurren o personas que conocen recurren para tratar sus enfermedades: el médico, el brujo/curandero y el rezador. Las mujeres señalan que cuando sienten un malestar físico recurren al médico. Cuando no se encuentra la cura, acuden donde otros actores.

En caso no encontrar respuesta con el médico, las mujeres acuden a los brujos y rezadores. Lo que resulta interesante es que ambos personajes pueden lidiar con malestares tanto físicos como emocionales. Así, los brujos/curanderos lidian con malestares como dolores de cabeza crónicos, dolores de estómago y extremidades pero también tratan sensaciones psicológicas como tristeza, desgano, ansiedad, etc. A continuación describimos con más detalle ambas opciones:

El brujo y/o curandero

Se relaciona con personas externas al Centro Poblado que cuentan con poderes para producir “daño” y, si éste no es curado a tiempo, hasta puede producir la muerte. Es un personaje asociado a la maldad. Como he mencionado, hay una fuerte presencia de la religión católica, por ello, las mujeres asocian al “brujo” con el infierno y al diablo. El brujo cuenta con poderes sobrenaturales e inexplicables y tiene la capacidad de actuar la

envidia de las mujeres que acuden a él. Es decir, se asocia a la maldad ya que son las mujeres consideradas envidiosas quienes lo buscan para poder concretizar sus sentimientos agresivos contra otras personas.

Si bien las mujeres señalan que han acudido a “brujos”, solamente comentan que lo han hecho para curar el “daño” que les habían producido. En ese sentido, no plantean un uso de este recurso para generar “daño” sino para construir “bienestar”. Entonces, es importante resaltar que dicho discurso también podría estar escondiendo acciones propias ya que el “brujo” representa aquellos deseos de envidia y venganza que puede ser difícil reconocerlos en uno mismo y verbalizarlos frente a un “otro” que podría desvalorizar aquellas prácticas.

Frente a ello, es importante resaltar que la persona que daña también es la persona que puede curar, es decir, “el curandero”. Hay una integración de ambos “poderes” en un solo personaje. Como se observa en las siguientes viñetas, las mujeres refieren que se asiste al “brujo” cuando alguien ha hecho “daño”:

“Claro. Acá, claro, como le pasó también a mi cuñada, su hermana de él, pues. También ella, o sea, vivían normal y de un momento a otro dice que mucho le dolía la cabeza. Mucho le dolía la cabeza y su papá, su mamá: “Es daño, es daño que te han hecho” y dice que la esposa de su hermano tiene su prima, no sé, también dice así que lee las cartas. En Pisco y se la llevó para allá, pues, dice que allá le pasaron el huevo, que el huevo ha salido negro, yo digo ese huevo ha estado podrido y ella dice que era daño.” (Karen, 30 años)

“Revisan todo. Yo soy la que se enferma. Yo también me hago curar con otra y la otra bruja me dice lo que a mí me han hecho. Y la señora viene y cura la casa y encuentra tierra muerta. Eso quiere decir que me quieren para muerte, me querían matar.” (Carola, 20 años)

Como se ha mencionado, el concepto de “daño” no sólo incluye malestar físico sino que las mujeres incorporan síntomas “emocionales” y/o psicológicos para poder “diagnosticarlo”:

“Que no son la misma. Ya no tienen alivio así como para trabajar, se degonizan. En cama nomás paran. Ya no son las mismas que caminan, que hacen sus cosas, que venden, que arreglan su tienda. Ya no es la misma. Paran sentadas. Así, poco a poco, van decayendo. Pero si se da cuenta y ella también se hace curar (...) Si tiene cura, ella se cura y también le hace las mismas cosas que le han hecho. Pero hay algunas brujas que dicen que ya estás mal, mal, porque la otra bruja ya te ha hecho todo. Ya no hay nada que hacer. Si la señora está mal, mal, la señora ya fallece.” (Carola, 20 años)

Cabe señalar que las entrevistadas señalan que son las mujeres quienes más asisten donde los brujos:

“Los que van más, así, a leer las cartas son las mujeres. Unas por así, para leerse las cartas, siempre y cuando saber qué pasa. Y algunas también para hacer daño.” (Carola, 20 años)

El brujo es un personaje sumamente presente en el discurso de las mujeres. Si bien algunas mujeres se muestran escépticas a la brujería y sus efectos, puede que algunas circunstancias lleguen a acudir a ellos. Por ejemplo, una de las mujeres entrevistadas que indica no creer en ellos, menciona que tuvo que acudir cuando una de sus hijas tenía cólicos constantes y los doctores no podían diagnosticar qué le ocurría. Entonces, recordó los relatos de sus amigas quienes le decían que debía cuidarse del “daño” ya que estaba mejorando económicamente.

Los y las rezadoras

Son la primera opción de las mujeres para curar las enfermedades de sus hijos ya que son personas cercanas a ellas y con las que se ha construido una relación de confianza y fe. En ese sentido, los rezos se asocian únicamente a la búsqueda de bienestar. Si bien las mujeres señalan que la mayoría de veces asisten donde un rezador, mencionan que ellas también tienen la capacidad para rezarle a sus hijos, siempre y cuando tengan la fe y tranquilidad para hacerlo.

“Hay que tener devoción, porque yo al principio ya... yo también rezo el Padre Nuestro, el Credo, todo. Tienes que tener voluntad, fe. Yo también rezo, le paso el huevo; si no me siento bien, no le paso. La abuelita la ve. Si usted está así, así, no le llega el rezo. Tiene que salir de uno mismo. No es por rezar tampoco.” (Carola, 20 años)

A diferencia del brujo, el rezador o la rezadora forman parte de la cotidianeidad del Centro Poblado y es un tema que puede ser discutido públicamente. De esta manera, los rezadores pueden realizar sus rezos en la vía pública y la mayoría de mujeres señalan que los rezadores a los cuales acuden son sus familiares, vecinos o a personas recomendadas por sus madres, abuelas, etc.

“Es mi tía. Ella cuenta que desde hace tiempo rezan. Tienen fe en él, cuando mi tío que falleció. Los mismos papás creen en ella. Desde niña dicen que a ella le gustaba rezar. Le gustaba rezar y el día que falleció su mamá con su papá le dijeron que ella rece, que tenga fe en ellos, en nombre de ellos. Que no cobre tan caro. Si no tienen para pagarle que le den su voluntad. Y ella así reza. Tiene fe.” (Carola, 20 años)

Si bien los brujos y los rezadores parecen ser los actores prioritarios en la construcción de bienestar, hay otros personajes claves. Es necesaria su identificación para construir una mirada integral de las redes de soporte dentro del centro poblado. Éstos se detallan a continuación.

El rol de los profesionales de salud y otras cuidadoras

Frente a lo relatado, queda preguntarse por el papel que juega la psicología en el centro poblado. Como he señalado a lo largo de este capítulo, las mujeres refieren enfermedades que no necesariamente son consideradas psicológicas pero, como se ha mostrado, éstas tienen implicancias a nivel emocional, físico y social. A pesar de ello, las mujeres no asocian que estas dificultades puedan ser atendidas por un profesional de la psicología.

Las enfermedades mencionadas tienen a la base y como causa principal una relación con un tercero. Es decir, el daño, el celo, el ojeo, el salar, te lo ocasiona, de manera intencionada o no, un “otro”. Situación similar sucede con el susto, donde la persona se enfrenta ante una situación, experiencia o imagen que le genera malestar y que aparece de manera imprevista, sin que se pueda actuar frente a ella para controlarla o mitigar las consecuencias. Para hacer frente y curar estas enfermedades, las mujeres señalan que se acude donde otras personas que tendrán la capacidad de sanar y generar bienestar.

Los rezadores, brujos o curanderos ayudan a desaparecer o proteger a las personas de las enfermedades mencionadas, males que han sido ocasionados por “otros”. Las mujeres refieren que éstos no podrían ser tratados por los psicólogos. No obstante, las mujeres refieren que hay situaciones concretas pero extremas donde es necesario acudir donde un profesional de psicología como cuando un niño es hiperactivo o esta “traumado” por las constantes peleas entre los padres. Así, la psicología es un recurso que se utiliza cuando se es consciente de que hay acciones personales y/o sociales que están ocasionando un problema. En ese sentido, se asume responsabilidad frente al asunto y se va al psicólogo para conseguir orientación, quien puede brindarla ya que tiene una profesión que lo respalda.

“También porque a veces los chiquitos como que ven cuando sus padres se pelean, cómo que se trauman y le dicen “llévalo al psicólogo”. (Ana, 43 años)

Sin embargo, el psicólogo o psicóloga no es la única persona que tiene la capacidad de orientar sino que las mujeres refieren que otras mujeres con las que tienen mucha confianza también brindan consejo y orientación. Se tiene un mayor vínculo de confianza con las madres.

“Ahorita no hay que como decir Ay qué le vas a contar tus problemas a tu suegra, no. Mil veces yo hubiese preferido retroceder en el tiempo y tener a mi mamá, tenerla ella aquí aunque sea enfermita, pero que esté con

nosotros. (...) Claro nos aconsejaba, nos decía las cosas que teníamos que hacer” (Fausta, 41 años)

Además, esta mujer también puede ser una vecina o un familiar directo con la cual hay una relación muy cercana y empática. Las mujeres refieren que se puede acudir donde otra mujer ya que puede que haya pasado por la misma situación y puede orientarla desde su experiencia, es decir, una mujer mayor que la que necesita ser aconsejada.

De esta manera, las mujeres buscan apoyo en otras mujeres, con las cuales se espera lograr espacios de diálogo que les permitan encontrar posibles soluciones a sus problemáticas. Sin embargo, tomando en cuenta todas las enfermedades planteadas, las cuales se generan a partir de las relaciones con otras mujeres, me pregunto sobre la dificultad para construir relaciones empáticas entre mujeres pares en un contexto donde, desde el imaginario social, prima la desconfianza, la envidia y la violencia. Es decir, tomando en cuenta que son las mujeres pares generacionales sus potenciales rivales u otras significativas quienes despiertan sentimientos de envidia. Por otro lado, considero que sería interesante profundizar sobre a dónde van los hombres para discutir sobre sus frustraciones, necesidades y reflexionar sobre sus problemáticas.

La promotora de salud del Centro Poblado La Garita es un referente importante para las mujeres. Muchas personas acuden donde ella para curar malestares físicos como dolores de cabeza, infecciones estomacales, etc. No obstante, ella señala que muchas veces las mujeres se quedan para conversar sobre sus problemas y ella trata de aconsejarles.

A veces por inyectable, a veces a que las oriente.... Parece mentira, a veces cuando he estado, por más que he estado cansada del trabajo de eso que me voy a hacer trabajos y cansada he sacado, digamos, de cómo se llama, que no es fácil, te encuentras ahí atendiendo a otra familia y de hecho vienen ¿no? Es sacrificarle u tiempo cuando otros no, llega la hora del trabajo, cierran la puerta de un consultorio, ya, ya no hay atención y yo bueno, he tratado, he tratado de atender hasta donde yo puedo, donde está mi alcance y para qué decirte, no... no he tenido ningún problema.(Norma, 52 años)

Ella está casada y tiene dos hijos que están cursando educación superior. Ella y su familia son evangélicos y desde hace muchos años cuenta con un botiquín para el cuidado del centro poblado. Si tomamos al centro poblado no sólo como un territorio sino como un ser vivo en su conjunto, el cual está marcado por subjetividades y relaciones sociales, encontraremos que Olga puede estar siendo percibida como el componente “saludable” y es el modelo de lo “deseable”. Ella es una mujer que parece haber sido capaz de sostener un matrimonio libre de violencia, con un esposo trabajador, dos hijos que estudian para ser profesionales y ella como una mujer que tiene la capacidad para trabajar, cuidar de su familia y tener la responsabilidad de generar bienestar en su entorno comunitario. Todas estas tareas las realiza con paciencia y mucha empatía. En esta oportunidad no busco abordar que tan real es esta imagen pero resulta interesante introducir este personaje ya que podría presentar lo que es considerado como “bienestar” dentro del centro poblado.

En resumen, se puede observar que existen diversos personajes que se pueden acudir para propiciar bienestar en el centro poblado. Cada uno de ellos cumple una función distinta y responde a las diferentes problemáticas que se ven enfrentadas las mujeres de manera cotidiana.



CAPÍTULO N.º 5: DISCUSIÓN

En este punto se detallan las reflexiones principales a raíz de los resultados encontrados. Se desarrollarán tres ideas principales: la envidia como enfermedad social; la construcción de bienestar y el enfoque de género y, finalmente, ¿cómo favorecer la construcción de bienestar?

5.1. La envidia como enfermedad social

En los resultados hay un concepto que aparece de manera constante en el discurso de las mujeres: la envidia. Esta emoción tiene un impacto en las relaciones interpersonales, especialmente entre las mujeres, y también entra a tallar en la construcción de bienestar personal.

Para explicar la envidia presente en el centro poblado La Garita quisiera recurrir a la psicoanalista Melanie Klein. Ella desarrolló el concepto de envidia desde el psicoanálisis y diferencia adecuadamente las emociones de envidia, celos y voracidad. Para la autora, la voracidad es querer poseer todo lo bueno del objeto, sin tomar en cuenta las consecuencias para poseerlo. La envidia es una emoción temprana y primitiva donde el sujeto, al no poder poseer una posesión o cualidad del objeto, busca destruirlo. Ambas, voracidad y envidia, se establecen en el marco de una relación dual. En cambio, los celos tienen como finalidad poseer al objeto amado y excluir al rival, correspondiente a relaciones triangulares. (Segal, 1988).

Entonces, según las definiciones anteriores, las relaciones en el centro poblado parecen centrarse en los conceptos de envidia y voracidad. En lo que respecta a la voracidad, las mujeres refieren cómo las personas desean aquello que tienen los demás y, si es posible conseguirlo, buscarán copiarlo.

“Vamos a suponer en una familia. Una persona x, supongamos que tenga una profesión, y que se haya superado pues y que esa persona con su carrera que tiene, sea un profesional y esté trabajando y se haya comprado algo; otra persona x, ve lo que tiene esa persona, también lo quiere, también quiere tener igual que la otra persona.” (Fausta, 30 años)

La voracidad está presente en aquellas situaciones donde lo que se desea es asequible como ropa, accesorios, etc. Pero, qué sucede cuando lo deseado se percibe como aquello imposible de poseer, como ese objeto o situación que resulta distante e inalcanzable. Como señala Segal (1988) explicando a Klein, cuando se despierta la envidia, el sujeto en realidad desea sentirse tan bueno como el objeto. No obstante, cuando la adquisición de esa cualidad o posesión se siente imposible de alcanzar, el objetivo se transforma. Ahora, la finalidad se convierte en arruinar lo bueno que tiene el objeto para suprimir la fuente de envidia. Por tanto, la envidia surge del amor y la admiración pero está cargada de instinto de muerte, constituyéndola como destructiva para el desarrollo y el bienestar.

Por ejemplo, en el centro poblado, la envidia y su destructividad se puede observar en ciertas murmuraciones y chismes que se construyen sobre una persona. Estos cumplen una función social de control, el chisme logra denunciar y transformar aquello que se considera injusto. En el caso del centro poblado, la envidia se despierta cuando una persona logra sobresalir económicamente. Así, se intenta transformar aquello considerado bueno y deseado en una situación que se ha logrado a través de acciones ilícitas, desvalorizando el esfuerzo que haya podido realizar esa persona para construir su bienestar.

“Claro a lo que tienes o a que no quieren que esa persona sobresalga porque ya dicen que si por ejemplo, ha acabado de estudiar y de la noche a la mañana está trabajando y de repente ya tiene buena casa, un carro, ¿de dónde? Ah que ya tan metiendo uña, dicen. O sea que está robando. No pueden ver a alguien que salga adelante” (Ana, 43 años)

Como señala Segal (1988), la envidia se despierta a partir de aquello que se desea pero que se siente que no es posible alcanzar o poseer. Ello le origina a la persona que la siente sufrimiento y desesperanza. Por tanto, el psiquismo activa poderosas defensas para arruinar al objeto ya que un objeto arruinado no provoca envidia. Ninguna de las mujeres alega sentir envidia sino que son las “otras” las envidiosas, lo presento en femenino ya que las entrevistadas señalan que son las mujeres quienes principalmente

envidian en el centro poblado. Cabe destacar que los objetos de envidia en esta investigación se refieren a características tradicional y socialmente deseadas por mujeres: una pareja estable, un futuro saludable para sus hijos, autonomía económica, etc. Por ello, no se trata de negar que los hombres también deben sentir envidia pero en diferentes términos y espacios. A pesar de ello, cabe preguntarse por qué la envidia se asocia mayoritariamente con las mujeres y cuáles son las situaciones donde mayoritariamente se despierta esta emoción.

Todas las enfermedades relatadas distinguen una forma de comprender la presencia de malestares físicos y de emociones difíciles de procesar como angustia, tristeza. Como un mecanismo de defensa, las mujeres refieren que la causa la genera "otro". Esto muestra, por un lado, la dificultad que pueden tener las mujeres para mirarse a sí mismas pero, por otro lado, refiere la centralidad de las relaciones sociales para la construcción de bienestar. En ese sentido, el bienestar no es solo un logro individual sino también colectivo.

5.2. La construcción de bienestar y su relación con el enfoque de género

A partir de los resultados se puede afirmar que el género delimita la construcción de bienestar. Los mandatos tradicionales y las relaciones de poder que se establecen entre hombres y mujeres, impactan en la subjetividad de las mujeres y en las relaciones inter e intra género.

5.2.1. Relaciones inter – género

Para iniciar este punto, quisiera tomar como ejemplo la enfermedad denominada "salar", en la cual la mujer "víctima" de infidelidad por parte de su pareja, imposibilita que la "otra" mujer pueda reproducirse. Ello trae como consecuencia que la "otra" pierda embarazos repetidas veces. A partir de este caso, se puede observar que la conflictividad parece siempre expresarse entre mujeres. Frente a ello me pregunto, ¿Cuál es la percepción de las mujeres sobre la responsabilidad de los hombres?

En este relato, el hombre representa la fuente de discordia entre las mujeres. Su conducta no tiene una consecuencia directa hacia él, sino que la agresividad se torna hacia la mujer

que se ha involucrado entre la relación. En ese sentido, la “venganza” recae sobre ella, dotándola de una mayor responsabilidad en la construcción de la relación. Es importante profundizar en si realmente se exculpa al hombre de responsabilidades ya que una mujer afecta su razonamiento, alejándolo de la pareja que había constituido.

En lo que respecta a la responsabilidad de los hombres en los casos de violencia dentro de la pareja, sucede algo parecido. Como se ha señalado, en el imaginario de las mujeres, en algunas ocasiones el daño estaría asociado a la envidia que una mujer tiene de una relación de pareja estable y armónica. El daño ocasionado tendría como objetivo que dicha relación se quiebre. Por tanto, para que ello suceda, el daño introduce un cambio en la configuración de la pareja, donde el malestar observable son las situaciones de violencia que se establecen dentro de ésta entre el hombre y la mujer.

“Ellos a veces, uno no dice, yo, por ejemplo como hija le veía: “No que me duele la cabeza, que el esto, que el otro” y ellos como ven a su mamá que no les llevan, así, ellos dicen: “No, de repente han hecho daño”, pero ella no dice en realidad lo que verdaderamente pasa dentro de su hogar por no preocuparles a ellos. No les dice: “No, él me agrede”, o: “Él me pega”, o: “Él me insulta”, no les dice y ellos van de frente, porque los antiguos, la mayoría creen que daño, que daño.” (Karen, 30 años)

Así, se exonera al hombre de su responsabilidad frente a las situaciones de violencia. El hombre estaría actuando de forma violenta ya que esta performando el daño, en ese sentido, al igual que la mujer violentada, el hombre es también una víctima de la “otra” mujer quien ha enviado dicha enfermedad. Cabe mencionar que a lo largo de los tres años en los que formé parte del proyecto “Re-construyéndonos”, se discutió de manera frecuente sobre situaciones de violencia dentro de la pareja. Sin embargo, en esta investigación el tema de violencia no ha sido manifiesto de manera explícita sino que se vislumbra a través de las historias de las mujeres como hechos que no se discuten abiertamente.

Hay mujeres críticas ante estas concepciones y quienes han reflexionado sobre la responsabilidad que cada uno tiene en lo que se entiende como “daño”. Es interesante

que tres de las mujeres que más se distancia de estas conceptualizaciones son quienes profesan la religión Evangélica o Testigo de Jehová. Además, dos de ellas son quienes no tienen un vínculo previo con la cooperativa.

Una de las entrevistadas refiere que en el centro poblado, las mujeres señalan que cuando el marido las abandona, es porque alguien más les ha ocasionado daño como pareja. Sin embargo, ella señala que en oportunidades, el marido se va ya que no es bien atendido por la esposa.

“Yo creo que al marido, si uno quiere al marido, que si le vas a cocinar la comida tiene que cocinarlo con amor pues, así rico, agradable, no le vas a dar cualquier cosa así venga tarde de trabajar. En el caso mío, por más que no tenga, yo tengo que hacer una comida que a mí me agrada y que tiene que agradarle a mi familia, porque no voy a cocinar todo por gusto, mal, no, bien rapidito, y así aunque sea un huevito o una papita, pero no es que yo digo “no tengo, así hay que comer”, no. Entonces yo creo que no tiene plata, que el hombre se va, yo pienso eso.” (Marla, 53 años)

Asimismo, la misma entrevistada señala que la violencia física que se genera dentro de las relaciones de pareja se debe a la vanidad de las mujeres y al encuentro que tienen con otros hombres. En ese sentido, para ella, es la mujer quien tiene que asumir la responsabilidad frente a los hechos de violencia ocurridos.

“Las mujeres se preocupan más de vanidades, eso sí es verdad, yo he visto, de vanidades y buscar que otro la vean, otro hombre la desee, entonces por ahí va el matrimonio mal ¿entiendes?, y si van a una fiesta, están uy ya no. Si se pueden divertir sanamente, pero ellos ya están, estoy viendo, yo veo, de repente ya se han citado por allá y están y el marido se entera, el sacan su michi pue, le pega.”

(...)

¿Hay muchas mujeres infieles?

*Cantidad, casadas, todo, cantidad hay. Aquí en La garita habrá unas cinco mujeres tranquilas, el resto son **enfermitas.**”*

(Marla, 53 años)

Tomando en cuenta lo narrado, se hace referencia a que las mujeres presentan el “daño” como una manera de no evaluar su propio rol como esposas. Claramente este discurso está asociado al modelo de femineidad “madre – esposa”, “deber ser” prioritario en el centro poblado. En ese sentido, el daño no es generado por los brujos sino por la misma comunidad como una forma de ejercer control social, especialmente sobre las mujeres.

Claro. Que no es lo que está, que no hay que dejar que suceda, que ustedes están saliendo a divertirse, están saliendo sanamente a ver, bailar, conversar entre ustedes y de pronto la presión de los demás es como: “No lo hagas, no lo hagas”. Y ese es un... Claro, brujos o no brujos, ese es un daño(...) Pero yo digo, una parte de las personas que dicen eso es porque como ellos están así reprimidos, que no pueden soltarse, quieren que todos estemos así. (Karen, 30 años)

De esta manera, el “daño” no se crea de una manera sobrenatural sino que nace a partir de las murmuraciones y los chismes de familiares, amigos y vecinos, los cuales tienen un impacto en la identidad de las mujeres. Es decir, el “daño” generado por los comentarios se introduce en la subjetividad de las mujeres, haciéndolas retroceder o cuestionar su proceso de transformación o autonomía.

Mira, cuando yo me llegué a separar, bueno, al principio me había chocado un poco, pero después llegó un momento en que yo me sentí, ¿qué te puedo decir? Como de repente hubiera estado encerrada, así prisionera y de repente, libre. O sea, sentí como nueva, así renovada, con todas las ganas de echarle pa'lante, de sobresalir. Y me propuse el plan, después empecé a hacer el plan, por acá, para acá, o sea, todo lo veía bien hasta que... Ah, ya, y salíamos, empezamos a salir a fiestas con Carmen, con Hilda, con su hermana. ¿Y para qué? Nos divertíamos sanamente también. No éramos de estar así por afuera, que con muchachos, que con hombres, que con hombres casados, que tomando, tampoco. Nosotros nuestro grupito nuestro y también el grupo de mi hermana, por ahí las amistades solteras, también bailando, una risa. Después empezaban las

murmuraciones, que eso te baja la autoestima, a mí me va bajando y mi mamá, mi papá... (Karen, 30 años)

Entonces, puede que no existe un discurso homogéneo entre las mujeres sobre las enfermedades descritas. Hay quienes le otorgan un componente sobrenatural y hay quienes señalan que ello no existe. Sin embargo, lo que es necesario resaltar es cómo la conceptualización de las enfermedades es un discurso compartido entre todas las mujeres y da cuenta de un discurso en el centro poblado. Es decir, cuando se habla de “daño”, “ojeo”, “celo”, u otra enfermedad, todas saben qué se está describiendo y, muchas veces, funcionan como dispositivos de control desde los mandatos tradicionales patriarcales.

5.2.2. Relaciones intra – género

Sumado a lo anterior, también es posible dar cuenta de ciertas tensiones en las relaciones entre las mujeres del centro poblado. Como señala Lagarde (1992), las mujeres construimos nuestra identidad a partir de una doble diferenciación. En primer lugar, hemos delimitado nuestra femineidad a partir de valores, códigos, lenguajes y contenidos masculinos que definen nuestra femineidad de manera contraria y diferente a lo masculino y, por tanto, lo que ha sido considerado humano. No obstante, en segundo lugar, la autora alega que la diferencia no sólo se establece entre hombres y mujeres sino también entre las mismas mujeres, quienes buscan constantemente su individualismo y el poder diferenciarse unas de otras.

Lagarde (1992) señala que las mujeres tenemos una enorme dificultad para identificarnos las unas con las otras ya que socialmente se tiende a aislar a las mujeres, confinándolas al espacio privado. Por tanto, en el encuentro, se anulan características comunes, potencializando aquellas que separan, creando una enemistad histórica donde prima la incapacidad de hacer alianzas o pactos. A esta enemistad histórica, la autora la conceptualiza como la *escisión del género*, la cual ella describe como las barreras inquebrantables que construye distancias e impide la posibilidad de reconocerse e identificarse, resaltando aquello que las diferencia.

En el caso de las mujeres del centro poblado La Garita parece suceder lo descrito. Hay poca capacidad para construir alianzas entre mujeres fuera de las redes sociales familiares. Se establecen marcadas diferencias entre ellas por haber sido parte o no de la cooperativa o practicar diferentes religiones. Además, no se debe olvidar que esta es una población que se ha visto damnificada por el terremoto de 2007. Si bien este hecho ya no está tan presente en el discurso de las mujeres, si ha marcado un hito en su historia personal y social. La situación posterremoto acentuó conflictos previos en la comunidad, donde se fortalecen las diferencias mencionadas. Por ejemplo, eran los “antiguos” pobladores quienes tuvieron mayor acceso a las donaciones de comida y casas por parte de las instituciones al contar con mayor acceso al poder dentro del centro poblado y mayores redes familiares dentro del mismo. Las donaciones no sólo servirían para contar con materiales concretos sino también son recursos para lograr un nuevo proyecto de vida, posibilitando salir de la emergencia pero también de la situación de pobreza estructural. Frente a ello, las diferencias marcarán las brechas sociales y las diferentes situaciones agudizan los conflictos sociales entre las mujeres.

Estas variables son centrales para comprender las disonancias y enemistades entre las mujeres ya que, como consecuencia, obstaculizan espacios de diálogo y cooperación mutua donde se puedan reconocer similitudes y así construir redes de soporte social y comunitario. Para Lagarde (1992), la no identificación entre mujeres se debe a que admiramos lo que no somos y que no tenemos. De esta manera, para encontrar poder, nos identificamos con el hombre, el poder clasista y patriarcal. Este hecho marca nuestras subjetividades y las relaciones entre mujeres donde prima la competencia, la exclusión, la dominación, la discriminación y todas las formas de opresión.

En ese sentido, en las relaciones entre mujeres se despiertan emociones como temor y envidia ya que reproduce la rivalidad, la permanente competencia y la búsqueda por el poder. Una manera como las mujeres manifiestan estas emociones es a través del chisme y la crítica, las cuales cumplen dos principios para la subjetividad de las mujeres: uno descalificador y otro maximizador. Como hay una rivalidad social, con la crítica se pretende separar y distinguir a la mujer considerada distinta, previniendo el “contagio” y la “impureza”. De esta manera, las mujeres proyectan sus propias cualidades negativas, depositándolas en su rival y descalificándola. No obstante, con este hecho, también se

define la femineidad “deseada”, donde actúa el principio maximizador. En ese sentido, la envidia nombra aquello que es deseado. En el caso del centro poblado, lo “deseado” está asociado a dos tipos de femineidad, “madre/ esposa” y “mujer trabajadora” (Lagarde, 1992).

Las enfermedades mencionadas en esta investigación ocasionan malestares que, en algunas circunstancias, las mujeres señalan que pueden producir la muerte. Como se ha detallado en párrafos anteriores, estas enfermedades están asociadas a la envidia entre mujeres. Entonces, se podría decir que las enfermedades en realidad nos permiten hablar de otros hechos que suceden en el centro poblado, es decir, se están utilizando como metáfora. Sontag (1978) ha analizado cómo enfermedades como la tuberculosis, el cáncer y el sida han sido utilizadas como metáforas en diferentes momentos de nuestra historia. Se perciben como enfermedades misteriosas, caprichosas e intratables a las que se les debe temer ya que provocan la muerte. Despiertan temor y distancia ya que se conciben como moralmente contagiosas. Sin embargo, para la autora, las enfermedades no sólo nos presentan aspectos físicos y biológicos sino que muestran el imaginario social compartido en una época ya que éstas se construyen de manera social e histórica.

En la misma línea, Viveros (1995) señala cómo las personas al hablar sobre las enfermedades, en realidad se refieren a la sociedad en la cual viven y al orden social en el cual están inscritos. La enfermedad es un soporte de sentido, es el significante cuyo significado es la relación del individuo con el orden social. Sin embargo, si la enfermedad es una metáfora, ésta se diferencia según la posición objetiva y subjetiva que cada uno de los entrevistados ocupa en la sociedad y en el grupo familiar.

Frente a ello, para comprender las enfermedades no sólo hay que conocer los síntomas que generan sino quiénes padecen dichas enfermedades, porqué las padecen, cómo se cura y qué consecuencias sociales tiene para los sujetos. En este caso, quisiera centrarme en el “daño” como enfermedad. Como señala Sontag (1978), la construcción de la enfermedad distingue a grupos de individuos: aquellos que están sanos de quienes están enfermos. El “daño” es entendido como una enfermedad que tiene como principales “víctimas” a mujeres o a los hijos e hijas de dichas mujeres, que al ser más jóvenes pueden ser más afectados por el “daño” que estaba destinado a la mujer adulta. El daño

es ocasionado cuando las mujeres empiezan a contar con mayores ingresos económicos o cuando tienen una pareja estable y armoniosa. Entonces, *¿la envidia se despierta cuando las mujeres se “atreven” a alejarse del modelo tradicional de mujer?*

Como señala Lagarde (1992), la envidia de las mujeres se despierta al identificarse con los hombres y, de este modo, buscan reproducir el poder tradicional patriarcal. Así, cuando una de las mujeres del centro poblado empieza a contar con autonomía económica o supuestamente quiebra relaciones de poder asimétrico con su pareja, estaría alejándose de su “deber ser” femenino privilegiado, es decir, el cumplir con la primera femineidad mencionada: ser madre/ esposa.

Como sabemos, la sociedad marca la pauta sobre cómo deben ser y relacionarse hombres y mujeres. En contextos donde dichas pautas suponen normas rígidas, se establecen actitudes más controladoras y represivas para ambos sexos. En el caso de las mujeres, ello implica el control de su cuerpo, su sexualidad y, por tanto, de cómo, dónde y con quiénes se relaciona. Cuando una mujer empieza un negocio o logra desempeñarse profesionalmente, se distancia del espacio privado, lugar privilegiado para las mujeres. Asimismo, si se percibe a una pareja como estable, a la base se tiene la idea de que es una pareja que dialoga, negocia y se respeta. Nuevamente, se aleja de la subordinación y control que tienen la mayoría de mujeres frente a los hombres.

Como respuesta, se despierta la envidia y se “enferma” a la mujer que está intentando resquebrajar las relaciones de poder entre los géneros, funcionando como un castigo que despierta el control social e impide cambios o transformaciones en las relaciones sociales. El “daño” como metáfora nos muestra el temor de las mujeres para quebrar los mandatos tradicionales de género en el centro poblado. Además, nos muestra también la culpa que pueden sentir las mujeres que están siendo “dañadas” ya que se interiorizan las críticas y empiezan los auto-sabotajes. Asimismo, es curioso que sean los hijos e hijas quienes “cogen” el daño dirigido a sus madres. Esto estaría mostrando cómo el alejarse del mandato tradicional, no les estaría permitiendo cumplir a cabalidad su rol prioritario: ser madre. En ese sentido, las mujeres “dañadas” serían aquellas que se empiezan a posicionar como sujetos independientes y esta enfermedad actúa como un mecanismo de control. En contraste, las personas “sanas” son aquellas que asumen los mandatos

sociales que pueden ser cuestionados en el discurso pero que temen a llevarlo a la práctica ya que tiene grandes repercusiones sociales.

Discutir sobre lo anterior dentro del centro poblado, obliga a reflexionar y cuestionar el poder históricamente construido. De esta manera, estas enfermedades nuevamente funcionan como metáfora ya que permiten verbalizar aquello que debe ser callado. Como señala Viveros (1995), la enfermedad se puede entender como la somatización de las relaciones interpersonales, donde se encuentra una distribución desigual de estatus y roles en los hogares, barrio, las redes sociales y espacios laborales. De esta manera, las mujeres utilizan la enfermedad como medio para hacerse escuchar y expresar su sufrimiento frente a los diversos motivos de preocupación. Resulta interesante que en el centro poblado, las causas de las enfermedades deben estar asociadas a lo sobrenatural, lo desconocido y misterioso. Es decir, no sólo se proyecta lo negativo en un “otro” sino que, además, se debe construir una distancia marcada sobre ello para no verse de ninguna manera perjudicada. La necesidad de construir enfermedades como metáforas para dar cuenta de las relación conflictiva con el orden social y sexual puede expresar, en parte, la dificultad que tendrían las mujeres para afirmar una identidad positiva (Viveros, 1995).

Entonces, los patrones de género tienen un impacto en la conceptualización y construcción del bienestar y malestar. Por tanto, para comprender dichos conceptualizaciones, no sólo debemos enfocarnos en cómo se entiende la femineidad en la actualidad sino que se debe dar cuenta de la construcción de las femineidades a partir de procesos históricos, interrelacionándola con dimensiones las socio-económica y cultural y subjetiva (Ruiz Bravo, 2003).

En su tesis doctoral, Ruiz Bravo analiza la construcción de femineidades en dos zonas rurales del Perú. Uno de los lugares elegidos para el estudio fue Talambo, en centro poblado ubicado en la costa del departamento de La Libertad. A través de entrevistas, la autora da cuenta de que el proceso de construcción de las identidades femeninas en Talambo responde a procesos de largo plazo, no necesariamente conscientes pero presentes en el imaginario colectivo y configurando patrones de referencia sobre cómo deben ser hombres y mujeres. Las identidades femeninas se configuran a partir de

cambios y permanencias en el largo plazo, donde las migraciones, los bagajes culturales y la pertenencia a diferentes grupos sociales y asociaciones marcan la configuración de su identidad colectiva, especialmente como mujeres. Lo anterior también se puede observar en la construcción de femineidad en las mujeres del centro poblado La Garita ya que, como se ha comentado antes, las prácticas religiosas, el ser parte o no de una familia cooperativista o haber migrado hace muchos años o luego del terremoto, son algunas de las causas que determina su ser mujer y las relaciones intra-género femeninas.

Asimismo, al igual que las mujeres de Talambo, las mujeres del centro poblado La Garita han sido socializadas con los valores de la narrativa criolla, asumiéndola como la nacional, y han interiorizado los mandatos de la femineidad hegemónica criolla aunque forman parte de los grupos pobres del campo y estarían asociadas a lo llamado “criollo popular” (Ruiz Bravo, 2003). Si bien las mujeres tienen como procedencia múltiples bagajes culturales que permiten la construcción de identidades múltiples, se ha constituido una jerarquía, negando o desvalorizando aquellas que no encuentran reconocimiento dentro del centro poblado (Sen, 2007)

Por momentos existe un deseo de quebrar el orden establecido. Las entrevistadas, de manera unánime, refieren que quisieran haber estudiado una carrera profesional y ahora incentivan a sus hijas para que ellas si puedan culminar los estudios y tengan un futuro distinto. En esta ambivalencia se puede observar la relación entre tradición y modernidad, la cual tiene un impacto en los modelos de relaciones interpersonales y en la psique de los individuos (Stahr y Vega, 1988).

A partir de los discursos de las mujeres, se puede plantear que en el centro poblado La Garita, coexisten modelos de relaciones interpersonales tradicionales, ligados a las relaciones familiares y comunales, y modelos de relación modernos, asociados a individuos aislados donde el vínculo es a través de relaciones de intercambio más abstractas. La presencia de ambos modelos repercute en la subjetividad inconsciente de cada persona. Por un lado, se guardan de manera inconsciente y consciente vivencias y necesidades y referencias pasadas que constituyen lo aprendido y la búsqueda de la repetición ya que representa lo conocido y familiar. Por otro lado, en el inconsciente

también estará presente la creatividad humana y los impulsos que buscan el cambio potencian potencial (Stahr y Vega, 1988).

En nuestra sociedad, marcada por relaciones de poder entre lo tradicional y lo moderno, la incorporación de modelos modernos produce una exclusión de los modelos conocidos tradicionalmente. El cambio será visto como una transgresión y tiene implicancias diferenciadas para cada uno de los géneros. Como se ha mencionado, en el imaginario social, la mujer se define prioritariamente como madre y esposa, como aquella persona responsable de la reproducción del cuidado y ubicada en el espacio privado. Los deseos de cambio y transformación de esta situación, pueden ser vividos como procesos peligrosos que desestabilizan el orden interno, el cual ha sido logrado tanto por fuerzas psíquicas internas como por fuerzas sociales externas quienes buscan conservar las relaciones de dominación.

El cambio que deviene de la modernización se estaría perfilando solo como una salida individual, de enriquecimiento y beneficio personal. Este cambio supone que la mujer salga a la vida pública y esto puede suscitar temor a reproducir las relaciones de dominación de las cuales fueron víctimas. En respuesta, el espacio privado se idealiza y adquiere el significado de cuidado, control, reflexión y equilibrio. En el caso de las mujeres del centro poblado La Garita, la modernización se vivencia como la posibilidad de cambiar el rol tradicional femenino, está planteada en términos de desarrollo personal a través del logro de una carrera profesional que les permita salir del trabajo en la chacra. Para Stahr y Vega (1988) la modernidad tiene el fantasma del individualismo y egoísmo. Por ello, se puede sentir como una ruptura con los aspectos más auténticos de sí misma, permaneciendo en el inconsciente la idea de traición a la “sangre” y, como consecuencia, el temor al castigo. Por tanto, moviliza angustias y sentimientos como envidia, rabia, venganza para frenar el avance hacia lo nuevo. Como se ha mencionado, todo esto se constituye de manera inconsciente y tiene una asociación directa con los vínculos primarios de las mujeres. Así, los sentimientos de angustia frente al cambio no sólo se despiertan frente a sus historias sino también frente a los relatos que han escuchado e interiorizado de otras mujeres de su familia: abuelas, madres, hermanas, etc.

5.3. ¿Cómo favorecer la construcción de bienestar?

Considerando todo lo planteado en la investigación, parece complicado pensar cómo aportar en la construcción de bienestar. Una de las primeras ideas que se debe resaltar es comprender que el bienestar es un constructo complejo donde intervienen múltiples procesos y componentes.

La salud mental no solo está centrada en procesos individuales sino que se debe ampliar dicha conceptualización y considerar aspectos sociales, históricos, políticos y económicos. En esta investigación, se ha considerado con especial énfasis los enfoques de género e interculturalidad. Por tanto, se puede plantear que para las mujeres, la conceptualización de bienestar estaría teñida por los mandatos de género tradicional construidos desde una estructura patriarcal. Asimismo, serían especialmente las mujeres las responsables de ser las reproductoras de cuidado en su entorno inmediato. En lo que se refiere al enfoque intercultural, estaría presente en cómo se definen las enfermedades y cuáles serían las prácticas más utilizadas para fortalecer el bienestar personal y social, las cuales tendrían a la base sus bagajes culturales y religiosos.

En ese sentido, resulta primordial comprender que las enfermedades descritas manifiestan malestares psicológicos. Entonces, para que los psicólogos y psicólogas podamos contribuir en la mejora de la calidad de vida de las diversas poblaciones, es necesario que como profesionales reconozcamos estas conceptualizaciones. En primer lugar, debe haber un reconocimiento de las llamadas “creencias y costumbres” en el espacio público y en el diálogo con las personas oficialmente encargadas de curar a la población. Es decir, de los operadores de salud de centros de salud, hospitales, instituciones educativas, etc. Se espera que la población que se busca atender puedan discutir abiertamente, sin miedo o vergüenza, sobre sus enfermedades, desde sus propias conceptualizaciones y dialogando con las prácticas de la medicina occidental para curarse y tener una mejora en su calidad de vida.

La propuesta supone lograr una comunicación intercultural entre el profesional de psicología y el o la paciente donde prevalezca la empatía y la eficiencia en el acto curativo. Así, para que ello se establezca, el psicólogo debe escuchar y entender cómo está expresando su dolor y su malestar.

Asimismo, como señala Graña (2012), debe incorporar el reconocimiento de la realidad espiritual y su intervención en la vida del ser humano. Esta dimensión tiene una relevancia especial en el campo de la salud y debe expandirse a los criterios de diagnóstico, evaluación y tratamiento de una serie de problemáticas psicológicas. Mabbit (2004 citado en Graña, 2012) da cuenta de investigaciones en donde se define una relación positiva cuando se toma en cuenta la relación entre la enfermedad y factores religiosos-espirituales.

Sin embargo, el ser consciente de las conceptualizaciones no basta para fortalecer el bienestar de las mujeres. Como se ha mencionado, sus subjetividades se encuentran atravesadas por los patrones de género tradicional y se presenta una dificultad para integrar y asimilar la presencia de mandatos modernos en la dimensión subjetiva. Las mujeres viven el cambio como una transgresión que debe ser castigada y no como una continuidad lograda dialécticamente. Como una manera de aportar en la construcción de bienestar, es necesario tener una mirada crítica de lo moderno y tradicional. Se debe facilitar las condiciones que potencien los recursos de las mujeres, posibilitándolas establecer diálogos entre ambos modelos y crear identidades propias (Stahr & Vega, 1988)

Sumado a ello, el sistema patriarcal también tendrá un impacto en las relaciones de género. Como señala Lagarde (1992; 2006), las mujeres nos definimos siempre en función a lo masculino y tendemos a definir nuestras relaciones con otras mujeres desde el poder patriarcal. Es decir, realizamos una evaluación de las otras mujeres desde el poder machista y clasista, relacionándonos desde la competencia y desde la falta. De esta manera, las relaciones entre mujeres son complejas y están atravesadas por dificultades derivadas de poderes distintos, jerarquías, competencia y rivalidad. Estos son mecanismos políticos que provienen de la fragmentación social y de los mandatos de género para mantener la supremacía masculina sobre el conjunto de las mujeres distanciadas entre nosotras.

Como consecuencias, las relaciones intra-género femeninas son conflictivas y marcadas por la desconfianza. Esto aísla a las mujeres, corta redes sociales, distancia la posibilidad

de fortalecer y reflexionar sobre sí mismas, sus dificultades, sus capacidades, etc. La envidia, la inseguridad que se percibe a no ser una “buena” mujer, genera brechas entre ellas mismas, viviéndose conflictividades en vez de posibles alianzas. Si bien con los hombres se construyen relaciones jerárquicas donde prima la dominación a las mujeres, es a partir de la relación con las otras mujeres, basadas en la envidia y el juicio, en las cuales la dominación masculina es capaz de constituirse.

Entonces, para construir bienestar también es necesario transformar las relaciones entre las mujeres. Tomo el concepto de sororidad para explicar esta idea. Lagarde (1992; 2006), señala que la sororidad significa la construcción de relaciones amicales entre quienes han sido creadas por el sistema patriarcal como enemigas. Como respuesta, la tarea del feminismo implica la transformación de las mujeres y de la relación entre mujeres. Como señala la autora:

“Esta soledad femenina solo puede ser subvertida por la posibilidad de encontrarse con la otra, de mirar a la otra convertida en mi, como camino necesario para constituir a la mujer sujeto que reconozca a la vez, la semejanza con todas y la diferencia con los hombres, y desde ese reconocimiento pueda lograr las identificaciones comunes” (Lagarde, 1992; p.58)

Este concepto rescata la transformación subjetiva de las mujeres, la autonomía psíquica de las mismas y la posibilidad de que, a partir de estas transformaciones, se puedan construir alianzas con otras mujeres. Lagarde también apuntala la dimensión política de este concepto. Ella alega que la alianza entre mujeres puede cambiar la vida y el mundo con un sentido más justo y libertario. Se definen acciones que eliminen la opresión social, el apoyo mutuo femenino y el empoderamiento de cada mujer.

CAPÍTULO N.º 6: CONCLUSIONES

- Existen tres identidades femeninas presentes en el imaginario y el discurso de las mujeres del centro poblado La Garita. La primera es la identidad “madre – esposa” la cual se vincula al rol tradicional de la mujer como reproductora de cuidado y ubicada en el espacio privado. La segunda es la identidad “mujer trabajadora”, la cual está asociada a la posibilidad de que la mujer ingrese al ámbito laboral y/o a la esfera pública. Discursivamente, las mujeres refieren que el ubicarse en el espacio público permite mejorar su desempeño como madres y esposas en el espacio privado, interpretando así su salida a la esfera pública como un acto de cuidado. Finalmente, la tercera identidad es la “mujer independiente/ “la otra””. Es el “contra modelo” ya que se caracteriza como aquella mujer que vive plena y excesivamente su sexualidad, seduce a los hombres casados, rompe familias constituidas y tiene actitudes de “descuido”
- Para las mujeres del Centro Poblado La Garita el bienestar está asociado a las identidades de “mujer trabajadora” y “madre – esposa”. Al parecer existen discursos en tensión que dan cuenta de un posible proceso de transición entre ambas identidades pero que aún debe ser fortalecido y consolidado. En ese sentido, el bienestar está vinculado a la posibilidad de contar con educación superior, un trabajo fuera de la chacra que brinde progreso económico. A pesar de ello, se sigue reproduciendo y priorizando la identidad “madre – esposa”. Por tanto, se privilegia la posibilidad de contar con un esposo que no la violenta físicamente y cumplir el rol de madre.
- La construcción de bienestar no es proceso únicamente individual sino que se deben considerar los aspectos colectivos dentro del mismo. Así, las mujeres refieren la importancia de la legalidad y la honestidad en las acciones que conllevan a la construcción de bienestar. Asimismo, reconocen la necesidad de contar con redes de soporte social, especialmente mujeres que puedan aconsejarlas, para contar con la fuerza emocional para sobrellevar las dificultades y encontrar bienestar.
- A pesar de considerar las redes de soporte social un aspecto fundamental en la construcción de bienestar, esto es muy difícil de consolidar dentro del centro poblado. Las relaciones sociales se encuentran fragmentadas. Ello debido a la

construcción histórica del centro poblado, estableciendo dinámicas sociales y redes de soporte únicamente entre núcleos familiares. Es así que se evidencian sensaciones de envidia, la cual se concretiza a través de los chismes, que conlleva al deseo de destruir aquello que se desea.

- La envidia parece ser la base de las situaciones de malestar dentro del centro poblado. Es a partir de este concepto que se puede comprender las enfermedades descritas por las mujeres como “daño”, “celo”, “ojeo” y “salar”. Todas estas enfermedades se producen a partir con la interacción con otros que desean aquello que el que enferma posee. En el caso de las mujeres, se enferma cuando se logra trasgredir la identidad de “madre – esposa”, logrando autonomía económica, hijos que logran estudios superiores o la posibilidad de construir una relación de pareja más dialogante y sin ejercicio de violencia. Todo lo anterior, también permitiría dar cuenta que la envidia y el malestar aparece cuando se visibiliza la identidad de la “mujer independiente/ la otra” ya sea en otra mujer o en actitudes en sí mismas. Todo lo anterior muestra la necesidad de incorporar el enfoque de género en la comprensión de la construcción de bienestar.
- Las enfermedades categorizadas en esta investigación muestran las diferentes formas que tienen las mujeres para nombrar malestares psicosociales. En ese sentido, cobra centralidad la forma cómo los diferentes grupos sociales conceptualizan su malestar. Dado que la herencia colonial ha construido relaciones de poder entre grupos e individuos, se han invisibilizado, desvalorizado o ridiculizado identidades, saberes y, como se observa en esta investigación, también conceptualizaciones. Así, han sido catalogadas como simples “creencias” o “costumbres”, dejando de lado el reconocimiento de diferentes discursos que dan cuenta de posibles enfermedades psicológicas.
- Frente a las situaciones de enfermedad o malestar, las mujeres plantean la posibilidad de contar con tres especialistas dentro de la comunidad: los brujos, los rezadores y otros cuidadores como los psicólogos o mujeres de mucha confianza. Esto nos muestra las diferentes prácticas que tienen las mujeres para fortalecer su sensación de bienestar según la enfermedad y/o malestar. Es desde esta línea que debemos empezar a imaginar y construir procesos interculturales, especialmente, es desde allí que debemos imaginar una psicología intercultural. Ello ya que nos muestran prácticas cotidianas de construcción que parecen

legitimadas dentro del centro poblado y, por tanto, debemos empezar a identificar, reconocer y valorar. Ello si realmente se quiere generar procesos de transformación social que tengan un impacto significativo en la eliminación de la violencia de género en nuestro país.





REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alfaro, S. Diferencia para la Igualdad. Repesando la ciudadanía y la interculturalidad en el Perú. En: Tubino, F y Ansión, J. (2008). *Diferencia para la Igualdad*.

Anzaldúa, G. La conciencia de la mestiza. Towards a New Consciousness. En: *La frontera, bordelands*. (1987). San Francisco: Aunt lute Books.

Attardo, C. Psicólogos y psicólogas por el cambio. ¿Por qué es importante incluir la perspectiva de género cuando trabajamos promoción de la salud? En: Tajer, D. (compiladora). (2012) *Género y Salud. Las políticas en acción*. Buenos Aires: Lugar Editorial.

Bracco, L & Córdova, L. La crisis como posibilidad: hacia la reconstrucción del vínculo social. Ponencia presentada en el X Congreso Internacional de Psicología de la Liberación realizado en Caracas, Venezuela, entre el 11 y el 13 de noviembre, 2010.

Cárdenas, N; Crisostomo, N; Neira, E; Portal, D; Ruiz, S & Velázquez, T. (2005). *Noticias, remesas y recados de Manta, Huancavelica*. Lima: DEMUS

Cordova, L. y Bracco, L. (2011). Proyecto "La Garita": Sistematización: el caso del grupo de mujeres (Documento de trabajo DARS, sin publicar)

Burin, M. (1993). *Las mujeres en la imaginación colectiva: una historia de discriminación y resistencias*. Buenos Aires: Editorial Paidós.

Comisión de la Verdad y Reconciliación (CVR). (2003). *Informe final*. Lima: CVR.

Chodorow, N. (1997). *Género, relación y diferencia desde la perspectiva psicoanalítica*. (Traducción E. Neyra).

Departamento de Psicología. (2008). *Brigadas Psicológicas. Una experiencia en el camino hacia la reconstrucción*. PUCP.

Desjarlais, R; Eisenberg, L; Good, B & Kleinman, A. (1997). *Salud Mental en el Mundo. Problemas y prioridades en poblaciones de bajos ingresos*. OPS. Washington D.C.

Durand, P. (2011). Diagnóstico del Centro Poblado La Garita. (Documento de trabajo DARS, sin publicar)

Escobar, A. (2007). *La invención del tercer mundo. Construcción y deconstrucción del desarrollo*. Venezuela: Ministerio del Poder Popular para la Cultura.

Esteban, M. Diagnósticos en salud y género: aportaciones antropológicas para una perspectiva integral de análisis. En: Esteban, M; Comelles, J & Mintegui, C. (edit.) (2010). En: *Antropología, género, salud y atención*. Ediciones Bellaterra: España.

Flores Galindo, A. (1986). *La tradición autoritaria. Violencia y democracia en el Perú*. Lima: Aprobeh, Sur.

Fourment, K & Padilla, K. (2010). El encuadre y los límites: sujeción y transgresión en una experiencia de trabajo con los niños y niñas de La Garita en un contexto post-terremoto. Ponencia presentada en el X Congreso Internacional de Psicología Social de la liberación. Universidad Central de Venezuela, Caracas, Venezuela, entre el 11 y el 13 de noviembre, 2010.

Gilligan, C. (1984). *La moral y la teoría. Psicología del desarrollo femenino*. México: FCE. En: <http://es.scribd.com/doc/21513068/Gilligan-C-La-Moral-y-La-Teoria-Los-Conceptos-Del-Yo-y-de-La-Moral>

Graña, D. (2013). *Concepciones sobre salud mental en un grupo de curanderos de la selva peruana*. Tesis para optar por el título de Licenciado en Psicología.

Grupo de Trabajo de Salud Mental de la Coordinadora Nacional de Derechos Humanos. (2006). *Salud mental comunitaria en el Perú: aportes temáticos para el trabajo con poblaciones*. Lima: Ministerio de Salud.

Harding, S. (1987) *¿Existe un método feminista?*

Heise, M; Tubino, F y Ardito, W. (1994) *Interculturalidad. Un desafío*. CAAP: Lima.

Hernández Castillo, R. (2008). De feminismos y poscolonialismos: reflexiones desde el sur del Rio Bravo”, en *Descolonizando el feminismo. Teorías y practicas desde los márgenes*. Madrid: Catedra.

Hernández, R; Fernandez, C & Baptista, P. (2010). *Metodología de la investigación*. Cuarta edición. México: Mc Graw Hill University.

Jiménez – Dominguez, F. (2008). *Subjetividad, participación e intervención comunitaria*. Lima: Paidós.

Krebs, Angélica. 1994. La ética feminista. Una crítica de la racionalidad discursiva. *Arete* Vol. 5, N.º 1, pp. 253-272. Te adjunto el PDF. Si me olvido, me recuerdas.

Lagarde, M. Pacto entre mujeres sororidad. Ponencia presentada el 10 de octubre del 2006, Madrid. www.celem.org

Lonzi, C. (2004). *Escupamos sobre Hegel*. Mexico.

Martín-Baró, I. (1984). Guerra y salud mental. *Estudios Centroamericanos*, 429/430, 503-514.

Mendoza, B. La epistemología del sur, la colonialidad del género y el feminismo Latinoamericano. En: Espinosa Miñoso, Y. (coord). (2010). *Aproximaciones críticas a las practicas teórico política del feminismo Latinoamericano* Vol. 1. Buenos Aires: En la Frontera.

Montero, M. (2003). *Teoría y práctica de la psicología comunitaria. La tensión entre comunidad y sociedad*. Buenos Aires: Editorial Paidós

Morris, C. (2005). *Introducción a la psicología*. Duodécima edición. Pearson educación: Mexico.

Neira, E. y Escribens, P. (2010). *Salud mental comunitaria. Una experiencia de psicología política en una comunidad afectada por la violencia*. Lima: DEMUS

Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2002) *La salud en las Américas*. Washington D.C.: Pan American Health Organization.

Organización Panamericana de la Salud (2005). Género, salud y desarrollo en las Américas. Indicadores básicos 2005. OPS, UNIFEM y UNFPA.

Parpart, J. (1994) ¿Quién es el otro? Una crítica feminista postmoderna de la teoría y la práctica de la mujer y el desarrollo. En: *Propuestas No 2 Documentos para el debate*. Lima: Red entre mujeres.

Pateman, C. (1988). *The Sexual Contract*. Stanford University Press, Stanford.

Pescatello, A. (1977). *Hembra y macho en Latinoamérica: ensayos*. México, D.F.: Diana.

Quijano, A. (2003). Notas sobre "raza" y democracia en los países andinos. *Revista Venezolana de Economía y Ciencias Sociales*, enero – abril, año/vol 9, número 001. Universidad Central de Venezuela.

Rodríguez, G. (1996). *Metodología de la investigación cualitativa*. España: Ediciones Aljibe.

Rohlfs, I. El género como herramienta de trabajo en la investigación en epidemiología y salud pública. En: Esteban, M; Comelles, J & Mintegui, C. (edit.) (2010). En: *Antropología, género, salud y atención*. Ediciones Bellaterra: España.

Rubin, G. (s.a.). El tráfico de mujeres: Notas sobre la "economía política" del sexo. En: Lamas, M (Compiladora). (s.a.). *El género: la construcción cultural de la diferencia sexual*. PUEG: México.

Ruiz – Bravo, P. (1997). *Una aproximación al concepto de género*. Lima: Cedoc.

Ruiz – Bravo, P. (2003). Identidades femeninas y propuestas de desarrollo en el medio rural peruano. Louvain La Neuve: Université Catholique de Louvain.

Ruiz – Bravo, P & Castro, M. (2012). Empleo temporal femenino en la agricultura de exportación de espárragos. El caso del Perú. En

Scott, J. El género: una categoría útil para el análisis histórico. En: Lamas, M. (comp.). (1996). *El género: la construcción cultural de la diferencia sexual*. México: PUEG

Segal, H. (1988). Introduction. In M. Klein, *Envy and gratitude : and other works 1946-1963 / Melanie Klein ; with a new introduction by Hanna Segal*. London: Virago.

Sen, A. (2000). *Desarrollo y Libertad*. Buenos Aires: Editorial Paidós.

Sen, A. (2007). *Identidad y violencia: la ilusión del destino*. Editorial Katz.

Sontag, S. (1978). *La enfermedad y sus metáforas*. Editorial Debolsillo.

Spivak, G. (1998) ¿Puede hablar el sujeto subalterno? *Revista Colombiana de Antropología*, volumen 39, enero-diciembre 2003, pp. 297 – 364.

Stahr, M & Vega, M. El conflicto tradición – modernidad en mujeres de sectores populares. En: *Revista Márgenes*, Año II, N° 3, junio 1988. Casa de estudios del socialismo Sur.

Stolcke, V. (2000) ¿Es el sexo para el género lo que la raza es para la etnicidad?...Y la naturaleza para la sociedad. En: *Política y Cultura*, n 014. México: Universidad Autónoma Metropolitana Xochimilco.

Talpade Mohanty, C. Bajo los ojos de occidente. Academia feminista y discurso colonial. En: Liliana Suarez y Aida Hernández (editoras). *Descolonizando el feminismo: teorías y prácticas desde los márgenes*. (2008). Madrid: Cátedra.

Theidon, K. (2004). *Entre prójimos. El conflicto armado interno y la política de reconciliación en el Perú*. Lima: Instituto de Estudios Peruanos.

Tubino, F. (s.p.) Desarrollo humano, libertad cultural y políticas de reconocimiento.

Valdés, T y Olavarría, J. (1997). Masculinidades: poder y crisis. Santiago de Chile: Isis International:FLACSO.

Vargas, V. (2002). Itinerario de otros saberes. En: Mato, D. (Coord.). (2002). *Estudios y otras prácticas intelectuales Latinoamericanas en cultura y poder*. Caracas: Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales, CEAP, FACES, Universidad Central de Venezuela. pp. :373 – 382.

Velázquez, T.; Fernández, M.Z.; Mejía, G.; y Rivera, G. (2010). *Salud mental e interculturalidad*. Ponencia presentada en el VII Congreso Internacional de la Red Latinoamericana de Antropología Jurídica RELAJU: “Un reto para nuestras sociedades: Identidades, interculturalidad, pluralismo jurídico y derechos colectivos”, Lima, Perú.

Velázquez, T; Rivera, M; Ríos, G; Moll, S; Graña, D & Incio, N (2013, en prensa). *Los (des) encuentros discursivos entre los sistemas tradicionales y el sistema oficial de salud en el Perú*.

Velázquez, T. Inédito. “Acción comunitaria en contextos posdesastre: Proyecto Reconstruyéndonos”. Lima: PUCP, [2013].

Viveros, M. Saberes y dolores secretos: mujeres, salud e identidad. En Arango, L; León, M & Viveros, M. (1995). Género e Identidad. Ensayos sobre lo femenino y lo masculino. Colombia: Ediciones Uniandes

