



DESPOLITIZACIÓN DE LA VIOLENCIA MACHISTA
A TRAVÉS DEL DIAGNÓSTICO DEPRESIVO

UNIVERSIDAD ACADEMIA DE HUMANISMO CRISTIANO

Escuela de Psicología

Artículo para optar al título de Psicóloga

Estudiante: Gabriela Elizabeth Valenzuela González

Profesor guía: Miguel Andrés Roselló Peñaloza

Santiago, 2018

Resumen:

El presente artículo se enmarca en el paradigma de la psicología crítica y socioconstruccionista. Busca visibilizar cómo la *violencia machista* ha sido despolitizada a través del diagnóstico depresivo. Realiza un ejercicio de reflexión crítico acerca de los diferentes tipos de violencias hacia las mujeres que ejerce la psicología como discurso hegemónico de la salud mental y que han sido propuestos por la Psicóloga Social Teresa Cabruja (2007). Para este fin se realizaron 5 entrevistas en profundidad a mujeres que vivieron violencia machista psicológica por parte de sus ex parejas y que fueron diagnosticadas con depresión, con el objetivo de conocer las significaciones asociadas a la violencia machista, al diagnóstico depresivo y cómo se relacionan ambas variables. Para esto se construyeron tres categorías, utilizando dos de los tres tipos de violencias que propone Teresa Cabruja que son: *el silenciamiento*, *la psicopatologización* y se ha añadido un tercero, *la estigmatización*. A través de las tres categorías fue posible visibilizar la existencia de estos tres tipos de violencia en el discurso de las mujeres entrevistadas, a causa del diagnóstico y que traerían como consecuencia una despolitización de la violencia machista.

Palabras claves: Despolitización; psicología crítica; violencia machista; diagnóstico depresivo, silenciamiento, psicopatologización, estigmatización.

Abstract:

This article is framed in the paradigm of critical psychology and socioconstructionist. It seeks to visualize how macho violence has been depoliticized through depressive diagnosis. Performs an exercise of critical reflection about the different types of violence towards women exercised by psychology as a hegemonic discourse of mental health and that have been proposed by the Social Psychologist Teresa Cabruja (2007). To this end, 5 in-depth interviews were conducted with women who experienced psychological macho violence by their former partners and who were diagnosed with depression, with the aim of knowing the meanings associated with macho violence, the depressive diagnosis and how both variables are related. For this, three categories were constructed, using two of the three types of violence proposed by Teresa Cabruja: *silencing*, *psychopathology*, and a third concept has been added, *stigmatization*. Through the three categories it was possible to visualize the existence of these three types of violence in the discourse of the women interviewed and that would result in a depoliticization of macho violence.

Keywords: Depoliticization; critical psychology; macho violence; depressive diagnostic; silencing; psychopathologization; stigmatization.

Introducción

Existen dispositivos que instruyen y normalizan los comportamientos, regulando nuestras formas de vida (Agambem, 2011). La psicología es una disciplina que se ha enfocado en los grandes temas de la subjetividad humana y de la salud mental por medio de métodos que históricamente normalizan los comportamientos y formas de vida, con la consecuencia de que todo lo que sale de la norma se excluye y se psicopatologiza (Cabruja, 2007). De esta manera se realiza un trabajo de taxonomía de la realidad que categoriza y distingue lo normal de lo anormal, y ergo, estigmatiza a quien no estaría dentro de los parámetros de “normalidad” contruidos por la sociedad actual (Canguilhem, 2005).

Considerablemente en este último tiempo muchas mujeres han sido diagnosticadas con depresión. Según el Ministerio de Salud chileno (MINSAL, 2013): la depresión es una enfermedad que ocupa el tercer lugar a nivel mundial. En Chile, el rango de prevalencia de la depresión se presenta en la edad laboral, es decir, entre los 25 y 64 años. Se menciona, que la depresión sería más diagnosticada en mujeres que en hombres. Así, por ejemplo, la prevalencia de síntomas depresivos en mujeres de 25 a 44 años es de 27,9% y mientras que en hombres 11,0%. Dentro del otro rango de edad que va desde los 44 a 64 años, estos síntomas depresivos se presentarían en 30,1% en mujeres, simultáneamente en hombres es de 7,7%. Para la población de adultos/adultas mayores de 65+ las estadísticas de prevalencia son 16,9% en mujeres y 4,1% en hombres.

¿Por qué existe un porcentaje tan elevado de mujeres diagnosticadas con depresión? ¿Cómo se relaciona el diagnóstico de depresión con la comprensión de su contexto social?

Gerda Lerner (1986), refiere a los orígenes de dominación patriarcal, donde la posición social de las mujeres a lo largo de la historia se ha visto marcada por la dominación masculina. Revela que el desarrollo de la cultura neolítica impulsó el intercambio de mujeres entre tribus, no sólo con el fin de evitar guerras por medio de alianzas matrimoniales, sino, porque las mujeres a través de la reproducción aumentaban la población. En las sociedades mesopotámicas (segundo milenio a.C) las hijas de los/las pobres eran vendidas o prostituidas para aumentar la economía en sus familias. Lo que se cosificaba y se convertía en mercancía no eran las mujeres, más bien era su sexualidad y su capacidad reproductiva.

La familia patriarcal ha variado según la época y los lugares (Lerner, 1986). La autora menciona que el sistema patriarcal ha funcionado porque a las mujeres se les ha inculcado las diferencias de género; se les ha privado de educación; de su historia y se les ha negado el acceso de recursos económicos y políticos. Define al patriarcado como una dominación paternalista. El término refiere a la relación entre un grupo dominante, considerado como superior y otro subordinado, al que se le considera inferior. Las mujeres cambiarían sumisión por protección. La base del paternalismo es un soporte económico y de protección que entrega el hombre a cambio de la subordinación en cualquier aspecto, tales como: servicios sexuales y trabajo doméstico no remunerado a mujeres.

Se construyó un lugar para las mujeres que no ha sido equitativo, atribuyendo características para estas como: débiles, maternales, sumisas, emocionales, sensibles entre otras. Por el contrario, el lugar construido para los hombres sería el de: fuertes, objetivos, fríos, proveedores, etc: lo que les favorecería para desenvolverse de manera más óptima en la sociedad. Las diferencias sociales que se han construido a lo largo de la historia, ha implicado que a las mujeres se les sitúe en un lugar de inferioridad, suscitando discriminación, injusticias y diversos tipos de violencias, que han sido denominado como violencia machista, tema que será problematizado en esta investigación.

El *Ajuntament* de Barcelona (s.f), refiere a la violencia machista como un concepto que define conductas de dominio, control y abuso de poder de los hombres hacia las mujeres; imponiendo un dominio de masculinidad valorado como superior por gran parte de la sociedad. Diferenciándose de la violencia de género que sería una forma de discriminación, existiendo una situación de desigualdad y de relaciones de poder por parte de los hombres hacia las mujeres. La violencia de género sería ejercida por hombres que hayan sido sus cónyuges o que hayan estado ligados a ellas por relaciones de afectividad. El machismo es un dispositivo¹ que reafirma la feminidad en las mujeres y sirve para mantener las normas de género.

¹ Dispositivo sería todo aquello que tiene la capacidad de capturar, orientar, determinar, modelar, controlar y asegurar los gestos, las conductas, las opiniones y discursos de los seres vivos. El dispositivo es una función estratégica concreta que siempre está inscrita en una relación de poder, siendo un resultado entre poder y saber (Agamben, 2011).

Miriam Solá (2001) define la violencia de género como una violencia estructural², la cual se ha mantenido gracias a una cultura que se rige bajo la lógica de relaciones de poder y dominación de los hombres hacia las mujeres. El género sería una representación que se ha construido y reproducido a lo largo de nuestra subjetivación (familia, colegio, ciencia, medios de comunicación, entre otros). Lo que implica que incorporemos y subjetivemos una posición social que nos asigna el género, produciendo relaciones sociales asimétricas. Al mismo tiempo funcionan como dispositivos que refuerzan la normalización de la violencia porque sustentan un modelo hegemónico de masculinidad valorado como superior, relegando a las mujeres a un nivel inferior.

Fundación Mujeres³ (2007) define la violencia género y la violencia machista como un tipo de violencia que tiene como objetivo mantener el control y la subordinación de la mujer hacia el hombre. La misma fundación identifica cuatro factores que la perpetúan, agrupados en: 1) *culturales*: roles, creencias de superioridad, noción de familia bajo el control masculino, etc. 2) *Legales*: menor status legal de las mujeres, pensiones, definiciones legales sobre violación, etc. 3) *Ecónomicos*: dependencia económica, acceso limitado a empleo, etc. Y 4) *políticos*: invisibilizar la violencia machista, riesgo de desafiar el status quo, entre otras.

² El concepto de estructura tiene su origen en la sociología, Durkheim (1895), refiere que las estructuras sociales son los medios que originan el pensamiento, el sentimiento y la acción individual, haciendo que los individuos/individuas que están socializados/socializadas acepten las demandas culturales que se les impone. Las estructuras sociales para este autor serían hechos sociales, dando como ejemplo deberes que las personas tienen al ocupar posiciones sociales definidas, como las de esposo/esposa, ciudadano/ciudadana, etc.

³ La fundación Mujeres es una ONG creada en Madrid el año 1994, que trabaja promoviendo la igualdad de género. Los objetivos de esta ONG, es lograr una mejor posición de la mujer en el mercado laboral, contribuir con la igualdad, fomentar una educación no sexista y erradicar la violencia de género.

El malestar social que genera el machismo⁴ (Ajuntament de Barcelona, s.f) en las mujeres provoca que estén más expuestas a posibles psicopatologizaciones. M. Burín y S. Velasquéz (1990), mencionan que hablar del sufrimiento y malestar de las mujeres implica tomar una posición teórica e ideológica que se pregunte por los efectos que produce el lugar que ha sido construido históricamente para las mujeres. Acogiendo lo referido por las autoras, es que se hace necesario aludir primero a la desigualdad sostenida en las relaciones de poder que existen entre hombres y mujeres. Para mantener este sistema dominante, se crearon dispositivos como *los roles de género*. Herrera (2000). Esta autora hace un análisis sobre este tema y explica que los roles de género implican normas de comportamientos, donde lo femenino se ve supeditado a lo masculino, generando relaciones de poder, que ubican al hombre en una posición de superioridad, relegando a la mujer a una posición de inferioridad social. Además existe una internalización de *cómo* debemos comportarnos según el género, regulando nuestras formas de pensar y de relacionarnos.

Otro dispositivo que mantiene y reafirma las diferencias sociales entre hombres y mujeres, es el *género*. Judith Butler (2009), atribuye al género como un efecto *performativo* dado que debemos actuarlo todos los días, implicando una determinada expresión y manifestación en el mundo. Las normas de género van a determinar el cómo y de qué manera las mujeres pueden aparecer en la esfera social. El género, según ésta autora, se encuentra condicionado por normas

⁴ Esta investigación decide ocupar el término machismo propuesto por el Ajuntament de Barcelona (s.f) porque considera que violencia machista y violencia de género no son iguales. El machismo tendría un significado más macro y estructural a nivel social. La palabra machismo, derivada de macho es más clara para visibilizar el poder hegemónico de masculinidad.

obligatorias que lo hacen definirse. Entonces, son hombres o mujeres implicados desde una forma categorial en un ser-en-el-mundo como respuesta a los patrones sexuales y de género que determinaría qué sujetos/sujetas son reconocibles o no por el otro/otra social. Lo anterior afecta la forma ser-estar en el mundo, por ende, influye en las relaciones con los/las demás y también con sí misma; condiciona los modos de entender el entorno y de cómo sobrellevarlo. Esta forma de entender lo femenino y lo masculino mediante normas establecidas trae consigo ciertos efectos, entre ellos, aparecen *malestares sociales*, los cuales son psicopatologizados y diagnosticados por las ciencias *psi*. Apareciendo entre ellos, el diagnóstico depresivo. Mercedes (2010), nos habla de que elementos como los roles de género, las condiciones socioeconómicas y la autonomía tendrían una gran influencia en la salud mental de las mujeres. Bleichmar (1991), afirma que quienes desarrollan una personalidad o poseen actitudes masculinas como, autonomía, asertividad, agresividad, autoestima, seguridad, tienen menos riesgos de recibir un diagnóstico depresivo, entendiendo a la feminidad como un factor de riesgo. Bleichmar procede del siguiente modo: Cuadro 1:⁵

⁵ Adaptación realizada por la autora de cuadro conceptual en Bleichmar 1991(pp.285-286)

Depresión	Feminidad	Masculinidad
Dependencia	Dependencia	Actividad
Pasividad	Pasividad	Autonomía
Falta de firmeza / asertividad	Falta de firmeza/asertividad	Asertividad y agresividad
Necesidad de apoyo afectivo	Necesidad de apoyo afectivo	Capacidad de tomar riesgos y decisiones
Baja autoestima e incompetencia	Desarrolla: Baja autoestima, inseguridad e Incompetencia	Desarrolla: Alta autoestima, seguridad y competencia

Al parecer las características que conlleva ser mujer, ha expuesto a que las diagnostiquen con mayor frecuencia con depresión que a los pares etarios masculinos, a patologizar los estereotipos asociados a lo femenino y reforzar desigualdades sociales en las relaciones de poder entre hombres y mujeres. ¿Cuál es el impacto que conlleva recibir el diagnóstico de depresión en mujeres? ¿Cómo se relaciona la feminidad y el diagnóstico de depresión? Nuestra hipótesis se enlaza a la articulación entre el diagnóstico de depresión y la feminidad que demostraría el lugar que se ha construido para las mujeres.

En argumento de lo anterior es que existen diversos estudios que afirman que la violencia machista: tanto física como psicológica, traería como consecuencias síntomas y trastornos depresivos en mujeres. Si bien, es válido lo que estos/estas autores proponen, es decir, que algunas mujeres que hayan vivido experiencias de violencia machista se depriman como consecuencia, empero, es necesario

contraponer los efectos que podría tener la etiqueta del diagnóstico de depresión en las mujeres que han vivido violencia machista.

Según una investigación comparativa sobre experiencias de maltratos e impactos psicológicos, realizada por, Hernández, Corbalán & Limiñana (2007), los síntomas depresivos tienen una correlación positiva con el nivel de violencia perpetuada por sus parejas en el último año de convivencia. Estos autores concluyen que los síntomas depresivos aumentarían cuando existe una mayor intensidad de violencia física, psicológica y sexual.

Vásquez (2007), realizó un estudio comparativo en el hospital Madre Obrera ubicado en la ciudad de Llalagua, Bolivia, Obteniendo como resultado la existencia de una relación entre violencia y depresión en mujeres. Demuestra que es mayor el número de mujeres víctimas de violencia psicológica (55.8%), que las víctimas de violencia física (44,2%). Asegura, que si bien la violencia hacia las mujeres se ejerce en cualquier etapa de sus vidas, al igual que la incidencia de la depresión, esta última sería la más recurrente en mujeres de mediana edad, por ende, la etapa media de la vida sería un factor de riesgo tanto para la patología mental como para ser víctima de violencia. Esta investigación realizada en mujeres “deprimidas y no deprimidas”, víctimas de violencia machista, concluye que la violencia física y psicológica sería un factor de riesgo para la depresión en mujeres.

Amor, Echeburúa, Gargallo, Sarasua & Zubizarreta (2001), desarrollan un estudio comparativo sobre el maltrato físico y psicológico a mujeres víctimas de violencia en el hogar. Advierten que la violencia psicológica en mujeres víctimas

de violencia machista en el hogar es la menos estudiada. Para las autoras citadas, el agresor manifestaría este tipo de violencia mediante insultos, amenazas, reclamos, indiferencia, desvalorización y desprecio. Esta investigación realizada en 250 mujeres víctimas de maltrato doméstico, se desarrolló en diferentes centros de atención psicológica para víctimas de violencia intrafamiliar, ubicados en España. Revela que el 70% de las mujeres han sido maltratadas en los últimos tres meses de la realización de la investigación. La muestra estudiada presentó un alto nivel de síntomas psicopatológicos.

Por último; León, Grez, Prato, Torres y Ruiz (2017), hacen una revisión sistemática sobre la violencia intrafamiliar en Chile y su impacto en la salud. Los y las autoras/es investigaron la relación entre la violencia intrafamiliar, la salud física y mental en la literatura nacional. Identificando el grado de conocimiento sobre la violencia y el impacto que ésta tiene en Chile. Según este estudio bibliográfico, la violencia psicológica tiene una mayor prevalencia, siendo la violencia machista intrafamiliar quien lidera los peores índices de salud mental en relación a síntomas ansiosos-depresivos, post traumáticos o de ideación suicida.

Si bien los estudios antes referidos distinguen la relación entre variables de corte diagnóstica entre depresión y violencia machista, no incorporan, por la naturaleza del estudio, las consecuencias que este operar diagnóstico puede tener sobre las sujetas enunciadas o bien preguntarse por ¿Cuál será el efecto de los diagnósticos de depresión en mujeres que han experimentado violencia

machista? ¿Qué significado tendrá para sus familiares y/o cercanas/cercanos el diagnóstico de depresión?

Es en este ámbito, que Cabruja (2007) enuncia los efectos que la psicología como institución de conocimiento genera, situando los siguientes: *culpabilización, desresponsabilización social, conformismo, discriminación y control social*. También agrega que las terapias brindan una solución individual a un problema que se plantea como individual y no como un problema social. No tomando en cuenta que tales problemas o dolencias psíquicas tienen una carga relacional o política. La autora menciona tres tipos de violencias que ejercen las ciencias *psi* hacia las mujeres, estas serían: 1) *Psicologización*, desplazar la causa de un malestar a un rasgo psicológico; 2) *Silenciamiento*, hay dos tipos: a) acallar mediante fármacos, siendo la medicación una práctica que tienen las ciencias *psi* para silenciar; mediante encierros y terapéuticamente. b) El silenciamiento que carga la historia de la psicología, una disciplina positivista y androcéntrica. Y por último 3) la *Psicopatologización* como forma de violencia, ya que se instaura como discurso hegemónico para determinar lo que es patológico. Estos tres tipos de violencia que propone la autora son primordiales en la construcción de la presente investigación, sin embargo, se profundizará y se dará un mayor énfasis al silenciamiento y la psicopatologización. Estos dos tipos de violencias demuestran cómo las mujeres han sido silenciadas en relación a sus experiencias de violencia machista y cómo la psicopatologización deforma sus significados, normalizando la violencia machista. Así, el camino lógico de esta investigación es la

problematización de los efectos del diagnóstico en las mujeres que vivieron violencia machista.

La psicología como institución encamina el malestar social que viven gran parte de las mujeres a vías de la psicologización, así, es individualizado y despojado de sus implicancias colectivas y sociales. Es decir, este malestar social, se vuelve individual, generando una desconexión con la realidad colectiva y por ende, una despolitización hacia las propias experiencias de violencia machista. Los efectos de esta última provocan una serie de malestares en la población femenina; son estos los que toma la Psicología y la Psiquiatría denominándolos como diagnóstico depresivo. *Ergo*, el malestar social producto del machismo genera que las mujeres sean más psicopatologizadas y silenciadas por medio del diagnóstico depresivo.

Mata y Ortiz (2007), nos hablan de que el malestar pierde su significado a causa de un diagnóstico y tratamiento. Cuestionando a las ciencias *psi* debido a que esta individualiza situaciones sociales injustas, influenciando en que se debiliten las redes tradicionales de contención. Añadiendo que el nuevo orden económico apunta a una cultura donde lo individual estaría por sobre lo colectivo.

La propuesta de esta investigación es que el diagnóstico depresivo funcionaría como un dispositivo que *despolitiza la violencia machista* a través de tres tipos de violencias que ejerce la psicología, las cuales son: la *psicopatologización*, el *silenciamiento* y la *estigmatización*. Lo anterior generaría otro tipo de violencia que

se sumaría a la ya experimentada por las mujeres. Es por ende, que es importante visibilizar las violencias que ejercería la psicología para no seguir reproduciéndolas. Estas serán visibilizadas a través de los discursos de las propias mujeres que han sufrido violencia machista y que fueron diagnosticadas con depresión. Es por medio de sus relatos y experiencias subjetivas que es posible dilucidar elementos ideológicos y de poder instaurados en sus significaciones, las que se han construido producto de saberes que se instauran como una verdad; influenciando la forma en que se ve, se entiende, se percibe y se reacciona frente al entorno (Cañon, Pelaéz & Noreña 2005). Esta investigación espera ser una invitación a repensar la manera en que se hace psicología, ya que si es pensada esta última como una disciplina que vela por disminuir el sufrimiento psíquico, pero al mismo tiempo es parte de un aparato que despolitiza la violencia machista y, por ende, la reproduce.

Método

Los resultados aquí expuestos forman parte de un estudio *cualitativo*, que se caracteriza por *conocer, analizar o examinar* la forma en que las personas perciben y experimentan los fenómenos desde su propia realidad. Los significados ayudarán a entender cómo se comprende el entorno, cómo permea las subjetividades y las formas de relacionarse. (Hernández, Fernández & Baptista, 2007).

La muestra fue de carácter no probabilística debido a que no busca una representatividad de elementos en una población, su objetivo está en una cuidadosa y específica selección de sujetos y sujetas que posean ciertas características ya determinadas en el problema de investigación (Hernández, Fernández & Baptista, 2007). La muestra está compuesta por 5 mujeres de 25 a 64 años que vivieron experiencias de violencia machista psicológica por parte de sus ex parejas y que fueron diagnosticadas con depresión por un psiquiatra y corroboradas por una psicóloga/psicólogo. El tamaño de la muestra está en relación al abordaje en profundidad de un fenómeno estudiado en sus implicancias subjetivas de las mujeres entrevistadas, más que una intención estadística en cuanto a cantidad de presencia del fenómeno en una población dada.

Se realizaron 5 entrevistas en profundidad de una hora de duración, debido a que las problemáticas como la violencia machista y la depresión, son temas íntimos y delicados que requieren de un trato personalizado entre dos personas. Esta técnica busca recopilar información sobre las creencias o conocimientos de una persona. Se distingue por mantener una conversación personal y prolongada. La persona entrevistada expresa libremente sus opiniones sobre el tema que se investiga (Varguillas & Ribot de Flores, 2007). Las entrevistas fueron realizadas en un marco de respeto, empatía y escucha. Los lugares donde se realizaron las entrevistas fue un Centro de atención Psicológica, ubicado en Providencia y un salón que fue proporcionado por la Universidad Academia de Humanismo Cristiano.

El muestreo fue intencionado, discriminatorio y estratégico, de tipo no probabilístico. En sentido que se busca dar cuenta de un fenómeno en específico en un tipo de población particular (Hernández, Fernández & Baptista, 2007). Por ello, las participantes fueron rigurosamente seleccionadas a través de distintas redes en relación con el fenómeno estudiado de la investigadora, entre ellas, dispositivos de salud mental de atención de psicólogos/psicólogas y como también una organización autogestionada en apoyo a mujeres. A través de las redes mencionadas, se contactó a las mujeres que cumplían con las variables determinadas vía correo electrónico y redes sociales. Algunos de los criterios exclusión de la muestra fueron, mujeres que no cumplieran con el rango etario seleccionado; autodiagnóstico o diagnóstico entregado por otro/otra profesional, como médico general; mujeres que no hayan sido diagnosticadas con depresión; violencia machista física y sexual; violencia machista ejercida por otra persona que no sea su pareja o ex pareja.

Los datos fueron analizados a través del análisis de contenido, técnica que permite la interpretación de textos, como la transcripción de entrevista que fue utilizada en esta investigación. El análisis de contenido es un conjunto de técnicas que tienden a explicar y sistematizar el contenido de los mensajes comunicativos de textos, sonido e imágenes, con el objetivo de efectuar deducciones lógicas justificadas por medio de la fuente, es decir, el emisor y su contexto (Andréu, 2011).

Para el análisis de datos se construyeron categorías utilizando dos tipos de violencias que propone Teresa Cabruja (2007), que son: el *silenciamiento*, la

psicopatologización y un tercero que es añadido, la *estigmatización*. Esta investigación dará a conocer a través de los discursos de las propias mujeres que han sido víctimas de violencia machista y que además han sido diagnosticadas con depresión, tres tipos de violencia que ejerce la psicología y que traerían como efecto una despolitización de la violencia machista.

Resultados:

Para comprender de una manera más idónea cómo la violencia machista es *despolitizada* por el diagnóstico, es que los resultados del análisis de las entrevistas estarán presentados en tres categorías que nos muestran tres diferentes tipos de violencia que ejerce la psicología a través del diagnóstico depresivo. 1) Silenciamiento por parte las ciencias *psi*; 2) Psicopatologización y deformación de los significados; 3) Estigmatización a causa del diagnóstico depresivo.

1) *Silenciamiento por parte las ciencias psi:*

Un tipo de silenciamiento que ejerce la psicología, es brindar en la terapia una *“solución individual a un malestar social”* (Cabruja, 2007). Al respecto una de las entrevistadas relata:

“Yo fui al psicólogo porque yo buscaba ayuda en verdad, comprensión, pero nunca estuvo dentro de mis planes tomar

pastillas y fue lo primero que hicieron. Sentí como que no lo tomó en cuenta, siento que lo dejó como en segundo plano. (...) Yo le decía, sabí qué me siento mal, como que necesito ayuda ahora, necesito orientación no sé, algo.” (Emma, entrevista individual)⁶

Un tipo de silenciamiento que se ha dilucidado en el fragmento es la medicación, interpretándose como una forma de silenciar la violencia machista. El tratamiento del fragmento que se expuso iba enfocado en dar una solución individual a un problema social, como la *violencia machista*. No hay una comprensión de los síntomas, que se podrían interpretar como un tipo de comunicación indirecta en relación a las desigualdades y opresiones que viven estas mujeres. Al mismo tiempo estos diagnósticos e intervenciones refuerzan y validan condiciones sociales injustas. Al omitir el contexto relacional de violencia se estaría invisibilizando un problema que tiene un origen social y que es reproducido a diario, por ende, se brinda una solución individual a un problema social (Mata & Ortiz, 2007).

En este sentido es importante destacar lo que Teresa Cabruja (2007) menciona acerca de que psicólogos y psicólogas ejercen sin recurrir o considerar una teoría de género, ignorando aportaciones feministas, más aún cuando se trabaja con violencia, por ende, no es de extrañar que la solución para disolver el *síntoma* sea la medicación como tranquilizador o una excesiva psicopatologización.

⁶ Los nombres de las entrevistadas han sido modificados con nombres ficticios para resguardar su confidencialidad.

Los diferentes tipos de violencia machista psicológica que recibieron las mujeres entrevistadas, no fueron denunciados en ninguna institución que trabaje en torno a estos temas, como por ejemplo, el Servicio Nacional de la Mujer SERNAM. Estas vivencias fueron manifestadas en psicoterapia y denunciadas a través de la relación terapeuta paciente en el box, quedando la vivencia silenciada dentro del espacio terapéutico y ocultada bajo el secreto profesional. El no problematizar ni cuestionar el problema social y relacional conlleva a que la violencia machista sea silenciada y se realice una mutación de ella en torno a otros temas como: la autoestima, confianza, esperanza, etc. El malestar social que viven estas mujeres en vez de ser politizado y denunciado es silenciado e individualizado por el diagnóstico depresivo resguardándose dentro del box.

Esta investigación no pretende negar el impacto psicológico que pueda causar la violencia machista en las mujeres, pero sí problematizar el efecto del diagnóstico y la normalización de la violencia machista que la etiqueta puede generar. Encasillar como depresivas a las mujeres que han vivido violencia machista, implicaría una posible re-victimización, dejándolas en una posición de vulnerabilidad, de no sanas, validando normas sociales injustas para las mujeres y reafirmando los estereotipos asociados a lo femenino, como mujeres débiles, pasivas, sensibles. Dificultando las posibilidades de salir del lugar que se ha construido para ellas, reafirmando el significado social que trae consigo ser mujer. Lo anterior genera un doble efecto de dolor y sufrimiento porque no sólo cargan con la vivencia de violencia machista, también cargarían con la etiqueta, la que tiene un impacto psíquico y social.

Una de las entrevistadas relata acerca de cómo el diagnóstico depresivo encubrió la violencia machista que vivía, manifestando:

“Todas depresión severa, no era violencia, era depresión severa. Estuvieron a punto de internarme como dos veces en clínicas psiquiátricas por lo mal que estaba, pero todo era depresión severa, acá nunca se habló de la violencia machista que hay de por medio”. (Simone, entrevista individual)

Es posible evidenciar en esta cita, el silenciamiento a través del diagnóstico depresivo, la entrevistada refiere que para los/las demás todo su malestar y sufrimiento eran producto de una depresión severa. La violencia machista que la entrevistada estaba viviendo fue ocultada, no hubo una comprensión de que el origen de su sufrimiento era producto del maltrato. Conchi San Martín (2007), realiza una crítica sobre lo expuesto, diciendo que la voz de la mujer se silencia para ser reinterpretada por el experto. La posible psicopatología aparecería como una consecuencia por padecer violencia. Concluyendo que es más fácil diagnosticar el malestar y medicarlo que visibilizar su relación con el maltrato.

2) Psicopatologización y deformación de los significados:

Los discursos hegemónicos como la psicología, se otorgan el poder de nombrar qué sería patológico y qué no, de esta manera ocurre una deformación en los significados, afectando la forma en que se entiende el mundo e influyendo

en los comportamientos. Es en este sentido que algunas de las entrevistadas vivenciaron culpabilización a raíz del diagnóstico y de las dinámicas de violencia machista. Esto reveló cómo la psicopatologización de la violencia machista influencia en una individualización de los efectos, donde la persona queda atribuida como causante de su propio malestar. Una de las entrevistadas manifiesta:

“Nosotras al estar diagnosticadas con depresión nos culpamos, creemos que todo es nuestra culpa y que como te decía ellos (hombres violentos) son casi nuestros salvadores”. (Frida, entrevista individual)

La entrevistada asocia el diagnóstico de depresión con la culpa, atribuyendo que las dinámicas de violencia machista son producidas por ella. La entrevistada se culparía por provocar las reacciones violentas en su pareja, percibiendo al agresor como salvador, viéndolo como una red apoyo para enfrentar la patología que le han diagnosticado. Esta distorsión en la imagen del agresor a causa del diagnóstico, influye en que no se perciba la violencia machista. La culpabilización deforma los significados acerca de la violencia machista que se está viviendo, ya que convierte al agresor en salvador y normaliza la violencia machista ejercida por su pareja. Se genera un estado de dependencia afectiva con el agresor, originado por el efecto del diagnóstico.

El diagnóstico o la etiqueta tiene una carga social, es como una marca que lleva el/la sujeta/sujeto, más un conjunto de significados que están asociados al diagnóstico de depresión, como se vio: culpabilización, vulnerabilidad y dependencia afectiva. Conchi San Martín (2007), menciona que los discursos psicológicos mantienen a las mujeres en una posición de víctima, cuestionando que una víctima es alguien que recibe consuelo o compasión, siendo que en las mujeres ha habido resistencia y supervivencia. Finaliza diciendo que se debe escuchar y reaccionar, más que diagnosticar y silenciar.

También fue posible observar en algunas de las entrevistadas que el diagnóstico depresivo normalizaba las relaciones desiguales de poder con el agresor, la siguiente entrevistada lo relata así:

“Bueno cuando lo conocí varias años antes del diagnóstico y todo eso, yo lo noté al revés era como que yo estaba acogiendo a este pobre hombre que nadie lo entiende, no sé y después ya diagnosticada con depresión me empecé como a envolver en esto donde yo empecé a perder poder en la relación y yo era como si quería me veía si no, no y yo no era capaz de imponerme, de decir ‘oye hagamos esto’. (Olympe, entrevista individual)

El diagnóstico depresivo implicó que su pareja sintiera *compasión* por ella, percibiéndola como alguien que necesita de su ayuda, cambiando

automáticamente a una jerarquía asimétrica. Serían los propios agresores quienes tienen el poder de ayudarlas, ya que ellas no podrían –según sus parejas- por sí mismas. Sin embargo, son los agresores quienes provocan su malestar, generando una relación de víctima-victimario, soberano-sublime, sano-enfermo. El diagnóstico es usado para mantener una relación desigual de poder y que las mujeres sigan siendo sometidas, vulneradas y controladas. El diagnóstico las relega a una posición de inferioridad en su relación de pareja, normalizando las desigualdades sociales de estas relaciones de poder.

3) *Estigmatización a causa del diagnóstico depresivo:*

La estigmatización, según la refiere Rafael González (2012), sería siempre el resultado de un proceso psicosocial activo intencional, que tiene un propósito estigmatizador, en la cual la injuria se acompaña de un estereotipo negativo. La generalización de los estereotipos explicarían la conducta sólo por sus factores internos, no tomando en cuenta factores externos (situacionales o ambientales), los que también influyen en el comportamiento. El mismo autor explica que las naturalizaciones psicológicas intentaban explicar biológicamente las capacidades de las personas, como ocurrió con negros y amerindios, donde se explicaba a través de lo biológico su supuesta incapacidad intelectual y pereza para trabajar, respecto de los blancos. También se intentó demostrar por medio de rasgos físicos, psicológicos y comportamentales a presuntos criminales. Lo que provocó discriminación a personas con algunos de los rasgos categorizados. Por último añade, que las psicologizaciones rara vez sirven para comprender y explicar

fenómenos colectivos. Definiendo las causas de distintas enfermedades con atributos psicosomáticos, implicando que las personas cercanas a quien está estigmatizado tranquilicen sus conciencias, debido a que el problema recaería en la persona diagnosticada y no en quien que pudo haber incidido en dicho diagnóstico. Esto mismo sucede -como ya se mencionó- con las mujeres que han vivido violencia machista y que han sido diagnosticadas con depresión, el problema no es el agresor, no es la familia quien no brindó apoyo, no es la sociedad que valida un sistema patriarcal y machista, el problema recae en la persona y su depresión.

El efecto del diagnóstico depresivo a nivel social tuvo una implicancia negativa en algunas de las entrevistadas. Generando rechazo por parte de su familia, la siguiente entrevista lo relata así:

“Es que también se me abandonaba po, porque por el hecho de estar en depresión para ellos, que yo estuviera en depresión para mi familia implicaba abandono, ‘ah esta weona está loca’ ‘ah, que paja, que latera esta cabra chica’, ‘que paja, no, va pasar, anda al psicólogo y se te va a pasar’ pero nadie se fijaba que estaba con un weón de mierda, que me expuso, que me maltrató” (Judith, entrevista individual)

El diagnóstico de depresión estigmatizó a algunas de las entrevistadas, como se vio en el fragmento anterior. El diagnóstico es asociado como una carga para

su familia, lo que implicó abandono; relacionando el diagnóstico depresivo con la locura. La etiqueta la aisló de su familia, ya que éstos/éstas ven de una manera despectiva la depresión. Lo anterior se explicaría a través del efecto que tiene la norma, ya que se instala como única verdad excluyendo lo que se aleja de la norma en relación al modelo ideal que impone la sociedad. Las desviaciones de la norma son calificadas como “anormales”.

El diagnóstico generó rechazo a nivel social y por ende un mayor sentimiento de soledad y discriminación. Goffman (1963), refiere que la sociedad establece los medios para categorizar a las personas. Serán categorizados aquellos atributos que no cumplan con los criterios de *normalidad*, es decir, aquello que irrumpa con nuestros estereotipos de cómo debe ser una persona *normal*. Por consecuencia, son las personas quienes actuarían como reguladores sociales, de tal manera que se estigmatiza a quien sea distintita/distinto a los/las demás. Es decir, quien se aleje de la norma social. La diferencia funcionaría como un reafirmador de la normalidad y la normalidad rechazaría la diferencia o lo *anormal*. El estigma, según el mismo autor, será utilizado para nombrar un atributo desacreditador y no aceptado socialmente.

La siguiente entrevistada también expresa:

“Entonces finalmente con esto de ya sí, yo tengo depresión, hay algo en mí que no funciona bien. Como que le he dado permiso a los hombres principalmente de que me traten de una manera despectiva (...)” (Olympe).

Al difundirse socialmente conceptos clínicos, como los diagnósticos, las expone a posibles vulneraciones, como abandono, prejuicios, opiniones, discriminaciones, etc. En esta categoría se muestra como las últimas dos entrevistadas fueron estigmatizadas a causa del diagnóstico, por un lado la familia de Judith asoció al diagnóstico con la locura, con que ella era *complicada* (latera), características negativas y despectivas. La otra entrevistada, Olympe también fue estigmatizada, el diagnóstico ha provocado que los hombres tengan un trato negativo hacia ella. Al mismo tiempo ella considera que algo no funciona bien consigo, es decir, que la causa de su malestar es ella misma, sería ella quien ha causado su enfermedad y no los contextos de violencia machista en los que se ha visto envuelta. El diagnóstico autorizaría a algunos hombres para que devalúen con libertad. Esto implica que se normalicen y naturalicen situaciones sociales injustas entre hombres y mujeres. También le otorga poder a la familia y/o cercanos/cercanas para que puedan opinar negativamente acerca de la persona que ha sido diagnosticada. Se invisibiliza la violencia machista que han vivido, silenciando el problema real.

El diagnóstico, entonces, no sería una ayuda a las mujeres que vivieron violencia machista, en realidad ayuda a que esta no se visibilice, despolitizando la violencia machista en vista de un silenciamiento que estigmatiza a las mujeres que la han vivido y psicopatologiza los efectos de la violencia machista individualizando el malestar. No hay una politización de la desigualdad social que viven las mujeres y que es de carácter político ya que involucra a toda la sociedad

como conjunto, siendo afectada a nivel de un impacto en todas las personas, tanto hombres como mujeres.

Discusiones:

Cuando se trabaja con el sufrimiento, el/la psicólogo/psicóloga asume un compromiso ético y social, por ende, es relevante que se problematicen los efectos que podrían tener los diagnósticos en las personas. Actualmente no existe una gran gama de estudios que investigue acerca de las violencias hacia las mujeres que podrían existir dentro de las ciencias *psi*, sobre todo cuando nos referimos a mujeres, género y violencia machista, quizás porque se piensa que al velar por el bienestar de los/las sujetas/sujetos sería algo contradictorio causar malestar y más sufrimiento. Cabe considerar que existe un vacío de conocimiento en esta área, por lo tanto es de importancia mayor que se investigue acerca de los diferentes tipos de violencias que pueden existir en la psicología, considerando una perspectiva de género, ya que esta nos sitúa dentro de un contexto político y social.

Se ha visto a través de algunas/algunos autores/autoras, y también desde la experiencia subjetiva de algunas mujeres, que la violencia machista es despolitizada a través del diagnóstico depresivo porque se silencia a través de soluciones individuales, normalizando relaciones desiguales de poder, debido a que se sigue viendo a las mujeres como propensas a enfermarse a causa de los estereotipos asociados a la feminidad. ¿Cómo es que se construyen en los

discursos de las mujeres entrevistadas los tres tipos de violencia que se han revisado y que han dado como resultado una despolitización de la violencia machista? Para responder esta pregunta es necesario explorar los significados asociados al diagnóstico depresivo, a la violencia machista y cómo se relacionan estos dos grupos de significados. Ya que son estos los que influyen en la forma en que las personas perciben y se relacionan en la sociedad.

1) Significados asociados al diagnóstico depresivo:

En relación a los significados asociados al diagnóstico depresivo surge: culpabilización, se individualizan los efectos del malestar influyendo en que ellas mismas piensen que el malestar es originado por sí mismas. El diagnóstico depresivo es percibido como algo individual y no relacional. Lo anterior produce un silenciamiento de la violencia machista, al no politizarla esta se sigue reproduciendo y validando en la sociedad. El diagnóstico depresivo también se asoció a devaluaciones, prejuicios, denigraciones por parte de cercanos/cercanas de las mujeres. Propiciando la normalización de la violencia machista.

2) Significados asociados a la violencia machista:

La violencia machista es asociada con la normalización, no siendo percibida ipso facto como un problema social. Cabe mencionar, que la sociedad actual sigue regida por un sistema patriarcal, que normaliza la violencia machista. Algunos de los testimonios de las mujeres entrevistadas no fueron considerados

como hechos graves por profesionales de la salud mental y por cercanos/cernas a las afectadas. También las mujeres vivenciaron: pérdida de poder en sus relaciones de pareja, sintiendo que ya que no tenían voz para decidir en la relación, fueron relegadas a una posición de inferioridad; la culpabilización deformó la percepción de la violencia machista, no visibilizándola, deformando la imagen de los agresores, viéndolos como hombres salvadores. Lo anterior conlleva a que se invisibilice y normalice la violencia machista hacia las mujeres, funcionando el diagnóstico depresivo como un dispositivo que perpetúa la violencia machista. Evidenciando la urgencia de la politización de la violencia machista.

3) Relación de los significados asociados a la violencia machista y al diagnóstico depresivo en las mujeres entrevistadas:

Ambas variables normalizaron la violencia machista que vivían. Lo que implica salir de lo político y entrar en lo psicológico, no permitiendo cuestionar las vivencias de injusticia y opresión. De esta manera el machismo no es percibido como un problema social porque el diagnóstico ha funcionado como un dispositivo que despolitiza la violencia machista, debido a que se confiere como patológico un problema que tiene su origen en lo relacional y social.

¿La psicología encubre la violencia machista? ¿Por qué entregar la etiqueta a una persona que recientemente ha sufrido? Vivir un contexto de violencia machista y ser diagnosticada con depresión, implica más sufrimiento,

culpabilización y refuerza los vínculos que violentan. ¿Por qué se sigue normalizando la violencia machista? ¿Por qué se sigue significando a las mujeres como débiles, vulnerables, dependientes?

Lo expuesto en esta investigación invita a repensar los efectos que carga el diagnóstico de depresión en mujeres que han vivido violencia machista y cómo se relaciona con un discurso hegemónico patriarcal.

Agradecimientos:

Al profesor Dr. Miguel Roselló P. por su ayuda constante y trayectoria, quien ha dedicado gran parte de su trabajo a la investigación de género y ha sido un aporte fundamental en esta investigación.

A las mujeres que participaron de las entrevistas, por su valentía y coraje. No es fácil tocar temas relacionados a la violencia machista, no es fácil hablar y contar tu historia. Es a través de sus experiencias y al trabajo de diversos autores/autoras que fue posible construir conocimiento y gestar la ambición de construir una sociedad más justa y equitativa.

Referencias:

1. Amor, P., Echeburúa, E., Gargallo, P., Sarasua, B. & Zubizarreta, I. (2001). Maltrato físico y maltrato psicológico en mujeres víctimas de violencia en el hogar: un estudio comparativo. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 6(3), 167-178
2. Ajuntament de Barcelona. Violencia machista en el ámbito de la pareja. (Sin fecha). Recuperado de: https://ajuntament.barcelona.cat/dones/sites/default/files/documentacio/cuadernos_de_los_derechos_de_las_mujeres._violencia_machista_en_el_ambito_de_la_pareja.pdf.
3. Agamben, G. (2011). ¿Qué es un dispositivo? *Revista Sociológica*, 26(73), 249-264.
4. Andréu, J. (2011) Las técnicas de análisis de contenido: Una revisión actualizada. *Fundación centro de estudios Andaluces*, Universidad de Granada, 10(2), 1-34.
5. Burín, M & Velásquez, S. (1990). El malestar de las mujeres. *La tranquilidad recetada*. Buenos Aires: Paidós.
6. Butler, J. (2009). Performatividad, precariedad y políticas sexuales. *Revista de Antropología Iberoamericana*, 4(3), 321- 336.
7. Bleichmar, D. (1991). La depresión en la mujer. *Asociación Española de la Neuropsiquiatría*, 11(39), 283-287.
8. Bravo, L., Torruco, U., Martínez, M., & Varela, M. (2013). La entrevista, recurso flexible y dinámico. *Investigación de Educación. Médica*. 2(7), 162-167.

9. Cabruja, T. (1996). Posmodernidad y subjetividad: construcciones discursivas y relaciones de poder. En Ángel Gordo y José Luis Linaza (Comps.), *Psicologías, discursos y poder (PDP)* (pp. 373-389). Madrid: Ed. Visor.
10. Cabruja, T. (2007). Lokas Lokuras Okupadas. Violencias de la psicología a las mujeres: psicologización, psicopatologización y silenciamiento. En Barbara Biglia y Conchi San Martin (Coords.), *Estado de Wonderbra* (pp. 155-170.) Barcelona: Virus.
11. Canguilhem, G. (2005). Lo normal y lo Patológico. México: Siglo XXI. (pp. 91-111).
12. Cañón, O., Peláez, M & Noreña, N. (2005). Reflexiones sobre el socioconstruccionismo en Psicología. *Diveristas*, 1(2), 238-245.
13. Dukheim, E. (1895). Las reglas de método sociológico. México: Fondo de cultura económica de México.
14. Fundación Mujeres, (2007). Fórmulas para la igualdad (nº5). Recuperado de: <http://www.fundacionmujeres.es/maletincoeducacion/pdf/CUAD5horiz.pdf>
15. Goffman, E. (2006). Estigma. La identidad deteriorada. Buenos Aires: Amorrortu.
16. González, R. (2012). Más allá de la psicologización: estigmatizaciones naturalizadoras individuales y colectivas. *Teoría y crítica de la psicología*, (2), 49-62.
17. Herrera, P. (2000). Rol de género y funcionamiento familiar. *Revista cubana de Medicina General Integral*. 16(6), 568-73.

18. Hernández, H.; Fernández, P. & Baptista, L. (2007). *Fundamentos de metodología de la investigación*. México: McGraw-Hill.
19. Hernández, R., Crobaldán, F & Limiñana, R. (2007). Depresión en mujeres maltratadas: Relaciones con estilos de personalidad, variables contextuales y se la situación de violencia. *Anales de psicología*, 23(1), 118-124.
20. Lerner, G. (1990). El origen del patriarcado. En G. Lerner, *La creación del patriarcado* (pp. 58-65). Barcelona: Crítica.
21. León, T., Grez, M., Prato, J., Torres, R & Ruiz, S. (2014). Violencia intrafamiliar en Chile y su impacto en la salud: una revisión sistemática. *Revista Médica de Chile*, 142(8), 1014-1022.
22. Mata-Ruíz, I. y Ortiz-Lobo, A. (2007). La colonización psiquiátrica de la vida. En Archipiélago: cuadernos de crítica de la cultura, 76, 39-50.
23. Mercedes, M. (2010). Las mujeres y la depresión: Una reflexión crítica. *Cuestiones de género: de la igualdad y la diferencia*, 5, 305-349.
24. Ministerio de Salud. (2013). Guía clínica AUGE: Depresión en personas de 15 años y más. (2ª edición y publicación 2013). Santiago, Chile: MINSAL.
25. Ruiz, M & Jiménez, I. (2003). Género, Mujeres, y psiquiatría: Una aproximación crítica. Málaga. *FRENIA*, Vol. III-1-2, 8-29.
26. San Martín, C. (2007). Discursos psicológicos difíciles de digerir o entorno a la psicopatologización generizada de los malestares. En Barbara Biglia y Conchi San Martin (Coords.), *Estado de Wonderbra* (pp.173-185.) Barcelona: Virus.
27. Solá, M. (2011). Ampliando nuestra mirada sobre la violencia de género. Herramientas para la transformación desde la perspectiva feminista-queer de

la diversidad sexual. *Ajuts a la Recerca Francesca Bonnemaison en Igualtat d'Oportunitats i Gènere*, 3-67.

28. Varguillas, C & Ribot de Flores, S. (2007). Implicaciones conceptuales y metodológicas en la aplicación de la entrevista en profundidad. *Laurus*, 13(23), 249-262.

29. Vásquez, A. (2007). Relación entre violencia y depresión en mujeres. *Revista neuro-Psiquiatría*, 70(1-4), 88-95.