

La locura desde una perspectiva feminista

Madness from a feminist perspective

Paula Paredes Sierra*

Carola Alarcón Ferrari**

Resumen

Este artículo aborda una experiencia de intervención contextualizada al interior de la institución Comunidad Terapéutica de Peñalolén, lugar que alberga a personas con psicosis. Pretende abordar una reflexión en torno al trabajo clínico y terapéutico con mujeres en situación de problemas graves en salud mental. Por otra parte, tiene la intención de poner en tensión asuntos políticos y sociales desde un pensamiento y una praxis feminista.

Palabras clave: Feminismo, salud mental, mujeres, sufrimiento mental, psicosis.

Abstract

This article addresses a contextualized intervention experience within the Peñalolén Therapeutic Community institution, a place that gives shelter to people with psychosis. It aims to address a reflection on clinical and therapeutic work with women in situations of serious mental health problems. On the other hand, it intends to put political and social issues under tension from a feminist thought and practice.

Keywords: Feminism, mental health, women, mental suffering, psychosis.

* Terapeuta Ocupacional, Universidad Andrés Bello. Magíster en Terapia Ocupacional con mención Intervención Psicosocial, Universidad Andrés Bello. pauladaniela.ps@gmail.com

** Licenciada en Filosofía, Universidad de Chile. Psicóloga, Universidad de Chile. Magister en Clínica adultos, Universidad de Chile. c.alarcon.ferrari@gmail.com

Hablar de locura en su incidencia política

Lo que en una extensa tradición terminológica y práctica biomédica, psiquiátrica y psicológica, ha sido llamado esquizofrenia, enfermedad mental, trastorno mental, entre otros, lo llamaremos locura. Con esta palabra queremos dar cuenta del sufrimiento psíquico, más allá de estas definiciones imperantes que en algún sentido estigmatizan el dolor, de personas que vivencian cotidianamente graves dificultades de salud mental.

La locura nos permite una forma diferente de abordar estas dificultades, porque implica constatar un asunto social y político. Hablar de locura nos lleva a visibilizar aquellos aspectos de la vida en comunidad, en que ciertas personas desaparecen, se vuelven invisibles. Muchos de esos aspectos justamente tienen que ver con derechos a los que comúnmente acceden la mayoría de los sujetos pero, que en la evidencia de nuestro trabajo, se encuentran apartados y distantes de la experiencia de aquellas personas.

La locura además de visibilizar el sufrimiento psíquico, el malestar, nos muestra lo traumático de una historia singular y particular. Y es en este sentido, que nos interesa la temporalidad histórica, es decir, aquellas catástrofes socio-históricas que han marcado significativamente la vida de estas personas. Nos interesa acompañar su biografía, en tanto función terapéutica.

Gaudillière (2003/2) plantea que gran parte del trabajo con personas con psicosis implica reiniciar la ruta del tiempo, con la producción de significantes nuevos, que puedan ser ubicados justamente ahí donde fueron destruidos. La locura trata, como un campo de investigación, del reencuentro de una cierta racionalidad.

Los relatos empiezan a representar verdaderos hallazgos respecto a un pequeño pedazo de historia que escapó a la Historia y que, actualizado en la transferencia, a veces permite que el tiempo vuelva a ponerse en marcha (Davoine y Gaudillière, 2011). En este sentido, el registro de esta historización sería testimonio, transmisión, escritura, justamente cuando el lazo social tropieza en su función de simbolización (Aceituno, 2013).

Para Davoine y Gaudillière (2011) la historización sería una cierta forma de realizar la biografía del paciente en conjunto con él, y tendría relación con llevar a cabo búsquedas clínicas e históricas de su vida. Desde esta perspectiva, el manejo de la transferencia, que aquí es muy diferente de su uso clásico en psicoanálisis, tendería a inscribir pedazos de

historia cercenados, y no reprimidos, en el cruce de lo más singular con lo más general, es decir, en el cruce de la pequeña historia con la Historia.

Para Aceituno (2013) lo que Davoine y Gaudillière definen como locura tendría más relación con un modo de hacer la historia, es decir, de volverla pensable. Esto implicaría que tanto su inscripción como su transmisión se hace difícil de simbolizar y pensar, cuando se ponen en marcha herramientas neuróticas. La locura, por tanto, se muestra como una búsqueda y actúa como un testimonio justo ahí donde la elaboración secundaria queda en entredicho. En el trabajo con la locura, no es la represión de la historia lo que define la dinámica de su inscripción en el tiempo. Se trata de una desgarradura que afecta al aparato psíquico y a la posibilidad de simbolizar. De hacer un trabajo de traducción, metaforización, escritura, incluso de olvido.

El objetivo podría ser intentar historizar lo que no es recibido por ningún discurso, de formas diversas según lugares y épocas. Y en ello, eso que apenas era percibido y reconocido se actualiza en el trabajo transferencial, dando lugar a algo similar a lo que Freud (1991) –en el año 1937- mencionó respecto a develar las lagunas del recuerdo en la orientación del trabajo analítico sobre el inconsciente y las resistencias, que en el caso de la psicosis, podríamos considerar como delinear, contornear, y/o contener esas lagunas en tanto inscribir las historias biográficas de los pacientes.

Ahora bien, en nuestras prácticas clínicas y terapéuticas, el encuentro con aquellas biografías no es para nada fácil. Se trata del encuentro con una biografía vulnerada, violentada, que ha sufrido de diversos abusos y que en la actualidad se mantienen expuestas a seguir sufriendolos.

En nuestra experiencia de trabajo en salud mental y con mujeres, nos encontramos con la patologización de su malestar, el que es clasificado en categorías de inadecuación o inadaptación a la norma. Mujeres a las que la distonía de dichas normas, sus sufrimientos no son tomados en cuenta más que como una queja superflua y/o sintomática (Errázuriz, 2006).

La estructura donde se desarrolla el trabajo

En el año 1975, se fundó la institución Comunidad Terapéutica de Peñalolén como Policlínico Parroquial con apoyo de la Parroquia San Roque y la Vicaría de la Solidaridad. Con posterioridad, entre los años 1989 y 1990, recibió colaboración técnica y financiera de la Cooperación Italiana en Chile. En ese momento reorientó su incidencia como Atención Primaria en Salud (APS), lo que consolidó su atención en salud mental y como Programa de Rehabilitación Diurno Ambulatorio. Mediante un diagnóstico comunitario, la institución visibilizó la necesidad de personas con problemas graves de salud mental que no cuentan con atención especializada (Díaz, Erazo y Sandoval, 2008).

Gran parte de los objetivos del Programa se centraron en: “Promover la salud mental desde una perspectiva integradora mediante la asistencia, la prevención, la educación y la participación comunitaria” (Huneus, 2005, p.179). A su vez, el Programa se basó en principios del modelo europeo de comunidad terapéutica, como responsabilidad compartida, horizontalidad en las relaciones, democracia en la toma de decisiones, y respeto (Alarcón y Silva, 2016).

Las intervenciones realizadas dan cuenta de una cierta comprensión del sujeto, a saber, considerando su contexto histórico y social determinado, lo que posibilita acciones colectivas y políticas para su inclusión. El trabajo es con las personas en contexto, enfatizando en las relaciones sociales y situación donde es producido. Se plantea “Promover la inclusión al ámbito social, trabajando con las comunidades, familias y fortaleciendo el estatuto como sujetos de derecho, ciudadanos y ciudadanas, como resultado de un tratamiento e intervenciones sociales” (Alarcón y Silva, 2016).

Actualmente, son parte de la Comunidad personas adultas, hombres y mujeres con sufrimiento mental. Las mujeres que han llegado a la comunidad, históricamente han sido “diagnosticadas psiquiátricamente” con categorías y etiquetas tales como esquizofrenia, trastorno de personalidad, retardo mental, depresión psicótica, y en el constructo social, categorizadas como histéricas y locas de manera despectiva. A lo anterior, se suman experiencias colectivas de alta vulnerabilidad psicosocial, es decir, bajo nivel socioeconómico, escasa oportunidad de acceso a derechos como salud, educación, trabajo, protección social, vivienda y participación comunitaria. Algunas de ellas con trayectorias

marcadas tanto por la sistemática institucionalización en diversas entidades médicas psiquiátricas, como por procesos de institucionalización que se inician durante la infancia en recintos estatales de cuidados de menores o instituciones religiosas de auxilio. Por consiguiente, mujeres que han vivido experiencias de violencia extrema y reiterada, tanto a nivel privado como a nivel público y/o social.

¿De quiénes hablamos cuando hablamos de mujeres? Una de las investigaciones realizadas en la Comunidad Terapéutica de Peñalolén, abordó con dos mujeres consultantes de la institución, qué entendían ellas por SER MUJER. Claro que fue una larga conversación, marcada por un entramado de prejuicios, estereotipos de roles, y la carga del modo de construcción social que han vivido las mujeres históricamente. Teñido de funciones y roles orientados al cuidado de terceros, relegadas al mundo privado/doméstico, y sobreidentificadas con la idea de SER MUJER = SER MADRE.

Una de las mujeres con las que se habló sobre su proceso terapéutico en la institución durante la investigación¹, nos relató la siguiente historia. Ella llegó a consultar a la Comunidad a los 19 años, derivada desde una institución religiosa que entrega apoyo a personas vulnerables psicosocialmente; nos referimos a personas con experiencias de abandono desde la familia nuclear, y con altos niveles de dependencia, es decir, personas que requieren apoyo para la realización de actividades cotidianas. Vino acompañada de otra mujer, a quién identificó como su cuidadora principal, y con la que mantenía una relación conflictiva, pero también constituía su principal red de apoyo afectivo-social. La consultante vivía con otra joven de 16 años, con diagnóstico médico de carácter neurológico, y con otro joven de 18 años aproximadamente, que también cargaba con un diagnóstico médico psiquiátrico de esquizofrenia. Vivía con estas personas desde que tenía 16 años, refiriéndolos como su familia de acogida. Cada dos meses llegaban voluntarios y voluntarias extranjeras que dicha institución religiosa ubicaba en su casa, para conocer y apoyar la experiencia de estas familias de acogida.

Ella además, con el tiempo, nos va relatando que ha sido diagnosticada psiquiátricamente en reiteradas oportunidades, manifestando que nunca ha comprendido muy bien o ha olvidado los nombres de estos diagnósticos, mostrándose enojada con esto. Tras ser enviada a una interconsulta, su equipo médico la describe como una mujer con

¹Consistente en cinco entrevistas en profundidad.

Trastorno de descontrol de impulsos y Retraso mental. Al indagar en las entrevistas, nos relata una historia de reiteradas internaciones e institucionalización, que se inician en la temprana infancia, a la edad de 2 años, con su ingreso junto a su hermana y hermano mayor, a una institución del Servicio Nacional de Menores. Así nos comienza a contar que hay una familia de origen, que hubo una madre y un padre que no pudieron cuidar de ella ni de su hermana y hermano. A los 8 años comienza a ser diagnosticada con Descontrol de impulsos, y se inicia tratamiento farmacológico sin mayor apoyo psicosocial. Durante la adolescencia, a los 14 años, es institucionalizada en una unidad de corta estadía del Hospital Psiquiátrico, y diagnosticada con Esquizofrenia, iniciando tratamiento médico. En este tiempo, pasa de la institución de menores a una institución religiosa que, a partir de un sistema de familias adoptivas transitorias, vive con su hermano mayor, pero separada de su hermana mayor. Vive con una familia adoptiva hasta la edad de 16 años, manteniendo tratamiento médico psiquiátrico focalizado en el esquema farmacológico. Durante este tiempo, ella señala haberse sentido acogida afectivamente, pero con dificultad para relacionarse con otras personas fuera de este grupo familiar. Asimismo, muestra dificultades en el desempeño escolar, la integración de aprendizajes, y la interrelación con sus pares. A los 16 años deserta de la educación formal, aprobando 8° básico. Mientras es cuidada por su familia adoptiva, es acercada al sistema de salud mental y general, siempre acompañada de cuidadores principales, quienes durante atenciones ya sea psiquiátricas como de índole general, no le permiten decidir respecto al tratamiento a seguir. Así, va describiendo una serie de eventos y enfrentamientos durante las atenciones médicas; por ejemplo, en consulta ginecológica no le permiten hablar, y las decisiones son tomadas por la persona que la acompaña, aun cuando ella tiene presente que estaba en condiciones de tomar decisiones.

A eso de los 18 años, se comienza a preguntar por su familia de origen y su historia, por dónde están su madre y padre. Toma consciencia de las dificultades que tiene para relacionarse con otros-desde una posición defensiva y agresiva en ocasiones- y su limitación para mantener amistades. La describen (quiénes viven con ella) como una persona con baja tolerancia a la frustración, e importantes dificultades relacionales con familia de acogida actual.

De la construcción de género al feminismo

Si bien existen una serie de feminismos –al igual que mujeres-, estos dependen de la época y tiempo en que se inician, y las condiciones sociopolíticas del contexto. De allí que identificamos algunos hechos históricos que van marcando la construcción de esta perspectiva, pero siempre desde el anonimato femenino y la subordinación masculina; entre estos, el siglo XVIII y XIX, específicamente el Renacimiento, y la Revolución Francesa. Olimpia de Gouges, en su *Declaración de los Derechos de la Mujer y la Ciudadana* (1791), afirma que los "derechos naturales de la mujer están limitados por la tiranía del hombre, situación que debe ser reformada según las leyes de la naturaleza y la razón" (Gamba, 2008).

Posteriormente, un hecho histórico que distingue a las feministas internacionalmente, corresponde al reclamo por los derechos civiles, específicamente el derecho a voto, solicitud que tuvo como escenario varios países, principalmente Estados Unidos y Gran Bretaña, hacia el 1900.

Respecto a Latinoamérica, Argentina, a través de ciertos personajes y la creación de pequeños movimientos, invita a cuestionar el acceso a derechos civiles, sin embargo su impacto es limitado en comparación con Europa o Estados Unidos, donde al terminar la Segunda Guerra Mundial se consigue el derecho a voto. No obstante, este logro no llega a todas las mujeres de la época, privilegiando a la burguesía femenina, lo que Emma Goldam denomina “reflujo de las luchas feministas”, época en que se registra el inicio de las feministas de clase obrera. Así comienza la década del 70’, el período del llamado “nuevo feminismo”, desde donde surgen cuestionamientos en torno a lo público y lo privado, y el lugar de las mujeres en cada espacio, otorgándole nociones políticas a lo privado y derribando las bases patriarcales de la sociedad. Nacen movimientos feministas a partir de lo político como feminismo liberal, radical, y socialista, siendo estos dos últimos quienes comparten ciertas bases en la lucha contra el sistema capitalista como brazo directo del patriarcado. En resumen, a la época se desarrollan feminismos de la igualdad y la diferencia.

En Chile, hacia fines del siglo XIX, organizaciones de mujeres ligadas al movimiento obrero, en pro de condiciones de protección y reconocimiento, dan origen al

feminismo en nuestro país. En el año 1887 existe el registro de la Sociedad de Obreras de Socorros Mutuos de Valparaíso, también ligada a la lucha de clases y del mundo obrero. Posteriormente ingresan al país pensadoras internacionales, principalmente europeas, lo que potencia la mirada feminista en clases intelectuales y en la academia.

La historia del feminismo oscila entre lo social y lo intelectual, donde la lucha no solo es un reclamo de derechos sino también de transformación social (Moncada & Paredes, 2016). Como plantea Lavrín (2005):

El feminismo significaba adquirir conciencia personal de lo que quería decir ser mujer y percibir las necesidades idiosincráticas de la mujer, pues ambas cosas eran indispensables para determinar cuáles políticas promoverían un cambio en la condición de las mujeres y en las relaciones de los sexos (p.63).

Posteriormente, en 1940, las mujeres se transformaban en un grupo laboral importante para la política pública y la generación de leyes, teniendo las demandas cada vez mayor cabida.

La socióloga Julieta Kirkwood (1987) sostiene que el feminismo "es la rebeldía ante las tremendas diferencias entre lo que se postula para todo el género humano y lo que vivenciamos concretamente las mujeres" (p.90). Años antes en Francia, Simone de Beauvoir define el feminismo como un "modo de vivir individualmente y de luchar colectivamente".

Por otra parte, la categoría de género es una definición de carácter histórico y social acerca de los roles, las identidades, y los valores que son atribuidos a hombres y mujeres e internalizados mediante la socialización. Lo femenino y lo masculino, por tanto, no se refiere al sexo de los individuos, sino a las conductas impuestas a ambos géneros (Gamba y Diz, 2007).

Ann Oakley, hacia el año 1972, permite que el término género se incorpore en las ciencias sociales, transformándose en uno de los sucesos del movimiento feminista. A partir de esto, se comienza a cuestionar la dependencia de las mujeres a los aspectos biológicos construidos por los hombres, quienes entendían a la mujer como inferior o débil, no solo en cuanto físico sino también mental, atribuyendo "enfermedades mentales" exclusivas a las

mujeres. Esto se tradujo, a su vez, en temáticas de derecho, filosofía, pedagogía; de allí la negación implícita a ojos de la sociedad, del acceso a los derechos de las mujeres. La incorporación del término género a las ciencias sociales representa un acuerdo implícito de invisibilizar a la mujer.

Por otra parte, la perspectiva de género propone una neutralidad útil para políticas patriarcales, ya que hablar de mujeres pareciera romper con la objetividad masculina propia de las ciencias en general: “género no conlleva necesariamente la declaración de desigualdad o poder ni tampoco nombra a la parte demandante (y hasta ahora invisible)” (Scott, 1998, p.25). En tanto, si bien el género busca favorecer a las mujeres dentro de esta perspectiva, no son nombradas desmintiendo una problemática latente (Moncada & Paredes, 2016).

Lo anterior nos remonta a la década de los 80', época en que las feministas identifican un espacio público para problematizar los determinantes sexo-género, como una reflexión necesaria para replantear esta perspectiva de distinciones hombre-mujer, y la historia que han construido dichos parámetros sociales. Marcela Lagarde, en su libro *Identidad femenina*, indica respecto al ser mujeres:

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

Históricamente y para muchos autores hombres, la mujer representa la *otredad*; al no comprender lo femenino, lo asumen como un misterio y, por tanto, como lo desconocido (frente a lo conocido, el hombre), invisibilizando el lugar que ocupa.

Por otra parte, existen situaciones en las cuales las mujeres y sus subjetividades son excluidas, debido a la idea preconcebida de que presentan un daño, una situación mental comprendida por la sociedad actual, como patología psiquiátrica. De tal forma, la situación

médica trasciende al sujeto a partir de una construcción capitalista, lo que en la práctica lleva a que estas personas no acceden al ejercicio de sus derechos.

Por lo anterior, las políticas públicas se articulan desde una perspectiva de género como única posibilidad de visibilizar a las mujeres, produciendo una dualidad en la que lo público, mediante la jerarquía de las relaciones de poder, relega a las mujeres al espacio privado y doméstico. Aunque se entreguen las condiciones para la participación de las mujeres en instancias gubernamentales, los patrones de dominación producidos en el espacio privado siguen reproduciéndose, y se reflejan en experiencias de represión y censura en la supuesta participación política de las mujeres, como se evidencia en la actualidad con las mujeres que ejercen cargos político- públicos, que entregan “poder” y que se ven enfrentadas cotidianamente a situaciones de vulneración.

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

La división de lo público y privado delega en el hombre la obligación de “macho” protector y proveedor, a la vez que accede a sus derechos, situación contraria al caso de la mujer, quien se debe a responsabilidades domésticas que no se traducen en derechos. Esta división representa una cultura patriarcal en cuanto a distribución de tareas, deberes, y el acceso a derechos de cada persona a educación, salud, economía etc. Como plantea Wainerman (2003): “Las tareas de cuidado (salud, educación, limpieza) son tradicionalmente ocupadas por mujeres, y se encuentran en la base de la jerarquía y el prestigio social” (p.68).

Por su parte, históricamente en lo cotidiano, la opresión es vivida por las mujeres, en la violencia, el acoso, el abuso, las distinciones y discriminaciones. No obstante, esta

situación afectaría diferenciadamente a las mujeres: “Es difícil reconocer que la mujer de clase alta, en edad reproductiva, adinerada, sin discapacidades visibles, blanca, esposa de un banquero, pueda compartir la subordinación de género con una mujer pobre, vieja, discapacitada, lesbiana y negra” (Testa & Spampinato, 2010, p.18).

En concordancia con lo anterior, Pilar Errázuriz (2006) señala que desde la óptica del patriarcado, el ser de las mujeres se transforma en un *deber ser*, y los mandatos de la ética del cuidado se internalizan como un ideal identitario. En este sentido, la atribución de aquellas capacidades delimitadas de las mujeres que tienen relación con el cuidado, tendría como efecto la omisión del poder actuar como personas políticas en el contexto de la comunidad.

Ahora bien, dado lo anterior, para Errázuriz “la relación de nosotras las mujeres profesionales de la salud mental con nuestras “pacientes” no es una relación desde la salud a la enfermedad. Es una inter- relación en un mismo territorio: los márgenes de la subordinación” (ibídem, p. 17).

En esta franja de trabajo, es decir, en estos márgenes que refieren a territorios en salud mental que se muestran difíciles de abordar, es que los relatos de las mujeres que acompañamos se vuelven, como analiza Errázuriz, testimonio cultural, a diferencia de su observación en tanto patologías de inadecuación al sistema.

En este sentido, un aspecto relevante cuando planteamos una perspectiva feminista en el trabajo cotidiano con mujeres, es visibilizar el malestar y darle un lugar. El acceso a derechos no es una obviedad ni el malestar una banalidad.

REFERENCIAS

Aceituno, R. (2013). *Memoria de las cosas*. Ed. Departamento de Artes Visuales. Facultad de Artes, Universidad de Chile.

Alarcón, C. y Silva G. (2016). Lazo social y medio ambiente: desarrollo de un colectivo en torno a ocupaciones significativas. *Terapias Ocupacionales desde el sur. Derechos humanos, ciudadanía y participación*. Editorial Universidad de Santiago de Chile.

Davoine, F. y Gaudillière, J. (2011). *Historia y Trauma. La Locura de las Guerras*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.

Díaz, F., Erazo, J. y Sandoval, C. (2008). Actuales Políticas públicas para la desinstitucionalización y rehabilitación de persona psicóticas en Chile. Experiencia de la Comunidad Terapéutica de Peñalolén. *Revista de Psicología de la Universidad de Chile*. Vol. 17 (Nº 1): 9-37.

Errázuriz, P. (2006). *Psicología social y género. Construcción de espacios a salvo para mujeres*. Santiago: Editorial libros de la elipse.

Gamba, S. y Diz, S. (2017). *Diccionario de estudios de género y feminismos*. Buenos Aires: Editorial Biblos.

Freud, S. (1991). *Construcciones en el Análisis en Obras Completas. Tomo XXIII*. Buenos Aires: Editorial Amorrortu.

Gamba, S. (2008). *Feminismos y corrientes*. Buenos Aires: Editorial Biblos.

Gaudillière J-M (2003/2). Raison de la folie. *Diogène*, nº202, p. 39-52.

Huneus T. (2005). *Esquizofrenia*. Santiago: Editorial Mediterráneo.

Lavrin, A. (2005). *Mujeres, feminismos y cambio social en Argentina, Chile y Uruguay 1890-1940*. Santiago: Centro de investigaciones Diego Barros Aranda.

Lagarde, M. (1990) *Identidad femenina*. México.

Moncada, V. y Paredes, P. (2016). *Ser mujer con problemas graves de salud mental: Análisis de historias ocupacionales desde una perspectiva feminista*. Tesis para optar a

grado de Magister en terapia ocupacional con mención en Intervención Psicosocial. Universidad Andrés Bello. Santiago.

Oakley, A. (1972). *Sex, gender and society*. England: Ashgate Ed.

Testa, D. y Spampinato, S. (2010). Género, salud mental y terapia ocupacional. Algunas reflexiones sobre la influencia de la historia de las mujeres y la perspectiva de género en nuestras prácticas. *Revista de Terapia Ocupacional de Sao Paulo*, XXI (2), p.174-181.

Wainerman, C. (2003). *Familia, trabajo y género: un mundo de nuevas relaciones*. En el marco del proyecto “Reestructuración económica y dinámica familiar: explorando las transformaciones en la conyugalidad y la paternidad”. Agencia Nacional de Promoción Científica y Técnica. CENEP BID 1201/OC-AR, Proyecto N° 4-6228 (2000-2003).