

Tu envidia no es mi progreso[#]: El bienestar desde una mirada cultural y de género

Your envy is not my progress: Welfare through cultured and gendered approaches

Lucia Bracco Bruce*, Patricia Ruiz-Bravo López

Pontificia Universidad Católica del Perú

*luciabracco@gmail.com

Recibido: 14-febrero-2017

Aceptado: 28-junio-2017

RESUMEN

El artículo señala la importancia de considerar aspectos culturales y de género en la comprensión de la salud mental, así como, en las concepciones sobre bienestar y enfermedad que tienen las personas. A partir del análisis de los discursos de un grupo de mujeres de un centro poblado ubicado al sur del Perú, se analizan los contenidos que dan a estas nociones a partir del enfoque de diversidad cultural y de género. A través de observación participante y entrevistas a profundidad, las participantes dan cuenta de tres modelos de femineidad: "madre-esposa", "mujer trabajadora" y "mujer independiente-la otra". El bienestar se presenta como una tensión entre las femineidades "madre-esposa" y "mujer trabajadora" e incluye aspectos sociales que impactan esta tensión. Por otro lado, se presentan las principales enfermedades reconocidas por las pobladoras, siendo el "daño" la más temida y la que está asociada a la envidia entre mujeres. La discusión se centra en la comprensión del "daño" como metáfora del imaginario social y la envidia como enfermedad social intra género que impide la alianza entre mujeres.

Palabras clave: bienestar, cultura, género

ABSTRACT

The article points out the importance of considering cultural and gender aspects in the understanding of mental health, as well as in the conceptions about well-being and illness that people have. From discourse analysis of a group of women from a populated center located in the South of Peru, we analyzed the contents that give these notions from the cultural diversity and gender focus. Through participant observation and in-depth interviews, participants report three models of femininity: "mother-wife", "working woman" and "independent woman-the other". Welfare is presented as a tension between the "mother-wife" and "working-woman" femininities, including social aspects that impact this tension. On the other hand, we examined the main diseases recognized by the population, being the "harm" the most feared and associated with envy women. The discussion focuses on the understanding of "harm" as a metaphor of social imagery and envy as an intra-gender social disease that prevents alliance between women.

Keywords: culture, gender, welfare

#La frase cambia el dicho popular "Tu envidia es mi progreso" que se refiere a que la envidia de los demás no perjudica a la persona envidiada, de manera contraria, la motiva a seguir progresando.

Financiamiento: Proyecto "Re-construyéndonos" de la Dirección Académica de Responsabilidad Social de la Pontificia Universidad Católica del Perú.

Cómo citar este artículo: Bracco Bruce, L., & Ruiz-Bravo López, P. (2017). Tu envidia no es mi progreso: El bienestar desde una mirada cultural y de género. *Psicoperspectivas. Individuo y Sociedad*, 16(2), 43-53. DOI: 10.5027/psicoperspectivas-vol16-issue2-fulltext-1010



Publicado bajo Licencia [Creative Commons Attribution 4.0 International \(CC BY 4.0\)](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/)

La definición de salud mental se ha transformado a lo largo del tiempo. En un primer momento, la salud mental era entendida como ausencia de patologías y el foco era el individuo fuera del contexto social. Si bien la comprensión de las enfermedades mentales es esencial para la psicología, la salud mental no es simplemente la ausencia de éstas, sino que requiere una mirada más amplia. Desde el enfoque de la Psicología de la Liberación, la salud mental fue definida de una manera integral, conceptualizándola como un estado de bienestar y libertad que incorpora los procesos socio-históricos (Martín-Baró, 1984). Asimismo, como mencionan Desjarlais, Eisenberg, Good y Kleinman (1997), una persona es saludable cuando se vincula con su entorno, manifiesta sus habilidades, trabaja productivamente y es miembro que colabora con el desarrollo. Así, la salud mental no sólo se asocia a la ausencia de patologías/enfermedades mentales, sino que está ligada a la búsqueda de bienestar integral, a la mejora de la calidad de vida personal y social, y al uso de recursos para sentirse mejor con uno mismo y con su entorno.

Vemos pues que el contexto social impacta en la construcción de la subjetividad y del bienestar. Sin embargo, cabe preguntarnos: ¿El bienestar es conceptualizado de la misma manera por todos? ¿Nombramos y comprendemos las enfermedades de manera distinta? ¿Cómo influyen las consideraciones culturales y de género en dichas elaboraciones? A partir de un estudio de caso, en este artículo se da cuenta de los discursos que, sobre bienestar y enfermedad, tiene un grupo de mujeres que vive en el Centro Poblado La Garita (el cual será llamado La Garita a lo largo del artículo) al sur del Perú, tomando como ejes de análisis la cultura y el género. El propósito final es reconocer las voces de las mujeres y comprender los significados que dan al “estar bien” y el “sentirse mal”. Esto es un primer paso para reflexionar sobre los retos de una psicología intercultural para América Latina y para proponer modelos alternativos de atención en salud mental¹.

La noción de salud mental, bienestar y su relación con la cultura y género

Si la salud mental y el bienestar están ligadas al contexto social, es necesario enfocarse tanto en aspectos económicos y políticos (Desjarlais et al, 1997), como en los culturales (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2005). Introducir el componente cultural, supone complejizar nuestra mirada, pues pertenecer a una cultura brinda una manera distinta de concebir el mundo,

pensar, hablar, expresarse, organizarse, comunicar, sentir y valorarse. Además, la cultura no es estática, sino más bien dinámica y relacional (Heise, Tubino, & Ardito, 1994).

Entonces, si la cultura define cómo concebimos el mundo, también configura nuestra manera de entender y conceptualizar el bienestar y la enfermedad. Esteban (2006) alude a la “biomedicina” para enfatizar que la salud es una producción cultural. La autora refiere que la cultura marca la manera en la que conceptualizamos la enfermedad y los procesos de salud/ enfermedad/ atención. A partir de la cultura, se construyen patologías, biología y subjetividades concretas en contextos históricos y culturales específicos. Respecto a la salud mental, Attardo (2010) plantea la necesidad de rescatar creencias, mitos e imaginarios sociales que construyen subjetividades, para visibilizar y transformar las enfermedades, las inequidades y las formas opresivas de existencia que impactan el bienestar de las personas.

Considerando lo planteado, es urgente que los profesionales encargados de la salud mental conozcan la diversidad cultural de los grupos con los que trabajan, con el fin de aportar al fortalecimiento del bienestar (OPS, 2005). No obstante, esto es complejo. Según autores decoloniales, aun cuando los imperios coloniales, como sistemas políticos han dejado de existir, las secuelas económicas, sociales y subjetivas que datan de nuestra “herencia colonial” persisten. Así, las actuales inequidades económicas, sociales y subjetivas, tienen sus bases y reproducen dinámicas coloniales de discriminación de clase, raza, género y sexualidad (Dussel, 2000; Lander, 2000; Lugones, 2008; Neira, 2014; Quijano, 2000).

Quijano (2000) plantea que la colonización de tierras americanas en el siglo XVI inicia un nuevo “sistema-mundo”. A partir de dicha estructuración, se configuran nuevas relaciones de producción-dominación que redefinen la organización social según la división racial del trabajo. Los grupos conquistados-indígenas y posteriormente también poblaciones africanas-, junto con sus rasgos fenotípicos, sus saberes y conceptualizaciones culturales, fueron ubicados como inferiores y confinados a la servidumbre y/o esclavitud. De manera opuesta, los conquistadores -sus rasgos fenotípicos, sus saberes y conceptualizaciones culturales- se ubican en una posición de superioridad y, como consecuencia, en puestos de poder (Quijano, 2000).

¹ Esta investigación se enmarca en el proyecto institucional “Re-construyéndonos” de la Dirección Académica de Responsabilidad Social de la Pontificia Universidad Católica del Perú, del cual las autoras formaron parte. Esta iniciativa, que comenzó en 2009 y se desarrolla hasta la actualidad, tiene como objetivo colaborar con el bienestar de la

población, a través del fortalecimiento de capacidades individuales y colectivas. Para conocer más del proyecto “Re-construyéndonos” ingresar al link:

<http://dars.pucp.edu.pe/proyectos/reconstruyendonos/presentacion/>

Ante ello, se constituyen nuevas identidades geoculturales y se establece la “colonialidad del poder” (Quijano, 2000). Para las colonias significó una resignificación histórica, donde se ubicaron a los pueblos colonizados, sus historias, saberes, conceptualizaciones y culturas, como pueblos del “pasado”, “inferiores” y anteriores a los europeos. Europa es vista como el punto de llegada a través de un camino unidireccional (Lugones, 2008; Quijano, 2000). Como consecuencia, la modernidad y racionalidad occidental se instalaron como discursos hegemónicos, con efectos económicos, pero también intersubjetivos. En consecuencia, el conocimiento y su producción serán pensados desde la epistemología de occidente, privilegiando el conocimiento racional, cuantificable, elaborado desde una supuesta objetividad y neutralidad científica que desconfía de la experiencia inmediata (De Sousa Santos, 2011; Quijano, 2000). Quijano (2000) enfatiza en el impacto que esto tiene en la manera en que nos pensamos, sentimos y nos ubicamos. A partir de ello, proponemos que esta mirada también desconoce las otras conceptualizaciones sobre bienestar y enfermedad, así como los procesos de sanación.

El Perú ha sido reconocido como un país pluricultural y multilingüe que reproduce de manera sistemática la exclusión económica, política y social, negando nuestra diversidad cultural. Se homogeneiza a las poblaciones desde la cultura hegemónica occidental, invisibilizando conceptualizaciones y desvalorizando “otros saberes” (Neira, 2014; Velázquez, Fernández, Mejía, & Rivera, 2010). La psicología como disciplina no ha escapado a esta tendencia (Martín-Baró, 1984; Theidon, 2004). Por lo dicho, es crucial reconocer nuestra diversidad cultural considerando las múltiples conceptualizaciones sobre bienestar, enfermedad y procesos de sanación. Al no hacerlo, negamos subjetividades y reproducimos relaciones jerárquicas en las maneras de percibir el mundo.

En esta mirada es necesario incluir el eje sexo-género que define las percepciones sobre el bienestar. A partir de las diferencias biológicas entre hombres y mujeres, se establecen pautas sociales y culturales que definen el sistema sexo-género como estructurante del orden social que se encarna en los cuerpos de las personas. Las diferencias sexuales condicionan pautas psicosociales sobre la división sexual del trabajo, la heteronormatividad y las relaciones de poder entre lo considerado femenino y masculino (Lamas, 2000; Lee Bartkin, 1990; Rubin, 1986; Scott, 1996).

Los mandatos sociales configuran nuestras identidades e ideales personales y establecen cómo debemos pensar, actuar, sentir y relacionarnos, pero han sido socialmente

naturalizadas como estructuras biológicas de comportamiento. De manera tradicional, se espera que el hombre desempeñe el rol de proveedor a partir de su inserción en el espacio público asociándose lo masculino a la actividad y fortaleza. La mujer será encargada de desempeñar el rol de reproducción social en el espacio privado asociándose lo femenino a la paciencia, complacencia y auto-sacrificio. En este esquema se impulsa la heterosexualidad como la norma de interacción social entre hombres y mujeres (Lamas, 2000; Lee Bartkin, 1990; Rubin, 1986.; Ruiz Bravo, 1997; Scott, 1996, Stolcke, 2000). Como consecuencia, se espera que las mujeres sean capaces de cuidar de su familia y entorno. Frente a ello, como señala Gilligan (1982) en su texto *La ética del cuidado*, el cuidado-entendido como acciones relacionales de respeto, escucha y empatía-es una capacidad humana. Sin embargo, a partir del patriarcado y su modelo binario y jerárquico del género, éste ha sido asociado con las mujeres. Ello tiene implicancias en las políticas de salud y salud mental, que enfatizan en el trabajo de las mujeres para el bienestar de las familias. Se asocia así la salud de las mujeres con la salud reproductiva, la planificación familiar y la salud de sus hijos/as. Al interiorizar este mandato, las mujeres son más vulnerables en su salud física y mental ya que son las últimas en atenderse, por estar atentas al cuidado de los demás (Viveros, 1992). Entonces, es vital reconocer la importancia del cuidado como componente básico del bienestar, sin embargo, los trabajos de cuidado y potencialización del mismo han estado fuertemente generizadas, acentuando las desigualdades entre hombres y mujeres (Sisto et al., 2016).

Además, si bien la violencia de género afecta a diversos colectivos, en este artículo nos enfocamos en la vulnerabilidad de las mujeres. En el Perú, entre los años 2009 y 2016, 881 mujeres han sido víctimas de feminicidio a manos de su pareja o expareja (Ministerio Público, 2016). A pesar de las cifras y de reconocer la violencia como un problema de salud pública, la OPS (2005) indica que los proveedores de salud no cuentan con la sensibilidad o herramientas necesarias para enfrentar esta situación. Las mujeres víctimas de violencia viven en el temor y ello afecta su bienestar. Por lo dicho, el bienestar de las mujeres está atravesado por mandatos sociales y relaciones de poder instaurados en sociedades patriarcales, que impacta a las mujeres en mayor medida que a los hombres (Attardo, 2010; Ruiz-Bravo, Espinosa, & Cárdenas, 2011).

Por ello, es necesario considerar la manera en que los ejes de cultura y sexo-género moldean nuestro bienestar, así como las nociones de salud, enfermedad y curación. Esta mirada nos permite salir de las generalizaciones valorando la diversidad cultural y su impacto en la

construcción de nuestras subjetividades. Se complejiza así la mirada psicológica, cuestionando y ampliando nuestras categorías para crear procesos más empáticos con las personas.

Metodología

El objetivo de la investigación fue identificar y analizar los discursos y prácticas sobre el bienestar y las enfermedades que tienen las mujeres de un centro poblado al sur del país, tomando en cuenta los ejes de cultura y género.

A partir de un enfoque cualitativo se buscó conocer la perspectiva de bienestar y enfermedades desde las propias mujeres, analizando sus significados en un contexto, espacio y tiempo específico. Nos interesaba conocer cómo las mujeres interpretan sus experiencias y construyen a partir de sus saberes y conceptualizaciones (Lapan, Quartaroli, & Julia, 2012).

La propuesta metodológica parte de una epistemología feminista. Ello tiene implicancias en la construcción de la relación intersubjetiva entre las participantes y las investigadoras, y en la manera en cómo se aborda la construcción de conocimiento. Por un lado, es dejar de lado la ilusión de “objetividad” científica para construir conocimiento desde las relaciones, reconociendo cómo nuestra raza, cultura, clase, sexo-género y creencias determinan el análisis de la información que recogemos. Así, la relación entre las investigadoras y las mujeres participantes también da forma a la construcción de conocimiento, lo cual consideramos puede tanto enriquecer como ser un eje que limita la información producida. Es preciso señalar que la investigación se realizó en el año 2012, luego de 4 años de trabajo conjunto y colaborativo entre las autoras y las participantes. Entonces, si bien hay diferencias de clase,

etnicidad, acceso a servicios y participación se había desarrollado un vínculo de confianza que permitía establecer diálogos horizontales entre todas las involucradas.

La propuesta metodológica supone, además, reconocer la producción de conocimiento de “abajo hacia arriba”. Es decir, se reconoce la necesidad de construir conocimiento desde los márgenes del poder, desde la experiencia de las mujeres, las cuales muchas veces ha sido negada y/o silenciada (Harding, 1987; Hogan, 2016; Jiménez-Domínguez, 2008).

El contexto: La Garita, El Carmen, Chincha

La Garita está ubicada en el Km. 213 de la Panamericana Sur y pertenece al distrito de El Carmen, Provincia de Chincha, Departamento de Ica (Perú). Esta zona se vio afectada por el terremoto ocurrido en agosto de 2007 que además de ocasionar pérdidas humanas y materiales, provocó malestar psicológico, fragmentó las redes sociales, generó desconfianza y desbarató los proyectos de vida de muchas familias (Bracco, & Córdova, 2016; Fourment, & Padilla, 2016; Pontificia Universidad Católica del Perú [PUCP], 2008).

Actualmente, la población es de 410 personas, aproximadamente (Bracco, & Córdova, 2016). Las personas que habitan en La Garita vienen de diferentes lugares del Perú, lo que ha llevado a un sincretismo cultural, integrando creencias andinas, afro y criollas (Bracco, & Córdova, 2016). La actividad económica predominante es el trabajo asalariado vinculado a la agroindustria. En referencia a servicios públicos, La Garita no cuenta con agua potable o infraestructura sanitaria, comprando agua de camiones cisterna y utilizan silos y letrinas. Tomando en cuenta las características descritas, es una zona que vive en condiciones de pobreza, que se vio afectada fuertemente por el terremoto del 2007 pero que, a pesar de las dificultades, han logrado avanzar en el proceso de reconstrucción social y física.

Tabla 1

Descripción de las participantes

| Nombre | Edad | Estado Civil | Nivel Educativo | Ocupación | No. hijos/as |
|--------|------|--------------|--------------------|--|--------------|
| Dora | 18 | Soltera | Secundaria | Ama de casa | 1 |
| Carola | 20 | Conviviente | Secundaria | Peona agrícola/Ama de casa | 1 |
| Karen | 30 | Separada | Técnico Incompleto | Dueña de una tienda de abarrotes/ Ama de casa | 3 |
| Olivia | 31 | Soltera | Primaria | Ama de casa | 1 |
| Ana | 43 | Casada | Primaria | Peona agrícola/Ama de casa | 4 |
| Fausta | 41 | Conviviente | Primaria | Peona agrícola/Ama de casa | 2 |
| Norma | 52 | Casada | Técnico completo | Agente comunitaria/Ama de casa | 2 |

Fuente: Elaboración propia.

Participantes

En esta investigación participaron ocho mujeres residentes de La Garita. Los nombres han sido cambiados para conservar su anonimidad, pero detallamos sus principales características sociodemográficas en la Tabla 1.

La selección de las participantes se realizó por selección de casos tipo (Hernández, Fernández, & Baptista, 2010). Se trata de un grupo representativo de La Garita ya que son mujeres que han nacido y crecido en el Centro Poblado, y varias han asumido cargos de liderazgo en los últimos años. Para su elección también se consideró el vínculo de confianza que se había construido a lo largo de cuatro años de trabajo conjunto con las investigadoras. Esto fue fundamental ya que se abordaron temas complejos que podían generar desconfianza, distancia o miedo, al tener que relatar historias personales o a partir de creencias que son muchas veces han sido descalificadas, especialmente en instituciones de salud. Entonces, el vínculo fue un aspecto que enriqueció el proceso de investigación.

Instrumentos metodológicos

Se utilizaron dos instrumentos metodológicos: observación participante y una entrevista semiestructurada.

Observación participante: se tuvo un rol activo en el centro poblado, participando de la vida cotidiana y eventos sociales. Gracias al proyecto institucional, pudimos organizar talleres, consejerías, organización de festividades de manera conjunta con la población, entre otras actividades (Hernández et al., 2010). Para contar con mayor validez y mayor especificidad en las observaciones, se hizo la triangulación de la información entre las investigadoras y con el equipo de trabajo del proyecto institucional. En la observación participante se tenía como prioridad definir el sistema de género de La Garita, detallando las femineidades, masculinidades y las relaciones inter e intra-género.

Entrevista semi-estructurada: se tuvieron 2 o 3 sesiones de aproximadamente una hora cada una, con todas las participantes. Para contar con privacidad, se realizaron en sus hogares. En ellas se abordaron tres ejes: a. femineidades y masculinidades del centro poblado, b. nociones de bienestar y, c. enfermedades del centro poblado. Si bien se contaba con un guion con los tres ejes mencionadas, las entrevistas se dieron a modo de conversación, donde se privilegiaba el diálogo abierto y el intercambio (Hernández et al., 2010). Una vez realizadas las entrevistas, fueron transcritas y se realizó el análisis de contenido utilizando el programa ATLAS-TI.

Aspectos éticos

Las participantes fueron informadas de los objetivos y proceso de investigación, y dieron su consentimiento de modo verbal. Se ha asegurado el anonimato y confidencialidad de la información. Asimismo, se ofrecieron espacios adicionales de escucha si se requería cerrar los temas abordados por la investigación.

Resultados

Los resultados se han organizado en tres puntos: a) Las femineidades y masculinidades de La Garita, b) el bienestar desde las mujeres, y c) las enfermedades en La Garita. Resaltamos que las categorías construidas para este artículo se desprenden del discurso de las participantes durante las entrevistas realizadas, las cuales corroboran el análisis a partir de la observación participante durante el tiempo de trabajo conjunto en La Garita.

Femineidades y masculinidades de La Garita

Al igual que otras mujeres, las participantes tienen múltiples femineidades articuladas de manera compleja. A partir de las entrevistas identificamos tres femineidades: “madre-esposa”, “mujer trabajadora” y “mujer independiente-la ‘otra’”. A lo largo de nuestras observaciones, podemos dar cuenta que una mujer puede encarnar (de manera más o menos consciente) uno o más de estos imaginarios.

Para las mujeres, la femineidad públicamente valorada es la de “madre-esposa”. Es el mandato social prioritario que marca su socialización y define su subjetividad. A la “madre-esposa” se le asocia con atributos como sacrificio, entrega, sufrimiento, obediencia. Como esposa, las mujeres deben ser fieles, estar al servicio de la familia y saber “administrar” los recursos económicos que brinda el esposo para el hogar. Como madres, deben estar dispuestas a sacrificar su bienestar personal por el cuidado de sus hijos y tolerar acciones violentas con la finalidad de mantener el “ideal” de familia. El espacio asociado a la femineidad “madre-esposa” es el privado.

El segundo tipo de femineidad elaborado a partir de las entrevistas es la “mujer trabajadora”. Son aquellas que ingresan al espacio público asalariado. Si bien las participantes reconocen el hogar como su espacio prioritario, muchas trabajan, especialmente en la agroindustria. Esta femineidad tiene dos caras. Por un lado, reconocen que dicha labor les reporta recursos económicos para cubrir necesidades del hogar o satisfacer el cuidado de sus hijos/as. El ingreso obtenido en el espacio

público es valorado en relación a la mejora de su desempeño como “madre-esposa” en el espacio privado, interpretando así su trabajo como un acto de cuidado. Por otro lado, su salida al espacio público les permite posicionarse como mujeres de manera distinta. El trabajo les permite participar en espacios sociales de interacción, tanto con mujeres como con hombres. Si bien este es un aspecto importante, ellas suelen negarlo o restarle valor ya sea de manera consciente o inconsciente. El trabajo se convierte en el espacio para socializar y compartir con otras mujeres, pero se toma como una acción complementaria a la función del esposo. Si bien no se asume como lo deseado si está socialmente aceptado y posibilita que la mujer salga del hogar y sea menos controlada

Las mujeres se muestran ambivalentes ante esta femineidad ya que, a pesar de lo valorado que es el espacio público, es también peligroso, pues se conoce a otros hombres y se “hacen amistades”. Así, existe la posibilidad (imaginaria o real) de actuar la tercera femineidad: “mujer independiente-la otra”, opuesta a la femineidad “madre-esposa”. Las participantes caracterizan a este tipo de femineidad como la mujer “viva” “fácil”, “seductora” de hombres y culpables de quebrar familias constituidas. El hombre es visto como una víctima tentada por una mujer manipuladora, egoísta, usurpadora, irresponsable y lujuriosa. Este tipo de femineidad está asociada al espacio público, pero especialmente al relacionado al “ocio” como las cantinas.

Si bien en el análisis de las entrevistas identificamos tres tipos de femineidad, no sucede lo mismo con la masculinidad. Existe un solo imaginario de masculinidad, asociada al rol de proveedor y jefatura del hogar. Es una masculinidad autoritaria, controladora y agresiva. Al ser el principal proveedor, rechaza que su pareja trabaje pues pone en cuestión su solvencia económica y su capacidad para cumplir su rol. Asimismo, si la mujer ingresa al espacio público-productivo, tiene la posibilidad de ser la “mujer independiente/ la otra”. La masculinidad es desconfiada y celosa.

Las femineidades y masculinidades descritas sustentan las relaciones de poder entre hombres y mujeres del centro poblado, siendo los varones quienes mantienen una posición de dominio respecto a las mujeres. A partir de las entrevistas, se puede señalar que son los hombres quienes controlan el acceso de las mujeres a recursos, servicios y al uso de su cuerpo y sexualidad. Asimismo, lo narrado también se corrobora a lo largo de la observación participante en La Garita, donde se puede dar cuenta de altos índices de violencia inter-género y desconfianza en las relaciones intra-género. Esto debido principalmente a

celos generados a partir de relaciones de amistad entre hombres y mujeres. Esto supone que la violencia forma parte sistemática en sus vidas, desde los padres, hermanos y/o parejas. La violencia, al ser parte de su cotidianidad desde temprana edad, es naturalizada. Como señala una de las participantes:

‘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)

Ahora que hemos definido brevemente los imaginarios de género, detallaremos las conceptualizaciones sobre bienestar que se vinculan a las femineidades descritas.

El bienestar desde las mujeres

A partir de las entrevistas, se desprende que el bienestar se establece a partir de una tensión entre dos tipos de femineidad: “madre-esposa” y “mujer trabajadora”. Si bien la primera ya no tiene un prestigio absoluto ni define el ideal de mujer ellas se ven en ese rol. Por el contrario, la “mujer trabajadora” es un ideal proyectado a sus hijas.

Esta expectativa, que recae en sus hijas, implica salir de la pobreza económica y tener un trabajo que les permita acceder a puestos dentro de las empresas agroexportadoras. Se construyen jerarquías espaciales: la “chacra” es desprestigiada y carente de oportunidades versus la “empresa” que ofrece progreso y reconocimiento. El bienestar ya no supone exclusivamente el cumplimiento de los mandatos tradicionales patriarcales, sino que se observa una tensión que otorga nuevos contenidos, ideales y fortalecimiento de nuevos recursos. Como refiere una participante:

‘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’ (Fausta, 41 años)

Si bien en las entrevistas se resalta un nuevo mandato intra género-intergeneracional que impulsa el desarrollo profesional de las mujeres, se infiere, a partir de las observaciones, que el imaginario “madre-esposa” se mantiene, con negociaciones, y también se asocia al bienestar. Esta ambivalencia también se muestra en las narraciones de las mujeres quienes avalan la familia aún a costa de violencia.

‘Yo me enamoré de su papá, les digo, con él me casé, con él sigo, veintidós 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)

No obstante, las mujeres plantean un cambio para sus hijas: el bienestar está asociado a una familia, pero con una pareja que no recurra a violencia. El cumplir la femineidad "madre-esposa" implica ser empática y cuidar, no sólo de sus familias sino de otras mujeres de su entorno. Deben saber escuchar, acoger y aconsejar a otras mujeres, ser referentes saludables que tengan la capacidad de dar consejos para vivir una vida sin violencia.

A pesar de que durante las entrevistas las mujeres enfatizan en los mandatos de cambio generacional, las jóvenes se embarazan a temprana edad, consolidan relaciones de pareja y abandonan los estudios. Para las madres la salida es postergar el inicio de la actividad sexual.

'Yo tenía pensado cuando Ana 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' (Ana, 43 años)

Para las mujeres la sexualidad debe negociarse para optimizar el bienestar. Enfatizan la abstención y postergación de las relaciones eróticas, no desde un enfoque moralista sino desde la búsqueda de transformaciones. Entonces, se podría inferir que el disfrute de la sexualidad puede ser considerado peligroso y asociado a la femineidad "mujer independiente-la otra". Este disfrute se asocia a la irresponsabilidad y el entregarse a la lujuria, frente a la preocupación por su bienestar personal.

Sumado a lo anterior, para las mujeres, el bienestar no sólo se asocia a aspectos personales, sino que tiene relación con dinámicas sociales como la legalidad en las acciones y la solidaridad entre vecinos. En relación a la legalidad, en las entrevistas resaltan que las cuestiones materiales que se poseen, deben conseguirse de manera legal y honesta. Sobre la solidaridad, el bienestar está asociado a la unión entre vecinos, pero no al trabajo colectivo sino a detener los chismes o murmuraciones dentro del centro poblado. Este dato ha sido crucial para entender las dinámicas sociales en La Garita, donde se puede observar malestar ante la fragilidad en el vínculo entre las mujeres, la cual es explicada a partir de la invención de "chismes" sobre infidelidad femenina o posibles vínculos de pareja.

En resumen, nuestro análisis permite afirmar que el bienestar está asociado a la negociación entre las femineidades "madre-esposa" y "mujer trabajadora". Vemos también un cambio intergeneracional y nuevas

oportunidades para sus hijas. El bienestar requiere estudios superiores que habilitan un mejor desempeño profesional. A pesar de que el discurso de la femineidad "mujer trabajadora" está cobrando fuerza, en la práctica aún se prioriza la femineidad "madre-esposa". No obstante, el bienestar se asocia a la posibilidad de negociar y cumplir nuevos roles. Si bien se mantienen los mandatos tradicionales como reproductoras del cuidado, se espera mayor autonomía económica y capacidad de enfrentar la violencia. Asimismo, se resaltan aspectos sociales como la legalidad de las acciones y la búsqueda de solidaridad entre vecinos.

Las enfermedades de La Garita

En este punto se detallan las enfermedades y las causas que las provocan. Todas las categorías de han sido construidas a partir de las entrevistas con las mujeres, éstas son: el daño, el celo, el ojeo, el susto y el salar.

La enfermedad más temida es el "daño" que es cuando una persona le genera malestar a otra a través de brujería. El "daño" se manifiesta con un dolor físico abrupto y un cambio drástico en el estado emocional sin razón aparente. Tiene consecuencias físicas, emocionales, económicas y sociales. Físicamente, está asociado al cáncer, la parálisis corporal y enfermedades crónicas. Si no es tratado, la persona se "seca", produciendo la muerte. Emocionalmente, la persona "dañada" decae emocionalmente sintiendo desgano o depresión. Social y económicamente, tiene pérdidas económicas y se pierde el negocio o la pareja.

El "daño" es realizado por un brujo a pedido de una persona, generalmente una mujer, a partir de la envidia que le genera otra persona, generalmente otra mujer. La envidia se despierta ante la mejora económica o frente a la consolidación de una pareja estable no violenta. Una participante relata:

'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)

El "daño" puede ser ocasionado por la envidia hacia relaciones de pareja saludables, esperando transformarlas en relaciones conflictivas. Ello con la finalidad que esa pareja se rompa y el hombre quede libre para estar con otra mujer:

'No parábamos bien, pues. Siempre había 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)

La segunda enfermedad más mencionada es el “celo”, definido como la sensación de inseguridad de los niños/as frente al bebe que se encuentra dentro del vientre de una mujer. Los niños/as resienten la atención y el afecto que se le está brindando al hijo/a aún no nacido/a. Los síntomas de esta enfermedad son conocidos: los niños/as se tornan demandantes, “mañosos”, no comen y se acercan constantemente donde la mujer embarazada para pedirle que lo atienda. Esta enfermedad está presente especialmente en infantes.

La tercera enfermedad es el “ojeo”, que se refiere a la sensación que se produce a partir de una mirada prolongada y/o burlona. La persona, especialmente mujeres, son poseedoras de una mirada fuerte que impacta en la otra persona y puede provocar la muerte. Físicamente, hay diferencias si la persona afectada es niño/a o adulto/a. En el caso de niños/as, empiezan a vomitar, se “blanquean” los ojos y lloran desconsoladamente. Si no es atendido, se puede producir la muerte. Si es un adulto/a, se experimenta dolor físico en la parte del cuerpo que ha sido “ojeada”. En el aspecto emocional se 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, una de las participantes comenta:

‘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).

La cuarta enfermedad es el “susto” que puede definirse como el miedo que sienten niños/as frente a un ruido, una caída o una imagen. Cuando un niño/a está “asustado” está temeroso, no desea estar solo, llora sin motivo y, en algunas ocasiones, puede presentar sonambulismo.

Finalmente, la última enfermedad señalada es el “salar”. Ésta se refiere a cuando una mujer “sala” a quien ha sido la amante de su pareja. Así, la mujer “abandonada” sala a la “otra” mujer, insultándola y maldiciéndola. Frente a ello, la mujer “salada” tiene constantes pérdidas de embarazo.

‘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. Dicen que la chica habla que le han salado su barriga’ (Carola, 20 años)

Sumado a la descripción de las enfermedades, es importante señalar que las participantes refieren que hay personas que son más propensas a ser víctimas. En general, todas afectan principalmente a los niños/as del centro poblado, especialmente el “celo”, el “susto” y el “ojeo”. En el caso del “daño”, tiene mayores impactos en mujeres sumisas y sin redes familiares o amicales sólidas. Por tanto, la fuerza emocional y las redes de soporte social son componentes fundamentales para no enfermar.

Discusión

Tomando en cuenta los resultados, nos centraremos en dos temas. El primero es considerar a las enfermedades como metáforas del imaginario social del sistema de género en La Garita. El segundo es analizar la presencia de la envidia como enfermedad social que se filtra en las relaciones intra-género femeninas e imposibilita la sororidad. De esta manera, la estructura patriarcal produce el distanciamiento entre mujeres, lo cual afecta su bienestar personal y social.

Sobre el primer punto, Sontag (2012) señala que enfermedades como la tuberculosis, el cáncer y el sida han sido utilizadas como metáforas en diferentes momentos de nuestra historia. Son percibidas como misteriosas, caprichosas e intratables, a las que se les debe temer ya que provocan la muerte. Para la autora, las enfermedades muestran el imaginario social compartido en una época, al construirse de manera social e histórica. En la misma línea, Viveros (1995) señala que cuando las personas hablan sobre enfermedades se refieren a la sociedad en la cual viven y al orden social en la cual están inscritos. La enfermedad es un soporte de sentido, es el significativo cuyo significado es la relación del individuo con el orden social.

Así, el “daño” puede ser entendido como una enfermedad que da cuenta del imaginario social de La Garita. El “daño” es entendido como una enfermedad que tiene como “víctimas” a mujeres o a sus hijos/as, que al ser jóvenes pueden ser más afectados por el “daño” que estaba destinado a la mujer adulta. El “daño” es ocasionado cuando las mujeres tienen mayores ingresos económicos o cuando tienen una pareja estable y sin violencia. Entonces, ¿el “daño” ocurre cuando las mujeres se “atreven” a alejarse del modelo tradicional que privilegia públicamente la femineidad “madre-esposa”? Pensamos que sí.

En los relatos, las mujeres que empiezan a contar con autonomía económica -alejándose del confinamiento en el espacio privado-, o cuando quiebran las relaciones de poder asimétricas con su pareja, son más proclives a ser víctimas de “daño”. Es decir, cuando no cumplen a cabalidad con la primera femineidad mencionada: ser madre-esposa, propia del rol de cuidado que es asignado a las mujeres desde el patriarcado (Gilligan, 1982). Cuando una mujer se distancia públicamente de la “madre-esposa”, puede despertar envidia y “enfermar”. El “daño”, funciona como castigo y control social, dificultando transformaciones en las relaciones inequitativas de género. El “daño” como metáfora nos muestra el temor que pueden sentir las mujeres para quebrar mandatos de género tradicionales, o la culpa que sienten al hacerlo. Asimismo, es interesante 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. Resulta interesante que las mujeres refieren que ingresan al espacio público asalariado como una manera de cumplir con sus tareas de cuidado (Gilligan, 1982), dotando su identidad de nuevos contenidos e ideales (Tubert, 2010). Sin embargo, al no estar necesariamente públicamente reconocidos, pueden suscitar malestares (Tubert, 2010), o en este caso particular, enfermedades como el “daño”.

Entonces, el “daño” entendido como enfermedad que expresa el imaginario social, nos muestra el sistema de género en La Garita: las femineidades, las masculinidades, las relaciones intra e inter-género y la manera en que este afecta el bienestar de las personas. En ese sentido, como profesionales de la salud mental, podemos invisibilizar o desprestigiar conceptualizaciones que se pueden considerar “supersticiones” e intentar comprender las realidades desde nuestras propias categorías occidentales-racionales. Ello conlleva al no reconocimiento de conceptualizaciones que dan cuenta de teorías orales sobre el bienestar y la enfermedad, mostrando maneras complejas y distintas de comprender el mundo.

Por otro lado, la envidia no sólo afecta de manera personal a las mujeres, sino también a las relaciones sociales posicionándose como una enfermedad social. Lagarde (1992) señala la dificultad que tenemos las mujeres para construir alianzas en una estructura patriarcal, lo que ha denominado llamado “escisión de género”. Ello se debe a la manera en que nos definimos y al espacio social dónde nos ubicamos, desde el patriarcado. En relación a nuestra auto-definición, la autora señala que las mujeres construimos nuestra identidad/femineidad a partir de una doble diferenciación. En primer lugar, a partir de valores, códigos y contenidos opuestos a los masculinos. En segundo lugar, a partir de la diferencia con otras mujeres,

buscando nuestra individualidad. En relación al espacio, al estar confinadas en el ámbito privado, las mujeres tenemos dificultad para vincularnos unas con otras, anulando la posibilidad de encontrar características comunes, potencializando nuestra separación y creando una enemistad histórica donde prima la incapacidad de hacer alianzas.

Si se considera la femineidad “madre-esposa”, el lugar privilegiado es el privado, que aísla a las mujeres en sus hogares. Por tanto, en el mejor de los casos, establecen lazos de confianza con otras mujeres que forman parte de sus redes familiares. Si bien pueden salir al espacio público como “mujer trabajadora”, ello sólo es legítimo si el objetivo es ganar recursos económicos para el hogar. De esta manera, si las mujeres socializan en el espacio público sin una finalidad “legítima”, pueden ser “confundidas” con la femineidad de “mujer independiente-la otra”, riesgo que prefieren no tomar al generar chismes que atentan contra su bienestar. Como se ha señalado, la femineidad privilegiada públicamente es la de “madre-esposa” por lo que hay temor y rechazo a ser considerada “mujer independiente-la otra”. Esto fragmenta las femineidades y niega la legitimidad de sus deseos como “mujeres”, independientes de su ser madres.

La constitución fragmentada de femineidades ayuda a comprender las disonancias y enemistades, así como las dificultades para construir espacios de diálogo, cooperación mutua y redes de soporte social. Para Lagarde (1992), la no identificación entre mujeres despierta emociones como temor y envidia ya que reproduce la rivalidad, la permanente competencia y la búsqueda por el poder. En este caso, el poder estaría representado por recursos económicos que brindan autonomía y el tener una pareja no violenta. Como respuesta a la rivalidad, se despierta el chisme, la crítica y la envidia, que cumplen dos principios para la subjetividad de las mujeres: uno descalificador y otro maximizador. Con la crítica se pretende separar y distinguir a la mujer considerada distinta, previniendo el “contagio” y la “impureza”. Así, 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 (Lagarde, 1992). En el caso de La Garita, la envidia imposibilita la alianza y sororidad, la construcción de redes que permitan intercambiar estrategias para salir de la pobreza o la violencia. De manera contraria, se busca que la mujer “dañada” se mantenga en una posición de inequidad y violencia. Se observa, además, el efecto descalificador centrado en la “mujer independiente/la otra”, mientras el maximizador se hallaría en la tensión entre las femineidades “madre-esposa” y “mujer trabajadora”. Así, el patriarcado se instala y merma la

posibilidad de construcción de bienestar personal y sororidad entre las mujeres (Lagarde, 1992).

No obstante, se debe resaltar que las mujeres muestran un deseo consciente de quebrar el orden establecido, especialmente proyectado en sus hijas. Las participantes, de manera unánime, refieren la importancia de estudios que brinden autonomía económica e incentivan a sus hijas en ello. Esta tensión, entre la tradición y modernidad (Stahr, & Vega, 1988), entre las femineidades “madre-esposa” y “mujer trabajadora”, muestra la intencionalidad de cambio y agencia de las mujeres. En definitiva, tiene un impacto en los modelos de relaciones interpersonales y en la psique de las mujeres (Stahr, & Vega, 1988). Es cierto que la transgresión aún puede ser vivida como un proceso peligroso que puede suscitar temor interno y cuestionamiento externo, pero es, en los intersticios de estos conflictos, el lugar desde el cual profesionales de la salud mental podemos acompañar la búsqueda de bienestar.

Conclusiones

La salud mental, el bienestar y malestar son constructos complejos con múltiples procesos y componentes. Como se plantea desde la Psicología de la Liberación, no solo están centrados en procesos individuales, sino que responden a dimensiones sociales, históricas, políticas y económicas. En esta investigación se ha considerado de manera particular los ejes de género y cultura. Como se explica en este caso en particular, la vivencia de bienestar y enfermedad está constituida y difiere según aspectos culturales y de género, los cuales aportan en la comprensión a experiencias de violencia, desconfianza, así como de procesos de sanación.

El análisis de las nociones de bienestar y enfermedad de las mujeres de La Garita, muestra conceptualizaciones “otras”, maneras diversas de comprender y relacionarse con sí mismas, los demás y su entorno. Si consideramos la propuesta decolonial, se puede señalar que son subjetividades que han sido estructuralmente invisibilizadas y/o excluidas. Así, resulta importante resaltar que, durante las entrevistas, las mujeres narraban que preferían no hablar sobre estos temas en instituciones de salud, ya que en ocasiones anteriores las habían ridiculizado provocándoles “temor” o “vergüenza” al relatar sus experiencias. Por tanto, como profesionales de la salud mental debemos reconocer epistemologías diversas y empezar a escuchar “otras” maneras de nombrar y conceptualizar el bienestar, así como, reconocer “otras” formas de comprender las enfermedades y la sanación. Solo a través de la deconstrucción de paradigmas occidentales sobre salud

mental y el reconocimiento de la diversidad podemos empezar a reflexionar sobre nuestras propias categorías y dar pasos para la construcción de una psicología intercultural y con enfoque de género en América Latina.

Referencias

- Attardo, C. (2010). *Psicólogos y psicólogas por el cambio. ¿Por qué es importante incluir la perspectiva de género cuando trabajamos promoción de la salud? Ponencia presentada en el II Congreso de Investigación y Práctica Profesional en Psicología, XVII Jornada de Investigación y Sexto Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR*. Buenos Aires, Argentina.
- Bracco, L., & Córdova, L. (2016). Co-laborando con las mujeres de La Garita. En *Re-construyéndonos. Una experiencia de Responsabilidad Social con el centro poblado La Garita* (pp. 41-74). Lima, Perú: PUCP.
- De Sousa Santos, B. (2011). Una epistemología del sur: La reinención del conocimiento y la emancipación social: Utopía y praxis Latinoamericana. *Revista Internacional de Filosofía Iberoamericana y Teoría Social*, 16 (54), 17-39.
- Desjarlais, R., Eisenberg, L., Good, B., & Kleinman, A. (1997). *Salud mental en el mundo. Problemas y prioridades en poblaciones de bajos ingresos*. Washington, D. C.: OPS.
- Dussel, E. (2000). Europa, modernidad y eurocentrismo. En E. Lander (Comp.), *La colonialidad del saber: Eurocentrismo y ciencias sociales: Perspectivas latinoamericanas* (pp. 39-51). Buenos Aires, Argentina: CLACSO.
- Esteban, M. (2006). El estudio de la salud y el género. Las ventajas de un enfoque antropológico y feminista, *Salud Colectiva*, 2(1), 9-20.
- Fourment, K., & Padilla, K. (2016). Aprendiendo de las niñas y los niños de La Garita. En *Re-construyéndonos: Una experiencia de Responsabilidad Social con el centro poblado La Garita* (pp. 75-110). Lima, Perú: PUCP.
- Gilligan, C. (1982). *In a different voice: Psychological theory and women's development*. Cambridge, UK: Harvard University Press.
- Harding, S. (1987). Is there a feminist method? In S. Harding, *Feminism and methodology* (pp. 1-15). Bloomington, IN: Indiana University Press.
- Heise, M., Tubino, F., & Ardito, W. (1994). *Interculturalidad: Un desafío*. Lima, Perú: CAAP.
- Hernández, R., Fernandez, C., & Baptista, P. (2010). *Metodología de la investigación*. 5a. Ed. México, D. F.: Mc Graw-Hill Interamericana.
- Hogan, S. (2016). *Art therapy theories: A critical introduction*. London, UK: Routledge, Taylor & Francis Group.

- Jiménez-Domínguez, F. (2008). *Subjetividad, participación e intervención comunitaria*. Lima, Perú: Paidós.
- Lagarde, M. (1992). *Pacto entre mujeres sororidad*. Recuperado de <http://www.asociacionag.org.ar/pdfaportes/25/09.pdf>
- Lamas, M. (2000). Diferencias de sexo, género y diferencia sexual. *Cuicuilco*, 7(18), 1-22.
- Lander, E. (2000). Ciencias Sociales: saberes coloniales y eurocéntricos. En E. Lander (Comp.), *La colonialidad del saber: Eurocentrismo y ciencias sociales* (pp. 9-38). *Perspectivas latinoamericanas*. Buenos Aires: CLACSO.
- Lapan, S., Quartaroli, M., & Julia, F. (Eds.). (2012). *Qualitative research: An introduction to methods and designs*. San Francisco, CA: Joey-Bass.
- Lee Bartky, S. (1990). *Femininity and domination: Studies in the phenomenology of oppression*. New York, NY: Routledge.
- Lugones, M. (2008). Colonialidad y género. *Tabula Rasa*, 9, 73-101.
- Martín-Baró, I. (1984). Guerra y salud mental. *Estudios Centroamericanos*, 429/430, 503-514.
- Ministerio Público [Perú]. (2016). *Observatorio de Criminalidad del Ministerio Público. Oficio N°0694-2016-MP-FN-OBSERVATORIO*. <http://www.mpfm.gob.pe/estadisticas/>
- Neira, E. (2014, diciembre). *Dos formas de arder: alegorías de género y episteme poético*. Ponencia presentada en el II Congreso de Estudios Poscoloniales, III Jornadas de Feminismo Poscolonial "Genealogías Críticas de la Colonialidad", Buenos Aires, Argentina.
- OPS. (2005). *Género, salud y desarrollo en las Américas. Indicadores básicos 2005*. Recuperado de http://www.unfpa.org.br/Arquivos/genderbrochure05_spa.pdf
- Quijano, A. (2000). Colonialidad del poder, eurocentrismo y América Latina. En E. Lander (Comp.), *La colonialidad del saber: eurocentrismo y ciencias sociales: Perspectivas latinoamericanas*. Buenos Aires, Argentina: CLACSO.
- PUCP. Departamento de Psicología. (2008). *Brigadas psicológicas: Una experiencia en el camino hacia la reconstrucción*. Lima, Perú: PUCP.
- Rubin, G. (1986). El tráfico de mujeres: Notas sobre la "economía política" del sexo. En M. Lamas (Comp.), *El género: la construcción cultural de la diferencia sexual* (pp. 95-145). México, D.F.: PUEG.
- Ruiz Bravo, P. (1997). Una aproximación al concepto de género. Lima: Cedoc.
- Ruiz Bravo, P., Espinosa, O., & Cárdenas, N. (2011). *Construyendo agendas: Género y pueblos indígenas*. Lima, Perú: OXFAM.
- Scott, J. (1996). El género: una categoría útil para el análisis histórico. En M. Lamas (Comp.), *El género: La construcción cultural de la diferencia sexual*. México D.F.: PUEG
- Sisto, V., Ascorra, P., Reyes, M., González, H., & Salvo, E. (2016). Crisis de los cuidados: Familia, diversidad y bienestar. *Psicoperspectivas. Individuo y Sociedad*, 15(3), 1-9.
- Stahr, M., & Vega, M. (1988). El conflicto tradición - modernidad en mujeres de sectores populares. *Revista Márgenes*, 2(3).
- Sontag, S. (2012). *La enfermedad y sus metáforas: El sida y sus metáforas*. Nueva York, NY: Editorial Debolsillo.
- Stolcke, V. (2000). ¿Es el sexo para el género lo que la raza es para la etnicidad? Y la naturaleza para la sociedad? *Política y Cultura*, 14, 25-60.
- Theidon, K. (2004). *Entre prójimos: El conflicto armado interno y la política de reconciliación en el Perú*. Lima, Perú: Instituto de Estudios Peruanos.
- Tubert, S. (2010). Los ideales culturales de la feminidad y sus efectos en los cuerpos de las mujeres. *Quaderns de Psicologia*, 12(2), 161-174.
- Velázquez, T., Fernández, M. Z., Mejía, G., & Rivera, G. (2010 agosto). *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.
- Viveros, M. (1995). Saberes y dolores secretos: Mujeres, salud e identidad. En L. Arango, M. León, & M. Viveros (Comps.), *Género e identidad: Ensayos sobre lo femenino y lo masculino* (pp. 149-165). Bogotá, Colombia: Tercer Mundo Editores, Ediciones Uniandes y Programa de Estudios de Género, Mujer y Desarrollo.