

Bioética, feminismo y la dignidad de las “mujeres”: proceso social y cambio de valores en las terapias familiares

Mario Fausto Gómez Lamont

Universidad Nacional Autónoma de México

Resumen

El presente ensayo es un trabajo necesario que aborda de manera conceptual los planteamientos de la bioética y la psicoterapia. Esta línea de análisis expone los aportes de la bioética en las terapias familiares, donde se explican las posturas éticas que guían la relación terapeuta-consultante de algunas terapias familiares. Finalmente, se hace un acercamiento al planteamiento del feminismo y la dignidad de las “mujeres” en el campo de la terapia familiar estructural, con el fin de cuestionar los roles estereotipados en las relaciones entre mujeres y hombres que son reproducidos en la terapia. En las conclusiones se rescatan elementos importantes, se da cuenta del doble sentido de las palabras, allí donde se habían dado por supuestos los sentidos de los términos y dejan clara la persistencia de la injusticia, la desigualdad y la regresión en el seno de procesos que antes se consideraban justos, igualitarios y progresistas, además de dejar abierta la crítica de Butler ante la denominación de “mujer” y su presentación en el campo de la bioética, el feminismo y las terapias familiares.

Palabras clave: bioética, feminismo, dignidad, terapias familiares.

Abstract

This essay is a necessary work that addresses conceptually the approaches of bioethics and psychotherapy. This line of analysis exposes the contributions of bioethics in family therapy, and explains some of the ethical positions that guide the relationship between therapist and consultant of some family therapies. Finally, it addresses the feminist approach and the dignity of "women" in the field of structural family therapy, in order to challenge stereotyped roles in relationships between men and women which are reproduced alongside therapy. The conclusions rescue important elements, realizing the double meaning of words, where the senses of the terms had been taken for granted and making clear the persistence of injustice, inequality and regression within processes previously considered fair, egalitarian and progressive, and left open criticism of Butler to the designation of "woman", and its presentation in the field of bioethics, feminism and family therapy.

Keywords: Bioethics, Feminism, Dignity, Family therapy.

Introducción

El presente trabajo trata de explicar de manera general lo que es la bioética y el feminismo, así como su importancia en las prácticas en salud mental; en específico, de las terapias familiares. Debido a que las prácticas en salud en su totalidad son orientadas desde principios morales y éticos, en ellas el profesional transmite al consultante, en cada acto o conducta-comunicación su postura de cómo debe ser la vida —esto

quiere decir, que cobra sentido la amplitud del concepto: "lo personal es político" de Millet, mostrando la dificultad de poner límites entre estos ámbitos binarios (Escario, Alberdi, López-Acoto, 1994; Gómez, 2014).

Para comenzar, debemos reconocer que aquello que definimos como "terapia" en la actualidad se ha alejado del concepto original de *therapia*, esto es, por su polémico uso en diferentes tratamientos "curativos" de origen médico fármaco-bioló-

gico; sin embargo, terapia hoy en día significa una multiplicidad de intervenciones sobre el cuerpo y la mente (Outón, 2011; Lázaro, Gracia, 2006). Por lo anterior, las terapias en el campo de la psicología no son meras técnicas del cambio y modificación de la conducta, sino que también son sistemas de creencias y valores en cuanto al ser humano, lo normal y lo aceptable, ya que los profesionales de la psicología dedicados a la clínica, quienes actualmente y frente al modelo económico neoliberal, ven su intervención inclinándose más hacia la eficiencia y eficacia del cambio conductual con una utilidad económica, por ende, van perdiendo de vista la dignidad y los valores humanos (Fernández y Ley, 1999). Por lo tanto, cada tipo de terapia psicológica ha de verse como susceptible a los principios morales y éticos del profesional de la salud, quienes, por lo general, ajustan la ideología de la persona al modelo de terapia que creen conveniente, sin otorgar una terapia que vaya acorde a las necesidades reales del consultante.

Por otro lado, la *psiquis* (o alma, espíritu, mente y deseo) desempeña un papel determinante en el objeto de estudio de la psicología y sus derivados tecnológicos, como las terapias familiares, las cuales tienen como objetivo mantener a los miembros de una familia en un estado “sano”, o por lo

menos minimizar el sufrimiento y discapacidad, una vez que la enfermedad o cualquier dolencia afectiva aparece.

Por eso el enfoque bioético da a conocer la complejidad de las relaciones que los humanos desarrollan con su medio, por lo que son necesarios unos “lentes” epistemológicos como los de la bioética para que las prácticas psicológicas sean sensibles al reconocimiento de sistemas dinámicos de poder, opresión y marginación (Fernández y Ley, 1999), conectados simultáneamente al fenómeno social de la enfermedad, los enfermos, los deberes y los valores en las prácticas en salud dirigidas hacia mujeres y hombres de cualquier etnia, raza, clase social, religión, orientación, práctica sexual y ciclo vital (Butler, 1998).

De este modo, las tareas de las terapias familiares incluyen factores diversos que determinan o influyen en el sistema de relaciones entre mujeres y hombres de diversas edades, generaciones y orientaciones sexuales. Los pioneros de este tipo de terapias descubrieron, describieron e inventaron las regularidades que nacen de las diferentes funciones de la comunicación como un determinante de la salud y la enfermedad mental, así como de la preparación del hombre y la mujer

para una vida “sana”, modificando estilos, estructuras y reelaboración de sistemas de valores en función de su salud mental (Eguiluz, 1998).

Al hablar de valores, concepciones, puntos de vista, juicios y sistemas de opiniones, se habla de la moral, la cual puede ser definida como normas creadas intersubjetivamente y que obedecen a procesos y contextos en las diferentes experiencias humanas en las que están inmersas actualmente nuestras sociedades.

Reconocer la variedad de experiencias de vida que existen lleva a cuestionar el fácil recurso de la *generalización y neutralidad* del lenguaje con el que se estructuran los valores en los planteamientos morales. Cuando las mujeres y otros grupos minoritarios (como las disidencias sexuales, por ejemplo) entran a formar parte del cuadro de la moral generalizada y normativa, ya sea como objetos de la investigación de las ciencias sociales o como investigadoras o sujetos de moral, se tambalean los paradigmas establecidos, porque los grupos minoritarios descubren diferencias allí donde antes habían dominado las “similitudes”, perciben disonancia y contradicción allí donde reinaba la uniformidad, se dan cuenta del doble sentido de las palabras allí donde se habían dado por supuestos los sentidos de los términos y dejan

clara la persistencia de la injusticia, la desigualdad y la regresión en el seno de procesos que antes se consideraban justos, igualitarios y progresistas (Barbieri, 1992).

Lo anterior nos lleva a cuestionar los actuales códigos morales que estereotipan ciertas formas de vida, violentando mediante la imposición de una identidad que troque la singularidad y subjetividad de muchas personas. ¿Por qué el término moral es importante cuando planteamos problemas relacionados a la ética y a la bioética? Porque la palabra ética viene del griego *ethos*, que significa costumbre. La palabra moral viene del latín *moris* que también significa costumbre. Por lo tanto, etimológicamente ética y moral significan lo mismo; las dos palabras se refieren a las costumbres, o mejor dicho, a la conducta humana establecida en una época o una región. De acuerdo con esto, la ética sería el estudio de las costumbres. Sin embargo, esta definición debe ser vista con mayor profundidad (Gutiérrez, 2006).

Uno de los mayores intereses de la ética es el estudio de la bondad o maldad de la conducta humana; además, la ética es un criterio que sirve a los humanos para orientar y elegir su propia conducta (Gutiérrez, 2006). Por su parte, la bioética se define como el “estudio sistemático de la

conducta humana en el área de las ciencias humanas y su análisis a la luz de valores morales” (Fernández y Ley, 1999). Por otro lado, de acuerdo con la Real Academia de la Lengua Española, bioética se define como “la aplicación de la ética a las ciencias de la vida.” Sin embargo, y aunado a estas definiciones, será necesario que revisemos los planteamientos de forma más profunda.

Desarrollo de los planteamientos de la bioética y la psicoterapia

Todas las relaciones que el ser humano establece con el medio tienen una connotación psíquica individual y colectiva. A este proceso lo podremos ver como una acción psicológica, planteada desde el eje de que cualquier actividad, acto o conducta puede producir cambio en el aparato psíquico de otro ser humano, ya sea a nivel social, grupal o individual, de manera consciente o no, pero siempre influenciada por elementos psicológicos como la memoria y los afectos conducidos desde una moral (Fernández y Ley, 1999).

La moral es concebida como un proceso y punto de partida para dichas relaciones; es decir, se trata de un concepto relacional que a su vez genera un acto “performativo” (Butler, 1998), una conciencia social que cuenta con una capacidad

de penetrar en todas las esferas de la vida; sus principios y valores influyen a nivel político, profesional, económico, pedagógico, médico y social en general (Gutierrez, 2006).

Los principios, ideales y valores son influenciados por la acción psicológica de las diversas actividades del humano, al igual que el proceso de elección moral y el acto moral ante situaciones concretas de la vida. Por lo tanto es un proceso circular, que tiene un punto de inicio que se retroalimenta con su medio para volver a reproducirse. Por poner un ejemplo, un terapeuta puede tener por ideal de condición femenina la maternidad, confinando a todas las mujeres con las que tenga contacto, consultantes o no, a ser consideradas como “seres para otros”. Sin embargo, la educación, tanto formal como informal, refuerza ese ideal, por lo que el ideal del terapeuta no se encuentra aislado, sino que se conserva y se perpetúa a través de la educación femenina.

En cuanto a las prácticas en salud, los postulados morales de una sociedad influyen y están determinados por el modo de vida del profesional (de ahí que sea importante reconocer el aprendizaje situado que contextualiza las condiciones culturales en las que se incorporan las creencias y los

actos), que ante su formación, encarnará en sus actos sus creencias acerca de lo bueno, lo malo y lo correcto, por lo que cada actividad de intervención dirigida a la salud tiene su acción psicológica o ajuste a los principios morales, ideales y sistema de valores de la población (Escario, Alberdi, López-Acoto, 1994; Gómez, 2014).

Salud y moral se encuentran en constante interacción y en una relación de interdependencia por la connotación Bioética-Psicología y Terapia; es evidente en la medida en que ambas influyen en el estudio de la conducta humana, la cual es la dimensión general de un fenómeno psicológico individual (Fernández y Ley, 1999) en tanto vía para la puesta en práctica de la moral.

Los principios éticos y morales son necesarios en todos los ámbitos de la vida humana. Ahora bien, si nos enfocamos en el estudio particular de cuestiones como la clonación, la ecología, los animales y vegetales genéticamente modificados, las relaciones médico-paciente, tenemos que hablar de bioética. La bioética abarca problemas relacionados con la moral y los valores en todas las profesiones relativas a la salud (salud ocupacional, control natal, salud pública, etc.), así como en las investigaciones médicas y del comportamiento (Tannahill, 2008).

Los principios éticos y morales son especialmente necesarios en esta época de crisis de valores trastocados por el modelo económico neoliberal, en el que el ser humano actúa buscando el máximo provecho personal a costa de violar los derechos colectivos e individuales, codificándolos en insusceptibles de un precio. Asimismo es necesario, a través de esta reflexión en cuanto a la ética y la moral, tomar conciencia de la responsabilidad sobre nuestros deberes como profesionales de la salud (Tannahill, 2008). De acuerdo a lo expuesto, cada profesional de la salud, en este caso el/la psicólogo/a o psiquiatra que se dedica a la terapia familiar, debe ser responsable en cuanto a sus deberes, atendiendo no solo a su consultante, sino al bienestar social y colectivo en el que surge el proceso salud-enfermedad con una mirada sensible a las intersecciones como el género, la etnia, la clase social, la orientación sexual entre otras (Butler, 1998).

En este sentido las terapias son sistemas de creencias y valores en cuanto a cómo deben ser los seres humanos, en cuanto a lo normal y socialmente aceptable, atendiendo diversos desajustes, etc. Dichas terapias exigen un comportamiento ético. Algunas pueden tener un fin utilitario (económico, eficacia inmediata y utilidad social); algunas son de enfoque humanista dando

importancia a la dignidad y la autonomía de la persona y suelen ser individualizadas, de larga duración y a menudo costosas.

Lo primero que debemos reconocer es el conflicto existente entre las posturas éticas de las terapias, debido a su respectivo enfoque.

Enfoque utilitario - Terapias Breves (Bertrando, 2011; Bertrando, Toffaneti, 2004)

El utilitarismo es consecuencialista y contractualista, es decir, juzga la moralidad de un acto exclusivamente por referencia a lo que se sigue de él. El utilitarismo es además hedonista, esto es, considera buenos los estados placenteros conscientes y malos los dolorosos, por lo que busca maximizar el placer y reducir el dolor. Su forma administrativa se resuelve con la fórmula Costo-beneficio. Estas terapias tienen principios económicos de eficacia inmediata y utilidad social.

Enfoque humanista: Individualidad - Terapias Analíticas (Bertrando, 2011; Bertrando, Toffanetti, 2004).

La dignidad y la autonomía de la persona. El principio de autonomía se refiere básicamente al derecho de los pacientes y participantes en inves-

tigaciones biomédicas a ser correctamente informados acerca de la intervención que se les propone, sobre todo en cuanto a su naturaleza, objetivos y riesgos, así como a decidir libremente si se someten o no a ella. El principio de beneficencia exige del terapeuta la realización de actos conducentes a promover la salud del consultante. El principio de no maleficencia enfatiza la necesidad de no causar un daño al consultante. El principio de justicia ordena una distribución equitativa de los recursos sanitarios disponibles entre las personas que los necesitan. Los cuatro principios mencionados anteriormente tienen el mismo valor. Ello significa que el terapeuta siempre tiene el deber de respetarlos, excepto cuando entran en conflicto entre sí. En este caso, sólo las circunstancias pueden establecer un orden jerárquico entre ellos. La característica del procedimiento de este tipo de terapias, se encuentra en el nivel individual y ocasionalmente de larga duración, y regularmente costosas. Conflicto entre la eficiencia individual *versus* autonomía y dignidad del paciente.

Visión integradora de los modelos: Dialógica (Bertrando, 2011; Bertrando, Toffanetti, 2004)

La terapia al servicio de las personas. Su objetivo principal es el no hacer que la persona se ajuste a tal o cual enfoque, sino adecuar la terapia al paciente, pues "cada paciente es único", de ahí que su función sea complementaria y la prioridad sea la persona.

La perspectiva clínica de la salud mental (Bertrando, 2011; Bertrando, Toffanetti, 2004).

No sólo es la consideración e identificación de estados mentales generados por condiciones neurológicas o bioquímicas, sino la interpretación desde la relación con la totalidad de la persona, sus intenciones, deseos, esperanzas, así como su historia personal (homeostasis).

Los aportes bioéticos a las terapias familiares

Existen ciertos criterios dentro de la bioética que son de utilidad para orientar la toma de decisiones concretas sobre la conducta humana a lo largo de toda la vida, por lo que también cuenta

con creencias sobre la realidad, y el lugar o función del ser humano en la sociedad. Entonces, un profesional de la salud debe conocer los niveles o los tipos de criterios que orientan su conducta y su influencia en la actividad psíquica del consultante, y no deberá usar los criterios religiosos para intervenir, sin importar sus preferencias en cuestión de fe; sin embargo, esto no quiere decir que el consultante no pueda recurrir a un ministro religioso (Perales, 2015).

En cuanto a los aportes bioéticos a las terapias familiares, tenemos la confidencialidad paciente-profesional. En esta etapa se informa al paciente que en la relación paciente-terapeuta todo lo que diga o emita esta salvaguardado por el derecho de confidencialidad, que sólo en caso extremo de peligro para otra persona o para él o ella misma, podría pasarse por alto. Frente a la necesidad de cuestionarse la aplicación de principios ante un conflicto entre las premisas de confidencialidad *versus* ruptura de la confidencialidad, el requisito insalvable es el de investigar para tener coherencia, y establecer prioridad entre principios (Suazo, 2015).

Pero, ¿qué son los principios? Son expresiones de valores éticos fundamentales para la integridad

del ser persona y para su bienestar existencial y comunitario, al igual que universales en su aplicación. Da cuenta de la validez de las normas morales y criterio normativo para calificar o juzgar si una norma se aplica correctamente en determinada situación, bioética personalista, otorgan dirección y guía en la práctica profesional, dan validez y criterio para su aplicación en casos concretos (Suazo, 2015).

En el caso de las terapias familiares su proceso de análisis bioético está relacionado a las interrogantes conectadas a preguntas tales como: ¿Cómo debe ser un matrimonio?, ¿de unión estrictamente entre un hombre y una mujer?, ¿la "familia" existe sólo cuando un hombre y una mujer tienen descendencia? Derivado de ello surgirán otras interrogantes relacionadas al divorcio y el celibato, al comercio sexual femenino y masculino, a la hetero, la homo y la bisexualidad, así como a las llamadas "perversiones sexuales", etc. Junto a estos dilemas debe plantearse el problema de la maternidad forzada y elegida, la paternidad como responsabilidad y goce, la adopción, la negativa a reproducirse, la maternidad asistida, el filicidio, la venta y tráfico de niñas y niños, por nombrar algunas problemáticas de la bioética en el campo de las llamadas terapias familiares. Ante la definición y mantenimiento del sistema "familiar", los tera-

peutas pasan por alto el valor moral individual de "mujeres", hetero, homo y bisexuales, niñas, niños y hombres discapacitados que, incluso, en sus teorías no son nombrados (Eguiluz, 1998; Barbieri, 1992).

Cualquier tipo de terapia debe estar basada en el principio de dar atención a un ser humano en particular y en dignidad, ya que no es posible y no debe ser aceptado adaptar a la persona a la terapia. Una visión clínica amplia interpreta los estados mentales en relación a la totalidad de la persona y no como sucesos generados por mecanismos cerebrales, considerando las intenciones de la persona, esperanzas, y deseos, así como su historia personal.

A continuación describiré los aportes bioéticos a las terapias familiares:

Existencial

Es el inicio del encuentro entre profesional y consultante; implica significados y valores de la cultura, existiendo elementos de juicio en el tema salud-enfermedad. Aplica conceptos éticos sobre preguntas como: ¿Qué es la salud, enfermedad y cura?, ¿qué es lo normal y lo anormal?, ¿qué es la mujer?, ¿qué es el hombre?, ¿qué deberes tienen en relación uno con otro?, ¿qué modelos de diag-

nóstico clínico se utilizarán?, además de incorporar a ellas sistemas de valores del bien común individual y del mal colectivo. Es una etapa importante, ya que la dolencia expresa su contenido, ideas, memorias, conductas, valores con implicaciones éticas, que el consultante presenta como una persona de gran complejidad (Fernández y Ley, 1999).

Formal

Se caracteriza por el énfasis en las normas. El profesional se pregunta: "¿Por qué considerar una acción correcta buena, o una acción como deber?" Busca razones que puedan justificar sus propias evaluaciones. Esta es la dimensión objetiva, en la que el profesional analiza con precisión y rigor, lo que forman parte del contenido de los códigos éticos y sus implicaciones sobre las actividades de cuidado (¿por qué los hombres no se involucran en las actividades de cuidado?). En este contexto, el profesional se pregunta: ¿Por qué el control del comportamiento en determinadas circunstancias? ¿Por qué la confidencialidad? ¿Cuándo o por qué podría violarse la confidencialidad? Los códigos bioéticos pueden entrar en conflicto con el profesional: se espera que cada norma moral esté

apoyada por argumentos convincentes, y aunque todos los códigos tienen preámbulos, los preámbulos no siempre se aplican (Bertrando, 2011).

Filosófica crítica

En ella existe la necesidad de cuestionar la experiencia conflictiva, en la que diversas normas se oponen unas a otras, haciendo referencia a los principios, pero sin explicar los mismos. Los principios son valores éticos fundamentales para la integridad de la persona para su bienestar y existencia comunitaria, y son de aplicación universal, permitiendo convivencia y desarrollo pleno de la persona en comunidad. Sirven como criterio para aplicar una norma a una situación concreta (Rosen, 2012).

El principio de beneficencia

Cuidar y preocuparse por el bienestar del consultante y abstenerse de hacerle daño, ofreciendo prioridad al paciente con cuidado y confiabilidad. Si esto no existe, la relación no se da. Para detectar si este principio está presente es conveniente preguntarse: ¿Es la acción propuesta un beneficio para el o la consultante? ¿La intervención atenta a los intereses del o la terapeuta? ¿Se inspira el o la terapeuta en la benevolencia hacia él o la consultante o se motiva por la satisfacción personal?

Frente al cuidado de un consultante, en sus circunstancias, ¿el o la terapeuta sabe diferenciar si la propuesta o intervención es en beneficio del o la consultante o beneficia al terapeuta? Cuando él o la terapeuta se desempeña en ámbitos oficiales o criminalísticos por ejemplo, ¿para quién trabaja o en beneficio de quién?, ¿de la sociedad, de su ámbito profesional, o del o la consultante?, ¿cómo puede priorizar este orden?, ¿cuáles son los valores humanos y sociales operativos de la terapia en cuestión? (Nussbaum, 2008).

Principio de justicia

Distribución de recursos escasos y acceso a la justicia; cada día, las instituciones públicas o privadas hacen recortes justificando dicha acción por limitación de recursos, afectando así el acceso a los mismos, desafiando y contradiciendo el principio de beneficencia (Rosen, 2012).

Principio de autonomía

Es el principio nuclear de la transacción del consentimiento informado. Es importante porque restaurar la autonomía muchas veces afecta o define el problema mental. El profesional debe decir la verdad al consultante y acoplar el principio de autonomía al de beneficencia para saber

cómo decir y hacer con responsabilidad. Los principios deben estar al servicio del consultante (Bertrando, 2011).

Personalista

Se sustenta en el personalismo, una filosofía de la existencia humana en la cual los principios anteriores encuentran su razón de ser. La ética tiene que ver con el modo de ser persona, como un recurso.

Dignidad de las mujeres y el feminismo en las terapias familiares

El primer problema para la aplicación de los aportes de la bioética en el campo de las terapias familiares se relaciona con el enfoque de la política pública multiculturalista que surge en Estados Unidos; este modelo de pensamiento social de reacción frente a la uniformización cultural es un término polisémico que suele aludir a la variedad de culturas en una sociedad, así como a la necesidad de poseer igualdad de posibilidades para desarrollarse social, económica y políticamente con armonía, según sus tradiciones étnicas, religiosas e ideológicas (Stanford Dictionary, 2010).

Su origen se sitúa en la apertura del gobierno estadounidense hacia los migrantes desplazados de Europa. Tras la aprobación de la Ley de Personas Desplazadas en 1948, las autoridades estadounidenses concedieron aproximadamente 400,000 visas a inmigrantes. La terapia familiar americana apoyada por las políticas públicas de sanidad y antiobscenidades de ese momento histórico, tuvieron como objetivo principal facilitar la adquisición del desarrollo de capacidades, destrezas de adaptación a la nueva situación en la que se encontraban estas familias migrantes a través de las clínicas de seguimiento infantil que se construyeron para tales fines (Bertrando & Toffanetti, 2004).

El modelo estructural de terapia familiar, edificada inicialmente en la escuela para niños de Wiltwyck, e implementada tiempo después en la Clínica de seguimiento infantil, fue construida inicialmente sobre el modelo de familia nuclear desarrollada por Talcott Parsons, para explicar la vida de las familias pobres y migrantes de distintas culturas. En vez de orden, reglas e intimidad (las características de la buena familia burguesa), estas familias mostraban roles mal definidos, recompensas y castigos que llegan a los hijos de manera caótica e imprevisible (Bertrando, Toffanetti, 2004).

El paradigma de Parsons y el apoyo inicial de la política multiculturalista les proporcionó por lo menos una clave para interpretar la estructura y distribución de las funciones típicas de la familia. El resultado de este apoyo tanto intelectual como estatal culminó en la obra *Families of the Slums*, en la que justificaban la división sexual del trabajo, que producía y reproducía una forma estereotipada de los roles familiares (Bertrando, Toffanetti, 2004).

Hay además otro aspecto infravalorado. Salvador Minuchin (el investigador principal) ha realizado un trabajo tremendo con las familias pobres y negras en las que la madre recibía la ayuda social y el hombre estaba desempleado. El objetivo era obtener una mayor integración del hombre en la familia. Estos hombres no tenían poder y los terapeutas tendían a apoyarlos. A veces pienso que si el gobierno hubiese dado más ayudas a esos hombres, la terapia de Minuchin habría podido desarrollarse de otra forma (Haley en Simon, 1992, pág. 78).

La adhesión a las ideas de Parsons y el multiculturalismo traerá consigo, en los años siguientes, las críticas de las autoras feministas. Esta crítica del movimiento feminista sobre las terapias famil-

iares fue la línea patriarcal en la que se conforma la intervención "matrimonial", en la que se tiende a idealizar los roles y tradiciones morales de los deberes fundamentados en la división sexual del trabajo, así como la tendencia a reprobar a las madres y a idealizar a los padres; también explicaría la publicación de artículos donde atribuyen explícita o implícitamente la responsabilidad de las "patologías" familiares y/o de los hijos e hijas de familias en terapia, a las madres. Esto lleva a la desvalorización de las dimensiones bioéticas y políticas de las mujeres en las terapias familiares (Walters, Carter, Papp, Silverstein, 1991).

Es aquí donde reside el interés de analizar la categoría de la dignidad de las mujeres en las terapias familiares, por lo que es fundamental el concepto filosófico de la dignidad humana, idea que ha sido especialmente destacada por el filósofo alemán Kant (1980). Según este, los seres humanos se merecen un trato especial y digno que posibilite su desarrollo como personas. En este sentido, afirma Kant, el hombre es un fin en sí mismo, no un medio para usos de otros individuos, lo que lo convertiría en una cosa. Los seres irracionales, como los animales, pueden ser medios para, por ejemplo, la alimentación; en cambio la existencia de las personas es un valor absoluto y, por ello, son merecedoras de todo el

respeto moral, mientras que la discriminación, la esclavitud, etc., son acciones moralmente incorrectas, porque atentan contra la dignidad de las personas.

Sin embargo, la crítica feminista ha encontrado segregadora y sexista la mirada de este autor, debido a que para Kant la mujer representa, dentro de la naturaleza humana, el fundamento del contraste entre las cualidades bellas y las nobles, y el sexo masculino se afina con su trato, pero no a la inversa (Nussbaum, 2008).

La categoría *dignidad* la hemos leído continuamente debido a que es el centro del discurso moderno de los derechos humanos; sin embargo, cuando nos acercamos al concepto filosófico de la dignidad, esta se torna un tanto diferente, pues existen autoras que nombrarán a la "dignidad" como un concepto vacío y redundante, mientras otros dirán que es una noción de la que sólo el hombre puede hacer uso mediante la razón; por otra parte, hay quienes afirman que el respeto a las personas significa reconocer sus derechos, su capacidad de autodeterminación y su dignidad ante la ley. Dignidad, por lo tanto, significa alguna bondad de nosotros mismos, algo con un valor

indiscutible, escrito y encarnado en la ley natural de la convivencia entre mujeres y hombres (Nussbaum, 2008).

Entonces, ¿en qué radica la dignidad para el feminismo? Si su sujeto político es la “mujer”, ¿se enfocaría en el ser “mujer” o en algo anterior? Quizá habría que preguntarnos antes: ¿qué es “dignidad”?

Dignidad es un vocablo que indica una apreciación, una valoración de algo o de alguien. La dignidad depende de “algo” intrínseco, profundo, propio de uno, independientemente de si los otros ven o no ven ese “algo” (hay evidencia histórica de que a las mujeres se les atribuye un concepto diferente de dignidad, que tiene que ver con un comportamiento específico). Sin embargo, en el discurso actual, el concepto ha cambiado radicalmente. La dignidad radica en el poseer (mejor, en el ser) algo que merece, por sí mismo, amor, respeto, justicia; un sujeto de derecho por el simple hecho de ser persona. Algo que radica en el sujeto digno, y que no puede ser despreciado sin faltar a la verdad (cuando no descubrimos o incluso negamos el valor de la persona digna) y a la justicia (cuando no la tratamos del modo que merece ser tratada) (Rosen, 2012).

Cuando se habla de “dignidad”, por lo tanto, no se habla de funcionalidad, de utilidad, ni de la contribución que alguien ofrece en un sector de la vida social. La dignidad no radica en la productividad, ni en la riqueza, ni en las cualidades físicas que otros puedan individuar en la persona digna como símbolo de estatus. Ser digno no depende, por lo tanto, de motivos externos. De lo contrario, y bien ejemplificado por Rubín (1975), serían los hombres con mayor jerarquía los que atribuyan a la dignidad de cualquier sociedad por medio del intercambio de mujeres como objetos, cuyo valor es enfocado en la virginidad, castidad, docilidad, domesticidad, obediencia y belleza como atributos de la dignidad de las mujeres ofrecidas para el matrimonio (como un regalo precioso en la actualidad) y el vínculo social. Por lo tanto, las mujeres en algunas sociedades aún son vistas como mercancías que resuelven los pactos de la masculinidad a través de aquella noción clásica de dignidad.

Entonces formulemos nuevamente la pregunta: Si el feminismo refiere a la “mujer” como su sujeto político, ¿en qué radicaría la dignidad de la “mujer”? Y más aún, ¿cómo hacer visible la dignidad de la “mujer” o de las “mujeres” en las terapias familiares? Una posible respuesta nos dirá que en su condición femenina, en su identidad

sexual, en su apertura a la maternidad, en las posibilidades laborales que el mundo moderno ofrece a su libre opción. Esto, sin embargo, no es propio o exclusivo de la “mujer”, pues también se dan estas características en otras identidades, sin que por ello sean atributos exclusivos de la dignidad —sin embargo, sí suelen ser invisibilizados en todas las prácticas en salud mental (eso incluye a las terapias familiares).

Entonces, ¿cuál es la respuesta? Quizá tendríamos que reconocer que la dignidad de la “mujer” radica en su ser persona, humana. Es decir, su dignidad no viene por su femineidad, sino que precede a esa ficción de femineidad misma, que funda y explica (erróneamente) su valor en tanto mujer. Eso explicaría lo expansivo del pensamiento de De Beauvoir cuando se refiere a que “no se nace mujer, se hace”. Lo que indicaría la condición estructurada de la “mujer” ante reglas que la anteceden y siguen imponiendo una dignidad enfocada al estatus, en vez de enfocarla en la existencia humana misma (Butler, 1997).

Por lo mismo y en contra de una dignidad basada en el estatus, la dignidad humana configura el suelo sólido de cualquier ley o forma social, de cualquier costumbre o modo de vivir y de actuar en la sociedad, lo que daría un giro de 360° al mul-

ticulturalismo y a la mirada cibernética de los principios de las terapias familiares. Siempre hay que respetar y defender la integridad física y psicológica, y los demás derechos, de todas las “mujeres” del planeta, precisamente porque son dignas, porque lo merecen.

Desde esa idea común de dignidad humana, es claro que el respeto se extiende a todas las posibles formas de vivir como “mujeres” en relación con los hombres, al igual que con otras mujeres, así como diferentes condiciones de vida, marcas de clase, raza, orientación sexual, ubicación geopolítica, entre algunas otras. El pluralismo de las situaciones no es, por lo tanto, un obstáculo a la común dignidad. Existen, es cierto, muchos modos de ser “mujer”: la “mujer” puede ser soltera, casada, con hijos, embarazada, con trabajo, en paro; puede ser policía, presidenta, tener estudios sólo de primaria o enseñar en una universidad; puede encontrarse en la cárcel o dictar sentencias en un tribunal. En cada situación, la dignidad es la misma en tanto que se comprende como ser humano (Nussbaum, 2008).

Esta idea de la dignidad quizás sea problemática por la dificultad de definirla y operacionalizarla; tal vez, incluso, se le pueda sustituir con otro concepto que no sea tan redundante. Sin embargo, a

pesar de todo esto, no se le puede ignorar, pues la dignidad da origen al discurso moderno de la moral enfocada al respeto humano (Rosen, 2012).

También se podría decir que al grupo social denominado “las mujeres” se le ha negado ser visto y tratado como fuente de valor o dignidad. Dicha negación ha tomado dos formas principales: una doctrina histórico-filosófica que califica a las “mujeres” como inferiores a los hombres, y un conjunto de prácticas que no reconocen ni mucho menos respetan la dignidad de aquellas. El sello androcéntrico del concepto “dignidad” es innegable, y sería incorrecto suponer que es meramente accidental: es reflejo de una cultura más amplia de exclusión y des-humanización.

Conclusiones

Los deberes actuales dentro del campo de la bioética, el feminismo y las terapias familiares recaen en el análisis crítico de sus categorías epistemológicas, las cuales atentan contra la noción de dignidad de las “mujeres” y de las minorías poblacionales. Asimismo y dado que el polémico concepto *dignidad* servirá como eje articulador de este y futuros análisis (el cual, en este breve ensayo, centré en algunos elementos de su origen y sus usos). Vimos que a pesar del amplio uso que

se hace de este concepto, existen fuertes acusaciones por su falta de claridad y de cierta arbitrariedad moral, las cuales merecen una discusión profunda sobre la relevancia y pertinencia del concepto de dignidad.

Un punto que no se debe pasar por alto es aquella categoría de análisis que fue transversal en la discusión; me refiero al de “mujer”. Tanto el feminismo como las terapias familiares y la bioética han generado en sus escritos representaciones políticas que legitiman las características de lo que es una “mujer”. Sin contemplar que la representación es la función normativa de revelar y de distorsionar lo que es “verdadero” acerca de la “mujer”. Por ejemplo, en el campo de las terapias familiares, en el libro *Terapia no convencional*, Haley (1980) generaliza la participación de la “mujer” en el ciclo vital de la familia, clasificando sus actos en: periodo de galanteo, el matrimonio y sus consecuencias: el nacimiento de hijos y el trato con ellos, dificultades matrimoniales del periodo intermedio, entre otros. En este tenor, el autor atribuye “habilidades” que necesita desarrollar la “mujer” para cumplir el *telos* del ciclo vital de la familia, entre ellos los modelos de conducta de cortejo, modo de hablar, vestimenta, gustos por la

música, etc., sin mencionar que ese mismo sujeto “mujeres” ya no se comprende en términos de estabilidad y permanencia.

Además, los terapeutas familiares pierden la noción de su involucración en los sistemas jurídicos de poder que producen a los sujetos que van a representar; no se actualizan sus intervenciones y siguen reproduciendo los mismos valores morales. Resulta que ese sujeto compartido por las terapias familiares, el feminismo y la bioética, se encuentra construido por el mismo sistema político del que pretende emanciparse o curar.

Por lo que, siguiendo el pensamiento de Butler (1997), no es suficiente inquirir acerca de cómo hacer para que las “mujeres” alcancen una mayor representatividad en el lenguaje, las terapias y en la política: pareciera que en cada intervención del feminismo, incluso el que se ha asociado con las terapias familiares con códigos bioéticos, tratan de revisar si existe una identidad común de “mujer” que posee atributos de generalización, sin distinguir la raza, clase social, orientación sexual, condición de salud, entre otras.

La respuesta contundente ante la generalización de la identidad y la experiencia de la “mujer” es el patriarcado como único atributo universal que

produce la experiencia común de sumisión de las “mujeres”, y es el que menos se ha explorado en las intervenciones terapéuticas con grupos familiares. La especificidad de lo femenino está “descontextualizado” y el patriarcado universal está presente: “Para referirnos al terapeuta hemos usado el género masculino sólo a fin de evitar complicaciones y confusiones lingüísticas” (Boscolo, Bertrando, 2008., pp. 13). Por lo que lo masculino no emprende complicaciones ni confusiones.

Lo que entraña un dilema más grande a resolver en próximos ensayos: ¿hasta qué punto la categoría de las “mujeres” desde el universal patriarcal, adquiere estabilidad y coherencia sólo en el contexto de la matriz heterosexual? ¿Y cómo se ve reflejado en los trabajos de los terapeutas familiares?

Referencias

- Bertrando, P.; Toffanetti, D. (2004). *Historia de la terapia familiar*. Paidós: Barcelona.
- Bertrando, P. (2011). *El Terapeuta dialógico*. Pax: México.

- Barbieri, T. (1992). Sobre la categoría de género. Una introducción teórico- metodológica, pp. 147-178. *Revista Interamericana de Sociología*, VI (2-3).
- Butler, J. (1997). Sujetos de sexo/ género/ deseo. *Feminaria*. Año X, N°19, junio. Buenos Aires. pp. 1- 20.
- (1998) "Actos performativos y constitución del género: un ensayo sobre fenomenología y teoría feminista". *Debate feminista*, año 9, vol. 18, octubre de 1998: 296-314.
- Escario, P.; Alberdi, I.; López-Acoto, A. (1994). *Lo personal es político. El movimiento feminista en la transición*. Instituto de la Mujer: Madrid.
- Eguiluz, L. (1998). *Historia de los pioneros y las escuelas de terapia familiar en México*. Psicología de la Familia. México. AMAPSI.
- Fernández O., P., Ley R., F. F. (1999) Psicología de la salud y bioética. *Cuadernos de bioética*, 1999/4.
- Gómez, M. (2014). "Una habitación propia: Aportes del feminismo a la terapia de pareja." *Psicoterapia y Familia*. Año 2014, Vol. 27, no 2. pp. 48- 69.
- Gutierrez, R. (2006). *Introducción a la ética*. Editorial Esfinge.
- Haley, J. (1980). *Terapia No Convencional*. Ed. Amorrortu.
- Hoffmanm L. (1987) "La dinámica de los campos sociales y La segunda cibernética", *Fundamentos de la terapia familiar*, FCE: México, pp. 45-71.
- Lázaro J.; Gracia D. (2006) La relación médico-enfermo a través de la historia. *An Sist Sanit Navar*. 29 (Supl. 3), pp. 7-17.
- Perales, A. (2015). "Bioética, Violencia Política y Salud Mental." En: Álvarez, J.; López, S. *Ensayos sobre ética de la salud: Aspectos Sociales*. UAM Xochimilco.
- Kant, E. (1980). *Fundamentación de la metafísica de las costumbres*. Traducción de Manuel García Morente. Edición digital basada en la 6a ed., Espasa-Calpe: Madrid.
- Rubin, G. (1986). "El tráfico de mujeres: notas sobre la economía política del sexo". *Nueva Antropología*. Vol. VIII. No. 30. pp. 95-145
- Rosen, M. (2012). *Dignity. Its History and Meaning*. Cambridge, Mass.: Harvard University Press. pp. 1-62.
- Simon, R. (1992). *One on One: Conversations with the shapers of Family Therapy*. Family Therapy Network-Guilford Press: Nueva York.

- Stierlin, H. (1997). *El individuo en el sistema*. Barcelona: Herder.
- Nussbaum, M. (2008). "Human Dignity and Political Entitlements". *Human Dignity and Bioethics: Essays Commissioned by the President's Council on Bioethics*. The President's Council on Bioethics. pp. 351-80.
- Suazo, M. (2015). "Enseñanza de la Bioética". En Álvarez, J.; López, S. *Ensayos sobre ética de la salud: Aspectos Sociales*. UAM Xochimilco.
- Tannahill A. (2008) *Beyond evidence-to ethics: a decision-making framework for health promotion, public health and health improvement*. Health Promotion International, 23(4):380-390.
- Outón, M. (2011). "Éthos médico y techné", en Chapela y Contreras (Coord.) *La salud en México*. Colección Pensar el futuro de México, DCBS, UAM-X. México. pp. 35-49.
- Okin, S. (2006). *¿Es el multiculturalismo malo para las mujeres?* Traducido por María
- Cristina Irurita Cruz, disponible en: <http://genero.univalle.edu.co/pdf/multiculturalismo.pdf>.
- Walters, M.; Carter; Papp, P.; Silverstein, O. (1991). *La red invisible: pautas vinculadas al género en las relaciones familiares*. (Cap. 1: Hacia una perspectiva feminista en la terapia familiar.) Barcelona: Paidós.