

## MESA REDONDA: Al hilo de las políticas en salud sexual.

Moderada por D<sup>a</sup>. M<sup>a</sup> Luisa García Berrocal  
Creación Positiva

### Cómo la perspectiva feminista aumenta nuestra capacidad terapéutica.

**D<sup>a</sup>. Ana Távora Rivero**

Psiquiatra, psicoterapeuta y coordinadora del E.S.M. de Santa Fe (Granada).

Profesora asociada de la Facultad de Medicina, profesora de la Unidad de Docencia y Psicoterapia con el programa Género y Salud Mental, profesora del Experta en Género de la Universidad de Granada y de la Universidad de Oviedo.

Integrante del Instituto de Estudios de la Mujer de la Universidad de Granada y miembro fundador de la Asociación para el Estudio de Temas grupales, sociales e institucionales. Pertenece a la Red de Profesionales sanitarios del Estado Español (CAPS) y es integrante del Observatorio de salud de las Mujeres del Ministerio de Sanidad y Políticas Sociales.

Presentó su intervención diciendo que hablaría sobre de las **capacidades de las profesionales para ayudar a la gente para que cambie**, entendiendo la **psicoterapia como crear un espacio donde poder cambiar**. También explicitó que se iba a centrar en la intervención con mujeres.

Empezó con la pregunta sobre **¿qué características tiene que tener una relación con las mujeres que vienen a consultarnos para que esta relación sea una relación terapéutica?**, planteando que lo primero es que estamos hablando de una relación. También situó su intervención partiendo de dos modelos teóricos, siendo uno la psicología social y el otro la perspectiva feminista.

Desde la **psicología social** incluyó tres ideas clave. Citando a Pichon-Riviere, planteó la enfermedad como una cantidad de sufrimiento que el sujeto no puede soportar, siendo un sufrimiento que se está generando en las relaciones que la persona está teniendo. Así, **la mujer enferma porque sufre y sufre porque tiene una forma de relacionarse consigo misma, con otras personas y con la vida que genera altos niveles de sufrimiento**. Planteó que para poder trabajar estaríamos obligadas a creernos esa afirmación, y que en la práctica la mayoría de profesionales tenemos problemas para pensar que la (nuestra) manera de relacionarnos pueda llegar generar tal nivel de ansiedad que den lugar problemas de salud. Otra idea es que **la forma en que nos relacionamos tendría mucho que ver con el tipo de necesidades que tenemos**. Así, sufrimos cuando nos relacionamos y nos relacionamos a partir de nuestras necesidades, añadiendo en este punto la idea que ya planteó en jornadas anteriores, sobre **la necesidad de ser queridas**.

Se trata entonces de que, cuando estamos en consulta con las mujeres, estas maneras que ellas traen de relacionarse y que les han originado un problema de salud, puedan transformarlas en el trabajo con nosotras. Uno de los elementos claves que van a tener para ese cambio será la relación con nosotras y nosotros, y por tanto nos vamos a ver obligadas a pensar cómo son nuestras propias relaciones. Es decir, que cuando queremos trabajar con las usuarias qué aspectos de sus relaciones les están produciendo un problema de salud, **tenemos que haber trabajado previamente, y al menos haber identificado, cuáles son nuestros principales conflictos para que eso no pueda estar interfiriendo continuamente en el trabajo con ellas**. Ese primer nivel, incluyendo solo la psicología social, nos obligaría a **plantearnos cómo nos relacionamos para luego, en el trabajo con las mujeres, poder ser vehículos para enseñar nuevas formas de relacionarse**.

Al añadir a este primer planteamiento la **perspectiva feminista**, las profesionales estamos **obligadas a pensar o a elaborar** determinadas **ideas sobre nosotras mismas, sobre las mujeres, sobre los hombres, y sobre nuestros conflictos con el poder**. Para ilustrarlo plantea una conversación reciente sobre parejas en la que la mujer es “dejada” porque el hombre se va con una mujer más joven, observando que las críticas se orientan a menudo hacia esa mujer joven, por ejemplo nombrándola despectivamente, y de que eso es algo que no podemos hacer desde la perspectiva feminista. Al mismo tiempo, difícilmente podremos trabajar con las mujeres sobre el poder para decidir con quién se acuesta, si tenemos obstáculos o conflictos claros con el poder. Y difícilmente podremos hablar de lo importante y de lo bien que se está con una misma si nos da pavor estar solas. Igualmente tendremos que elaborar, de-construir, re-significar, recuperando ideas planteadas en las ponencias anteriores en estas mismas jornadas, una idea sobre el amor de pareja. Es decir, van a aparecer conceptos que vamos a tener que tener trabajados, porque en la consulta las mujeres van a construir su identidad, en gran medida, por lo que les pase a ellas con nosotras, y tienen que poder sentir que nosotras tenemos esos temas resueltos.

Desde ahí, y retomando el título de la ponencia, **la perspectiva feminista amplía nuestra capacidad terapéutica**, y la amplía **porque la concreta**. Si desde la psicología social puedo ver que lo que me enferma es una forma de relacionarme, al añadir la perspectiva feminista puedo ver que lo que me enferma es una forma subordinada de relacionarme. Y eso, al concretar una forma de relación, permite y organiza mucho mejor lo que sería el trabajo del cambio. **Si nuestro objeto de indagación en la consulta ya era saber qué está pasando en las relaciones, al incorporar la perspectiva feminista vamos a mirar qué de esas relaciones se está produciendo en un contexto de subordinación**. Si lo que queremos es ayudar a las mujeres a que puedan cambiar la manera en que han construido sus vínculos, sus identidades, sus subjetividades, en primera instancia vamos a estar atentas a qué pensamos de nosotras mismas, de las mujeres, y de los hombres.

Una vez presentadas la psicología social y la perspectiva feminista, quedaba **cómo integrar los dos modelos teóricos**, faltaba ver como este vínculo subordinado se construye sobre la necesidad básica de que “te quieran”. Diferentes investigaciones demuestran que la necesidad de ser queridas por el otro, en muchas mujeres, se convierte en la fuente motivacional del vínculo. Presentó la idea de **vincularme con el otro porque necesito que me quieran, no que me reconozcan**. En el ser reconocida se puede seguir siendo una misma, y en cambio para ser querida hay que dejar de serlo para que el otro te dé lo que entiendes que puede darte. Habría una renuncia a ser lo que tú eres, que se origina en que **el vínculo se organiza en función de que el otro te dé lo que tú entiendes que te falta**, y si hay cosas tuyas que crees que puedan dificultar eso, entonces la anulas. Afirma que todos y todas necesitamos que nos reconozcan, y que ser queridas sería algo más alienante.

Esa necesidad de sentirse querida se convierte para muchas mujeres en un organizador interno y un organizador externo. Hablamos de organizador interno cuando, **en la medida que te sientes querida, te valoras a ti misma como sujeto**, lo que Nora Levinton llama la “narcisización del apego”. Sería el caso de muchas mujeres que vienen a la consulta y dicen que tienen el ánimo muy inestable, y eso tiene que ver con que lo que organiza internamente el propio estado emocional son los mensajes que van llegando del exterior, que son variables. Hablamos de organizador externo cuando **en la medida que siento que me quieren estoy más activa**, por ejemplo tener más ganas de salir ahora que tengo novio.

La satisfacción de la necesidad de ser querida es a la vez también llave para otras necesidades, fundamentalmente de autonomía, de desarrollo personal y de seguridad básica. Al incluir la perspectiva feminista el equipo de la ponente vio que además de trabajar con las mujeres la importancia de la necesidad de que te quieran, había que ver también como se había realizado el proceso de separación-individualización. **Muchos de los problemas que tienen las mujeres en la consulta tienen que ver con que no han hecho esa distancia entre el otro y una misma**, lo que Celia Amorós define como “el recorte subjetivo del otro y de ti”. A lo que la ponente añadió, “y que corra el aire”. Es el caso de no poder soportar que la otra persona no esté de acuerdo con una, la necesidad de su apoyo para darle valor a lo que una misma dice. Explica que la vivencia de ese proceso de separación es dolorosa, y la ilustra con la imagen de una tirita que se ha pegado en una herida. Desde estos planteamientos, cuando trabajamos con las mujeres cómo construyen la forma de relacionarse, habría que estar atentas a cómo está presente esa necesidad de ser querida, que va a ser distinta en cada mujer. Y habría que ver hasta qué punto se ha podido dar esa separación, **hasta qué punto hay un yo definido, que pueda hacerse cargo de lo que piensas, de lo que sientes, (...)**

Para acabar planteó posibles instrumentos para que en el trabajo con las mujeres pudiéramos ayudarlas a transformar esas formas de relacionarse, que se podrían llamar por un lado subordinadas y por otro lado no saludables, a partir de **reflexionar juntas, profesional y paciente**. Propuso, desde un contexto de encuentro, cada una con sus saberes, ver juntas **cuáles son los principales conflictos y cuáles son también los instrumentos que facilitan los cambios**. Habrían distintas paradas con distintas señales en las que pararse y prestar atención:

- ✓ Como está influyendo lo que hemos llamado “vínculo subordinado”. Prescindiendo del término, el tema sería **cuánta fantasía se tiene acerca de lo que te puede dar el otro**, que incluye el-los-la-las. En definitiva, cómo se está elaborando la experiencia del vacío. Por mucho que te quiera alguien, no te va a dar todo lo que necesitas. El otro es el otro, tú eres tú, y el otro no está para cubrirte las faltas a ti. Hay que trabajar con las mujeres que un otro no te va a dar lo que ni tú misma sabes lo que es, y que estamos obligadas también a elaborar que hay una falta básica, un vacío, que no te va a llenar nadie, y que se trata de vivirlo bien.
- ✓ Trabajar lo que tiene que ver con **los conflictos con otras mujeres**. Principalmente lo referido a las cuestiones narcisistas: la comparación con otras, la envidia, la rivalidad.
- ✓ El **amor de pareja**, sobretodo hablando de parejas heterosexuales pero no solo. El tema del amor es a menudo una coartada para no hablar del intercambio en la pareja, de lo que me da y de que le doy, que conviene concretar.
- ✓ Los **obstáculos de muchas mujeres en el tema del poder**, como a menudo tener poder produce un cuestionamiento de “lo femenino”.

Financiada por



Secretaría de Plan Nacional sobre el Sida

Con la colaboración de



Secretaría de Plan Nacional sobre el Sida



Secretaría de Plan Nacional sobre el Sida

## Subjetividad sexual y VIH en la consulta médica.

### D. Fernando Villaamil Pérez

Sociólogo y antropólogo social. Doctorado en el Departamento de Antropología Social con la tesis "Homosexualidad", comunidad gay y producción de la normalidad en torno al sida, Ha sido profesor en la Universidad Pública de Navarra y Postdoctoral Fellow en el Departamento de Antropología de la Universidad de Berkeley. Actualmente es profesor en el Departamento de Antropología Social de la UCM. Ha llevado a cabo la investigación "*la promoción, en el ámbito hospitalario, de prácticas más saludables entre las personas que viven con VIH*".

La ponencia presentó aspectos sobre cómo se está interviniendo en temas de sexualidad en las consultas de VIH, partiendo de una investigación hecha en la Comunidad de Madrid y financiada por el Instituto de Salud Pública, sobre qué se estaba haciendo en consulta en lo referente a la promoción de la salud, prevención y adhesión al tratamiento. La intervención se centró en lo referente a lo que se conoce como prevención positiva, en qué es lo que pasa y no pasa en la consulta, y en reconducir la pregunta inicial y poder problematizar una situación que, en los resultados de la investigación, no aparecía como problemática para los agentes implicados, o al menos no mayoritariamente. Para esta investigación se entrevistaron, fundamentalmente, a pacientes y médicos/as en unidades de Atención Especializada, faltando conocer mejor estos aspectos en la Atención Primaria.

De los datos de la investigación, la cuestión planteada como principal había sido **qué entienden personal sanitario y pacientes por prevención del VIH**. Haciendo referencia a la intervención de Montse Pineda, el ponente la definió, más allá de impedir que pase el virus de un cuerpo a otro, como un proceso social con muchas más cuestiones implicadas, y señaló que habría que empezar por dar valor a aquello que ya se está haciendo en consulta en este sentido más amplio. A la pregunta **¿se habla en consulta?**, habían visto que se habla poco, tanto el personal médico como los/as pacientes coincidían en un mismo retrato de la situación. Médicos/as contestaron que se habla intensivamente cuando se diagnostica, y que después "queda a demanda de cada paciente". Por su parte, pacientes afirmaron haber hablado de sexualidad al principio, después escasamente o nunca, pero no lo señalan como problema. A la pregunta **¿Por qué no se trata en las consultas "normalizadas"?**, planteó tres aspectos sobre el porqué se ha normalizado esta ausencia de la sexualidad de los/as pacientes en las consultas. En parte se debería a temas de carácter estructural, la carga asistencial es un aspecto que, a pesar de sus dimensiones y de los esfuerzos observados por parte del personal médico para sobrellevarla, no explica por sí sola el fenómeno. Por otro lado señaló la rutinización del tratamiento de VIH, la consulta suele consistir en la lectura de las analíticas y la revisión de algunos indicadores, con algunas excepciones. Por último, y para entender todo eso, planteó que conviene observar el núcleo de lo que ocurre en consulta, y propuso para entenderlo el contraponer los conceptos *caso* y *persona*. **El caso se refiere a un cuerpo, fundamentalmente un cuerpo biológico, un organismo, unas pruebas biológicas, la prueba física de todo ello es una carpeta. Frente a eso se puede hablar de la persona, el sujeto, que no es sólo un organismo, tiene un cuerpo que es vivido, que es experimentado, un cuerpo puesto en relaciones sociales, al que le pasan cosas en relaciones sociales, y en el que a menudo incide muy potentemente un diagnóstico de VIH.**

Planteó que la prevención se construye sobretudo según el modelo del caso, que por otro lado es aquello en que las/os médicas/os tienen un saber experto, y es donde actúan legítimamente. Sobre **¿qué y cómo se habla en consulta?**, en esas primeras consultas, había habido mucha coincidencia en decir que se habla de información básica, datos epidemiológicos, cómo se

transmite, cómo no se transmite, como manejar el VIH en la vida cotidiana, y eliminar miedos y ansiedad, fundamentalmente entendidos como falta de información. Las/os pacientes valoraban esas consultas como muy productivas y tenían un muy buen recuerdo.

El problema planteado fue que de las más de cuarenta personas entrevistadas como pacientes, **muchas habían tenido prácticas de riesgo de las que no hablaban con su médica/o**, y también **muchas se habían sentido profundamente impactadas por el diagnóstico**. Algunas, por ejemplo, habían estado 15 años sin tener relaciones sexuales, otras buscaban parejas de su mismo sero-estatus, otras tenían que negociarlo cada vez,... diversidad de situaciones que mostraban que el diagnóstico de VIH había supuesto la necesidad de elaborar estrategias, y tampoco de eso habían hablado en consulta. De ahí la afirmación de que **el VIH tiene un impacto duradero y cambiante en la sexualidad de las personas con VIH, incluido (incluso particularmente) en las personas que mantienen prácticas seguras**. ¿Cómo es que de esto no se habla en consulta?

Enseñó recomendaciones contradictorias de Organismos Internacionales que planteaban por un lado separar información de counselling, centrando éste en el-la paciente, y, por otro lado, planteaban que las sesiones no debían verse distraídas por problemas de los/as clientes no relacionados con el VIH. Afirmó que es un **recorte apriorístico de la realidad**, entendiendo el riesgo como actos sexuales mecánicos, que tienen que ver con pasar el virus de un cuerpo a otro, y no con la persona, dejando al sujeto totalmente descartado. Sería el caso, por ejemplo, de dejar fuera de la consulta el tema de si un hombre joven gay está o no en el armario, cuando esto es crucial para entender su capacidad para determinar lo que pase en una relación sexual.

Para entender que este modelo funciona en consulta, y no genera conflicto, planteó, en términos del construccionismo social, la existencia de un proceso previo de socialización y enculturación en el trato con la autoridad, con el/la médica/o y con el sistema sanitario en general. Así, **personal médico y pacientes parecen haber incorporado un conjunto de expectativas y modos de actuar** que afectan a aspectos como la relación adecuada con el/la médico/a, o qué es legítimo tratar en consulta. Un ejemplo fue la observación de como las/os médicas/os hablaban de buenas/os pacientes por la capacidad de incorporar sus recomendaciones hasta el punto de llevarlas adelante sola/o, hacer las preguntas relevantes, y de malas/os pacientes cuando alguien se consideraba demasiado resistente, siempre daba problemas, tenía demasiada información, miraba demasiado internet, y habiendo también un tercer modelo que era maniático/a, que generaba más bien conmiseración. Señaló la probable existencia detrás de esas actitudes de hábitos incorporados, en la relación con la-el médica/o y también en otros contextos, una actitud reverencial hacia el-la médico/a, que se podía relacionar con la clase social. La-el buen-a paciente tendía a ser alguien con formación media-superior, una cierta relación con el saber, etc.

**¿Qué dijeron las personas con VIH?** Aunque a la mayoría no les causaba ningún problema, presentó como interesantes algunos casos. Uno de los entrevistados sí planteó a su médico/a un problema relacionado con la sexualidad, concretamente el no poder mantener una erección, sintiendo que éste era un aspecto que podía comentar cuando esta persona llevaba 14 años sin tener relaciones sexuales. Otra persona dijo haber intentado hablarlo, pero al ver que el-la médica/o se violentaba, dejó pasar el tema y decidió hablarlo con amigas en un contexto más natural. Otra respuesta fue "para qué decirlo si no me va a entender"; En el caso de una mujer que tenía sistemáticamente relaciones sin protección con un hombre siendo ella seropositiva y él no, haciendo referencia también al hecho de que el-la médico/a la iba a juzgar, la iba a reñir. Otra dijo

"prefiero no contárselo", al tener una edad a la que el-la médico/a podría suponer que ya no tenía sexo. Otra persona sí lo había hablado, pero en el contexto de un "check-list", un listado de varios temas sin entrar en ninguno.

De esta manera **se van tejiendo unas redes de visibilidad/invisibilidad**, que marcan aquello que se puede hacer visible y aquello que no. En este punto planteó la necesaria existencia de recursos de apoyo como el counselling, o la formación del personal médico en estas cuestiones, ya que por el momento se puede ver como **una concepción esencialmente técnica de la intervención tiene por efecto excluir aquellas preocupaciones de las/os pacientes que no pueden formularse como dudas técnicas**. Desde luego, también se excluye todo aquello que ocurra en sus vidas que no pueda homologarse con estándar normativo de la sexualidad positiva implícito en una tal configuración de la sexualidad en consulta, aunque muchas/os médicas/as ya se plantearon y resolvieron no hacer intervenciones del tipo "reñir". Los/as pacientes por su parte, incorporan esa realidad, en la medida que no ofrecen información que anticipan que no va a ser considerada relevante o aceptable, invisibilizando ante el-la médico/a su propia experiencia de la sexualidad cuando se tiene el VIH.

Aunque no había sido el centro de la investigación, intentando dar sentido a las prácticas sexuales de riesgo que habían tenido se plantearon aspectos invisibilizados, aspectos estructurales como el propio género, tanto en masculino como en femenino. En este sentido aludió a la numerosa bibliografía de investigación social que ha insistido en la importancia del género en las relaciones sexuales y afectivas para comprender las prácticas de riesgo. También otras cuestiones estructurales y estructurantes como son la clase social, el origen étnico, inmigrante/no inmigrante, una serie de factores que tienen que ver con como organizamos las relaciones sociales dentro y fuera de la consulta, y sobre las que hay numerosa bibliografía.

Citó a Foucault, que hablaba de que si algo define a nuestras sociedades es haber tomado el cuerpo, la vida desnuda, como diana de su intervención, y de que el ejercicio del poder ya no se basa en el castigo o la vigilancia inmediata, sino en la incorporación por parte de los propios sujetos de esos mecanismos de regulación que se convierten en autodisciplinamiento. Afirmó que la prevención del VIH no tiene porqué ser un mecanismo disciplinario, aunque **entender la prevención del VIH como dar información sobre actos brutos, físicos, sí pudo convertirse en un mecanismo de disciplinamiento**, ocultando determinadas realidades, generando alienación con el propio cuerpo, convertido en contaminante y en un problema permanente cada vez que iban a tener relaciones sexuales. El diagnóstico para algunas personas supuso una crisis fuerte, y aunque para otras, en circunstancias como son el uso de drogas, no lo fue en un primer momento, puede llegar a serlo más adelante. Planteó que **la experiencia del VIH construida alrededor de este tipo de mensajes se constituye en una especie de ortopedia**, que puede llegar a ser camisa de fuerza. Por último, y desde el convencimiento de que la prevención del VIH no tiene porqué ser ni mucho menos una ortopedia, **lo contrapone con el término armazón**. Para ilustrar esta reflexión sobre ortopedia o armazón, y sobre como el diagnóstico puede ser vivido de muy diversas formas, expone el ejemplo de un hombre gay de 60 y pico años y de clase media-alta, y por tanto con una expectativa acrecentada de conformidad a la norma, para quién el diagnóstico supuso una liberación ya que a partir de ahí pudo salir del armario y disfrutar una sexualidad segura que además era normativa. Añadir al ejemplo que **los diferentes discursos no se pueden leer en clave individual, se construyen colectivamente. En la individualidad los individuos están abandonados a los discursos que predominan, que son los estigmatizantes**.

En clave de reflexión final, compartió que **la gran mayoría de los mensajes lanzados en las campañas de prevención hasta el momento, además de un fuerte sesgo de género, tienen también un sesgo seronegativo**, presuponiendo que quién lo recibe no es ni conoce a ninguna persona seropositiva. Ese es el contexto en el que es necesario re-construir la propia subjetividad, y es imposible hacerlo desde la soledad, desde el aislamiento. La situación en la Comunidad de Madrid es que hay una tendencia en Atención Primaria a que de la prevención positiva se ocupen los/las médicos/as, lo cual puede constituir una trampa en estos momentos de franca restricción, y recogiendo el comentario reciente de un médico recordó que en su momento se dio lo que se llamaba consulta de pares, señalando la necesidad de interprofesionalidad, y que la tarea no puede ser hecha solo por un tipo de profesionales, lo que al final acabaría suponiendo una prevención peor hecha.

Como segunda reflexión final, aporta el ejemplo de Penélope, que es el nombre ficticio de una de las personas a las que se entrevistaron en el estudio, una persona que en inglés se llamaría genderfucker, chico-chica, inclasificable en cuanto a las categorías de género, “divina”, joven, “fantástico”, a la que el entrevistador ya conocía de hace años. Al volver a entrevistarla, resultó que su vida no había sido tan fantástica como parecía, que la imagen que daba no era tan real. Estaba embarcada en historias de maltrato permanente, de violencia dura, que incluye violencia de pareja, del novio de su madre, y en un proceso autodestructivo patente, con probablemente algún tipo de trastorno, citando a Primo Lévi como estudioso de los campos de concentración, un muerto en vida, una persona que ha renunciado a la vida. Planteó a partir de este ejemplo una reflexión personal basada en diferentes experiencias con el bio-poder, acerca de un pequeño residuo que va quedando y que apunta a que **a pesar de que el bio-poder está muy bien también tiene su zona de sombra, una zona donde sobreviven aquellos sujetos a los que no se llega**, que si se habla de que el bio-poder es hacer vivir, podríamos decir que están dejados morir, dejados a su suerte.

**En el DEBATE** surgieron diferentes aspectos.

En relación a la intervención de Ana Távora, una participante planteó una reflexión sobre la cuestión del amor en las mujeres. En su trabajo de atención al malestar de las mujeres como enfermera de un centro de salud, plantea el tema de ser queridas y querer no como una necesidad sino como un regalo, porque la necesidad implica que no puedo estar sin, y el regalo lo plantea como una forma de ver los vínculos y afectos como algo con lo que, a lo largo de la vida, a veces se va a estar y otras veces no. Para ella usar el término necesidad, aunque lo entiende, supone una dificultad. La ponente contesta que el término necesidad a ella sí le gusta, en el marco teórico que explicó en su intervención, que situar la necesidad como fuente motivacional del vínculo a ella sí le es útil. Aclaró que esa necesidad de ser queridas no es una necesidad de las mujeres, responde a una necesidad de los hombres que hace que la sociedad cree esa necesidad en las mujeres. De ahí que las mujeres nos podamos desprender de una buena parte de esa necesidad devolviéndosela a los hombres, y de otra parte importante que puede venir de cosas que pasaron en el grupo familiar, quedándonos con la parte de la **necesidad de ser queridas como coartada para no pensar en el proceso de individualizarse**. Planteó que hay que hacer un trabajo con la necesidad para poder llegar al reconocimiento.

Una pregunta a Ana Távora a partir de la afirmación de la antropóloga Dolores Juliano sobre que las mujeres debemos perdonar a nuestras madres, planteó que si en el trabajo con las mujeres tiene importancia para ella el tema de la madre. La ponente, citando un artículo de Mari Luz Esteban y ella titulado *El amor romántico y la subordinación social de las mujeres*, disponible en internet, responde que el tema de la madre es muy importante, pero no solo la madre, también es muy importante el tema del padre, de la relación entre padre y madre. Si trabajas solo con la madre la dimensión política de la subjetividad es muy difícil trabajarla, porque te quedas solo en la relación de objeto, en la vertiente psicoanalítica. Planteó que hay que leer a las autoras que han revisado la cuestión edípica, la importancia de la madre por encima del triángulo edípico, pero luego volver al tema del padre, de la madre y el padre, y pensar también en las hermanas, la relación de los padres con otros hermanos, ampliar las relaciones que se trabajan.

Montse Pineda aportó, como toque de atención sobre la realidad en la que estamos trabajando, el testimonio reciente de un chico que en la primera consulta de VIH después del diagnóstico preguntó a su médico en Barcelona sobre cómo funciona el VIH, y obtuvo la respuesta de que no tenía tiempo para eso, que lo preguntara en la asociación que lo había enviado. Invitó al público a imaginarse si además de esa pregunta le habla de que su sexualidad está construida en base a modelos de género o temas similares.

Ana Távora preguntó a Fernando Villaamil si él tiene alguna idea sobre cuáles podrían ser los principales miedos de las/os profesionales para que no intervengan de otras maneras, como prejuicios, miedo a meterse en temas de los que los que luego no sepan salir. A lo que él respondió que eso último, los/as médicos/as intervienen en aquello en que están legitimadas/os, siguiendo el modelo del “caso”, y hay una inseguridad en salirse de ese lugar, la percepción de un riesgo. Hay también una falta de herramientas.

Intervino una mujer del público resaltando el tema de la intervención exclusivamente biologicista por parte del personal médico, partiendo de la idea del miedo por la falta de formación, a lo que Fernando respondió retomando la idea del enculturamiento, de como todas nosotras nos hemos enculturado, a lo largo de años de desarrollo profesional el-la médico/a ha desarrollado una forma de ver y una forma de actuar, y eso no lo podemos dejar de lado.

Organiza: **CREACIÓN  
Positiva**

Financiada por



Con la colaboración de

