

244
Zej

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

"GÉNERO FEMENINO Y SALUD MENTAL:
UN NUEVO ENFOQUE DENTRO DE LA PSICOTERAPIA"

TESIS
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:
MIRIAM ZAYALA DÍAZ

DIRECTORA DE TESIS: ALMA PATRICIA PIÑONES VÁZQUEZ

MEXICO D.F. 1995

FALLA DE ORIGEN



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

"No basta con adaptarnos a una sociedad que cambia en la superficie y permanece idéntica en la raíz. No basta imitar los modelos que se nos proponen y que son la respuesta a otras circunstancias que las nuestras. No basta siquiera descubrir lo que somos. Hay que inventarnos."

"El Eterno Femenino"
Rosario Castellanos

DEDICATORIAS

A la mujer, pero especialmente a aquellas mujeres que se han atrevido a cuestionar, a luchar, a denunciar, a romper esquemas, a enfrentarse con la angustia de ser ellas mismas. Para esas mujeres toda mi admiración y respeto.

A mi niña de los ojos azules

A Rubén y América con mi más profundo cariño, por todo lo que he recibido de ustedes y porque han hecho de mi la mujer que soy ahora.

A la memoria de mis abuelos
Richar, Ángel y León.

A Claudia y Mariela, por su apoyo y amor incondicionales.

A Anel, porque siempre tienes para mí el mejor abrazo, la palabra más cálida, la risa más limpia. Gracias por todas las horas compartidas.

A César y Licha,
porque siempre han representado
en mi vida cariño, protección y ejemplo.

A Paulina, mi compañera de
angustias, éxitos y fracasos.
Porque ya estas escrita
en el libro de mi vida.

A Tomi, Mauricio y Aurora.
con amor absoluto.

A Flor, Ángeles, Martha y Olga,
más que amigas, hermanas entrañables.

A todos mis amigos y amigas que
han estado cerca, con quienes he
compartido momentos inolvidables.

AGRADECIMIENTOS

A Pati Piñones,
porque te debo no sólo la realización
de este trabajo; sino también por
ayudarme, con amorosa paciencia,
a llevar a cabo esta difícil labor
artesanal de hacerme mujer.

A la Universidad Nacional Autónoma
de México, mi Alma Mater.

A Fatima Flores, Asunción Valenzuela,
Pati Bedolla e Irma Lorentzen por su
buena disposición y por mostrarme
un excelente modelo de la mujer
profesionista que puedo llegar a ser.

INDICE

PÁGINA

RESUMEN

INTRODUCCIÓN

CAPITULO I

1

EL DEVENIR FEMENINO

1. NATURA VS. NUTRITURA

4

2. EL DESARROLLO PSICOSEXUAL DE LA FEMINIDAD

8

A) LA MUJER DESDE LA TEORÍA PSICOANALÍTICA

8

B) LA MUJER DESDE LA TEORÍA FEMINISTA

20

3. LAS DIFERENCIAS SEXUALES MIRADAS DESDE LO SOCIAL

28

A) EL SIGNIFICADO CULTURAL DE HABER NACIDO MUJER

31

CAPÍTULO II	36
MUJER Y SALUD MENTAL	
1. MUJERES: HEREDERAS DE UN PASADO DIFÍCIL	38
2. MODELO IMPERANTE DE SALUD MENTAL FEMENINA	46
3. HISTERIA Y DEPRESIÓN: MAL DE MUJERES	55
A) EL FENÓMENO HISTÉRICO	55
B) EL SÍNDROME DEPRESIVO	58
4. LA COTIDIANIDAD VUELTA ENFERMEDAD	61
CAPITULO III	68
PSICOTERAPIA PARA MUJERES	
1. EL SEXISMO DENTRO DE LA PSICOTERAPIA	70
2. HACIA LA CONSTRUCCIÓN DE UN NUEVO MODELO DE SALUD MENTAL PARA MUJERES	78
A) LA HISTERIA COMO PROBLEMA DE VALORACIÓN NARCISISTA	81

INDICE

B) LA DEPRESIÓN: SÍNTOMA DE RESISTENCIA	84
C) MODELO ANDRÓGINO	86
D) MODELO TENSIONAL-CONFLICTIVO	87
3. EL FEMINISMO COMO ENFOQUE TERAPÉUTICO	89
CONCLUSIONES	102
LIMITACIONES Y PROPUESTAS	112
BIBLIOGRAFIA	116

RESUMEN

El presente trabajo está conformado por tres áreas temáticas que son: género femenino, salud mental y psicoterapia. Dentro del tema de género femenino se analizó el desarrollo de la subjetividad femenina y para esto se revisaron los conceptos de sexo y género, así como los vínculos existentes entre las diferencias biológicas y el comportamiento genérico. Así también se analizó el desarrollo psicosexual de la feminidad desde las teorías psicoanalítica y feminista, para finalmente revisar desde una perspectiva antropológica/social la conformación de la feminidad. Con respecto al tema de salud mental femenina, se presentó en primer lugar un breve repaso histórico centrado en los cambios que ha sufrido la condición femenina a través del curso de los siglos; posteriormente se analizó el modelo imperante de salud mental y la forma en la que éste concibe los malestares psicológicos femeninos. Finalmente se presentaron las consecuencias psicológicas que tienen en las mujeres sus condiciones cotidianas de vida, específicamente el desempeño de los roles tradicionales de esposa, madre y ama de casa. Referente al tema de la psicoterapia para mujeres, se analizó cómo dentro de las prácticas tradicionales de salud mental y específicamente dentro del espacio psicoterapéutico, se hallan involucradas prácticas sexistas que actúan en detrimento del servicio profesional que se le pueda prestar a las mujeres. Posteriormente se revisaron algunas propuestas dirigidas a crear un nuevo modelo de salud mental para mujeres, a través de la deconstrucción de la forma tradicional de concebir la salud mental femenina y su reconstrucción. Finalmente se examinó la propuesta que hace el Modelo Feminista acerca de la conceptualización, análisis y tratamiento de los malestares psicológicos femeninos. A través de todo lo anterior se concluye en primer lugar, que el pertenecer al género femenino o masculino, no es sólo un hecho biológico, sino que involucra además aspectos psicológicos y sociales, con consecuencias de amplio espectro a nivel económico, político, cultural, etc.; en segundo lugar, que particularmente en el caso del género femenino la sociedad le ha atribuido al cuerpo de la mujer un significado especial que ha servido para justificar la conformación de su subjetividad, su rol social y su lugar subordinado; en tercer lugar que la forma en la que el actual sistema médico concibe la salud mental de las mujeres se halla estrechamente ligada con el desempeño de los roles tradicionales y la exhibición de características naturalmente femeninas, cuando en realidad el que las mujeres se adhieran a estas normas es lo que las pone en peligro de enfermar; en cuarto lugar, que es necesario introducir dentro del ejercicio psicoterapéutico una visión de género que les brinde a los sujetos la posibilidad de reflexionar y analizar la interacción existente entre género, poder y sociedad, para que puedan sentir, pensar y actuar en consecuencia.

INTRODUCCIÓN

Una gran cantidad de investigaciones psicológicas, antropológicas y sociales han enfatizado consistentemente el hecho de que hombres y mujeres deben ser considerados/as anatómicamente, social y psicológicamente diferentes. Nacen diferentes, se socializan de distintas formas y por lo tanto su subjetividad queda conformada de manera divergente. Sin embargo, en la actualidad no existe un modelo de salud mental exclusivo para la mujer, ni se encuentran dentro de la formación profesional de los/as terapeutas espacios específicos donde se les enseñe a concebir diferencialmente a una paciente femenina de uno masculino.

De igual manera, el movimiento feminista ha permitido develar la discriminación social, política, económica, etc. de la que han sido objeto las mujeres a lo largo de la historia de la humanidad; lo que ha generado un movimiento importante dentro de la Psicología. De esta manera, se ha puesto en evidencia hechos como el uso de estereotipos de género dentro del ejercicio psicoterapéutico y la inclusión, dentro del espacio psicoterapéutico, del sistema de valores personales del/a terapeuta. Sin embargo, en la actualidad no existen espacios que permitan a los/as psicólogos/as descubrir, revisar y erradicar las ideas estereotipadas que tengan acerca de los géneros; así como tampoco se les ha capacitado para manejar adecuadamente los problemas psicológicos femeninos derivados de la discriminación social a la que han sido sometidas las mujeres.

La necesidad de visualizar con mayor claridad, en primer lugar, los problemas psicosociales que enfrentan las mujeres por el simple hecho de nacer como tales dentro de una sociedad patriarcal; en segundo lugar, la manera en la que afecta la

INTRODUCCIÓN

salud mental de las mujeres estas condiciones de vida, y por último la forma en la que tradicionalmente se maneja esta problemática, constituyen el motor que pone en marcha la construcción del presente trabajo; desde el cual se pretenden analizar las cuestiones ya planteadas, así como sugerir vías alternas de búsqueda de soluciones.

CAPÍTULO I

EL DEVENIR FEMENINO

CAPITULO I

EL DEVENIR FEMENINO.

Como el nombre del capítulo lo señala, este apartado analiza el desarrollo de la subjetividad femenina, desde diferentes perspectivas mediante la confrontación y la integración de estudios llevados a cabo en las áreas biológica, psicológica, social y antropológica/social.

De esta manera, se muestran primeramente las aportaciones que diversas/os autoras/es han hecho al respecto de la dicotomía naturaleza-crianza, en relación a los conceptos de sexo y género, para poder entender el vínculo que existe entre las diferencias biológicas de los sexos y el comportamiento genérico que exhibe cada uno de ellos.

Posteriormente se analiza el desarrollo psicosexual de la feminidad desde las teorías psicoanalítica y feminista, las cuales al surgir como contrapuestas, enriquecen considerablemente el análisis del tema desde un punto de vista psicológico.

Para terminar, se plantean aquellos factores que contribuyen a la formación de lo femenino, se analiza el género desde una perspectiva antropológica, exponiendo diferentes teorías e investigaciones, donde el punto de partida para estudiar a la mujer se halla en su status social inferior. Para finalizar con una revisión del significado cultural que reviste el hecho de nacer mujer

Todos los seres humanos han nacido como individuos únicos, diferentes a todos los demás, sin embargo comparten con sus congéneres el formar parte de una sociedad. De tal manera que, aunque cada persona sea en sí misma un individuo diferente, introyectará al igual que todos los de su grupo, las mismas consignas y determinaciones dictadas por la estructura social. El proceso por medio del cual se individualizan e introyectan las normas generales que dicta dicha estructura, se conoce como socialización (Solís, 1991).

El proceso de socialización comienza con el nacimiento. El vínculo que establece el infante con su madre marca el inicio y la evolución de sus relaciones sociales (Spitz, 1965), posteriormente vendrán el padre, los/las hermanos/as, el resto de la familia, la escuela, el grupo religioso y los medios masivos de comunicación. Estos participarán también en dicho proceso conformando, transmitiendo, manteniendo y perpetuando una serie de valores, creencias y actitudes acerca de lo que se espera de este sujeto socialmente. De esta manera, con base en un conjunto de normas sociales el individuo regulará su comportamiento y juzgará la conducta de los demás.

Una de las primeras exigencias de la socialización, a la que es sometido el infante es la rotulación que se le hace al momento de nacer, por medio de la cual se le identificará como perteneciente al género femenino o masculino. A partir de ese momento se le ubicará con respecto a este dato y se le hará depositario de todo un discurso cultural que contendrá las ideas que dentro de una sociedad existen, acerca del comportamiento a seguir por ese cuerpo identificado como masculino o femenino (Bleichmar, 1985).

Es así como se marca la distinción más grande entre los seres humanos: la división de géneros, la cual se convertirá a su vez en la identificación más importante que posea el sujeto, ya que le proporciona el sentimiento de pertenecer a una categoría grupal. Sin embargo, desde ese momento también comenzará a gestarse una diferencia que más tarde y como consecuencia del proceso de socialización se convertirá en discriminación (Flores, 1989), ya que de esta atribución se derivarán un conjunto de estereotipos, según los cuales cada persona debe ser criada, educada y tratada de acuerdo a sus características anatómicas, es decir, que según su sexo; cada cual llegará a ser lo que por naturaleza debe ser. A este respecto, han surgido un grupo de investigaciones que han tratado de discernir la relación existente entre lo anatómico, lo cultural y lo psicológico, para la conformación de la masculinidad/feminidad.

1. NATURA VS. NUTRITURA¹

Las primeras diferencias significativas entre hombres y mujeres surgen indudablemente de sus características sexuales, sin embargo de ahí se desprenden una serie de propiedades genéricas que poco tienen que ver con lo anatómico. Es en este punto donde los conceptos de sexo y género se entrecruzan, resultando primordial distinguir las diferencias entre ellos.

De esta manera para Katchadourian (1979) el término sexo hace referencia "al macho o a la hembra como seres determinados por características estructurales y funcionales, así pues, el sexo es un hecho biológico que por lo común

¹"Natura Vs Nutritura": Naturaleza contra Crianza.

tiene una presencia imperante entre los seres humanos y una dicotomía que es mutuamente excluyente: una persona es macho o hembra y sólo debe ser una cosa o la otra" (p.16). De esta manera, la Identidad sexual de una persona es sinónimo de su designación biológica e inequívoca al sexo femenino o masculino.

De la misma forma, para este autor, la Identidad genérica es una característica fundamental de la personalidad, la cual incluye factores cognoscitivos y afectivos, directamente relacionados con la evaluación que hace una persona de sí misma y de los demás, como adecuada para su condición de hombre o mujer. Es decir, que para Katchadourian el concepto de Identidad genérica lleva implícito componentes psicosociales importantes, relacionados con la sexualidad.

De estos dos términos desliga el autor además el concepto de rol sexual o genérico, el cual está determinado por el sexo, y se halla compuesto por rasgos sexuales biológicos (sentimientos, comportamientos e impulsos relacionados con el estímulo gonádico) y por rasgos sexuales sociales (funciones diferenciales y componentes de la personalidad que caracterizan a los dos sexos dentro de un contexto social).

Por otro lado, R. Stoller (citado en Katchadourian, 1979) señala que "la palabra sexual tendrá connotaciones de anatomía y fisiología. Obviamente esto deja sin cubrir enormes áreas del comportamiento, sentimientos, pensamientos y fantasías que están en relación con lo sexos y que sin embargo no tienen, primariamente, connotaciones biológicas. Es para algunos de estos fenómenos psicológicos para los que debe emplearse la palabra género: podemos hablar del sexo masculino o del sexo femenino, pero también podemos hablar de la

masculinidad y femineidad sin hacer necesariamente referencia a la anatomía o a la fisiología (...). Las dos esferas (sexo y género) no se ligan inevitablemente (...) sino que pueden funcionar casi de manera independiente" (p.30).

Es así como para Stoller, el género al estar vinculado íntimamente con lo psicológico y lo sociocultural, se aleja definitivamente de lo biológico, manifestándose como un conjunto de rasgos de personalidad aprendidos dentro de una cultura como adecuados a la condición de femenino o masculino.

Bleichmar en 1985, cuestiona las definiciones dadas para los conceptos sexo y género y aclara que "bajo el sustantivo género se agrupan todos los aspectos psicológicos, sociales y culturales de la femineidad/masculinidad, reservándose sexo para los componentes biológicos, anatómicos y para designar el intercambio sexual en sí mismo" (p.38).

El género para esta autora es una categoría compleja que comprende:

a) *la atribución del género*, que hace alusión a la rotulación del ser humano al momento de nacer, como hombre o mujer partiendo de sus características anatómicas, alrededor de la cual la sociedad se ubicará, emitirá una serie de juicios y comportamientos estereotipados para la crianza adecuada de ese individuo.

b) *el núcleo de la identidad genérica*, que se explica por el sentimiento o la autopercepción de pertenecer a un sexo y no a otro ("soy niña" o "soy niño"). Este conocimiento por parte del infante proviene de dos fuentes principalmente: uno, de la percepción de la anatomía y fisiología de sus órganos genitales y, dos de la actitud de padres, hermanos/as y sociedad en general en relación al género del niño/a.

c) *el rol de género*, que se refiere al "conjunto de expectativas acerca de los comportamientos sociales apropiados para las personas que poseen un sexo determinado" (p.43). Estos comportamientos están prescritos socialmente y definen funciones para el hombre y la mujer, como propios o naturales dependiendo del género.

Por último Money (1982), al estudiar las biografías de sujetos hermafroditas, consideró a la identidad de género como la experiencia particular que resulta de desempeñar un rol genérico, siendo a su vez éste la manifestación pública de la identidad. Así, llegó a la conclusión de que la asignación de sexo, pudiendo ser ésta equivocada, confusa o modificada, representa de manera definitiva sinónimo de crianza, ya que esta asignación llevará al niño/a a confrontarse diariamente con su calidad de varón o hembra.

Este autor concluye que los datos correspondientes al hermafroditismo humano indican que la predisposición prenatal para la formación de una identidad de género, es probablemente insuficiente por sí sola y precisa de una historia social.

De acuerdo con lo anterior, se puede afirmar que no es lo mismo sexo biológico e identidad de género. El sexo, salvo raras excepciones, es claro y constante; mientras que el género, que socialmente se basa en la anatomía de las personas, supone además formas determinadas de conducta, las cuales no son universales e inmutables. Por lo que se debe aceptar que las características conocidas como "femeninas", no pueden ser vistas ya como el destino ineluctable de las mujeres; sino más bien como el resultado de un proceso complejo que se construye individual y socialmente y que involucra hechos tanto biológicos, psicológicos como culturales (Lamas, 1986).

La categoría género no niega las diferencias biológicas entre los sexos, sino que explica la relación entre éstas y lo sociocultural, ayudando a su vez a abandonar definitivamente las posiciones biologistas, que niegan por completo la importancia del proceso de socialización. Por lo tanto, resulta claro así que no se puede hablar de destino biológico, es necesario conjuntar lo biológico, lo social y lo psicológico para poder estudiar al ser humano.

2. EL DESARROLLO PSICOSEXUAL DE LA FEMINIDAD.

Desde diferentes posturas psicológicas, infinidad de teóricos/as e investigadores/as han tratado de explicar como es que "no se nace mujer: llega una a serlo" (Beauvoir, 1989b, p.15). Actualmente el campo de las teorías psicológicas acerca de la feminidad, puede dividirse principalmente en dos áreas de investigación: la de los/as "analistas", predominantemente freudianos/as cuyo punto de vista es intrapsíquico; y el área de los/as "feministas", quienes tienden hacia una orientación sociocultural (Howell, 1981a). De esta manera, se exponen a continuación las ideas que desde estas orientaciones formularon diversos/as autores/as, partiendo de sus particulares posturas teóricas.

A) LA MUJER DESDE LA TEORÍA PSICOANALÍTICA.

Teniendo como madre a la Psicofisiología, nace el Psicoanálisis que pronto se convierte en una disciplina por excelencia estudiosa de la conducta humana, que abandona las explicaciones de esta primera y considera que "en la

La categoría género no niega las diferencias biológicas entre los sexos, sino que explica la relación entre éstas y lo sociocultural, ayudando a su vez a abandonar definitivamente las posiciones biologistas, que niegan por completo la importancia del proceso de socialización. Por lo tanto, resulta claro así que no se puede hablar de destino biológico, es necesario conjuntar lo biológico, lo social y lo psicológico para poder estudiar al ser humano.

2. EL DESARROLLO PSICOSEXUAL DE LA FEMINIDAD.

Desde diferentes posturas psicológicas, infinidad de teóricos/as e investigadores/as han tratado de explicar como es que "no se nace mujer: llega una a serlo" (Beauvoir, 1989b,p.15). Actualmente el campo de las teorías psicológicas acerca de la feminidad, puede dividirse principalmente en dos áreas de investigación: la de los/as "analistas", predominantemente freudianos/as cuyo punto de vista es intrapsíquico; y el área de los/as "feministas", quienes tienden hacia una orientación sociocultural (Howell, 1981a). De esta manera, se exponen a continuación las ideas que desde estas orientaciones formularon diversos/as autores/as, partiendo de sus particulares posturas teóricas.

A) LA MUJER DESDE LA TEORÍA PSICOANALÍTICA.

Teniendo como madre a la Psicofisiología, nace el Psicoanálisis que pronto se convierte en una disciplina por excelencia estudiosa de la conducta humana, que abandona las explicaciones de esta primera y considera que "en la

vida psíquica no interviene ningún factor que no revista un sentido humano, lo que existe concretamente no es el cuerpo, objeto descrito por los sabios, sino el cuerpo vivido por el sujeto"(Beauvoir, 1989a, p.63).

Freud se encontraba evidentemente interesado en desentrañar el misterio que representaba para la Psicología la condición femenina, y probablemente fue uno de los pioneros en el área. Comenzó por tratar de explicar las vicisitudes psíquicas del varón, estudiando el primer período de la infancia de éste, suponiendo "que en el caso de la niña todo sería semejante, aunque diverso de alguna manera" (Freud, 1925, p.268). Pronto descubrió que la diversidad era mucho mayor que la similitud y creó entonces, una explicación aparte para comprender la subjetividad femenina.

De acuerdo con Freud, para la niña y el niño preedípicos el primer objeto de amor es la madre, el niño la conservará como tal durante toda su vida, mientras que la niña al advertir la existencia del pene y conceptualizarlo como superior, en comparación con su clítoris, caerá víctima de la envidia del pene (Freud, 1925). Ella cree en un principio que la castración es un castigo personal, pero al descubrir su universalidad, comienza a compartir con el varón el menosprecio por ese sexo mutilado, desvalorizando la feminidad y con ello a la madre, desarrollando un fuerte sentimiento hostil hacia ella (Freud, 1931).

El descubrimiento de su castración es un punto decisivo en el desarrollo de la niña. De ahí pueden partir tres diferentes orientaciones de su sexualidad: una que la llevará a la inhibición sexual o a la neurosis; otra que consistirá en la alteración del carácter en el sentido de un complejo de masculinidad, aferrándose a

la autoafirmación de que algún día llegará a tener pene, y la tercera que es la feminidad normal (Freud, 1931).

Antes del descubrimiento de su castración, en la fase fálica, la niña es conceptualizada por Freud como un pequeño varón, ya que al ignorar la presencia de su vagina, el único órgano sexual que posee es el clítoris (Freud, 1933a), y dado que éste puede equipararse anatómicamente con el pene, la niña desarrolla en esta etapa de jugueteo con los genitales, un complejo de masculinidad. Posteriormente la envidia del pene, despierta en la niña un fuerte impulso contrario al onanismo clitoridiano, es decir que, en ese momento la niña abandona sus tendencias sexuales activas o masculinas, para adoptar una conducta pasiva, dando así el primer paso hacia la feminidad (Freud, 1933b).

Este complejo de castración, que para el niño representa una amenaza y para la niña un hecho consumado, la llevará al complejo de Edipo donde tendrá, para alcanzar una feminidad normal, que cambiar por un lado de objeto libidinal, es decir, tendrá que alejarse de la madre para acercarse al padre; y por otro deberá permutar de zona erógena, abandonando el placer clitoridiano para situar su atención en la vagina; mientras que el niño además de conservar idénticos a su objeto y a su órgano sexual (a la madre y al pene respectivamente) se verá empujado por este temor a la castración a salir del complejo de Edipo. Es así como Freud conceptualiza al complejo de castración como promotor de la feminidad y como limitador e inhibidor de la masculinidad (Freud, 1925).

El complejo de Edipo representa el final del proceso evolutivo sexual de la mujer (Freud, 1931), y es así como el autor basado en las características de desarrollo y en las diferencias anatómicas entre los sexos, conceptualiza a la mujer

con respecto al hombre como: predominantemente celosa y envidiosa (de la madre, del pene, etc), menos desarrollada moralmente (dado que tiene menos impulsos para introyectar los valores y prohibiciones de sus padres), menos inclinada hacia la justicia (debido a su precario desarrollo superyóico), tendiente a dejarse guiar por sentimientos tiernos u hostiles (dado que su superyo se halla más apegado a lo afectivo que a lo sublimado), sexualmente pasiva (en correspondencia a su órgano sexual predominante, la vagina, la cual es por excelencia receptiva), fundamentalmente masoquista (ya que su constitución prescribe sofocar la agresión), tendiente a la vanidad y al narcisismo (como un intento de resarcir su inferioridad sexual), destinada a la vergüenza (para ocultar su deficiencia genital), y como menos apta para sublimar lo pulsional; ya que se deja dominar por sus tendencias libidinales u hostiles (Freud, 1918, 1925, 1931, 1933a y 1933b).

A pesar de todo lo anterior, Freud reconoce que el análisis de la feminidad hecho por él, resulta incompleto y fragmentario y finaliza su escrito de "La feminidad" con estas palabras:

"hemos descrito a la mujer en la medida en que su ser está comandado por su función sexual. Este influjo es sin duda muy vasto, pero no perdemos de vista que la mujer individual ha de ser además un ser humano" (pp.125)

Las reacciones frente a los planteamientos freudianos emergieron muy pronto, sobre todo por parte de las psicoanalistas mujeres. De estas participaciones, se retoman a continuación la de Karen Horney, por ser ella la que

con respecto al hombre como: predominantemente celosa y envidiosa (de la madre, del pene, etc), menos desarrollada moralmente (dado que tiene menos impulsos para introyectar los valores y prohibiciones de sus padres), menos inclinada hacia la justicia (debido a su precario desarrollo superyóico), tendiente a dejarse guiar por sentimientos tiernos u hostiles (dado que su superyo se halla más apegado a lo afectivo que a lo sublimado), sexualmente pasiva (en correspondencia a su órgano sexual predominante, la vagina, la cual es por excelencia receptiva), fundamentalmente masoquista (ya que su constitución prescribe sofocar la agresión), tendiente a la vanidad y al narcisismo (como un intento de resarcir su inferioridad sexual), destinada a la vergüenza (para ocultar su deficiencia genital), y como menos apta para sublimar lo pulsional; ya que se deja dominar por sus tendencias libidinales u hostiles (Freud, 1918, 1925, 1931, 1933a y 1933b).

A pesar de todo lo anterior, Freud reconoce que el análisis de la feminidad hecho por él, resulta incompleto y fragmentario y finaliza su escrito de "La feminidad" con estas palabras:

"hemos descrito a la mujer en la medida en que su ser está comandado por su función sexual. Este influjo es sin duda muy vasto, pero no perdemos de vista que la mujer individual ha de ser además un ser humano" (pp.125)

Las reacciones frente a los planteamientos freudianos emergieron muy pronto, sobre todo por parte de las psicoanalistas mujeres. De estas participaciones, se retoman a continuación la de Karen Horney, por ser ella la que

inicia este movimiento, y la de Melanie Klein, por la representatividad y fuerza que llegó a adquirir (Saal, 1991).

Karen Horney publica en 1923 su primer artículo sobre psicología femenina. Psicoanalista también, esta autora dedicó una parte importante de su trabajo, a tratar de revisar y replantear la psicología freudiana de la mujer.

Para Horney el organismo no está determinado por su constitución, sino que presenta desde el nacimiento y a lo largo de toda su vida, una infinita capacidad plástica, dada su interacción con el mundo exterior. Así, el organismo y el ambiente se presentan para esta autora, como dos entidades que aunque diferentes, se hallan en íntima y recíproca relación.

Horney en 1923, comienza por cuestionar la validez de la postura freudiana acerca de una psicología de la mujer cimentada en la envidia del pene. Ella no niega la influencia que ejerce en el desarrollo de la subjetividad femenina, la presencia de esta envidia como organizadora de la genitalidad, sin embargo, señala la unilateralidad de las investigaciones analíticas hechas por hombres, para hombres y desde los hombres, lo cual ha afectado la validez objetiva de sus postulados, sobre todo en lo que concierne a la psicología femenina. A este respecto opina:

"...hasta ahora la psicología de las mujeres se ha venido considerando únicamente desde el punto de vista de los hombres. Es inevitable que de la posición de ventaja del hombre se siga la atribución de validez objetiva de sus relaciones subjetivas y afectivas hacia la mujer; (...)lo que hasta ahora representa la psicología de las mujeres es un depósito de los deseos y desengaños de los hombres" (p.60).

Sin embargo, lo que reviste de más importancia a este hecho, es la forma en la que las mujeres se han adaptado a la concepción masculina de lo femenino, creyendo hallar en ella su verdadera naturaleza.

De acuerdo con la concepción analítica, la principal diferencia genital entre los sexos es el pene, diferencia a partir de la cual se explican las características psíquicas de los seres humanos. Partiendo de este planteamiento, Horney cuestiona la poca importancia que se le ha prestado a la otra gran diferencia biológica entre los sexos: la función reproductora.

La maternidad representa una superioridad fisiológica incuestionable, aún cuando desde el punto de vista de la lucha social pueda considerársela como una desventaja. Para esta autora, la desvalorización de este hecho parte de una tendencia masculina inconsciente a despreciar, lo que evidentemente representa una diferencia biológica que deja al hombre en franca desventaja. Horney equipara de esta manera, la envidia femenina del pene, con lo que sería la envidia masculina

de la maternidad. Sin embargo señala, que culturalmente las mujeres resuelven este deseo, de manera mucho menos satisfactoria que los hombres, transmutándolo en el anhelo de tener un marido y un hijo, perdiendo así su camino a la sublimación; mientras que la incapacidad del hombre para la maternidad probablemente es experimentada como una simple inferioridad, que no inhibe el desarrollo.

Para explicar el por qué de estas diferencias en la conformación de la subjetividad masculina y femenina, Horney se remonta a las primeras etapas de desarrollo, donde efectivamente encuentra en la niña preedípica una herida narcisista y una envidia del pene, como resultado de su carencia anatómica, hecho que se ve reforzado por una serie de desventajas provenientes de los privilegios de los que goza el niño (erotismo uretral, onanismo, etc.). La autora califica esta envidia como primaria y halla su origen en la diferencia anatómica, distinguiendo además como segunda fuente reforzante, la resolución femenina del complejo de Edipo. La niña al tener que renunciar al padre como objeto sexual, debido a sus sentimientos de culpa y a la incertidumbre en cuanto a la integridad de sus genitales, huye de su femineidad y se refugia en un rol masculino ficticio. El deseo femenino de ser hombre funciona entonces como represor de los deseos femeninos incestuosos.

Esta ficción de masculinidad, le provocará inevitablemente a la niña, sentimientos de inferioridad, dado que comienza a adoptar pretensiones y valores que son ajenos a su naturaleza biológica y frente a los cuales llegará a sentirse inadecuada, y aunque este sentimiento de inferioridad representa un verdadero tormento, el yo femenino lo tolera mejor que el sentimiento de culpa.

Esta huida de la feminidad, se ve reforzada socialmente, ya que la desventaja real a la que son sometidas las mujeres dentro de una civilización falocéntrica, les impide encontrar cualquier tipo de sublimación que vaya de acuerdo a su naturaleza, dado que las actividades preponderantes son de carácter masculino y obviamente la mujer no podrá rendir como los hombres al desempeñarias. Es aquí donde, para Horney, los factores biológicos y psíquicos se entrelazan con los sociales, para conformar lo que se conoce como subjetividad femenina (Horney, 1991).

Contemporánea a Horney, surge dentro de la teoría psicoanalítica Melanie Klein que perteneciente a la llamada "escuela inglesa", desarrolla una explicación particular del psiquismo humano, basada en un principio en el psicoanálisis freudiano (Langer, 1992).

Dada la complejidad y extensión de la contribución de Klein, se presenta a continuación una breve introducción, donde se condensan los conceptos fundamentales de su obra, con el propósito de situar teóricamente la posterior exposición de su visión muy particular acerca del devenir psicológico femenino.

Según Klein, al nacer los infantes de ambos sexos cuentan con un yo, que aunque primitivo, es capaz de sentir ansiedad, de utilizar mecanismos de defensa y de establecer relaciones objetales en la fantasía y en la realidad. Una de las principales fuentes de ansiedad para el yo del niño/a pequeño/a es el conflicto innato entre el instinto de muerte y el de vida. Cuando el sujeto se enfrenta a la ansiedad producida por el instinto de muerte, su yo proyecta fuera esa parte mala de sí, depositándola en un objeto, sin embargo, este objeto externo depositario del instinto de muerte, se convertirá a su vez en persecutorio.

Simultáneamente, proyectará parte del instinto de vida, con el fin de tener un objeto que satisfaga el impulso de conservación de la vida, formándose así una vinculación con un objeto ideal. De esta manera, el yo establece su primera relación de objeto con la madre y con el pecho nutritivo de ésta, el cual se disociará en un pecho ideal o bueno y en otro persecutorio o malo.

Es así como en esta etapa, denominada por Klein "esquizo-paranoide", la ansiedad predominante surge del temor de que el objeto persecutorio se introduzca en el yo y acabe con el objeto ideal y con el propio yo.

Una vez que el infante ha podido superar la posición esquizo-paranoide, su mundo queda organizado con base en dos objetos: uno ideal y otro persecutorio. Si las condiciones continúan siendo favorables, el sujeto sentirá cada vez más fuerte a su objeto ideal y se percibirá como más capaz de poder defender a éste de su objeto malo. Es así, como la niña y el niño disminuyen sus temores paranoides, ingresando a la posición depresiva.

Klein describe a la posición depresiva como aquella donde el infante deja de percibir objetos parciales, para comenzar a relacionarse con objetos totales. En este momento, el bebé comienza a percibir ya no a dos madres, una buena y otra mala; sino a una sola que puede ser fuente tanto de maldad como de bondad. Una de las consecuencias de esta integración, es la ambivalencia que surge de la percepción por parte del infante de la existencia en el mismo, de sentimientos de odio y amor hacia una sola persona: su madre.

En el desarrollo normal, dentro de la posición depresiva, surgen sentimientos como la nostalgia, por el objeto bueno que piensa puede llegar a destruir, y la culpa por lo que éste significa. Al amar a su madre y sentir que

debido a sus impulsos agresivos, ésta ha sido destruida, el bebé experimenta, además de sentimientos de pérdida, desesperanza, culpa y nostalgia, una angustia persecutoria (Segal, 1991).

Para Klein una de las fuentes más profundas de la culpa, se halla ligada a la envidia del pecho idealizado y al sentimiento de haber arruinado la bondad de éste, como consecuencia de los ataques que se le dirigen.

Es así como para esta autora, existe una vinculación directa entre la envidia experimentada hacia el pecho y el desarrollo de los celos, los cuales se basan en la sospecha y rivalidad con el padre, al que se le acusa de poseer a la madre y a su pecho. Esta rivalidad caracteriza los primeros estadios del complejo de Edipo, para los dos sexos, en el segundo cuarto del primer año de vida.

El complejo de Edipo se halla entonces, tamizado por las vicisitudes de la relación del niño/a con la madre, a la cual se le fantasea como poseedora del pene del padre, al igual que se cree que el padre contiene el pecho materno.

Es en este momento donde para Klein, el desarrollo masculino y femenino se bifurcan: el varón desviaré hacia el padre su odio, envidiéndolo por poseer a la madre; mientras que la niña se alejará de la madre debido a la desilusión que ésta le causa, ya que imagina que la madre le da poco a ella por preferir alimentar al padre. Seguido de esto, la niña tomará a éste como su objeto de gratificación, dado que tiene la creencia de que él alimenta a la madre con su pene, llenándola de hijos, penes y leche. De este modo, en el caso de la niña, los celos reemplazan a la envidia, convirtiendo a la madre en el rival más importante. La niña desea ocupar el lugar de su madre y así llegar a poseer y cuidar a los bebés que el padre ha dado a aquélla (Klein, 1957).

Es aquí donde el punto de vista kleiniano, discrepa de manera interesante de la concepción freudiana, ya que Klein acepta el deseo femenino de un pene y el odio hacia la madre que conlleva esto, sin embargo, considera que lo que la niña anhela no es un pene propio como atributo de masculinidad, sino uno como objeto de gratificación oral. Entonces el deseo del pene, es "la expresión más fundamental de sus tendencias edípicas, y por consiguiente ella cae bajo el dominio de sus impulsos edípicos (...) directamente como resultado de sus dominantes componentes instintivos femeninos" (Klein, 1932, p.321).

Klein considera que la envidia del pene, tiene especialmente un origen oral, ya que bajo el dominio de los deseos orales, el pene equivale al pecho. La relación envidiosa que establece la niña con la madre se expresa en una rivalidad edípica excesiva, la cual debe su génesis a la envidia de la posesión materna del padre y de su pene, más que a un verdadero amor por el primero, "el padre (o su pene) se ha convertido en una pertenencia de la madre y es por estos motivos que la niña quiere robárselo" (Klein, 1957, p.43).

Cuando la envidia hacia la madre no es tan fuerte, la niña se aleja de ésta, aproximándose al padre en su búsqueda de un objeto bueno, búsqueda que en un primer momento estuvo vinculada a la madre y fracasó, es entonces cuando la niña idealiza al pene y al padre (Klein, op.cit.).

De acuerdo con Klein, esta situación de odio hacia la madre, lleva a la niña a querer destruir el interior del cuerpo materno y apoderarse de su contenido tan anhelado. Como consecuencia de esto, surge el temor en la niña de que la madre haga lo mismo con ella, en una especie de venganza. La angustia resultante de esta situación, fue lo que Freud conceptualizó como temor a la castración, sin

embargo esta autora discrepa, argumentando que lo que teme la niña es la destrucción de sus órganos internos femeninos. Según Klein, la niña percibe ya su vagina y quiere albergar en ella al pene paterno adoptando normalmente una actitud femenina receptiva (Langer, 1992).

Para Klein existen dos situaciones angustiantes a las que sólo está expuesta la niña a lo largo de su desarrollo, en comparación con el niño, las cuales marcan gran parte de las diferencias psíquicas entre los sexos. Una, que surge de la disposición anatómica de los órganos genitales de la niña, situación que le impide a ésta comprobar continuamente su integridad, cada vez que en sus fantasías sádicas ataca y destruye el interior de su madre, y espera entonces de ésta una retaliación (Klein, 1932). Y otra, que nace de equiparar la posesión de un pene en el niño, con la capacidad de concebir en la niña, haciendo que este logro de la maternidad se visualice como una gratificación muy lejana (Langer, 1951).

Dadas todas estas características de desarrollo, Klein (1932) concibe a la mujer, en contraposición con Freud, como poseedora de una fuerza moral o superyó más fuerte que la del varón, dado que estima que las tendencias receptivas femeninas la llevan a una mayor introyección de sus padres, lo cual la obligará además a ser altruista y dispuesta al sacrificio. Considera además que la mujer desarrolla un agudo poder de observación y visión psicológicas, aunado a una cierta inclinación hacia el engaño y la intriga, todo esto como resultado de la inseguridad frente a la preservación de su interior y la necesidad de dominar sus tendencias destructivas. Así mismo, esta autora considera que debido al temor femenino de haber dañado el interior del cuerpo materno, la mujer tratará de concebir hijos

hermosos y alimentarlos, ya sea en la realidad o en forma de sublimaciones (Langer, 1951).

Es posible apreciar, a partir de la exposición anteriormente presentada, que aún cuando existen ciertas variaciones de un/a autor/a a otro/a, la teoría psicoanalítica muestra un cuadro bastante reducido del desarrollo psicológico de la subjetividad femenina. Tal reduccionismo puede explicarse por la reiterativa vinculación dentro de esta teoría, entre feminidad y castración, así como por los términos del discurso que emplea, donde el orden de la naturaleza controla toda la experiencia vivida ("anatomía es destino"); hechos que colocan a la genitalidad de la mujer al mando de su salud mental, de su desarrollo psicológico y de su rol social; relegando al lugar de secundarios los factores socioculturales (Saal, 1991), mismos que la teoría feminista adopta como primordiales para desarrollar todo un cuerpo de conocimientos, que intentan desde esta perspectiva explicar el devenir femenino.

B) LA MUJER DESDE LA TEORÍA FEMINISTA.

La teoría feminista al tratar de construir una psicología de la mujer, deja de lado el énfasis biologista preponderante dentro de la teoría psicoanalítica y se centra entonces principalmente en la relación de la niña pequeña con su madre, en el significado de la maternidad.

El hecho de que la crianza de los/las niños/as este a cargo de la madre o de otra mujer sustituta, produce efectos singulares en el desarrollo psicológico de ambos géneros, pero en el caso particular de la niña, la construcción de la feminidad, envuelve un proceso complejo y doloroso, en donde la madre tienen la

responsabilidad de reproducir los esquemas psicológicos particulares de su entorno social correspondientes a la feminidad. Esto significa que la madre, siendo considerada socialmente inferior debido a su pertenencia al género femenino, deberá introducir y dirigir a su hija hacia el mismo tipo de vida que ella ha tenido que sobrellevar. Esto no quiere decir que la madre desee para su hija las mismas carencias que ella sufrió, ni tampoco significa que la madre trate de negarle a su hija la posibilidad de acceder a lo que ella deseó y no tuvo. Esta actitud de la madre, más bien obedece a la necesidad que siente ésta de preparar a su hija para una vida dentro de un mundo con valores específicos, transmitiéndole desde su propia experiencia las posibilidades emocionales y materiales que existen para la mujer dentro de su sociedad (Eichenbaum y Orbach, 1984).

Al analizar las etapas de desarrollo de la niña, varios/as teóricos/as (Chodorow, 1978; Bleichmar, 1985; etc.) coinciden en conceptualizar a la fase preedípica como central en la consolidación de la subjetividad femenina. Tomando como punto de partida que el primer objeto de amor de la niña es alguien semejante a ella, objeto hacia el cual dirigirá sus deseos libidinales, a la vez que representará su primordial modelo de identificación (Meler, 1987); es posible vislumbrar esta situación como uno de los primeros obstáculos que encontrará ésta en su desarrollo: Según lo expresa Bleichmar (1985): "el peligro de fusión proyección y extensión narcisista, así como mayores dificultades a la separación, se presentan más habitualmente cuando la relación materno-filial tiene lugar con las hijas mujeres" (p. 82), ya que no sólo les será difícil experimentarse como diferenciadas, sino que incluso se prolongará el período de simbiosis entre ellas, en contraste con lo que sucede en la relación madre-hijo.

Este aspecto del vínculo madre-hija, ya había sido revisado por Freud (1931), sin embargo la teoría feminista lo retoma y replantea, explicando que efectivamente el hecho de que ambas pertenezcan al mismo sexo plantea dificultades en el desarrollo de la segunda, pero que este vínculo además de ser esencial para el desarrollo de la femineidad, genera no una supuesta masculinidad como pensaba Freud, sino al contrario, una inevitable feminización.

El vínculo primitivo madre-hija se halla tamizado por sentimientos de unidad, continuidad, identificación y simbiosis; dado que la primera ve en la segunda alguien igual a sí misma; mientras que la relación de la madre con el niño es vivida por ésta como más lejana, siente al varón como opuesto y distinto a ella y entonces lo incita a la separación.

Dadas estas características en el ejercicio de la maternidad, el apego preedípico entre la madre y su hija resulta más exclusivo, intenso, duradero, pero también más ambivalente y confuso, en cuanto a las posibilidades de independencia e individualización de la niña pequeña; en comparación de lo que sucede en la relación madre-hijo. La madre concibe a la infante como una prolongación narcisista de ella misma, mostrando una clara tendencia a la fusión, a la proyección y a la negación de la separación.

Según Chodorow (1978) la madre mostrará este comportamiento frente a su hija, como un reflejo tanto de la personalidad que le ha moldeado el patriarcado, como de la irresolución del apego entre ella y su propia progenitora. Así la madre tendrá dificultades para reconocer o tenderá a negar la existencia separada de su hija; ya que la sensación de unicidad y continuidad con ella es muy fuerte. Como consecuencia de esto, se prolongará el estado de hiperidentificación y

simbiosis entre ellas dos, además de que la hija mostrará problemas para reconocerse a sí misma como una persona aparte, experimentándose como una prolongación de su madre.

Aún cuando el lazo afectivo es mucho más estrecho entre la madre y la hija, el niño preedípico mantiene igualmente un vínculo muy fuerte con ella, dado que también para él la madre representa su primer objeto de amor. Ahora bien, según la teoría psicoanalítica, los niños y las niñas preedípicos/as tienen la creencia de una "madre fálica", es decir, una madre que por haber sido idealizada, es fantaseada como poseedora de un pene. Bleichmar en 1985, analiza este concepto y argumenta que la creencia de la omnipotencia materna no está relacionada con la diferenciación sexual, ya que los niños desconocen en esta etapa la oposición fálico-castrado, sino que esta idealización nace del conocimiento por parte del infante de las diferencias entre los géneros y de las posiciones en la estructura de parentesco. La niña y el niño reconocen a la madre como proveedora de bienestar, satisfacción, protección y cuidados, mientras que la figura paterna, en la primera infancia es menos consistente y significativa. Es por esto que la feminidad, en un principio es concebida como una condición ideal.

Es así, como la niña preedípica "vive el paraíso de ser igual al ideal" (p.87), ya que encuentra en la madre un doble, que además de ser totalmente semejante a ella, está repleto de atributos y poder, lo cual hará que quiera fusionarse y confundirse con ella. Sin embargo, esta relación también estará cargada de ambivalencia. Por un lado, la madre deberá satisfacer las necesidades tanto de contacto como de autonomía de su hija, sin embargo ella misma tiene dificultades para reconocer sus necesidades y nunca aprendió a llevar una

existencia psicológica separada; entonces el responder a las necesidades de su hija causará en ella un estado de ansiedad y tensión, la llevará a relacionarse inconsistentemente con la infante y la hará mostrarse algunas veces disponible y otras inaccesible. La hija, por otro lado, al sentir la tensión en la relación con su madre e incapaz de predecir y controlar las acciones de ésta, se halla confundida y ansiosa. Buscará una explicación para esta experiencia de abandono psicológico e introyecta las ideas de que: 1) no debe esperar demasiado, 2) la vida es inconsistente y requiere de una continua adaptación y 3) hay algo erróneo en sus necesidades y en ella misma (Eichenbaum y Orbach, 1984).

En este punto, cuando la madre es a la vez objeto de identificación y frustración, es donde se sitúa según Bleichmar (1985), la base del conflicto de la niña con su madre.

Posteriormente la niña descubrirá la diferencia entre los sexos y su consecuente falta de pene, lo cual le infringirá una doble herida narcisista: la que conlleva el desmoronamiento de su objeto ideal (dado que la madre tampoco lo posee) y la que se refiere a su propia castración. Sin embargo, en contraste con la teoría freudiana, Bleichmar no reduce la castración al simple hecho anatómico, sino que la vincula a un proceso social, que de manera permanente y sistemática desvaloriza al género femenino. Ahora la niña ingresa al complejo de Edipo y como consecuencia pasa a formar parte de una clase que socialmente es considerada inferior, despreciable, secundaria, deficiente, etc.

De acuerdo con la teoría psicoanalítica, la niña edípica abandona a la madre como objeto de amor y se acerca al padre con la esperanza de recibir de éste el pene que no le ha sido otorgado. De esta manera, el Psicoanálisis explica el

complejo de Edipo femenino y el vuelco de la niña hacia el padre como resultado de la envidia del pene y de la Innata heterosexualidad de ésta. En contraste, Chodorow en 1978 interpreta este hecho como el resultado de la excesiva tensión existente en la relación entre una madre omnipotente, que pretende perpetuar un vínculo de amor e identificación primaria, y una hija que al intentar individualizarse, ve en el padre un símbolo de libertad que la ayudará a distanciarse de su madre. Así para esta autora, la envidia del pene efectivamente llevará a la niña al complejo de Edipo, sin embargo ahora la masculinidad y el pene se revestirán de gran importancia para ella, pero no como resultado de un deseo de virilidad, sino como un símbolo de liberación y rebeldía ante esa madre omnipotente, que le infringe una herida narcisista al amenazar la integridad de su yo y al provocarle sensaciones de impotencia y dependencia.

Es así como para Chodorow (1978) "el deseo narcisista de un pene [se sitúa] en el nivel metafórico apropiado: el pene o falo, es símbolo de poder o de omnipotencia, sea que se posea uno (como un hombre) o se lo tenga como objeto sexual (como lo tiene la madre que "posee" al padre). La niña lo desea por los poderes que simboliza y por la libertad que promete respecto a su previa sensación de dependencia [...]. La envidia del pene es básicamente la expresión de otro deseo. Las mujeres no desean ser hombres, pero desean despegarse de la madre y convertirse en mujeres completas, autónomas" (p.185).

A pesar de lo anterior, la niña no abandona la relación interna y externa con su madre; aún cuando compita con ella por el amor del padre, su apego preedípico hacia ella estará siempre presente. Como consecuencia de esto durante toda la fase edípica la niña mantendrá a sus dos padres como objetos de amor,

pero también como rivales. Es decir, la niña tratará de romper el lazo simbiótico con su madre y utilizará al padre para esto; sin embargo ésta continuará siendo emocionalmente más importante para la niña y representará durante toda su vida la relación más primitiva y cercana con la que cuenta.

Paulatinamente la niña resolverá su complejo de Edipo: abandonará de alguna manera la ira y los deseos edípicos que abriga hacia ambos padres, pero en comparación con el niño, no los reprimirá con tanta urgencia, ya que es menos probable que tema el castigo maternal o paternal (Chodorow, 1978).

La resolución edípica la llevará al llamado período de latencia, durante el cual fortalecerá su identidad de género, mediante el ejercicio de actividades propias para su sexo, proceso contradictorio que conlleva por un lado, la reconstrucción del narcisismo y por otro la propia devaluación, dada la condición socialmente inferior de lo femenino.

Durante este período de latencia y con la consecuente delimitación de las actividades como femeninas o masculinas, los campos de acción de los géneros quedan perfectamente diferenciados; un mundo doméstico y privado para las niñas y uno público para los niños; lo cual acarreará a su vez consecuencias psíquicas para ambos. El varón mediante esta creciente autonomía e independencia, podrá resolver con mayor facilidad su complejo de Edipo, ya que adoptará el normal desprecio masculino a las mujeres. Alejándose de la madre, tomará como modelo e ideal a alguien perteneciente al ahora sexo privilegiado: su padre, lo cual reforzará tanto su masculinidad como su autoestima. La niña, por otro lado, seguirá identificada con el modelo de su primera infancia, es decir, su madre, hecho que la

llevará a reconocerse en actividades y habilidades propias de su género, continuando en el ámbito del apego y la dependencia (Bleichmar, 1985).

De esta manera, la masculinidad se definirá a través de la separación, mientras que la feminidad lo hará a través de la unión, así el hombre se verá amenazado por la intimidad, mostrando serios problemas para relacionarse y la mujer se sentirá amagada por la separación, teniendo gran dificultad para individualizarse (Cohn, 1984).

Estas diferencias entre el desarrollo femenino y masculino, también afectarán la conformación del sistema narcisista de los géneros. El varón tendrá como metas el crecimiento intelectual, moral y físico, lo que socialmente le traerá gratificaciones y reconocimiento. Así, masculinidad y narcisismo se reforzarán mutuamente. Por su parte la niña, tendrá dificultades para desarrollar su autoestima, no sólo por la vejación que sufre socialmente como perteneciente al género femenino, sino porque sus experiencias y aprendizaje no le han proporcionado habilidades para desarrollarse socialmente, lo que contribuirá a mermar su autoconcepto. De esta manera, feminidad y narcisismo surgirán como contrarios (Bleichmar, 1985).

La exposición anterior muestra, desde la postura muy particular de las autoras revisadas, a la feminista como una teoría que intenta incluir como parte importante de sus explicaciones a lo social; ya que al partir del proceso de socialización para describir el desarrollo psicológico femenino, visualiza a la mujer como un ente biológico, psicológico pero también cultural, que se conforma con base en la interacción con otros seres humanos.

Este tipo de enfoque sienta las bases para conceptualizar al género como un constructo, como un producto social, con implicaciones psicológicas, económicas, culturales, políticas e incluso biológicas. Es decir que ahora, para comprender el devenir femenino no puede partirse de la biología, para después intentar una explicación psicológica de la cual se desprenda un componente social, más bien, debe partirse de lo social para explicar la conformación de la subjetividad femenina, los problemas que la aquejan e incluso como éste ha dado un significado especial a las diferencias biológicas entre los sexos.

3. LAS DIFERENCIAS SEXUALES MIRADAS DESDE LO SOCIAL.

Del problema naturaleza vs. crianza donde se debate acerca de cuales son los factores determinantes en el comportamiento humano, se ha desligado el interés por investigar respecto de las diferencias entre hombres y mujeres, para discernir de la misma manera cuál es el papel de la naturaleza y cuál el de la crianza alrededor de estas diferencias.

La Antropología ha mostrado un interés especial en estudiar de qué manera la diferencia entre los sexos se manifiesta culturalmente. Es así como surgen los trabajos transculturales de Margaret Mead (en Lamas, 1986) que al situar su interés en las diferencias conductuales de mujeres y hombres del mundo occidental y de 3 sociedades de Nueva Guinea, concluye que estas diferencias son creaciones culturales y que por lo tanto la naturaleza humana es infinitamente maleable.

Así mismo, Ralph Linton (1972) señala que los seres humanos al nacer cuentan con un bagaje de particularidades físicas, intelectuales y de temperamento, que durante el período de socialización es moldeado por la cultura, para lograr que cada individuo que ingrese a ella encaje y sirva al sistema social en el cual nació. De esta manera, la conducta de hombres y mujeres es efectiva y aceptada en la medida en que se adapte al medio.

Linton desprende de lo anterior, el concepto de *status*, entendido éste como la posición que ocupa una persona en relación a toda la sociedad; pudiendo tratarse de una asignación arbitraria que no toma en cuenta las habilidades o preferencias de los individuos (*status* adscrito), o surgir como resultado de un entrenamiento o prácticas especiales durante los cuales se obtiene una habilidad particular (*status* adquirido). Sin embargo, estos dos tipos de *status* pueden mezclarse indisolublemente, como es el caso de la división y asignación social con relación al sexo. A este respecto el autor considera que "el estudio comparativo de los *status* asignados a las mujeres y a los hombres en diferentes culturas parece demostrar que, si estos factores [las diferencias fisiológicas] pueden haber servido como un punto de partida para el desarrollo de una diferenciación, las verdaderas asignaciones están casi siempre determinadas totalmente por la cultura. Las mismas características psicológicas asignadas a los hombres y a las mujeres en diferentes sociedades, varían tanto que difícilmente pueden tener una base fisiológica" (p.125).

Posteriormente Murdock (1937) compara la división sexual del trabajo en 224 tribus seleccionadas de todas las partes del mundo, mostrando el porcentaje de actividades que dentro de estas sociedades denotaron ser exclusivamente

masculinas, predominantemente masculinas, realizadas indistintamente por cualquiera de los dos sexos, predominantemente femeninas y exclusivamente femeninas. Con base en los resultados presentados por Murdock, puede concluirse que la especialización de las actividades económicas por sexo, no puede ser explicada completamente por las diferencias físicas entre hombres y mujeres, ya que a excepción de aquellas actividades que requieren gran fuerza física, todas las demás pueden y son realizadas en algunas de estas sociedades por mujeres; argumento que elimina entonces la importancia del determinismo biológico en el destino de los sujetos.

Por último y para finalizar esta presentación, Lévi-Strauss publica en 1947 su libro "Las estructuras elementales del parentesco" donde sostiene que es imposible hablar de manifestaciones o conductas humanas preculturales, ya que el ser humano es la única especie animal en la que es difícil discernir los componentes innatos de los aprendidos, donde el punto en el que se pasa de lo biológico a lo cultural no se puede precisar y donde el mecanismo que articula estas dos esferas es casi completamente desconocido; y señala: "La cultura no está ni simplemente yuxtapuesta ni simplemente superpuesta a la vida. En un sentido la sustituye; en otro, la utiliza y la transforma para realizar una síntesis de un nuevo orden" (p.36).

Analizando las aportaciones de estos/as autores/as es posible apreciar algunos de los enfoques que dentro de la Antropología se han adoptado para dar una explicación satisfactoria a las diferencias culturales entre mujeres y hombres y así puede concluirse, por un lado que aún cuando los aspectos biológicos y los culturales se hallan intrínsecamente relacionados, evidentemente la influencia de la cultura sobre el comportamiento de los seres humanos supera de manera

considerable a la fuerza que pueda ejercer la herencia biológica sobre ellos; y por otro lado se concluye que los argumentos antropológicos terminan con la idea de basar las diferencias sociales entre los sexos en las diferencias biológicas, explicando los roles de la mujer y del hombre dentro de una cultura como instituidos, aprendidos y reproducidos socialmente y no como derivados directos de la naturaleza de los individuos. Ahora el interés de esta presentación recae en la relación existente entre las diferencias biológicas y las diferencias socioculturales, más específicamente en el significado social de las diferencias sexuales.

A) EL SIGNIFICADO CULTURAL DE HABER NACIDO MUJER.

La división sexual de los seres humanos es un hecho que atraviesa a todas las culturas, aún cuando varíe la atención que éstas puedan concederle, no existe ni ha existido sociedad alguna que ignore por completo el género de sus ciudadanos (Strathern, 1979). Sin embargo, lo que reviste de importancia a esto, es que conjuntamente con la universalidad social de la división genérica, ha sido posible apreciar el status secundario de la mujer como un hecho igualmente pancultural (Ortner, 1979).

Esta desvalorización universal de la mujer, ha sido explicada desde diferentes posturas, tomando como base diversas características femeninas.

Así puede tomarse por ejemplo al "Determinismo Biológico" que intenta explicar el orden de cualquier sociedad a través del uso de fuerzas biológicas, es decir, trata de justificar las jerarquías sociales adjudicando al genotipo humano la responsabilidad de la colocación de cada persona dentro de un status determinado

(Alvarez y Hernández, 1986). Algunas de las características anatómicas femeninas que han sido utilizadas por el Determinismo Biológico para justificar el papel de la mujer dentro de la sociedad son principalmente: a) su capacidad reproductora, donde feminidad es sinónimo de maternidad, y por lo tanto de lo instintual y lo doméstico; así la sexualidad de la mujer tanto como su subjetividad y su rol social han quedado definidos por esta capacidad, planteando límites muy estrechos para la realización integral de la mujer como ser humano; b) su capacidad intelectual, que en comparación con la del hombre se piensa que es inferior por el simple hecho de ser diferente, distinción que además se concibe como innata en vez de generada por la interacción con otros sujetos; c) la menstruación, vista como un hecho meramente biológico que encadena a la mujer a la fluctuación de sus ciclos hormonales, haciendo que ésta asuma sus características conductuales y afectivas como inherentes de su condición femenina, provocando que a su vez ignore el papel que la sociedad ha jugado para que ella viva su cuerpo como ajeno a sí misma; y d) su fortaleza física, que se ha tomado como pretexto para confinarla en el ámbito doméstico dada su indefensión.

Los argumentos dados por el determinismo biológico hacen ver a las diferencias biológicas entre los sexos como las responsables del "destino social" de hombres y mujeres, cuestión ante la cual la Antropología se ha mostrado francamente en desacuerdo, no porque trate de restarle importancia a los hechos biológicos o a las diferencias evidentes e innegables entre los sexos, sino porque estos hechos y diferencias no tendrían importancia sí socialmente no se les concediera cierto significado (Lamas, 1986).

Es así como surge el trabajo de Sherry Ortner (1979) que al tratar de explicar también la desvalorización universal de lo femenino, desde una postura antropológica, sustenta la hipótesis de que la mujer dentro de todas las culturas ha sido identificada o asociada con la naturaleza y que de este hecho surge su lugar subordinado dentro de la sociedad. Dado que los seres humanos siempre han tratado de generar y mantener sistemas sociales que trasciendan el orden de la naturaleza y dado que lo natural no sólo se considera diferente de lo cultural sino inferior, resulta natural que el hombre, que se halla más identificado con la cultura subordine y oprima a la mujer que se encuentra más cercana a la naturaleza.

La explicación de Ortner al hecho de la supuesta menor trascendencia de la mujer con respecto a la naturaleza, encuentra su génesis en el cuerpo y las funciones procreadoras de ésta, a tres niveles principalmente:

a) La mujer al estar más profundamente involucrada en la reproducción de la especie, halla más limitada su movilidad social con respecto al hombre.

b) Estas funciones reproductoras no sólo limitan y confinan a la mujer sino que también la sitúan desempeñando roles sociales inferiores a los masculinos, como son las ocupaciones domésticas y la crianza de los/as hijos/as

c) Los roles sociales que surgen como consecuencia de la anatomía femenina, dan lugar a su vez a una estructura psíquica particular, donde el sentimentalismo, la concreción, el personalismo y la subjetividad son las características principales, que marcan una forma de relación con el mundo (muy parecido al trato con la naturaleza inmediato y directo) en contraste con la interacción masculina más mediata y categorizada.

Ortner resume lo anterior diciendo: "el cuerpo de la mujer parece condenarla a la mera reproducción de la vida, el macho por el contrario al carecer de funciones naturales creativas debe (o tiene la posibilidad de) afirmar su creatividad de modo exterior [...] Y al hacerlo, crea objetos relativamente duraderos, eternos y trascendentes, mientras que la mujer sólo crea algo perecedero, seres humanos" (p.117).

Al mismo tiempo que la mujer es concebida como más cercana a la naturaleza, dadas las características anteriormente mencionadas; su pertenencia y necesaria participación en la cultura, la hace ocupar más bien un papel intermedio, quizá mediador entre la cultura y la naturaleza. Este papel intermedio, que tiene relación directa con la socialización de los individuos (crianza) explica las restricciones y limitaciones a las que es sometida la mujer: al ser ella el agente básico de socialización es necesario, por un lado que no descuide su misión, y por otro lado que asimile perfectamente su rol, de manera tan natural que reproduzca este patrón y cree nuevas generaciones de mujeres y hombres que se adecuen a lo que la sociedad necesita y pide de ellos.

Situando este recorrido antropológico dentro del tema tratado, es decir el devenir femenino, se puede concluir que es la cultura y no la naturaleza la que construye a la mujer, dándole un significado especial a sus características fisiológicas, colocándola desde su nacimiento en un rol social preestablecido dentro del cual le será permitido realizar sólo ciertas actividades; conformando además como consecuencia de esto, su subjetividad para que introyecte como inherentes a ella, actitudes y valores que le han sido impuestos.

Dado lo anterior puede decirse que el género es entonces el resultado de un proceso cultural que propicia, particularmente en la mujer y generalmente en la sociedad, la interiorización de una serie de estereotipos rígidos, donde cada ser humano debe responder a su naturaleza como a un sino inefable. Es decir, que el género como tal debe ser visto ahora, por un lado como una construcción social, cultural e histórica, y por otro como el engranaje de las características fisiológicas, psicológicas y de las experiencias particulares de cada individuo, dentro de un contexto social que normatiza todas las prácticas humanas.

CAPÍTULO II

MUJER Y SALUD MENTAL

CAPITULO II

MUJER Y SALUD MENTAL.

Este capítulo analiza la forma en la que se ha ido construyendo el modelo imperante de salud mental femenina, comprendiendo a éste como el resultado de un proceso histórico, donde han intervenido intereses políticos, económicos, religiosos, etc.

De esta manera se presenta en principio, un breve repaso histórico donde se muestran los cambios que ha sufrido la condición femenina a través del paso de los siglos y cómo estos cambios han ido construyendo la subjetividad de la mujer y afectando su salud mental.

Posteriormente se hace una revisión de lo que constituye en la actualidad el modelo de salud mental femenina, desde un punto de vista principalmente médico y psiquiátrico. En este contexto, se toman como ejemplos de los problemas femeninos de salud mental a las histerias y depresiones, por ser éstas las entidades nosológicas a las que con más frecuencia son asignadas las mujeres.

A partir de lo anterior, se revisan las consecuencias psicológicas que tienen en la mujer sus condiciones de vida cotidiana, tomando como ejemplos de ésta el desempeño de aquellos roles sociales tradicionales a los que ha sido designada (esposa, madre y ama de casa), a través de lo cual se ha calificado su salud mental y su legítima pertenencia al género femenino.

1. MUJERES: HEREDERAS DE UN PASADO DIFÍCIL

Durante la prehistoria muy probablemente la división sexual del trabajo estaba basada en las características propias de cada sexo. La maternidad y la menor fuerza física seguramente determinaron las actividades femeninas de esa época. André Michel (en Alvarez y Hernández, 1986) plantea, sin embargo que dicha división del trabajo, sin que interviniera la noción de propiedad privada y acumulación de bienes, seguramente no representó en esa época desigualdad social.

Con el consecuente dominio de la naturaleza, las comunidades se asentaron, comenzaron a cultivar la tierra y a domesticar animales, en este momento la mujer adquiere un prestigio extraordinario, el cual se explica por la imperiosa necesidad que tiene la comunidad de reproducirse rápidamente para así hacer frente a sus enemigos y a la vez por el papel de trascendencia que implicaban los/las hijos/as con respecto al legado de los bienes. La maternidad se convierte entonces en una función sagrada, ya que la vida del grupo se propaga gracias a ella. Es así como la mujer pasa a ocupar un lugar preponderante en la comunidad; por un lado el parentesco matrilineal se establece ¹ y por otro el trabajo agrícola se le confía, en una especie de creencia mágica, donde la mujer posee las mismas cualidades creadoras que la tierra.

La maternidad destina a la mujer a la vida sedentaria, hecho que además conviene a los intereses de la comunidad, así mientras que los hombres cuidaban de los animales, cazaban, pescaban y fabricaban utensilios y armas; las mujeres se

¹ lo cual no significó nunca el establecimiento del patriarcado, mito creado por Baechoffen, al cual la Sociología ya no otorga ningún crédito (Beauvoir, 1989b).

encargaban del cultivo, la alfarería, el hilado, el tejido y la producción de seres humanos (Beauvoir, 1989a).

El crecimiento constante de la población requirió la acumulación de alimentos, al igual que propició la necesidad de dominio de unas comunidades sobre otras; nacen las clases privilegiadas que eran necesarias para la organización, la conquista y las manifestaciones religiosas. Se crea así el primer antagonismo de clases, estableciéndose además la propiedad privada y la acumulación de bienes, riqueza y poder.

El descubrimiento del papel del hombre en la reproducción resultó ser una base importante para la constitución del patriarcado; ya que en el hombre surge la necesidad de adquirir poder sobre la mujer y la reproducción, para de esta manera asegurar la transmisión del poder a su propia descendencia. Es así como cambia radicalmente el papel de la mujer, ya que al transformarse la familia en monogámica, ésta se convierte en servidora y subordinada del hombre, quedando reducida al papel de reproductora y sirviente (Alvarez y Hernández, 1986). Esta caída social de las mujeres les restó evidente poder como fuerza colectiva, ya que no sólo quedaron excluidas de la vida pública, sino que el confinamiento al que las somete el nuevo orden patriarcal les impide comunicarse y allarse con otras mujeres. Simone de Beauvoir (1989a) explica este hecho argumentando que " La desvalorización de la mujer representa una etapa necesaria en la historia de la humanidad, porque su prestigio no provenía de su valor positivo sino de la debilidad del hombre [...]. La mujer sólo era venerada en la medida en que el hombre se hacía esclavo de sus propios temores, cómplice de su propia impotencia; le rendía culto en el terror, no en el amor; [...] [los machos] han enajenado en parte su existencia en la naturaleza y en la mujer, pero la han reconquistado inmediatamente; condenada a desempeñar el papel del Otro, la mujer estaba también condenada a no poseer más

que una potencia precaria; esclava o ídolo, nunca ha elegido ella misma su suerte"
(p.101).

El desarrollo de las sociedades urbanas implicó la acumulación de riquezas, el mejoramiento técnico, la especialización del trabajo y el desarrollo del comercio; lo que propició así mismo la existencia de distintas clases sociales. Las mujeres quedaron entonces recluidas en su hogar sin independencia económica ni libertad sexual, pasando a formar parte de la propiedad del hombre.

Dentro de la época de la tradición judeo-cristiana, la mujer es asignada a la noción de objeto, el cual debía ser dominado por el hombre, ya que se le consideraba incapaz de trascender el orden divino. Desde los primeros textos cristianos se declara la inferioridad espiritual de la mujer y comienza a considerársela peligrosa para la salud mental y física del hombre. Posteriormente se le adjudica alma, pero no se la aleja de lo instintivo e irracional (Burin, Moncarz y Velázquez, 1990).

La hembra humana es apreciada entonces, principalmente por su labor reproductiva, que es sólo alterada por aquellas mujeres glorificadas o vírgenes, o por aquellas asociadas al sexo y el pecado. A partir de este momento la Iglesia regula la vida reproductiva de la mujer, promulgando leyes sobre el aborto y la anticoncepción, controlando así mismo la actividad de las comadronas y de los médicos en general (Ehrenreich y English, 1988).

En la Edad Media, con la autoridad básicamente en manos de la Iglesia Católica, la mujer era vista como incapaz de independencia e inteligencia, ya que se la consideraba más ligada a la naturaleza y evidentemente inferior al hombre. En esta época surge la Inquisición donde infinidad de mujeres son cazadas y quemadas en la hoguera, por dedicarse a la brujería ². Desde esta época comienza

² Ehrenreich y English (1988) explican el hecho de que la Inquisición halla sido particularmente incliva con aquellas mujeres que aparentemente se dedicaban a la brujería, puntualizando que como en realidad éstas poseían conocimientos bastante avanzados en herbolaría y ginecología, y que incluso superaban los

a configurarse una noción de la subjetividad femenina donde las mujeres eran sujetos definidos y validados por los hombres (Burin, Moncarz y Velázquez, 1990).

En esta etapa preindustrial de la casa feudal, la situación de la mujer de clase media y baja se presenta muy incierta, ya que si bien dependía social y económicamente del padre/marido-patrón, participaba de manera equitativa en la producción de bienes y en la reproducción, además de que el trabajo doméstico se consideraba una actividad productiva importante. La situación de la dama noble, esposa del señor feudal, discurre de manera algo diferente, aún cuando el marido seguía siendo su tutor y tirano y ella seguía estando totalmente subordinada a él; ésta podía tener acceso a la educación y a la cultura e incluso la vigilancia a la que estaba sometida su conducta sexual se modifica (era un uso generalizado entre estas mujeres el buscar amante fuera del matrimonio) además de que con el surgimiento del ideal del amor cortés, se la trataba como mayor deferencia (Sáez, 1988).

Durante el Renacimiento, la base de la economía estaba en el comercio. Resurgen la cultura y las artes, pero sólo una porción muy reducida de mujeres, las que pertenecían a la clase privilegiada, logran participar de esto, ya que las demás seguían recluidas en sus hogares, con pocas oportunidades de tener contacto con la educación.

A partir del siglo XVII, el énfasis en la función materna y en el trabajo doméstico se asocia en las mujeres con la represión sexual. Esto se explica por el hecho de que dentro del nuevo orden burgués, el sexo es incompatible con el trabajo; a partir de entonces comienza a crearse todo un aparato ideológico que permite a

conocimientos de la entonces incipiente Medicina resultaban peligrosas, ya que además de ser personas independientes económica y emocionalmente de los hombres (hecho que cuestionaba la natural sumisión femenina) ayudaban a las mujeres a controlar sus embarazos por medio de la anticoncepción y el aborto.

la mujer el tránsito por el placer sexual vía búsqueda de la maternidad (Burin, Moncarz y Velázquez, 1990).

Durante la Revolución Industrial (s. XVIII), la producción extradoméstica se convirtió en la única actividad realmente valiosa, de esta manera la mujer quedó definitivamente relegada a las tareas domésticas, al consumo y a la crianza de los hijos. Es así como comienza a formarse un modelo de salud mental femenina vinculado muy de cerca con la maternidad y cuyas características eran la receptividad, la contención y la nutrición. De esta forma es como se da uno de los virajes históricos más importantes para la configuración de la subjetividad femenina: la creación del "ideal materno" como modelo constitutivo de lo femenino y como garantía de salud mental. Paralelamente, a medida que el ejercicio maternal de las mujeres dejó de cruzarse con las actividades extradomésticas, se fue convirtiéndolo en un trabajo aislado y exclusivo (Chodorow, 1978)

Con el desarrollo del Capitalismo y la consecuente urbanización e industrialización, sobrevino una marcada división social del trabajo. La producción tiende a la propiedad privada y la competencia económica, lo cual estimula el desarrollo del individualismo y la autoconciencia. El aumento de la producción industrial requirió, por un lado, que las mujeres pertenecientes a la clase en el poder, así como las de clase media, permanecieran en casa educando a los/as hijos/as, siendo el sostén emocional de la familia, que para entonces es considerada ya como la base de la sociedad; y por otro lado, que las mujeres de la clase trabajadora se incorporaran a la producción para mejorar su situación económica y cubrir las demandas productivas, sin que esto significara que descuidaran sus labores domésticas.

La familia se convierte en una institución predominantemente relacional y personal, en contraste con la esfera social. El rol familiar de las mujeres se centró

entonces en proporcionar cuidados a los/as hijos/as y bienestar a los hombres. La separación de las esferas doméstica/familiar y pública/social, se agudizó con el desarrollo del Capitalismo Industrial; produciendo así una familia reducida a tres elementos básicos: el ejercicio maternal ejercido por las mujeres, el intercambio heterosexual y la reproducción del dominio masculino (Chodorow, 1978).

Es así como la propiedad privada por excelencia de la mujer la constituye ahora los hijos, "bajo la convicción, de que en tanto producían sujetos, "[...] se producía a sí misma, creando con la maternidad la base de su subjetividad" (Burin, Moncarz y Velázquez, 1990, p.31)

Hacia finales del siglo XIX, la mujer perteneciente a la burguesía es sometida a la cocina y al hogar, sus costumbres son vigiladas, su independencia coartada, pero recibe en compensación honores y cortesía; se la libera de toda responsabilidad extradoméstica para que acepte gustosa el papel de madre y ama de casa. Así mismo, la burguesía revaloriza los papeles sexuales definiendo a la verdadera mujer como pura, delicada, enfermiza, frágil, insegura, sumisa ante el hombre, realizada totalmente a través del matrimonio y la maternidad; mientras que el hombre debía ser fuerte, seguro, racional, activo y con la obligación de mantener económicamente a la familia. Presas de esa ideología las mujeres burguesas son educadas para ser madres, esposas y para cultivar sólo su belleza y sus sentimientos, lo cual provoca y refuerza su marcada dependencia económica, social y psicológica del hombre.

La realidad para la mujer pobre era muy diferente, si no se convertía en obrera y se veía sometida a jornadas extenuantes de trabajo (10 o más horas diarias) dentro de las fábricas o talleres, debía pasar a formar parte de la servidumbre de alguna casa perteneciente a la clase poderosa, ejecutando las labores que la mujer de estas familias ya no estaba dispuesta a realizar; o en el

peor de los casos, si no existía alguna otra opción, comenzaba a ejercer la prostitución.

La ideología así imperante creó además una serie de instituciones para formalizar, rigidizar, perpetuar y diseminar este orden social, tales como la Iglesia, los medios de comunicación, la escuela, la familia; donde las relaciones entre los sexos permean todas las prácticas sociales

Años más tarde aparece el Socialismo que promete la liberación de la mujer junto con la del proletariado, que muestra como la historia de desigualdad femenina se haya estrechamente ligada a la historia de la propiedad privada y declara que la mujer sólo logrará la emancipación en la medida en que participe de la producción económica.

Paralelo a este acontecimiento, surge el Ingreso masivo de las mujeres a las fábricas; por primera vez en muchos siglos ellas pueden escapar del hogar para ingresar a la fábrica, lo que aparentemente incrementa su importancia económica, sin embargo, este cambio no es creado a instancias de los Ideales del Socialismo, sino que por un lado, la necesidad económica obliga a las mujeres a ingresar a las fuerzas productivas y por otro, la demanda de trabajadores reclama su participación. Los dueños de las fábricas aprovechan estas circunstancias para explotar a las obreras, ya que sus jornadas generalmente resultan más largas y sus tareas menos especializadas, al mismo tiempo que sus salarios son más bajos en relación con los de sus iguales masculinos (Beauvoir, 1989a).

Ya dentro del siglo XX, las mujeres siguen teniendo como ámbito privilegiado y alienante el hogar, desempeñando los roles de madre-esposa-ama de casa. Y sólo pasada la mitad de este siglo, es cuando las mujeres pudieron acceder a

actividades antes vetadas para ellas, sin que esto halla significado que se las desligue de los quehaceres domésticos y del maternazgo³.

Conforme avanza el siglo, el número de mujeres que trabajan fuera de casa es mayor y como el servicio doméstico es cada vez más escaso, la mujer tiene ahora dos ocupaciones fijas: una asalariada como trabajadora extradoméstica, y otra no remunerada como ama de casa y madre. Las mujeres han aprendido que los cambios en las formas sociales y económicas de producción, no les aseguran cambios en las relaciones domésticas de reproducción (Chodorow, 1978).

El trabajo no ha resultado ser para la mujer la panacea que cure todos sus males, no le ha dado el prestigio social que se merece ni la autonomía económica deseada y mucho menos ha podido liberarla de cargar ella sola con la responsabilidad de la crianza de los/as hijos/as y el cuidado de la casa.

Como se ha podido observar a lo largo de este recorrido histórico, las condiciones de vida de la mujer no han variado mucho desde el descubrimiento del papel del hombre en la reproducción. La mujer desde entonces ha sido sobajada, reprimida, recluida, perseguida, vigilada; pero no a consecuencia de su supuesta inferioridad natural, sino como respuesta a los intereses del sexo dominante y de la clase en el poder.

A la mujer se le ha negado el acceso a la educación como un medio para limitar su creatividad y aspiraciones, se la ha recluido en el hogar para evitar que pueda tener contacto con ideas subversivas y se alíe con otras mujeres, se le ha coartado la libertad sexual para que la lujuria no la alejen de su papel procreativo y no ponga en riesgo el parentesco patrilineal, y se la ha obligado a depender

³ Término que se ha utilizado para designar a lo que socialmente se considera el derivado natural y obligado de la capacidad femenina de gestación y lactancia, es decir, el cuidado y la crianza de los/as niños/as (Lamas, 1985).

económica y emocionalmente del hombre para recrudescer su sometimiento e imposibilitarla para la autonomía.

La repercusión de estas condiciones de vida en la salud mental de las mujeres es innegable; sin embargo la forma en la que la Medicina, la Psiquiatría y la Psicología han conceptualizado esta influencia ha contribuido a invisibilizar la opresión de la que son objeto las mujeres, en vez de ayudar a focalizarla y combatirla.

2. EL MODELO IMPERANTE DE SALUD MENTAL FEMENINA.

Desde finales del siglo XIX es posible observar que en la mayoría de las sociedades occidentales existían dos especies totalmente diferentes de mujeres: una rica, frágil, enfermiza, sensible y respetable señora y otra pobre, trabajadora, explotada y extenuada que vivía en los arrabales. Debido a esto y a que una sola ideología no podía abarcar ni justificar estos estilos de vida tan diferentes, la ciencia biomédica (que para entonces es la fuente más poderosa de control social) crea una concepción apropiada para las mujeres de la clase alta y media (ésta última que aspiraba al estilo de vida de la primera) y otra para las mujeres pobres y de clase obrera.

Por un lado estaba la mujer rica; que denominada por la ciencia médica como *perpetuamente enferma*, y designada a una única función: la maternidad; vivía en la completa dependencia económica, en el confinamiento hogareño, en una ignorancia casi absoluta y en la perpetua inactividad.

De acuerdo con Ehrenreich y English (1988), la creación del mito de la *invalidez femenina* incrementó el aislamiento y el tedio en el que vivía la mujer de la clase acomodada, pero también incrementó las racionalizaciones médicas a este

respecto. Ahora no sólo el embarazo y el parto predisponían a la mujer a la enfermedad, sino que todas sus funciones orgánicas pasaron a ser consideradas insanas. La mujer era una persona congenitamente enferma. Este tipo de razonamientos ofrecieron una base sólida para no permitir a la mujer ningún comportamiento que no fuera compatible con sus rol de madre y esposa, justificando a la vez su exclusión de la vida pública.

El mito de la fragilidad femenina, no era sólo producto del subdesarrollo científico de la época, sino que también servía de soporte a la ideología sexista imperante además de que favorecía directamente los intereses económicos del gremio médico. Dentro de esta misma línea, comienzan a crearse una gran cantidad de teorías que explicaban "científicamente" la opresión femenina. Una de ellas postulaba a la reproducción como el aspecto fundamental de la vida biológica de la mujer hecho que la obligaba a ocupar toda su energía en llevar a cabo su misión más importante: la maternidad.

Según estas autoras, la matriz y los ovarios pasan así a dominar no sólo el organismo y la vida social de la mujer sino también su psicología, ya que cualquier alteración femenina, desde la irritabilidad hasta la locura, llegan a atribuirse a la enfermedad de estos órganos. Ahora bien, el origen de trastorno en estos órganos era atribuido generalmente a las malas costumbres (la masturbación, el orgasmo o cualquier manifestación de deseo sexual) aún cuando la propia enfermedad podía causar la aparición de estos malos comportamientos. Este hecho marca la separación definitiva entre la sexualidad femenina y la reproducción, al mismo tiempo que niega la presencia de impulsos sexuales en la mujer; reduciendo su vida sexual a la búsqueda de la maternidad; situación que a la vez incita la creación de una serie de tratamientos médicos en el área ginecológica dirigidos a curar los problemas de personalidad femeninos (ablación quirúrgica del clítoris, extirpación

de los ovarios, histerectomía, etc.) y que si bien tenían poco sentido desde el punto de vista médico, eran excelentes para tener a la mujer subyugada y atemorizada.

Aún cuando la mujer llegó a convencerse de su tendencia innata a la enfermedad y ésta resultó ser la principal razón para que no pudiera imaginar siquiera una vida útil y activa; el papel de eterna enferma le sirvió entre otras cosas como una forma de controlar su reproducción y su sexualidad, así como un medio para retener la atención y ejercer cierto poder dentro de la familia.

Aparece entonces un nuevo padecimiento femenino: la histeria ⁴, que se extiende como una epidemia entre las mujeres de esta clase social y como este mal no mostraba ninguna base médica a la vez que era inmune a cualquier tratamiento, genera un gran movimiento dentro del gremio médico; hecho que provoca entre otras cosas el surgimiento del Psicoanálisis, el cual diagnostica a la histeria como una enfermedad mental.

La mujer pasa así de las manos del ginecólogo a las del psiquiatra, y aún cuando el Psicoanálisis le concede la posibilidad de escapar a los tratamientos médicos físicamente intrusivos y le permite el derecho a una vida sexual (aunque limitada a las sensaciones vaginales) éste la sigue considerando una persona perpetuamente enferma, destinada a ello por su anatomía.

Por otro lado, estaba la mujer pobre que no enfermaba, aún cuando el cansancio, los accidentes (de trabajo primordialmente) y las enfermedades como el tifus, la fiebre amarilla, la tuberculosis, el cólera y la difteria eran elementos habituales de su vida, ella no podía darse el lujo de cultivar la invalidez, no tenía tiempo ni dinero para ello; y aún cuando llegara a hacerlo los cuidados médicos a los que podía recurrir se limitaban a los remedios caseros o a los medicamentos

⁴ Aún cuando la histeria, ya había sido nominada mucho antes como "la locura femenina" por excelencia y se la ligaba directamente con las enfermedades del útero, es en este momento de la historia que se la reconceptualiza como un padecimiento psíquico, perdiendo así su connotación meramente biológica.

patentados, ya que sólo en casos muy graves podía ingresar a los insalubres e insuficientes hospitales públicos.

Sí bien la salud de las/los pobres no preocupaba a los médicos ni a la opinión pública, en cambio sí existía una gran inquietud entre las clases alta y media acerca del contagio del que podían ser víctimas, debido a la nefasta influencia de estos en la salud de las ciudades. Es decir, que la población pobre no importaba por enferma (en el caso de que lo estuviera) sino por ser una muy probable fuente de contagio para la población acomodada. Las mujeres pobres como potenciales portadoras de enfermedades eran especialmente peligrosas dado su contacto más estrecho con las mujeres ricas; ya sea porque realizaban las tareas domésticas, porque lavaban o cosían la ropa que usaban o por la prostitución; de cualquier manera y por estas razones, la persecución contra ellas se mostró más encarnizada e incisiva que con el hombre de la misma clase. "Mientras que la mujer de la clase media alta tenía problemas de salud, la mujer obrera eran un problema sanitario" (p. 70, Ehrenreich y English, 1988).

Pronto la ciencia médica encontró una explicación lógica para la polarización de clases y para la cada vez más creciente enfermedad y mortandad entre la población pobre: la supervivencia de los más aptos y la muerte de los naturalmente inferiores. Así la pobreza no corría el riesgo de explicarse como una injusticia social, se trataba simplemente de selección natural.

Ya en los albores del siglo XX, el conocimiento acerca de la transmisión de las enfermedades se amplió y la clase en el poder comenzó a comprender que su bienestar sanitario se hallaba intrínsecamente ligado a las condiciones de vida de las clases más pobres, lo cual provocó una gran movilización, sobre todo de las mujeres ricas, en favor de la sanidad pública, de la educación de los pobres (a este respecto) y del control de la natalidad para evitar la propagación de la pobreza. Sin

embargo, este hecho nunca representó un mejoramiento en el nivel de vida de la clase proletaria; sí bien la mujer obrera pudo tener acceso a métodos anticonceptivos y adquirió cierta educación sanitaria, sus jornadas de trabajo no disminuyeron ni tampoco se la liberó de la responsabilidad solitaria del cuidado de la casa y la crianza de las/os hijas/os (Ehrenreich y English, 1988).

Actualmente la relación de la mujer moderna con el sistema médico no ha sufrido, como podría esperarse, drásticas transformaciones. La ciencia médica ha seguido incidendo en muchos de los ámbitos de la conducta femenina, desde el punto de vista sexual controlando desde los embarazos y la anticoncepción hasta la falta de respuesta sexual, desde el punto de vista psiquiátrico atribuyendo a casi todos sus malestares una gran carga psicósomática e incluso desde el punto de vista de la Pediatría y la Psiquiatría Infantil, responsabilizando a la calidad de la atención materna de la salud mental de su descendencia.

A partir de lo anterior puede observarse como el área de salud mental de la población ha sido monopolizada por el sistema médico, el cual ha reservado para sí el derecho de definir y etiquetar las enfermedades, de decidir qué clientes y qué problemas son dignos de consideración y de determinar cuales padecimientos merecen prioridad de investigación. La Medicina posee la exclusividad casi total del conocimiento, el diagnóstico, el servicio, el tratamiento, la prescripción y la investigación en el área de la salud mental (Richardson, 1988), contribuyendo muchas veces por estos medios a perpetuar estereotipos culturales.

Este modelo médico hegemónico, que según Menéndez (en Burin, Moncarz y Velázquez, 1990) es esencialmente biologicista, a-histórico, a-social, individualista, mercantilista y pragmático, ha focalizado y enfatizado de manera rígida la oposición entre normal y patológico; donde la diferencia (considerada como desviación dentro de la curva normal) es vista como síntoma de enfermedad;

mientras que la adaptación a los requerimientos de la sociedad (estar dentro de la norma) es sinónimo de salud.

De esta manera puede observarse el gran poder de control social que tiene el gremio médico, el cual regido por un barómetro clasista y sexista (Saéz, 1988) no sólo dicta los estándares de salud y enfermedad mentales imperantes, sino que incluso legisla acerca de la permanencia de una persona dentro de una sociedad, decidiendo quién debe ser marginado, hospitalizado, encarcelado, medicado, etc. y quién es capaz de vivir en armonía con sus congéneres; creando además para esto todo un cuerpo ideológico instaurado institucionalmente que garantiza y perpetua la segregación.

Ignorando que los sujetos son seres construídos culturalmente, inmersos dentro de un contexto y problematizados por sus estilos de vida; la Medicina fundamenta la búsqueda y explicación de los conflictos de las personas sobre bases biológicas y/o psicológicas, olvidando a lo social dentro de sus conceptualizaciones.

Stephenson y Walker (1981) señalaron a este respecto que las definiciones de normalidad para las mujeres han sido modeladas muy de cerca por estereotipos derivados de ideas arquetípicas, que dividen a éstas maniqueamente en buenas y malas, donde las primeras son o deben ser obedientes, sumisas, dependientes, complacientes, gentiles, puras, diligentes, altruistas, sentimentales, delicadas, fértiles, etc; mientras que las segundas son o deben ser agresivas, infieles, manipuladoras, vanidosas, egocéntricas, indignas de confianza, seductoras, independientes, irracionales, infértiles, etc; donde a su vez la mujer buena será sana y la mala enferma, conceptos que han impregnado las teorías médicas y psiquiátricas y han ayudado a rigidizar el concepto de salud mental femenina.

Pero no sólo las teorías clínicas se hallan impregnadas de estereotipos acerca de las mujeres, sino que estos han alcanzado a influenciar radicalmente las prácticas en el área de la salud mental.

El trabajo de Broverman, Broverman, Clarkson, Rosenkrantz y Vogel (1981) muestra claramente esta situación. Estos autores encuestaron a clínicos/as de la American Psychological Association (APA) hombres y mujeres con diversos años de experiencia, acerca de las características de una mujer psicológicamente sana, de un hombre psicológicamente sano y de un adulto psicológicamente sano. Los resultados mostraron que la concepción que los/as clínicos/as tenían de un hombre sano no difiere significativamente de la que tenían de un adulto normal, mientras que las características de una mujer madura y saludable discrepaban de las de un hombre maduro y saludable (e incluso de las del adulto maduro y saludable), por considerarla más sumisa, menos independiente, menos aventurera, más fácilmente influenciada, menos agresiva, menos competitiva, más emocional, menos objetiva, etc. A partir de dichos resultados concluyeron que existe un doble modelo de salud mental para hombres y mujeres, donde las características deseables para toda mujer se alejan mucho de la noción de salud mental para un hombre sano y maduro.

Por su parte Burin, Moncarz y Velázquez (1990), señalan que actualmente existen principalmente dos modelos de salud mental femenina, los cuales han contribuido a estereotipar a las mujeres:

- *Modelo Psicopatológico*, el cual se basa en un criterio dualista de salud-enfermedad, bueno-malo, donde la enfermedad es vista como desviación de lo normal. Su modo de intervención se realiza a través de expertos profesionales de la salud cuyas herramientas son principalmente farmacológicas.

- *Modelo Emotivo-Sensible*, que se basa en un criterio de salud donde ésta es definida como armonía y equilibrio. Las mujeres son saludables en tanto

pueden mantener un equilibrio emocional y armonizar con los afectos de los que las rodean, es decir, la sensibilidad es vista como sinónimo de salud mental, sensibilidad para detectar las necesidades emocionales de los demás y dar respuesta apropiada a ellas. Este modelo admite la existencia de conflictos pero sólo en la medida en que pueda integrarlos, equipararlos, armonizarlos, es decir, neutralizarlos. Interviene a través de técnicos/as con conocimientos apropiados en el área (counseling, asesoramiento, psicoterapias, etc.).

Finalmente para Rawling y Carter (1977) en la actualidad existen dos modelos de salud mental que han generado considerables controversias respecto del tratamiento psicoterapéutico que reciben las mujeres, que son:

- *Modelo Normativo*: que define a la salud mental como la expresión de conductas acordes con los valores y roles preescritos por la sociedad, particularmente con los roles genéricos. Dado que las prescripciones culturales son diferentes para la mujer y para el hombre, este modelo implicará el uso de un doble criterio para evaluar la salud mental femenina y masculina, donde los individuos más sanos serán aquellos que adapten o ajusten mejor, dependiendo de su sexo, sus conductas y actitudes a los requerimientos de la sociedad; mientras que los individuos enfermos serán aquellos que, también dependiendo de su sexo, presenten conductas y actitudes que discrepen con el ideal social; aunque éstas no sean en sí mismas desadaptadas, enfermantes o negativas para el sujeto.

- *Modelo Androcéntrico*: el cual utiliza un sólo criterio para evaluar la salud mental: el masculino, donde las únicas conductas deseables, sanas y adaptativas serán las típicamente masculinas, mientras que las conductas consideradas como típicamente femeninas serán concebidas como indeseables, enfermas y desadaptativas. Este modelo coloca entonces a la mujer en una grave disyuntiva, ya que si bien devalúa explícitamente lo femenino, tampoco juzgará como

sana la expresión de conductas masculinas en una mujer, de tal manera que ella tendrá que decidir entre exhibir conductas consideradas como deseables para un hombre y/o un adulto normal y sano y así arriesgarse a ser diagnosticada como neurótica y castrante poniendo en duda su "feminidad"; u observar una estricta obediencia con respecto a los criterios culturales y comportarse como "toda una dama", aceptando así su status como adulto de segunda clase, que socialmente será devaluado y relegado.

Aún cuando podría deducirse de lo anterior que cualquier acercamiento de la mujer al sistema de salud representa un enfrentamiento crudo con el sexismo⁵ y la discriminación, actualmente este sector ha encontrado en la mujer a su mejor cliente: las pacientes femeninas exceden a los masculinos en un porcentaje de 3 a 2 visitas oficiales al doctor (Russo, 1990), en el porcentaje de ingresos a hospitales psiquiátricos, de atención psiquiátrica ambulatoria, en la práctica privada y en los estudios epidemiológicos (Gáez, 1988; Ehrenreich y English, 1988; Basaglia, 1983).

Así mismo existen ciertas clasificaciones nosológicas en las que las mujeres ocupan un lugar preponderante, como son las depresiones, las neurosis simples (Burin, Moncarz y Velázquez, 1990), intentos suicidas (Richardson, 1988), fobias, esquizofrenias, desordenes obsesivos-compulsivos y somatizaciones (Russo, 1990; Carcaga, 1994).

Estos datos podrían explicar el que se halla llegado a sugerir que la mujer esta mucho más predispuesta que el hombre a enfermar, específicamente a padecer trastornos psíquicos, sin embargo, la manera en que la Medicina y la Psiquiatría

⁵ Dados los fines de este trabajo, se utilizará para el término sexismo la misma definición de Burin, Moncarz y Velázquez (1990), donde éste se refiere "a la utilización de los modos de percibir y operar sobre la realidad desde una perspectiva que coloca al género masculino como modelo de toda aproximación a la realidad" (p.22) y que constituye ciertamente un sistema opresivo para las mujeres.

han venido definiendo a la enfermedad llevan a cuestionar, no sólo las explicaciones que se han creado para justificar el hecho de que las mujeres pidan ayuda con mayor frecuencia que los hombres, sino incluso a dudar de la veracidad de que las etiquetas diagnósticas utilizadas con mayor frecuencia en las mujeres hagan realmente referencia a enfermedades psicológicas.

Así podrían tomarse como ejemplos a las histerias y las depresiones, los dos padecimientos denominados *femeninos por excelencia* (Burn, Moncarz y Velázquez, 1990); en tanto estos ilustran la forma en que tradicionalmente han sido tratados médica y psiquiátricamente los malestares femeninos.

3. HISTERIA Y DEPRESIÓN: MAL DE MUJERES

Diversos estudios epidemiológicos parecen indicar que existen ciertos trastornos de salud mental específicos por sexo. Este es el caso de las histerias y las depresiones, las cuales al ser diagnosticadas con mayor frecuencia en la mujer, han sido denominadas como los trastornos mentales típicamente femeninos.

A. EL FENÓMENO HISTÉRICO

El fenómeno histérico, ha suscitado a lo largo de la historia una multitud de interrogantes y explicaciones que van desde las mágicas, las religiosas, las médicas hasta las psicológicas. Sin embargo, existe un punto en el que todas las teorías están de acuerdo: es una enfermedad de mujeres, no tanto porque sean ellas las

únicas que la padecen, sino porque parece existir un factor que predispone en la feminidad la aparición de este mal.

A pesar de todos sus avatares históricos, la histeria a partir de Freud cobra un significado diferente, ya que se la desliga de su etiología uterina para redefinirla como un padecimiento psíquico, producto de la represión de un suceso traumático de orden sexual, el cual encuentra su origen en la primera infancia del sujeto y que posteriormente en la vida adulta se asocia con un hecho aparentemente insignificante para formar los síntomas histéricos (Freud, 1896).

Ya desde esta época observa Freud una predominancia femenina en el número de casos que presentaban esta enfermedad, creando por consecuencia algunas explicaciones teóricas específicas para estas mujeres. De esta manera, encuentra que en las pacientes histéricas existe una preocupación constante por sus órganos genitales y la posibilidad de que éstos puedan parecer desagradables o repugnantes, hecho que a su vez las tornará inseguras, irritables, susceptibles y desconfiadas (Freud, 1905); posteriormente esta preocupación excesiva será explicada por Freud como una reacción anormal ante la inferioridad clitoridiana y la consecuente envidia del pene.

Así mismo, este autor encuentra en la mujer histérica una clara tendencia a la homosexualidad y la masturbación (real o fantaseada), señalando que gran parte de la curación de la histérica pueda hallarse en el matrimonio y en el comercio sexual normal (Freud, 1905).

Las aportaciones freudianas al estudio de la histeria son innegables, "gracias al Psicoanálisis, la histeria cobró distancia del naturalismo etimológico del que provenía, y del útero se desplazó a las reminiscencias, al fantasma, al Edipo [sin embargo, cuando esta teoría] trata de explicar porque se corporiza prevalentemente a través del cuerpo de la mujer, asistimos sorprendentemente a la

reintroducción de la línea supuestamente abandonada: a causa de su anatomía" (Bleichmar, 1985. p. 21).

Actualmente el concepto, la etiología y semiología de la histeria han sufrido ciertas modificaciones, alejándose de alguna manera de los lineamientos propuestos por Freud, debido principalmente a que la Psiquiatría se ha adjudicado el derecho de definirla.

Por un lado, el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-III-R) señala como la manifestación más benigna de la histeria al Trastorno histriónico o histérico de personalidad, cuya sintomatología consiste esencialmente en la búsqueda de atención exagerada, demanda consistente de apoyo, aprobación y/o alabanza por parte de los demás, labilidad emocional, conducta abiertamente reactiva, expresión exagerada de las emociones, poca capacidad de demora, escasa o nula tolerancia a la frustración y excesiva preocupación por la apariencia física. Así mismo, dentro de este Manual se señala que este trastorno es aparentemente común y se diagnostica con mucha más frecuencia en las mujeres.

Por otro lado, Kolb y Brodie (1988) subdividen a los estados histéricos en:

- Trastorno de somatización
- Trastorno de conversión
- Trastorno de dolor psicógeno
- Hipocondriasis
- Trastorno somatoforme amorfo;

encontrando en general una alteración importante en el área psicosexual, sobre todo en las pacientes mujeres, cuyo origen muy probablemente se localiza en la relación con la madre (seguramente histérica también) que establece con su hija lazos muy sutiles, ambivalentes, mostrando algunas veces cariño y cuidados excesivos y otras rivalidad y falta de interés. Como consecuencia de esto, la hija

adoptará al padre como una madre sustituta pero envidiándolo a su vez porque recibe más atenciones maternas que ella. Esta niña, según dichos autores, crecerá con una fijación y deseos patológicos por la atención materna, mostrando serias dificultades para aceptar su rol femenino, así como confusiones y conflictos acerca de su identidad sexual.

Esta forma de visualizar a la histeria, la coloca como un ejemplo claro de la forma tradicional en que la enfermedad mental femenina ha sido anclada en la anatomía de la mujer, hecho que la muestra siempre envidiosa del hombre, encerrada en la triangulación edípica, destinada naturalmente al complejo de castración, a la búsqueda eterna del falo y por lo tanto a la enfermedad.

B. EL SÍNDROME DEPRESIVO.

Por otro lado, en el caso del padecimiento depresivo se observa que estadísticamente la depresión ha demostrado ser un padecimiento consistentemente femenino, así en la Encuesta Nacional de Salud (Careaga, 1994) se reportó un porcentaje de 17% de mujeres adultas con sintomatología depresiva severa en comparación con un 8.5% de hombres. De la misma manera el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-III-R) señala que para Estados Unidos y Europa la incidencia por sexo se encuentra en una proporción de un 9% a un 26% para las mujeres en contraste con un 5% a un 12% para los hombres. De igual manera, la mayoría de los estudios en el área aseveran que por cada 2 mujeres con sintomatología depresiva hay un hombre (Burin, Moncarz y Velázquez, 1990). Así mismo, el impacto de estos datos en la práctica psiquiátrica ha dado como resultado que los/as psiquiatras tiendan a diagnosticar con mayor frecuencia y menor exactitud depresión en la mujer y que se hallen más

dispuestos/as a recetar drogas psicoactivas para estas pacientes que para sus iguales masculinos (Russo, 1990).

Las formas más comunes de presentación de este padecimiento incluyen como síntomas los siguientes: cefaleas, aumento o pérdida significativa del peso corporal, insomnio o hipersomnia, agitación o enlentecimiento psicomotor, fatiga, pérdida de energía, vértigo, hormigueo, disminución o pérdida del deseo sexual, déficit motivacional, apatía, reducción en los cuidados personales, ansiedad, sentimientos excesivos o inadecuados de culpa, disminución de la capacidad para pensar y concentrarse e ideas de muerte recurrentes (Burin, Moncarz y Velázquez, 1990; DSM-III-R); pero de igual manera se ha encontrado que existen diferencias por sexo en la forma en la que los paciente femeninos y masculinos perciben y manifiestan la depresión, ya que las mujeres por un lado, reportan con mayor frecuencia sentimientos de tristeza, soledad, incapacidad y dependencia; mientras que los hombres, por otro lado, reportan generalmente sentimientos de culpa, fracaso personal y desesperanza (Carega, 1994).

A pesar de lo anterior, la depresión como trastorno y específicamente como trastorno femenino ha sido difícil de precisar. Las explicaciones utilizadas generalmente la describen como una enfermedad relacionada muy de cerca con la maternidad, ejemplos claros de esto serían:

La depresión puerperal, que se presenta aproximadamente en un 30% de las mujeres que acaban de dar a luz y que es atribuida principalmente a los sentimientos de pérdida de la condición de embarazada y al ajuste psicológico a la maternidad; afectando de manera importante la salud mental de la mujer, del producto y de la familia (Hernández, 1994)

La depresión premenstrual, la cual encuadra una sintomatología muy variable que abarca irritabilidad, tristeza, dolor mamario, agresividad, aumento de

peso, tensión nerviosa, cefalea, labilidad emocional, estreñimiento o diarrea, disminución o aumento del deseo sexual, entre otros. Este tipo de síndrome afecta a una gran parte de la población femenina en todo el mundo, incapacitando o interfiriendo en el desarrollo adecuado de las tareas cotidianas de las mujeres, y ha sido explicado como una reacción psicológica de temor y/o deseo frente a la maternidad, pero también como un síndrome fisiológico consecuencia de un desequilibrio hormonal y de una retención salina intracelular excesiva (Sáez, 1988).

La depresión del nido vacío, que aqueja a las mujeres de mediana edad cuando las/os hijas/os se alejan del hogar. Parece estar relacionada con sentimientos de pérdida en cuanto al rol de madre, a la falta de proyectos y metas planeados para esta época de la vida y a la disminución del control ejercido sobre la vida de los/as hijos/as; pero que también se ha explicado como una reacción ante la pérdida de la capacidad reproductiva y con ello de la pérdida de la belleza y atractivo para el sexo opuesto (Burin, Moncarz y Velázquez, 1990).

Estas teorías acerca de la depresión femenina aunque intentan explicaciones psicológicas, manejan la etiología depresiva como un hecho fisiológico, anclado muy de cerca con la capacidad reproductiva femenina (afirmaciones poco sorprendentes si se toma en cuenta que socialmente la maternidad es considerada el hecho más importante de la vida de las mujeres). De esta manera, el cuerpo femenino pasa de ser un acontecimiento fisiológico a considerarse un hecho patológico dentro de la ecuación *maternidad igual a depresión*, lo cual ha contribuido a su vez a legitimizar a la depresión como un fenómeno "naturalmente femenino"

A pesar de lo anterior, el hecho de que el rol maternal se vincule de cerca con los padecimientos femeninos, puede sugerir que exista una relación más estrecha entre roles femeninos y malestar psicológico, que entre naturaleza femenina y enfermedad mental. Por esta razón es necesario hacer un análisis de estos roles

así como de su efecto en la salud mental femenina; redefiniendo la cotidianidad de las mujeres para poder destacar como las condiciones de vida de éstas, especialmente los roles a los que tradicionalmente han sido asignadas, recrudecen sus conflictos e incluso alteran la valoración que puedan hacer de ellos.

4: LA COTIDIANIDAD VUELTA ENFERMEDAD

Los roles son la expresión más clara de la cotidianidad de cualquier ser humano, representan la forma que encuentra éste de vincular su individualidad con la sociedad y su poder es tal "que la configuración de los mismos forma y dirige el sentido del tiempo y el espacio, la motivación y el concepto de sí mismo, así como el funcionamiento psicológico" (Saéz, 1988, p.85). El carácter permanente y rutinario de los roles contribuye a que se les considere como normales y rutinarios, pero también los convierte en invisibles, incuestionables y desgastantes.

De todos los roles, los genéricos son los que se adquieren de manera más temprana, penetrante y permanente. A través del desempeño de ellos, se le enseña a cada persona los comportamientos socialmente adecuados y convenientes de acuerdo a su sexo, dirigiendo además la evaluación que ésta haga de su propia conducta y la de los demás. Es así como, por medio de esta socialización temprana que, las mujeres son asignadas desde pequeñas al desempeño de los roles tradicionales de esposa, madre y ama de casa.

De acuerdo con esta idea, se han realizado diversos estudios epidemiológicos orientados a revelar datos acerca de la relación entre el desempeño de los roles tradicionales femeninos y el malestar psíquico. Así por un lado, se observa que la tasa de enfermedad mental para los dos sexos, varía según el estado civil, aumentando para la mujer después de haber contraído matrimonio y

disminuyendo en el caso del hombre; mientras que la soltería, la separación, el divorcio o la viudez hacen disminuir esta tasa en el caso de las mujeres y aumentar en el de los hombres (Sáez, 1988; Russo, 1990).

Por otro lado, diversos estudios han revelado que las mujeres dedicadas exclusivamente al trabajo de amas de casa, representan la población más numerosa que acude a solicitar atención psiquiátrica en la mayoría de los países occidentales industrializados (Sáez, 1988), donde específicamente para el área de América del Sur representan el 88.27% de la población femenina con sintomatología neurótica (Burin, Moncarz y Velázquez, 1990).

Finalmente, el desempeño del rol materno también parece afectar de manera importante la salud mental de la mujer, sobre todo cuando dentro del hogar hay 3 o más hijos/as en edad escolar, cuando éstos/as presentan un problema grave de salud o cuando no existe apoyo comunitario, familiar o de la pareja para compartir la crianza (Russo, 1990).

Las explicaciones que han surgido alrededor de estos datos, señalan como responsables de la relación entre desempeño de roles tradicionales y malestar psicológico, a las formas específicas en que se ejecutan éstos, ya que someten a la mujer a condiciones de aislamiento, excluyéndola de ciertas áreas de poder y saber, situándola en un lugar de dependencia económica, social y emocional con respecto al hombre, quedando así limitada su influencia al ámbito de lo doméstico y al orden de los afectos.

El caso de la maternidad, muestra especialmente el efecto nocivo que estos roles pueden ejercer sobre la salud mental femenina ya que tradicionalmente cuando se hace referencia a ésta se alude a su función reproductora, no tanto al hecho de su capacidad procreadora como tal, sino a la maternalización de sus

actitudes, rasgos y relaciones, por esta razón resulta necesario ampliar el análisis de este rol en particular.

La mujer, durante la mayor parte de la historia del mundo, ha sido explicada y entendida primordialmente a través de su función procreativa, hecho que además ha marcado su grado de participación en la vida económica, política y social. Sin embargo, la consecuencia quizá más importante de la función reproductiva femenina, es su traducción en maternidad/crianza, donde el papel de la mujer no sólo es parir y amamantar sino proteger, socializar y facilitar el crecimiento y evolución de los otros, maternizando así todos sus roles.

Esta ideología ha sido reforzada principalmente por la ciencia médica que crea el mito del instinto maternal, el cual desembocará durante el siglo XX en el concepto de simbiosis madre-hijo creado por la Psicología, según el cual la salud mental de cualquier ser humano esta cimentada en la relación primaria de apego que su madre halla podido establecer con él (Chodorow, 1978). Esta relación simbiótica ayudará al organismo inmaduro a alcanzar la homeostasis durante sus primeros meses de vida, convirtiendo a la madre en un ser insustituible y al infante en totalmente dependiente de ella. Si acaso esta madre llegara a faltarle al infante, las consecuencias sobre su salud mental serían inevitables, como señala Mahler (1972) cuando puntualiza que: "la iniciación de la psicosis (...) parecía deberse a , o al menos coincidir con la falta por parte del infante de una esperanza normal de rescate de, o gratificación de, hambre de afecto por su madre" (p.20).

De esta manera, la mujer-madre queda responsabilizada del porvenir psicológico de su descendencia, pero a la vez su salud mental será medida por el grado de aceptación que muestre ante la maternidad, ya que aquella mujer que la rechace, que se angustie ante la responsabilidad que implica, que muestre sentimientos de hostilidad o hartazgo o que no establezca una buena relación

simbiótica con su hijo/a, correrá el riesgo de ser juzgada como una madre mala, patógena o nociva (Sáez, 1988)

Este ideal ha moldeado la subjetividad femenina de tal manera que, gran parte de las características deseables en una buena madre como son la comprensión, la pasividad, el desdoblamiento, la disponibilidad, la dulzura, la sumisión, la capacidad de nutrición, la dependencia, la vocación de sacrificio, la falta de egoísmo, etc. son consideradas en general como virtudes típicamente femeninas (Basaglia, 1983). De igual modo, estos estereotipos han encerrado a la sexualidad femenina dentro de la heterosexualidad, la fidelidad, la pasividad y la búsqueda del embarazo; catalogando a aquellas mujeres seductoras, promiscuas, bi/homosexuales o adúlteras como anormales y enfermas (Richardson, 1988).

La manipulación que se ha hecho de este cuerpo de mujer, ha reducido por lo tanto, la importancia social-histórica, la subjetividad y la sexualidad femenina a una única "función legítima": la reproducción, la cual se ha convertido a su vez en una obligación social, donde la mujer podrá sublimar sus deseos y/o necesidades personales, cimentando en la maternidad su realización personal y su validez como ser humano.

Aún cuando numerosos estudios han revelado que las mujeres que sólo se dedican a la casa y al cuidado de los/as hijos/as, los/as toleran menos y tienen tres veces más probabilidades de que éstos/as sufran alguna perturbación mental (Sáez, 1988); que el agobio producido por la crianza puede acarrearle a la mujer colapsos emocionales, estrés en las relaciones interpersonales y pérdida de la salud física (McBride, 1990); y que incluso aquellas mujeres con personalidades típicamente femeninas son menos hábiles en la crianza de los hijos que aquellas cuyas características son la independencia, la fortaleza y la asertividad (Richardson, 1988); las prácticas terapéuticas se hallan impregnadas de

estereotipos acerca de la feminidad y de la conducta adecuada para una mujer, ayudando a reforzar en ella los roles maternos o a reestructurarlos si es que se hallan distorsionados o mal encaminados.

Esta identificación de la salud mental femenina alrededor del rol de madre tiene, para Careaga (1994), múltiples consecuencias en la vida de las mujeres, entre las que se cuentan:

- La idealización de la maternidad y la consecuente exhibición de características como la abnegación, la entrega total, la renuncia, la generosidad y el altruismo, todas ellas que llevadas a extremos excesivos son perjudiciales para su salud mental.

- La imposibilidad de elegir otros roles diferentes u opuestos a la maternidad, ya que en ella serían considerados insanos y desadaptados.

- La incompatibilidad entre sexualidad y rol materno, donde el erotismo debe quedar supeditado a la maternidad.

- La necesidad de reprimir sentimientos hostiles, agresivos o egoístas que pudieran ser considerados como no maternos y por consecuencia no femeninos.

- La maternalización de los demás roles y relaciones femeninos.

Resumiendo puede puntualizarse que, el alto nivel de expectativas sociales y de la propia mujer con respecto al cumplimiento de sus roles de esposa, madre y ama de casa, sus propiedades idealizadas, agobiantes y exclusivistas, así como la imposibilidad de descansar de su ejercicio, los convierten en factores de riesgo para la salud mental de la mujer, dignos de tomarse en cuenta para el diagnóstico y el tratamiento del malestar psicológico femenino, aún cuando variables como la edad, la raza o el grupo étnico, la escolaridad y el estatus socio-económico pueden influir en el curso y presentación de la enfermedad.

Finalmente puede mencionarse que, contrario al factor de riesgo que representa para la salud mental femenina el ejercicio de estos roles tradicionales, actualmente la inserción laboral y social de la mujer puede considerarse un factor de protección para su bienestar psicológico, ya que ésta puede amortiguar el estrés producido por la maternidad, la vida marital y el cuidado de la casa, resultando todavía más benéfico si además existe comunicación íntima y confidencial con la pareja, si existe soporte de amigos y familiares y si la mujer comparte con ellos las responsabilidades de la crianza (Burin, Moncarz y Velázquez, 1990; McBride, 1990).

De acuerdo con todo lo anterior, puede aseverarse que los seres humanos, divididos en hombres y mujeres, son fundamentalmente productos de un contexto social y de un momento histórico. Sin embargo, ese momento no ha surgido en el vacío, es el resultado de la historia conjunta de toda la humanidad. Las condiciones en las que viven actualmente hombres y mujeres son la consecuencia lógica de los cambios que ha sufrido la política, la economía, la ciencia, la ideología, la religión, etc. a lo largo de la historia del mundo.

Pero no sólo la política, la economía y la religión han sufrido cambios; la subjetividad de los sujetos que viven estos cambios se ha ido modificando a su vez, obedeciendo a sus circunstancias de vida pero también a lo que el momento histórico ha exigido de ellos, como ha sido imponerles cierto tipo de educación, poner a su disposición determinado tipo de actividades económicas, coartando o ampliando su libertad sexual, obligarlos a asumir ciertos roles sociales, sometiénolos a ajustar su subjetividad a los cambiantes modelos de salud mental, etc.

Las diferencias que podemos encontrar de una mujer a otra sin llegar a ser infinitas son definitivamente inimaginables, ya que van desde las variantes más

íntimas e individuales hasta las más globales como son las étnicas, religiosas, raciales, económicas, culturales, etc., sin embargo las mujeres de todo el mundo comparten con sus compañeras de género una característica en común: su papel social subordinado (Basaglia, 1983); es por esto que aunque no pueda estudiarse a la mujer como concepto (ya que no existe "la mujer" como tal), si es posible, a través de focalizarla como un sujeto sistemáticamente oprimido, estudiar a todas las mujeres.

Al hacer este rastreo histórico del origen y desarrollo de dicha "peculiaridad femenina" distintas/os investigadoras/es (Burin, Moncarz y Velázquez, 1990; Alvarez y Hernández, 1986; Sáez, 1988; Basaglia, 1983; etc.) han tratado de encontrar, por un lado, cómo se engendró y cómo se ha ido desarrollando esta desigualdad, cuál es la razón a la que obedece y cuál es su función social, y por otro lado, de qué manera han afectado y afectan la salud mental de las mujeres estas condiciones opresivas de vida.

Sí se pretende estudiar en la actualidad a la mujer, a su subjetividad y a su salud mental, es necesario considerar entonces los roles tradicionales que le han tocado desempeñar a lo largo de diferentes épocas y sociedades, poniendo especial énfasis en su papel dentro de la producción económica, en el control que se ha ejercido sobre su sexualidad y en la forma en que han ido cambiando las características femeninas denominadas, por la sociedad y luego por la ciencia, como naturales, normales y deseables, pero también hacer una revisión general de sus circunstancias de vida individuales, para de esta manera poder definir, diagnosticar y tratar con mayor exactitud los malestares psicológicos femeninos.

CAPÍTULO III

PSICOTERAPIA PARA MUJERES

CAPITULO III

PSICOTERAPIA PARA MUJERES

Dentro de este capítulo se analiza, en primer lugar, cómo el modelo hegemónico de salud con su visión muy particular de los malestares psicológicos femeninos, manipula de acuerdo con sus intereses la salud mental de las mujeres e introduce dentro del espacio psicoterapéutico las prácticas sexistas, producto del engranaje de un sistema de valores propio del/a terapeuta y de la adopción por parte de éste/a de un conjunto de valores profesionales, ambos sesgados y estereotipados.

Posteriormente se revisan algunas propuestas dirigidas a crear un nuevo modelo de salud mental femenina, a través de la deconstrucción y reconstrucción de la forma tradicional de concebir la salud mental de las mujeres. Como ejemplos de esta labor, se exponen los trabajos de Burin y Bleichmar al estudio de las depresiones e histerias femeninas respectivamente, los cuales tratan de mostrar formas alternas de concebir los malestares femeninos; así como dos modelos de salud mental que intentan reconceptualizar las nociones de salud/enfermedad y erradicar el uso de estereotipos por parte de los/as profesionales de la salud.

Finalmente se examina la propuesta muy particular que hace el Modelo Feminista acerca de la conceptualización, análisis y tratamiento de los malestares psicológicos de mujeres y hombres; puntualizando además las ventajas que reeditan para ciertas clientes femeninas ser atendidas por una terapeuta que adopte dicho enfoque.

El sistema médico, como ya se ha visto, ha creado un modo hegemónico para comprender y explicar los malestares psicológicos femeninos, que al invisibilizar el efecto que puedan tener sobre la salud mental de las mujeres las condiciones sociales, políticas, económicas y genéricas que éstas enfrentan, termina reduciendo sus malestares a hechos biológicos y/o psicológicos.

Cuando la sintomatología femenina es encerrada exclusivamente en la estructura anatomofisiológica o en el funcionamiento intrapsíquico, la mediación social o cultural obligada entre lo biológico y lo psicológico desaparece, quedando entonces encerrada la subjetividad femenina y todos sus posibles malestares dentro de los movimientos internos, errados o acertados que la mujer realice, convirtiéndose en la única responsable de su salud mental (Lombardi, 1990).

Esta forma de manipulación de la salud mental femenina representa dentro del área de las psicoterapias un tema poco explorado, que para algunos/as autores/as es una expresión clara de las prácticas sexistas, derivadas de la falta de información y entrenamiento para poder adquirir una visión de género de la problemática de los/as pacientes.

1. EL SEXISMO DENTRO DE LA PSICOTERAPIA

Como se había visto con anterioridad, el término sexismo hace referencia "a la utilización de los modos de percibir y operar sobre la realidad desde una perspectiva que coloca al género masculino como modelo de toda aproximación a la realidad" (Burin, Moncarz y Velázquez, 1990 p.22) y que constituye ciertamente un sistema opresivo para las mujeres.

Según Stricker (1977), el primer problema que se plantea al tratar de identificar sexismo dentro de la práctica psicoterapéutica, consiste en poder

distinguir entre una psicoterapia mala y una sexista, para de este modo evitar confusiones y poder definir con certeza este tipo de prácticas. Primeramente, una mala psicoterapia se producirá cuando exista un manejo intrusivo, insensible y explotador por parte del/a terapeuta, que opaque el aspecto socio-político de la vida de los/as pacientes, llevándolos/as a buscar la fuente de sus malestares dentro de ellos/as mismos/as; prácticas todas ellas poco recomendables y favorables para cualquier paciente independientemente de su sexo; por otro lado, una psicoterapia sexista será aquella donde a) las/os pacientes, mujeres y hombres, sean tratadas/os de manera desigual y cuando esta diferencia signifique que las mujeres reciban un tratamiento de menor calidad; y/o cuando b) la mujer y hombre sean tratados de manera similar pero con procedimientos adecuados solamente para los hombres.

Ahora bien, para este autor, dentro de las psicoterapias denominadas sexistas, existen dos áreas de especial interés, las cuales al ser investigadas y exploradas, podrán ayudar a atacar y eliminar este tipo de prácticas, que son:

1. La concerniente al problema de las relaciones sexuales entre paciente y terapeuta, hecho que representa una conducta claramente inapropiada, explotadora y antiética y que incluso, aunque pueda llegar a argumentarse que serían "beneficiosas" terapéuticamente para algún tipo de paciente, este tipo de relaciones llegan a ser destructivas en la mayoría de los casos. Aún cuando esta clase de conductas se presentan tanto en los terapeutas femeninos como masculinos, lo cierto es que, en primer lugar, la mayoría de los terapeutas son hombres y la mayor parte de las personas que solicitan sus servicios son mujeres, y en segundo lugar, los terapeutas masculinos han reportado con mayor frecuencia realizar este tipo de prácticas (Sáez, 1988).

2. El impacto de los estereotipos de género en la práctica psicoterapéutica, que pueden ser incorporados tanto por el sistema de valores del/a terapeuta, como por la teoría a la que se apegue esta práctica.

Partiendo de los planteamientos de Stricker, puede argumentarse que la inclusión del sistema personal de valores del/a terapeuta dentro del tratamiento psicológico puntualiza el hecho de que una psicoterapia libre de un sistema de valores es un mito: todo sistema psicoterapéutico los contiene y todo/a psicoterapeuta los utiliza. Este hecho puede ser observado, cuando se toma en cuenta que cualquier psicoterapia implica como consecuencia deseable un cambio en el sistema de valores del/a cliente, de tal manera que se considera que un proceso terapéutico es exitoso en la medida en que produzca no sólo cambios en las actitudes y conductas de los sujetos, sino principalmente en su sistema de valores.

La existencia de estereotipos de rol de género en el sistema de valores de los/as clínicos/as, ha permitido observar que efectivamente los/as terapeutas hacen evaluaciones diferentes de las conductas y características femeninas y masculinas. Por ejemplo, Broverman y col (1981) encontraron que socialmente las cualidades estereotipadas como masculinas son más deseables que las femeninas y que incluso la expresión de estas características masculinas, tanto en hombres como en mujeres, es más aceptable, que la expresión de características femeninas tanto en mujeres como en hombres.

De tal manera que, sí se observa por un lado, la relación existente entre masculinidad (socialmente más deseable) versus feminidad (menos deseable socialmente) y por otro lado, la relación entre salud mental y aceptación social, resulta razonable esperar que los/as clínicos/as posean conceptos diferentes de sano y enfermo, dependiendo de si sus pacientes son femeninos o masculinos, es

decir, que consideren ciertas conductas y características como indicadores de enfermedad e inadaptación en un sexo y sanas y adaptativas en el otro.

Dichos autores concluyeron que, la existencia de este doble modelo de salud mental para hombres y mujeres, que coloca a las características de una mujer sana muy alejadas de las de un hombre sano e incluso de un adulto sano; permite observar que el hecho de que la mujer se muestre menos objetiva, más pendiente de su apariencia física, más emocional, más excitable, menos competitiva, menos agresiva, más influenciada, menos aventurera, menos independiente y más sumisa que el hombre; es decir, que sea "típicamente femenina", ha demostrado ser la causa de que la concepción de los/as clínicos/as acerca de una mujer sana y madura difiera de la de un hombre sano y maduro. A pesar de lo anterior, este doble modelo de salud mental muestra que, para que una mujer pueda ser considerada clínicamente madura y adaptada, deberá presentar estas características que ajustaran su conducta a los estándares aceptables para su género, aunque éstas no sean socialmente deseables o clínicamente sanas.

Las ideas estereotipadas acerca de las actitudes y conductas deseables, sanas y/o adecuadas para cada sexo permean el sistema de valores del/a terapeuta, de tal manera que por ejemplo, se muestre de acuerdo y estimule en sus pacientes masculinos la búsqueda de independencia financiera, mientras que desatienda o subestime esta misma búsqueda en sus pacientes femeninas; o que considere a una paciente asertiva y ambiciosa como castrante y neurótica, mientras que un hombre con las mismas características le parezca sano y adaptado. Este tipo de profesionales concentraran sus esfuerzos terapéuticos en ayudar a la mujer a aceptar su identidad femenina y su papel subordinado, ya que para ellos/as la inferioridad femenina es innata y apropiada.

La ilusión de "neutralidad" en la práctica psicoterapéutica es especialmente dañina para la mujer, ya que ellas son las principales consumidoras de servicios de salud mental, los cuales trabajan en contra de su principal interés: provocar un cambio en sus circunstancias de vida.

El enfrentamiento de una mujer con un/a terapeuta sexista, conservador/a, biologista y/o autoritario/a no sería en sí tan perjudicial para ella, si no se hubiera encontrado evidencia de que los/as clientes en general tienden a igualar su sistema de valores a los de su terapeuta. Si se considera además que una terapia sexista ha adoptado la mirada cultural tradicional en la que la mujer es esencialmente menos poderosa, importante y apreciada que el hombre, entonces la paciente femenina involucrada con este tipo de especialista internalizará roles que desalentaran sus expresiones de asertividad, independencia y poder, conduciéndola a situaciones que mermen su autoestima y estimulen su dependencia (Rawling y Carter, 1977).

El que se halla llegado a afirmar que no existe una psicoterapia libre de un sistema de valores y que la inclusión de esta valoración demuestra claramente la puesta en escena del sexismo, ha suscitado múltiples discusiones y desacuerdos. El punto neurálgico de la polémica se sitúa en el cuestionamiento que este tipo de argumentos hacen de la objetividad del/a terapeuta dentro del proceso de atención psicológica. Es decir, el hecho de que se asevere que un/a terapeuta no puede ser imparcial ante sus pacientes y que tenderá a evaluarlos de acuerdo con su escala de valores, pone al descubierto que no existe objetividad (tan descada en cualquier práctica científica) dentro del ejercicio de la psicoterapia.

A este respecto, George Devereux (1977) opina que es un error tratar de ignorar la acción recíproca entre sujeto (paciente) y observador/a (terapeuta) y restarle importancia a la natural angustia, que suscita en este/a último/a el

enfrentarse con fenómenos contratransferenciales al momento de percibir e interpretar a su objeto de estudio. Para este autor, las distorsiones que surjan de dichas reacciones contratransferenciales son imposibles de eliminar y por lo tanto representan sesgos en el ejercicio de la investigación de las ciencias del comportamiento, pero al mismo tiempo pueden transformarse, si no se las ignora o se las relega, en técnicas o herramientas que posibiliten la obtención de una objetividad auténtica y de datos más válidos. De tal manera que, si esta subjetividad propia de toda observación de fenómenos sociales es disfrazada o desviada se convertirá en una fuente de errores incontrolables, mientras que si es considerada como parte inherente de este ejercicio posibilitará la producción de datos más válidos y de insights más reales, genuinos y provechosos.

Ahora bien, si por otro lado, el/a terapeuta además de tamizar el escenario terapéutico con su sistema de valores personal, posee un cúmulo de valores profesionales (derivados de los modelos teórico, de psicoterapia, de salud mental y psicopatología con los cuales se identifica) igualmente sesgados o permeados por la ideología patriarcal, ambas apreciaciones, las personales y las profesionales, concurrirán para determinar las técnicas y metas terapéuticas, influyendo además en el cambio de valores del/a cliente

Cuando se conjuntan las prácticas clínicas sexistas con un sistema de valores propios del/a terapeuta igualmente sesgado, el resultado será una articulación que producirá una especie de sordera, que si bien puede llevarlo/a a no escuchar y por lo tanto a no darle importancia a ciertos problemas o pacientes, puede también guiarlo/a a escuchar sólo lo que quiere oír, tergiversando la información dada por el/a paciente (Sáez, 1988).

Es así, como el estudio y atención al sistema de valores inmerso dentro del encuadre terapéutico, por un lado, y al ostentado por el/a terapeuta, por otro, se

convierte en un aspecto crucial dentro de la psicoterapia para mujeres, ya que generalmente el sistema de valores utilizado por el/a terapeuta corresponde con el del grupo dominante, es decir, con la ideología patriarcal que busca primordialmente mantener el orden social, político y económico tal y como se encuentra.

Dado lo anterior, puede aseverarse que la estructura de la terapia sexista estará basada en el modelo patriarcal que alentará en la mujer la expresión de actitudes de minusvalía, dependencia e infantilismo y trabajará para entorpecer el aprendizaje de técnicas orientadas a la independencia y la autodeterminación, haciendo responsable de los malestares psicológicos femeninos a los factores intrapsíquicos, interpretación que incrementa en la paciente los sentimientos de culpabilidad, inadecuación e invalidez.

Dichas prácticas sexistas además implicarán una biologización y psicologización de los malestares psicológicos de las mujeres; poniendo en práctica dos procesos particularmente dañinos para la salud mental de ellas. El primero de ellos es la obviedad con que son tratados ciertos fenómenos como son, por ejemplo, la mayor prevalencia de neurosis y depresiones en las mujeres, la necesidad más acentuada que manifiestan las mujeres de acudir a consulta psicológica o psiquiátrica, el hecho de que el género femenino presente una tasa más alta de consumo de psicofármacos o que la mayor parte de la población recluida en hospitales psiquiátricos sea femenina. Esta obviedad provoca que hechos tan alarmantes como los anteriores sean considerados naturales y por lo tanto, propios de la condición femenina. El segundo de estos procesos es el uso del poder por parte de los/as profesionales de la salud, que imposibilitando a las mujeres el acceso a un saber sobre sus malestares, provoca un estado de dependencia que implicará una posición pasiva y receptiva por parte de las pacientes.

complementaria a la posición de actividad y dominación del/a profesionalista de la salud. Esta relación de poder, que coloca en franca desventaja a las mujeres, no sólo reproduce los estereotipos sociales de género, sino que además les asigna un lugar subordinado, legitimando así su condición de oprimidas (Burin, Moncarz y Velázquez, 1990).

Las pacientes mujeres serán orilladas así a conceptualizar sus malestares psicológicos como parte de su condición femenina, donde la dimensión social debe y pierde importancia y sus síntomas serán producto de conflictos intrapsíquicos. Las pacientes mujeres encontraran dentro del consultorio otro lugar que reforzará la opresión a la que es sometido su género, lugar que les negará además la posibilidad de hayar o crear un espacio de reflexión o por lo menos de descanso para su condición de subordinadas.

La terapia sexista no es sólo destructiva para las mujeres como individuos sino para las mujeres como grupo, ya que su tendencia a aislar e individualizar la problemática psicológica femenina, evita que ellas puedan confrontarse con las prácticas sociales y políticas que provocan su malestar impliéndole además comunicarse y aliarse con otras mujeres para combatirlas.

El sexismo dentro de la práctica clínica es evidentemente un ejemplo de los errores en los que ha incurrido el actual sistema de salud con respecto a las mujeres; que patentiza además la necesidad urgente de reconceptualizar, eliminar y/o modificar todas aquellas prácticas erradas y perjudiciales para las mujeres y de crear, ejercitar y construir nuevas formas de visualizar el malestar psicológico femenino. Respondiendo a esta necesidad actualmente un nuevo concepto de salud mental femenina se está construyendo; equipos multidisciplinarios de profesionalistas, pero principalmente las mujeres como grupo, han propuesto un proyecto de concientización y transformación acerca de las prácticas clínicas

opresivas y discriminatorias, con miras a generar vías alternas de comprensión de la subjetividad femenina.

2. HACIA LA CONSTRUCCIÓN DE UN NUEVO MODELO DE SALUD MENTAL PARA MUJERES

La creación de un nuevo modelo de salud mental para las mujeres se deriva, como ya se ha visto, de la necesidad de eliminar el énfasis biologicista, pragmático, individualista y asocial de los servicios de salud y de concederle a la dimensión social su justa importancia. Por lo tanto, el construir un nuevo concepto de salud mental femenina debe incluir no sólo el análisis social de las problemáticas, sino además y primordialmente la perspectiva de las propias mujeres acerca de sus condiciones de salud y sus modos de enfermar. La búsqueda de explicaciones, herramientas y soluciones debe realizarse interdisciplinariamente desde una perspectiva biológica, psicológica y social.

Para realizar dicha tarea, no basta con crear explicaciones propias de los fenómenos, es necesario llevar a cabo una labor desconstructiva y reconstructiva respecto de la forma tradicional de concebir el área de la salud mental femenina.

La labor desconstructiva consistirá entonces en el cuestionamiento de las condiciones de vida del género femenino, no sólo por parte de las/os profesionales de la salud, las/os sociólogas/os y/o antropólogas/os, sino también por parte de sus protagonistas: las mujeres, que cada vez con mayor frecuencia toman conciencia y cuestionan sus condiciones de vida, sobre todo en momentos de ruptura, donde la cotidianidad se interrumpe y aquello habitual y rutinario entra en crisis permitiendo hacer un análisis de lo que estaba dado como natural y ahora ha

dejado de serlo; posibilitando además el que la mujer pueda comenzar a relacionar sus malestares psicológicos con sus condiciones de vida, disminuyendo sus sentimientos de culpabilidad, inutilidad e invalidez (Burin, Velázquez y Moncarz, 1990).

Es necesario por un lado, revisar aquellas prácticas sociales, que comúnmente son invisibilizadas, las cuales inciden sobre la salud mental de las mujeres y por otro lado, reexaminar "los viejos problemas" en el área, como son, la depresión e histeria femeninas, el abuso de psicofármacos, la búsqueda tan frecuente de ayuda, etc. y ofrecer nuevos puntos de vista y soluciones diferentes a las tradicionalmente dadas por el modelo médico hegemónico.

Algunas de las prácticas que se tratan de erradicar y que forman parte de la labor desconstructiva son:

1. El uso de las etiquetas diagnósticas que se han utilizado para clasificar a las personas en vez de a sus padecimientos, lo que ha llegado a producir una homogeneización del tratamiento de los/as pacientes que son diagnosticados/as igual.

2. La tendencia a creer que enfermedad y hospital forman parte de un mismo eje que reduce y segrega y cuya única labor preventiva es evitar que el mal se propague, identificando y separando a aquellos individuos que ya están enfermos o actuando para que un mal agudo no se convierta en crónico.

La nueva noción de salud mental femenina, deberá ubicar a las mujeres como sujetos capaces de definir sus propias necesidades y no como objetos de políticas asistenciales, dentro de las cuales su bienestar físico y psicológico es importante y necesario sólo en la medida en la que ellas son las que mantienen el bienestar físico y emocional del núcleo familiar. Sí bien, no se niega la importancia de los cuidados maternos en el bienestar psicológico de los/as niños/as ni tampoco el rol de la

mujer como administradora y distribuidora de los afectos dentro del ámbito doméstico; lo que sí se considera nocivo es, en primer lugar, el acatamiento ciego y masivo de las mujeres ante este estereotipo culturalmente impuesto y, en segundo lugar, el hecho de que el modelo de salud hegemónico refuerce esta alienación creando vínculos de dependencia e infantilización con las pacientes asistidas, incapacitándolas para la acción y la autonomía.

Por otro lado, Burin y col. (1990) consideran necesario para realizar la tarea de reconstrucción de la noción de salud mental femenina, puntualizar antes como prioridades, algunos de los puntos siguientes:

1. El que las mujeres puedan participar directa y activamente en la denuncia, estudio y erradicación de las prácticas invisibles u opacadas que inciden directamente en la producción de sus malestares psicológicos.

2. El análisis de los criterios sexistas que se utiliza para comprender el proceso de salud-enfermedad, así como la creación de un espacio en el código ético de los/as psicólogos/as que legisle y sancione este tipo de prácticas.

3. La incorporación de una perspectiva de género como herramienta para el estudio de los malestares psicológicos femeninos, que permita visualizar a las mujeres como sujetos inmersos y construidos por una estructura social, y que posibilite el análisis del reparto de los espacios de poder, de los cuales las mujeres han sido culturalmente excluidas; los dos factores determinantes en la producción de los procesos psicopatológicos femeninos.

4. La necesidad de ofrecer dentro de la formación de los/as profesionales y/o técnicos/as de la salud capacitación específica en el área de la salud mental de las mujeres, que los/as lleve no sólo a adquirir y producir nuevos conocimientos sino también a un proceso de conscientización y transformación acerca de sus prácticas profesionales y de su condición como sujetos culturales.

A partir de esta nueva visión de salud mental, el malestar de las mujeres puede ser igualmente reconceptualizado, un ejemplo de esto son las aportaciones de Emilce Dío Bleichmar y de Mabel Burin (en colaboración con Susana Velázquez y Esther Moncarz) al estudio de las histerias y las depresiones respectivamente. El trabajo realizado por estas mujeres puede considerarse no sólo como la aplicación de este nuevo modelo de salud mental, sino principalmente como concepciones que pueden y son llevadas a la práctica en el tratamiento psicológico para mujeres.

A. LA HISTERIA COMO PROBLEMA DE VALORACIÓN NARCISISTA.

Bleichmar en 1985, hace una revisión de numerosos estudios hechos sobre la histeria, dando cuenta de la enorme cantidad de opiniones encontradas que existen a este respecto, las cuales varían desde concebirla como la expresión perfecta de una personalidad infantil e inmadura, o como un carácter instintivo propio de mujeres exhibicionistas, agresivas y castrantes, o como un padecimiento originado por el exceso de represión y defensa contra la expresión de la pulsión, hasta concebirla como la puesta en escena de la bisexualidad femenina. Ante esta situación, la autora señala que tal diversidad de conceptualizaciones, en vez de ayudar a delimitar el área de estudio de la histeria y a comprender la forma en la que se articula, ha conducido "a un caos nosológico, a una vaguedad semiológica y, lo que es quizá la consecuencia más lamentable, a una inespecificidad terapéutica" (p. 155).

Para Bleichmar, que aborda la histeria relacionándola con el género femenino, la precisión de la histeria como categoría nosológica surgirá cuando, por un lado, la histeria se desligue de cuadros como las personalidades borderline y del síndrome conversivo como síntoma patognomónico de este padecimiento, y por otro, cuando

se incorporen configuraciones emparentadas como la personalidad infantil (preponderantemente dependiente, afectivamente superficial, ansiosa de atención, sugestionable) y el carácter fálico-narcisista (cuyos rasgos son la competitividad, la ambición, el coraje impulsivo, el exhibicionismo y la agresión abierta); surgiendo la histeria entonces como una estructura con pluralidad de configuraciones, donde el punto central de su problemática se hallará en la valoración narcisística.

El origen de esta problemática narcisista de la histeria, lo sitúa la autora en la relación de la hija con la madre, la cual retiene a la mujer dentro de una relación primaria y dependiente, carente de figuras de identificación autónomas, asertivas y libres. La niña se identificará así con la madre, para después des-identificarse e ir en la búsqueda de un ideal del yo femenino que su madre no pudo darle, pero quedando a la vez fijada a ese modelo devaluado que le infringe una grave herida narcisista. La femineidad de la histérica quedará así conformada como una condición inferior que encontrará en la mirada del hombre y en su demanda como objeto de deseo, la fuente de su investidura narcisista.

De esta manera, al incluir el problema del narcisismo dentro del concepto de histeria femenina, se entiende como el carácter fálico-narcisista, la personalidad histérica y la personalidad infantil pueden ser visualizados como diferentes formas de expresión de la histeria, localizados en un continuo que va de un mayor a un menor grado de desarrollo yoico, de valoración narcisista pero sobre todo de rechazo de los estereotipos vigentes de la femineidad.

Bleichmar entiende este polimorfismo de la histeria, como modos distintos de expresión de la resistencia que opone la mujer a ser objeto de deseo, como una protesta desesperada encaminada a reivindicar una femineidad y un narcisismo que se niegan a ser reducidos a la belleza del cuerpo, a existir sólo a través de la mirada del otro. Para conseguir esto, a la histérica le quedará como único camino negarle

al hombre todo acceso al placer a través de ella, mutilando a su vez su propio deseo, en un intento de restarle poder al falo para recuperar su propio valor. La histérica no rechazará al hombre a causa de su supuesta homosexualidad (manifiesta o latente) sino porque es la única forma que encuentra para valorarse como mujer.

Sin embargo, como señala esta autora, esta dimensión de la histeria ha permanecido oculta para la cultura, la teoría y la práctica psiquiátrica e incluso para la propia mujer, ya que cuando ella abandona el modelo femenino que le ha sido impuesto y que la devalúa, o cuando expresa síntomas de rebeldía ante estos modelos; médica, psiquiátrica y socialmente será considerada como enferma, como una mujer que busca castrar al hombre, o identificarse con él, una mujer que no es realmente una mujer porque no se adhiere a la norma, porque no es femenina, es decir, porque repudia la dependencia, la inferioridad y la devaluación. La histeria constituye en la actualidad, el síntoma de la estructura profundamente conflictiva de la feminidad dentro de una sociedad patriarcal y falocéntrica y, el carácter devaluado de su identidad de género, donde la histérica se preguntará cómo puede identificarse con su género sin que esto implique al mismo tiempo ser inferior.

Esta forma de visualizar a la histeria puede promover un cambio de perspectiva que enriquezca el análisis de la histeria, ayudando a modificar el concepto de enfermedad mental femenina, pero sobre todo, un cambio que coloca a la devaluación social que sufre la mujer como un factor de importancia al momento de estudiar y tratar los malestares psicológicos femeninos.

B. LA DEPRESIÓN: SÍNTOMA DE RESISTENCIA.

Para Burn, et al. (1990) la sintomatología depresiva representa una reacción defensiva ante situaciones depresógenas y apoyándose en estudios epidemiológicos hechos a este respecto, señalan como factores predisponentes para la aparición de síntomas depresivos en la mujer a: las dificultades financieras (sobre todo si ella es el único sostén económico en el hogar), el bajo nivel educativo, el ser madre soltera, la falta de empleo, escasas o nulas relaciones sociales, la falta de asistencia en la crianza de los/as hijos/as, tener dos o más niños/as en edad escolar, la pérdida de la madre antes de la adolescencia, entre otros.

Estos datos socioepidemiológicos les permitieron visualizar a la depresión, más que como un hecho inherente de la condición femenina, como una reacción o respuesta de la mujer ante condiciones opresivas y estresantes de vida. Es así como desde esta teoría, dichas autoras tratan de explicar a la depresión femenina tomando en cuenta las condiciones de vida de cada mujer, valorando los factores de riesgo a los que está expuesta dentro de su medio social y responsabilizando a éstos, en la mayoría de los casos, de la aparición de síntomas depresivos en la mujer.

A este respecto, consideran que los roles de género como madre, esposa y ama de casa y muy particularmente la maternalización de todos los roles femeninos, predispone a las mujeres no sólo a estar más atentas a las emociones propias y ajenas, especialmente a aquellas ligadas con el dolor, el sufrimiento, la insatisfacción, la frustración y la angustia; sino además a identificar en ellas mismas con mayor rapidez y certeza estados de depresión.

Así mismo, el desempeño de dichos roles y la maternalización que se hace de ellos, conducirán a la mujer, no sólo a percibir en ella fácilmente estados de depresión, sino principalmente la llevarán a deprimirse; es decir, la feminidad como tal representa dentro de las sociedades patriarcales un factor de riesgo para padecer depresión, no por el hecho natural de ser mujer, sino porque los roles de género que le han sido asignados culturalmente la someterán a situaciones de frustración, angustia, fracaso, dependencia, etc. que impedirán su autorealización y por lo tanto, la pondrán en riesgo de deprimirse.

Para estas autoras, la depresión es entonces un síndrome que evidencia el conflicto cultural que actualmente existe entre feminidad y éxito social, ya que para las mujeres la expresión de independencia, ambición, agresividad, dominación, etc. (conductas necesarias para adquirir éxito a nivel social, económico, laboral y personal) son sinónimo de rechazo social y pérdida de la feminidad.

Es así como, "a la luz de estas reflexiones, parecen enormes los límites de la aproximación psiquiátrica, sociológica, psicológica, por separado, para comprender la complejidad de los estados depresivos de las mujeres. Parece contradictorio definir el malestar femenino en términos de patologías, e incluso de desviación de la norma social, cuando es en realidad la adhesión a la norma, en su cotidianidad, lo que genera tal malestar" (p. 107); hecho que coloca entonces a los roles tradicionalmente femeninos como factores de riesgo para la salud mental de las mujeres.

Aún cuando estas reflexiones acerca de la histeria y depresión femeninas no podrían explicar por sí solas el fenómeno de feminización de estas patologías y fuera necesario un análisis más profundo; lo cierto es que ponen de relieve dos hechos importantes: primero, la necesidad de eliminar aquellas explicaciones reduccionistas que fundamentan el origen de cualquier enfermedad mental femenina

en la anatomía de la mujer, y segundo, la urgencia de redefinir, dentro de la práctica psicológica, la cotidianidad de las mujeres como un factor de riesgo para su salud mental.

Como resultado último y deseable de esta labor desconstructiva y reconstructiva, han surgido dos modelos de salud mental totalmente diferentes de los tradicionales, cuya forma de concebir y evaluar el bienestar psicológico y emocional de los seres humanos incorpora una visión social y de género, hecho que los sitúa como instrumentos alternativos de cambio.

C. MODELO ANDRÓGINO

Este modelo creado por Rawling y Carter (1977), se proclama en contra de las restricciones que sufren los seres humanos cuando se los trata de encasillar dentro de sólo dos posibles roles sexuales, los cuales dejan un margen muy pequeño para el cambio, la creatividad, la individualidad y la espontaneidad. Por esta razón, dicho modelo propone un cambio, donde se les otorgue a las personas la posibilidad de roles alternativos que no sean ni masculinos ni femeninos, sino más bien una combinación de ambos. Las conductas emitidas por los sujetos no serán evaluadas dentro de la dicotomía masculino-femenino sino como formas de vida que deberán tender a la integración y al balance de sus características de *Comunión* (como la simpatía, la sensibilidad, la generosidad, la capacidad artística, idealista y amorosa) y de *Actividad* (como la autoconfianza, la asertividad, la dominación, la inquietud, la ambición, la competitividad, la astucia y la autoestima). El entrecruzamiento de estas características será definido entonces, por este modelo, como un estado de madurez y bienestar propio de un individuo sano y adaptado, independientemente de su sexo.

Las ventajas que presenta este modelo son varias, ya que en primer lugar conjuntan las características más positivas y deseables de cada género, sin limitar la expresión de éstas a un sexo en particular, contribuyendo a que los individuos acepten y expresen tanto su parte masculina como su parte femenina, sin tener que reprimir ninguna de ellas. Es así, como para este modelo una mujer sana y adaptada podrá ser capaz de expresar conductas de ira, agresividad, ambición, independencia, asertividad, etc. sin ser catalogada como "poco femenina" o "masculina", y sin perder al mismo tiempo la capacidad para expresar sus sentimientos, para vincularse afectivamente con los demás, para ser sensible, amorosa, empática, etc., es decir, podrá expresar tanto cualidades consideradas tradicionalmente como femeninas o masculinas, sin que esto signifique enfermedad mental. En segundo lugar, este modelo ayudará a que se eliminen de la práctica de los/as profesionales de la salud mental los estereotipos de género y deje de concebirse a las cualidades masculinas como buenas o deseables y a las femeninas como malas o indeseables; sino como necesarias ambas para que los individuos lleven una vida saludable y adaptativa.

D. MODELO TENSIONAL-CONFLICTIVO.

Este modelo ideado por Burin, Moncarz y Velázquez en 1990, postula que "las mujeres padecen estados de malestar, que expresan a través de sentimientos de tensión y de conflicto, (donde) la agudización de los estados de conflicto, denominados crisis, constituyen situaciones óptimas para abordar las problemáticas de las mujeres. Este es un modelo en construcción [...] se basa en identificar a las mujeres como un grupo social que padece condiciones opresivas de existencia, especialmente en sus vidas cotidianas. Define dos espacios de

realización para las mujeres: el ámbito doméstico y el ámbito extradoméstico [...] y caracteriza diversos modos de malestar de las mujeres en ellos [...]. Pretende examinar, reconocer y denunciar las condiciones de vida que producen modos específicos de enfermar de las mujeres [...]. Asocia la salud mental (femenina) al enfrentamiento de los estados de crisis (especialmente de las crisis vitales evolutivas -adolescencia, mediana edad- o accidentales- embarazo, aborto, divorcio-) como propiciadores de transformaciones para la salud mental. Insiste en la necesidad de la construcción de una subjetividad femenina basada en la participación social, y en el concepto de las mujeres como sujetos sociales" (p. 70).

Como puede observarse, este modelo se aleja mucho de los criterios tradicionales, rígidos y estereotipados que poseen de antemano categorías para encajonar a los sujetos; intentando más bien definir a las mujeres como sujetos en construcción, inmersos en modos de vida muy particulares. Dentro de este modelo no existen las psicopatologías como estructuras clínicas, sino que éstas se conciben como procesos de personalidad que conforman modos de actuar, pensar, sentir, percibir, resistir y enfrentarse ante determinadas circunstancias, los cuales pueden interpretarse como adaptativos o desadaptativos, dependiendo de la diversidad de procesos históricos, culturales, sociales y económicos que crucen la vida de las mujeres. Lo que es denominado patológico por otros modelos, para éste representa más bien cambios en la forma de irse construyendo como seres humanos, en el modo de enfrentarse y adaptarse a sus circunstancias de vida.

Tanto el Modelo Andrógino como el Tensional-Conflictivo, representan la puesta en práctica de los esfuerzos que se están realizando para construir una nueva noción de salud mental para las mujeres; son modelos en construcción, abiertos, que se retroalimentan de la experiencia, del éxito y el fracaso, que están

probando su efectividad y tratando poco a poco de sustituir al modelo imperante, más que por adquirir exclusividad, por la franca necesidad de un cambio.

La incorporación de esta nueva noción de salud mental, conjuntamente con el análisis de la inclusión del sistema de valores personales del/a terapeuta y la erradicación de las prácticas sexistas, han permitido que la psicoterapia pueda ser visualizada, no como lugar que reproduce, refuerza y perpetúa la mirada patriarcal; sino como un espacio de descanso, análisis, lucha y confrontación respecto de las condiciones sociales opresivas que les son impuestas a los individuos. Así surge la propuesta feminista de ejercicio terapéutico, como una alternativa y una herramienta para el cambio.

3. EL FEMINISMO COMO ENFOQUE PSICOTERAPÉUTICO

A partir de lo anterior, es posible reconocer que el modelo intrapsíquico tradicional de la conducta humana ha fallado al considerar la importancia del contexto social como parte determinante de la conducta de los sujetos, y ha descuidado el análisis de los roles sexuales y los status asignados por la sociedad a las mujeres y a los hombres, evidentemente oprimentes y devaluativos para la mujer (Hare-Mustin, 1981), como elemento esencial para un tratamiento integral de los/as pacientes. De tal manera que, no sólo se han ubicado vacíos de información y análisis en el ejercicio de las psicoterapias, sino que además esto ha permitido develar el uso de estereotipos de género por parte de los/as terapeutas y ha puesto de relieve la necesidad de instrumentar dentro del espacio terapéutico herramientas que posibiliten un análisis biopsicosocial de los/as pacientes, que a la

vez fomento y apoya la búsqueda de una salud mental libre de prejuicios y normas preestablecidas.

En respuesta a esta búsqueda, el enfoque Feminista ha surgido como una propuesta de cambio y crecimiento, no sólo para las mujeres como las principales consumidoras de servicios de salud mental en particular, sino en general para cualquier persona que solicite ayuda psicológica.

Ahora bien, el enfoque Feminista no se plantea como un conjunto de técnicas a seguir, sino como un punto de vista político, filosófico y ético que produce una metodología determinada, la cual se caracteriza por buscar la reelaboración del lenguaje y los modelos tradicionales que se basan en conceptos dualistas y maniqueos (bueno/malo, sano/enfermo, racional/emotivo, mente/cuerpo, objetivo/subjetivo, masculino/femenino) donde cada calificativo esta ligado a un par opuesto, que al mismo tiempo lo define y lo confirma; para crear en su lugar modelos que ayuden a ventilar y contrarrestar las contradicciones y consecuencias de la interacción entre género, poder y sociedad (Goodrich, Rampage, Ellman y Halstead, 1989).

El enfoque Feminista rechaza la posición del/a terapeuta como experto/a en relación al/a cliente, y se plantea desde una posición no autoritaria que reconoce el impacto que produce la estructura social en la vida psíquica de los individuos, así como en la psicopatología y la sintomatología que estos/as puedan presentar. El enfoque Feminista tratará de entender entonces, como el ambiente social y la estructura intrapsíquica, juntas y separadas, contribuyen a la salud o enfermedad mental de mujeres y hombres (Howell, 1981b).

El modelo feminista señala como esencial el área social o ambiental, y politiza los problemas personales de los/as pacientes ("lo personal es político"), visualizándolos entonces como el resultado de problemas y desajustes sociales, lo cual no significa que este tipo de enfoque fomente o excuse la apatía o la irresponsabilidad en sus clientes (Rawlings y Carter, 1977), sino que trata de capacitarlos/as para comportarse como individuos responsables y no como víctimas impotentes.

Sus objetivos serán el cambio y no la adaptación: cambio social, familiar e individual que repercute en la transformación de las relaciones sociales entre hombres y mujeres; el ayudar a los/as pacientes a adquirir conciencia y conocimiento acerca del origen y significado de sus creencias; el revisar las definiciones limitadas que pueda poseer el/a paciente acerca de lo que es o debe ser una mujer y un hombre y crear alternativas que posibiliten el cambio (Goodrich, Rampage, Ellman y Halstead, 1989).

En el caso específico de la cliente mujer, el modelo Feminista entiende a la "psicopatología" de la paciente como resultado de las injusticias y opresiones del medio y en algunos casos, incluso como un bagaje de respuestas saludables tendientes a la adaptación a una situación desfavorable, más que como indicadores de enfermedad o desajuste mental. De esta manera, tratará de enseñar a la mujer a ser autosuficiente y a liberarse de la dependencia indiscriminada de los otros/as, mostrándole que el interés en ella misma no necesariamente debe ser calificado como egoísmo. Contrario a lo que pudiera pensarse, de ninguna manera, este tipo de enfoque tiene como meta o propósito

¹ Frase atribuida al grupo de feministas italianas de la década de los 70's, y "significa que la estructura de valor de una cultura es idéntica en las áreas privadas y públicas. Es decir, que todo lo que sucede en la recámara es absolutamente relevante a lo que sucede en la cámara (del poder público) y viceversa. En esta perspectiva todas las relaciones son morales y políticas" (Hiero, 1994, p.12).

introducir a la cliente al mundo feminista, pero sí tiene como fin ayudarla a convertirse en una mejor persona, dentro de los límites de sus circunstancias personales y de los patrones de la sociedad en general (Brodsky y Holroyd, 1981).

Este modelo intenta brindar particularmente a la mujer la posibilidad de adquirir aptitudes que puedan serle beneficiosas, sin que esto signifique que abandone las aptitudes que ya posee, tratando de agregar elementos positivos no de sustituirlos.

Así como el enfoque Feminista puede ser definido como la contraparte del modelo tradicional de salud mental, de la misma manera puede ser explicado cuando se la ve compartiendo características con otras propuestas terapéuticas con orientación de género, como lo es el enfoque No Sexista.

Así por ejemplo puede observarse que el modelo No Sexista, al igual que el Feminista, no representa un conjunto particular de técnicas terapéuticas por lo que casi cualquier técnica y teoría puede ser acomodada a ella. Ambos asumen que la mujer y el hombre son diferentes por naturaleza, pero que esta diferencia no tiene porque implicar desigualdad social, por lo tanto consideran que las diferencias de comportamiento entre hombres y mujeres están más relacionadas con las prescripciones culturales que con la naturaleza de los sujetos. Por lo tanto estos dos tipos de enfoque, permiten que las/os clientes determinen el rumbo de sus vidas, sin estar ancladas/os a las prescripciones sociales estereotipadas.

Ambos incorporan como esenciales ciertos valores, como el hecho de que el/a terapeuta sea consciente de su propio sistema de valores y examine sus expectativas acerca de las pacientes femeninas a diferencia de los masculinos, para detectar si inconscientemente ha introyectado los valores de la cultura. Así mismo, no consideran a aquellos/as clientes que asuman estilos de vida no tradicionales o discordantes con los estereotipos de género como enfermos/as o

desadaptados/as. Esperan que las mujeres puedan ser tan independientes y asertivas como los hombres, así como esperan que los hombres puedan ser tan expresivos y tiernos como las mujeres, buscando siempre un balance emocional en la persona, independientemente de su sexo.

A pesar de que ambas aproximaciones son muy parecidas y pueden con frecuencia utilizarse indistintamente, existen particularidades que las distinguen, como sería el hecho de que el modelo Feminista incorpora dentro de sus concepciones a los valores políticos y filosóficos del movimiento feminista y por esta razón se muestra intolerante con el papel autoritario y mítico que adoptan los/as terapeutas dentro de la terapéutica tradicional; mientras que la orientación No Sexista, también incorpora este modelo igualitario entre terapeutas y clientes, pero lo hace por motivaciones humanistas y no por posiciones políticas (Rawlings y Carter, 1977).

Por otro lado, el modelo Feminista asume, además de los valores compartidos con la aproximación No Sexista, otros que considera necesarios para su puesta en práctica, como son: el focalizar a la falta de poder político y económico como la responsable del status inferior de la mujer; considerar como la fuente principal de patología femenina a los factores sociales y no a los personales, sin que esto signifique que dicho argumento será usado como vía para que la cliente evada su responsabilidad individual, sino para que se asuma como la única responsable de un cambio de vida. Sus metas serán el cambio político y social y no el ajuste personal a las condiciones sociales, alentando a las mujeres a conseguir la independencia económica y psicológica, y a buscar que sus relaciones, ya sean amistosas, familiares, laborales, sexuales, maritales, etc. sean equivalentes en cuanto a poder personal. El análisis del desempeño de los roles de género del/a cliente será utilizado como técnica terapéutica de apertura de conciencia.

Estos dos tipos de modelos son obviamente diferentes, lo que no significa que por eso una sea mejor que la otra, más bien su eficiencia va a depender del tipo de cliente con él/la que se emplee. El enfoque No Sexista puede ser utilizado con aquellas clientes femeninas que se hallen muy apegadas a los estereotipos culturales de género (pasivas, dependientes, con maridos demandantes y posesivos, que consideran a estas características como los beneficios de su rol de género), para quienes los principios del feminismo puedan resultar amenazantes; por otro lado, el modelo Feminista puede ser utilizado con clientes femeninas que se encuentran insatisfechas con las restricciones que culturalmente se le imponen por el hecho de ser mujeres, para las cuales los roles femeninos tradicionales han perdido funcionalidad (divorciadas, viudas, con hijos/as mayores, insatisfechas con su vida como esposas, madres y amas de casa, mujeres fuertes, competitivas, ambiciosas, que no quieren ser consideradas como poco femeninas pero tampoco desean abandonar los privilegios que les ofrece su tipo de vida) y que están buscando alternativas para cambiar esta situación.

Ahora bien, el enfoque Feminista necesita para ser puesto en práctica, que el/la terapeuta asuman como propios e inherentes de su ejercicio profesional las prácticas anteriores; de tal manera que pueda crear una relación con sus pacientes donde se le perciba como una persona honesta, expresiva, cuestionadora, segura, amable, digna de confianza, benevolente, serena, colaboradora, imperturbable y sin prejuicios (Goodrich, Rampage, Ellman y Halstead, 1989).

Los/as terapeutas que trabajen con este enfoque deben entender que generalmente los/as pacientes llegan a identificar (por desconocimiento) a las exigencias y presiones culturales, no como injusticias sociales sino como inadecuaciones personales. Por tal motivo deben ayudarlos/as a interpretar las injusticias del ambiente, como causas probables de sus malestares.

En el caso particular de la paciente mujer, los/as terapeutas deberán enfatizar la perspectiva sociológica en su trabajo, ayudándola a discriminar que partes de su conducta están determinadas internamente y cuales responden a presiones sociales. Así mismo, deberán estimular el desarrollo de un nuevo ego ideal femenino, reconociendo y valuando junto con las mujeres, sus cualidades "femeninas", como son su sensibilidad, su énfasis en las relaciones, etc. y al mismo tiempo ayudándolas a incorporar cualidades como la agresión y la asertividad (Israel, 1981).

Según algunos/as autores/as (Castro, 1987; Goodrich y col, 1989, etc.), el tratamiento de los malestares psicológicos femeninos requiere, además de la puesta en práctica de las características y objetivos anteriormente mencionados, que el/a terapeuta analice junto con la paciente ciertas áreas que se hallan especialmente vinculadas con la problemática básica de la condición femenina y con la devaluación sistemática a la que es sometida, que son:

1. Construcción de la conciencia de pertenecer al género femenino, tomando en cuenta la restricción y el poco prestigio social, así como la falta de oportunidades y estímulos para el desarrollo del pensamiento y el principio de realidad; condiciones a las que esta sometida por el hecho de ser mujer. El que las mujeres tomen conciencia de esto posibilita que reconozcan e incluyan en sus elaboraciones a los factores socioculturales y que al mismo tiempo dejen de considerar a sus malestares como inherentes a su naturaleza femenina, sino como hechos condicionados culturalmente que pueden ser modificados tanto desde lo individual como desde lo social. Esta toma de conciencia es esencial para disminuir la culpa y posibilitar el surgimiento de deseos que impliquen una vida más creativa.

2. La distribución del poder dentro de la familia, en el ámbito laboral y la estructura social y la forma en como esta distribución coloca a las mujeres en un lugar subordinado con respecto a los hombres.

3. Privilegiar el análisis de la etapa preedípica, analizando la identificación primitiva con la madre que, por sus características, ofrece como modelo de feminidad a la devaluación, la represión, el escaso conocimiento de su cuerpo y su sexualidad. El análisis terapéutico de esta etapa le proporcionará a la mujer la posibilidad de poder discriminar entre los deseos, temores y angustias que fueron heredados de la madre y los propios. A través de esta actividad, la mujer se debatirá entre su tendencia a la dependencia y su deseo de autonomía, proceso que contribuirá a reconstruir su identidad sobre la base de la valoración de su propio género.

4. El ejercicio de la maternidad, como fuente esencial de placer, pero también como la causa de conflictos y patologías; lo cual servirá para erradicar ideas erróneas acerca de ella, como por ejemplo su base instintual derivada de la naturaleza femenina, para poder visualizarla entonces como un trabajo, muchas veces exclusivo que lleva a la mujer a construir su subjetividad sobre la base de su ejercicio y la convierte en la responsable del bienestar de sus hijos/as. Así mismo, esta forma de ejercer la maternidad la llevarán a excluir al padre de este ejercicio (por considerarlo sólo un asunto femenino), negándoles la posibilidad a los/as hijos/as de adquirir un modelo autónomo. Este análisis posibilitará el que las mujeres visualicen a esta maternidad exclusiva y excluyente, como un factor de riesgo para su salud mental y la de sus hijos/as.

5. La sexualidad, incluyendo el hecho de que ésta ha sido encasillada socialmente en la reproducción, negándole a la mujer la existencia de deseo y goce activo. Así mismo, su propósito será revisar otras prácticas sociales asociadas,

como son el ideal de la virginidad, que supone la iniciación de la mujer a la sexualidad sólo a través del hombre; la doble moral sexual que prescribe y fomenta la monogamia para las mujeres y la poligamia para el hombre; y la exigencia de apegar su ejercicio sólo a las prácticas heterosexuales, negando, ignorando y castigando la homosexualidad femenina. El trabajo terapéutico en esta área incluirá el análisis de esta sexualidad cercenada, de la relación entre deseo y culpabilidad y de la necesidad de que la mujer se apropie de su cuerpo, de su deseo y su goce sexual y de que estos contribuyan a elevar su autoestima, en lugar de mermarla.

6. La relación entre el ámbito doméstico y el extradoméstico. El trabajo tradicional que se les ha asignado a las mujeres es el de madre, esposa y ama de casa y dado que su desempeño transcurre dentro del ámbito doméstico, esto facilita el desarrollo de algunos rasgos psicológicos característicos, como son: edificación de la autoestima en función del afecto y la aprobación de los demás; dificultad para desarrollar pensamiento crítico (análisis, síntesis, discriminación, deducción, fundamentación, etc.) dado el aislamiento al que la somete el encierro doméstico; predominio de un saber intuitivo y de una comunicación preverbal como consecuencia de la función maternal que pocas veces incluye la reflexión y la transmisión de ideas a través de la palabra; poca capacidad de acción (necesaria para llevar sus proyectos y metas a la práctica). Desde esta concepción, la insatisfacción de las pacientes por el trabajo doméstico no será interpretado como rechazo de la feminidad, sino como una expresión de resistencia y repudio ante sus condiciones opresivas de vida. De igual manera, las dificultades que experimente para insertarse en el ámbito extradoméstico no serán interpretadas como incapacidad, sino como la expresión del escaso número de oportunidades que ha tenido para ejercer conductas apropiadas para el desempeño

de dichas actividades, como la asertividad, la agresión, la ambición, etc. y de la dificultad que representa para la mujer el salir del lugar que le ha sido asignado como obligatorio y natural, enfrentando a la vez los sentimientos de culpabilidad e inadecuación que ésto le produce.

7. La constitución de deseos múltiples, no sólo el de la maternidad sino deseos activos referidos al saber, al poder y a la sexualidad, que aunque puede provocar en las mujeres una crisis narcisista por entrar en contradicción con las preecripciones sociales; debidamente manejado contribuye a elevar la autoestima y cimentar la búsqueda de identidad.

8. El despliegue de la pulsión de dominio mediante el análisis de la represión de la agresividad, de las reacciones de miedo a lo desconocido y de la tendencia a la docilidad. Para que el dominio pueda configurarse como deseo es necesario que la mujer pueda conocer, analizar y poner a prueba sus propias capacidades, pasando de una posición pasiva a una activa.

9. Descubrimiento de las capacidades yóicas como objetivo terapéutico, para que la mujer pueda rescatar y valorizar aquellos aspectos positivos de su subjetividad y no se centre sólo en los negativos o carenciados. Este descubrimiento ayudará para que afloren los aspectos sanos que coexisten con los aspectos enfermos, sobre todo aquellos relacionados con las características femeninas tradicionales, que por ser consideradas naturales no se consideran dignas de mérito y halago. Esta reflexión posibilitará que la mujer visualice sus capacidades presentes o pasadas, pero también que analice las posibilidades de desarrollo futuras.

10. El uso de las categorías dicotómicas así como su erradicación, para de esta manera poder empezar a considerar como igualmente deseables y buenos la independencia y la capacidad de relación, el raciocinio y la emotividad, la

Instrumentación y la expresión, etc. A través de este análisis las mujeres podrán revalorizar su saber en el área de los afectos. Cualidades como la facilidad para captar y satisfacer las necesidades de los demás, asumir la responsabilidad de los vínculos, usar la comunicación como instrumento para resolver los conflictos, deben ser vistas como el resultado de un proceso de aprendizaje y no, como se las considera comúnmente, como derivadas naturales de la condición femenina. El rescatar estas características posibilita que las mujeres las incluyan dentro de su sistema narcisista.

El que modelo Feminista haga posible el análisis de ciertas áreas de especial interés para las pacientes femeninas, la ha hecho aparecer como un enfoque terapéutico destinado principalmente para las mujeres, sin embargo, sus bases y principios la hacen igualmente aplicable y beneficiosa para cualquier paciente independientemente de su género; lo que sí se ha puesto en duda y discusión es el género del/a terapeuta en relación con el del/a paciente; específicamente el hecho de que un terapeuta masculino atienda a una paciente mujer.

A este respecto, algunos/as teóricos/as vacilan en considerar aptos para atender a las clientes mujeres a los terapeutas masculinos, incluso hay quien niegan como factible esta posibilidad en cualquier caso (Chesler, en Rawlings y Carter, 1977). Sin embargo, la tendencia general de la discusión, señala que el factor decisivo para llevar a la práctica un buen ejercicio terapéutico con mujeres, parece ser la posibilidad de que la ideología del/a terapeuta le permita escuchar a la paciente sin encasillarla dentro de ideas estereotipadas o concepciones sexistas (Castro, 1987).

De tal manera que, la habilidad del/a terapeuta para ayudar a una mujer a convertirse en una persona realizada, parece estar más relacionada con variables de personalidad y con la forma en la que éstas afectan la situación de atención

psicológica, que sólo el género del/a terapeuta. Las características de personalidad que parecen tener el mayor peso son las funciones y sentimientos relacionados con las tradiciones y valores culturales y el grado y forma de acercarse a ellos (Brody, 1984).

A pesar de lo anterior, la terapeuta mujer tendrá ciertas ventajas sobre el terapeuta masculino al momento de tratar con una mujer, como son, por un lado, el que ésta representará para la paciente un modelo diferente de feminidad, que le mostrará el tipo de mujer en la que ella se puede convertir; así la terapeuta mujer será con frecuencia el primer modelo auténtico, autónomo y provechoso con el que se encontrará la paciente; y por otro lado, que la relación terapéutica de la paciente con otra mujer puede ayudarla especialmente cuando trabajen ciertas áreas de desarrollo femenino como son el embarazo, la simbiosis o el apego y la homosexualidad; lo que no significa que esto suceda siempre así o que sólo la terapeuta mujer podrá analizar con éxito estos tópicos con la paciente, sino que la combinación de una terapeuta femenina con una paciente femenina, posibilita más bien la creación de condiciones especiales que faciliten y enriquezcan la discusión de estos temas (Goz, 1981).

Es importante que dentro de la psicoterapia de mujeres para mujeres, la terapeuta comparta activamente con la cliente sus experiencias como persona y mujer en la sociedad. En su rol modelador, la terapeuta desmitificará a la mujer en sus características tradicionales y no tradicionales, ayudando a su cliente a dejar de concebir a la mujer estereotipadamente; fungiendo como objeto transicional o modelo de identidad y soporte de la feminidad (Castro, 1987).

Además de que, como puntualizan Rawling y Carter (1977), existen casos específicos donde sería preferible que un terapeuta hombre no tratara a una mujer, como por ejemplo:

- cuando la cliente se muestre francamente hostil hacia la figura masculina,
- cuando un grupo terapéutico este constituido exclusivamente por mujeres,
- cuando la cliente sea especialmente seductora o busque acercarse al terapeuta sexualmente,
- cuando la mujer se encuentra en una crisis de divorcio, o
- cuando la cliente se muestre extremadamente dependiente, dócil y pasiva.

Como es posible apreciar a través de la exposición anterior, el enfoque Feminista al integrar al ejercicio de la psicoterapia la postura filosófica, ética y política del movimiento feminista, logra una visión diferente del género femenino, de su construcción, sus restricciones, su problemática y sus malestares. Al adoptar una visión antropológica/social acerca de los seres humanos, saca a la luz los aspectos invisibilizados por el modelo tradicional y los coloca como punto de referencia, de reflexión y de cambio dentro del ejercicio terapéutico; es decir, al subrayar hechos como la construcción social del género, la opresión a la que ha sido y es sometida la mujer, la inclusión de ideas erróneas y estereotipadas acerca de "lo femenino", el enfoque Feminista ha permitido que el espacio psicoterapéutico deje de ser un lugar que reproduzca los patrones sociales tradicionales y que al mismo tiempo ayude a los/as pacientes a analizar el efecto que produce sobre sus vidas dicha estructura social y a intentar modificar esta situación.

CONCLUSIONES

CONCLUSIONES

Indudablemente la división más grande que existe entre los seres humanos es la de género, diferencia que los persigue desde los inicios de su existencia como especie y como individuos; es decir que no sólo mujeres y hombres han sido separados/as como tales desde la Antigüedad, sino que también una de las primeras exigencias del proceso de socialización es rotular al infante y enseñarlo a que se identifique como perteneciente al género femenino o masculino.

Ahora bien, la designación genérica como un hecho pancultural y obligado para todos los seres humanos no sería en sí un hecho importante si no implicara dos cuestiones: primero, la creencia de que "la anatomía es destino" y por lo tanto que cada persona debe responder a ella de manera inexorable; y segundo la vinculación tan estrecha y rígida que se ha establecido entre las esferas biológica, psicológica y social, donde la primera define el desarrollo de las otras dos. Esto significa, que según dichas creencias, cada persona estará destinada, solamente debido a su sexo, a comportarse, relacionarse, enfermarse, definirse, etc. de una manera específica y única, además de que su subjetividad y el papel que ocupe dentro de la sociedad, estarán marcados indisolublemente por su designación sexual.

Alrededor de estas suposiciones han surgido estudios e investigaciones de diferentes teóricos/as (Katchadourian, Bleichmar, Stoller y Money entre otros/as) que comienzan por distinguir entre sexo biológico e identidad genérica para concluir que los aspectos psicológicos y sociales del entramado tan complejo que representa el género, no puede ser explicado por la disposición prenatal y que aunque la identidad genérica se desprende de la designación sexual; termina por alejarse de ésta para mezclarse indisolublemente con componentes psicológicos y

sociales, que se manifiestan como un conjunto de rasgos de personalidad aprendidos dentro de la cultura adecuados a la condición de femenino o masculino.

Partiendo de la idea de que el género no es una cualidad innata de los sujetos sino una adquisición psico-social, se analizaron las aportaciones de algunos/as autores/as de las corrientes psicoanalítica y feminista al estudio de la construcción de la feminidad, llegándose a la conclusión de que aún cuando las teorías formuladas por Freud, Klein y Horney son pioneras en el área, ya que por primera vez enfatizan la importancia de las vivencias preedípticas como conformadoras de la subjetividad, lo cierto es que cimentan sus explicaciones psicológicas sobre la base de la principal diferencia anatómica entre los sexos: el pene, entremezclando de esta manera indisolublemente feminidad y castración; colocando a la genitalidad de la mujer como la responsable de las peculiaridades propias de la feminidad, de sus malestares psicológicos y de su rol social. Contraria a esta concepción, la teoría feminista abandona el énfasis biologista tan marcado dentro del Psicoanálisis y centra sus explicaciones en el proceso de socialización, específicamente en la relación de apego entre madre e hija, a partir de la cual la mujer introyectará como propias las características denominadas "naturalmente femeninas" y aprenderá qué es lo que socialmente se espera de ella como miembro del género femenino.

De esta manera, puede observarse que la teoría feminista al partir de la estructura social para explicar la conformación de la subjetividad femenina, confirma la necesidad de conceptualizar al género como un constructo con implicaciones culturales, psicológicas, políticas, sociales y biológicas.

Ahora bien, así como desde la Psicología se ha intentado dilucidar cómo y qué factores contribuyen a la construcción de la subjetividad femenina; desde la Antropología de igual manera, se han creado explicaciones a este respecto, por

medio de las cuales se puede llegar a inferir que las diferencias físicas entre hombres y mujeres aportan razones insuficientes que expliquen contundente y concluyentemente el por qué los individuos son asignados según su sexo, a ciertas tareas económicas y llamados a desempeñar sólo algunos papeles dentro de la sociedad, de tal manera que los roles denominados como típicamente femeninos o masculinos, no se desprenden de la naturaleza de los seres humanos sino que son producto del moldeamiento que ejerce la cultura sobre los sujetos, a través del cual mujeres y hombres aprenden, introyectan y reproducen las características aceptables y deseables socialmente de acuerdo con su género.

A pesar de lo anterior, se ha podido apreciar, que así como la división genérica es un hecho que atraviesa todas las culturas, de igual manera el status secundario del género femenino es un aspecto universal; de tal manera que aún cuando la anatomía no dirige el destino de los seres humanos, en el caso de la mujer, desde el punto de vista social, pertenecer al género femenino la coloca automáticamente en un lugar subordinado.

El cuerpo de la mujer, específicamente su capacidad reproductiva, han hecho que socialmente se le asigne a ésta el papel de intermediaria entre la naturaleza y la cultura, que se la conciba como el principal agente socializador; lo que producirá como consecuencia en primer lugar, que la maternidad y el maternazgo se consideren la tarea más importante de las mujeres, en segundo lugar que su movilidad social se halle más restringida en comparación con la del hombre, (ya que la maternidad implica en gran parte encierro), en tercer lugar que esta capacidad reproductiva sitúe a las mujeres desempeñando roles sociales inferiores y secundarios en contraste con los masculinos y en cuarto lugar, que como consecuencia de esta capacidad biológica y del desempeño de dichas actividades, la estructura psíquica femenina se configure de manera particular, con una mayor

CONCLUSIONES

tendencia a la subjetividad y la dependencia, en comparación con la interacción masculina más objetiva e independiente.

Dado lo anterior, puede decirse que la categoría género es el resultado de un proceso cultural que propicia en los sujetos la interiorización de una serie de estereotipos, ante los cuales deben responder para poder insertarse y formar parte de esa sociedad; proceso que en el caso específico de la mujer la ha construido dándole un significado especial a sus características fisiológicas, a partir del cual se ha tratado de justificar y explicar su subjetividad y su rol social.

Contrario a lo que pudiera pensarse, la estructuración de este conjunto de ideas estereotipadas acerca de la feminidad no responde tampoco a un destino social de los seres humanos, sino más bien a un proceso histórico a través del cual se han creado las bases sobre las que se cimenta gran parte de la subjetividad de las mujeres del siglo XX. El hecho quizá más importante de la vida de las mujeres como especie, lo constituye el descubrimiento del papel del hombre en la reproducción, ya que a partir de ese momento todos los privilegios sociales que poseía la mujer por ser la única responsable de la propagación de la especie, la convirtieron en esclava y subordinada del hombre. A partir de este descubrimiento, comenzó a crearse toda una estructura ideológica que justificará su encierro, su dependencia económica y emocional del hombre, su escasa libertad sexual y su incapacidad para la educación y la vida extradoméstica, ya que así convenía a los intereses del sexo dominante y de la clase en el poder.

La mujer debía inyectar la idea de que su misión más importante era la maternidad, de que efectivamente era incapaz de autonomía y de que su lugar estaba en el hogar junto a sus hijos/as; para que de esta manera no pudiera en riesgo el parentesco patrilineal y se dedicara a producir sujetos perfectamente socializados, que fueran útiles y no causaran problemas al sistema.

CONCLUSIONES

La repercusión de estas circunstancias de vida en la estructuración de la subjetividad femenina es innegable, pero sí a esto se le aúnan las contribuciones que la Medicina, la Psiquiatría y la Psicología han hecho para invisibilizar, naturalizar, amparar, sustentar y perpetuar este orden social, entonces es fácil comprender porque se consideran innatos y naturales los rasgos tradicionales de la feminidad y de la masculinidad. El sistema médico imperante ha sido y es actualmente una de las principales fuentes de control social, ya que es el responsable de dictar los estándares de salud y enfermedad, basándose en el grado de adaptación del individuo a las exigencias de la sociedad.

La relación que ha establecido dicho sistema médico con la mujer resalta especialmente el papel de éste como vigilante del orden social, ya que su definición de una mujer sana se haya estrechamente ligada al grado de aceptación que muestre ésta ante el desempeño de sus roles tradicionales y de la exhibición de características naturalmente femeninas; de manera tal que define a las mujeres como depresivas y depresógenas sino viven la maternidad como el único acto valioso e importante de sus vidas, como histéricas si rechazan desempeñar los roles femeninos tradicionales, o como castrantes y masculinas si tratan de adquirir el mismo status social que el hombre; al mismo tiempo que ancla la etiología de las enfermedades femeninas al cuerpo de la mujer y entonces el hecho de que se diagnostiquen con mayor frecuencia depresiones, neurosis simples, esquizofrenias, desordenes obsesivos-compulsivos, somatizaciones y fobias en las pacientes mujeres, es visto como desprendido de la naturaleza femenina; es decir, están destinadas a padecer estos trastornos por el simple hecho de ser mujeres.

Cuando se analiza la forma en la que el modelo médico hegemónico define la enfermedad femenina, cuando se modifican las relaciones causa-efecto y se abandona la ecuación naturaleza femenina igual a enfermedad mental, se está ante

la posibilidad de visualizar el estrecho vínculo que existe entre desempeño de roles femeninos tradicionales y malestar psicológico. Cuando se observa más de cerca la cotidianidad de las mujeres, especialmente los roles a los que tradicionalmente ha sido asignada; es decir los de madre, esposa y ama de casa, es posible descubrir que no sólo en ellos cimientan las mujeres su individualidad, su importancia social, su autoconcepto y su funcionamiento psicológico, sino que también éstos, dado su carácter permanente, rutinario, incuestionable, desgastante, exclusivo y excluyente, las someten a condiciones de aislamiento que les impide el acceso a ciertas áreas de poder y saber y las coloca dependiendo económica, social y emocionalmente de los hombres. Dado lo anterior, puede concluirse que el desempeño de estos roles representa un importante factor de riesgo para la salud mental de las mujeres, digno de tomarse en cuenta para el diagnóstico y el tratamiento de los malestares psicológicos femeninos.

Como se puntualizó anteriormente, la forma en la que el modelo médico imperante define, determina y atiende los malestares psicológicos de una sociedad, se halla estrechamente ligada a la satisfacción de intereses sexistas y clasistas, por lo tanto, esta manera de visualizar el proceso salud-enfermedad se halla evidentemente sesgada, ya que sus explicaciones se reducen a eventos biológicos y/o psicológicos, que invisibilizan el efecto que las condiciones sociales producen en la salud mental de los individuos.

Este sesgo innegable dentro de las prácticas de salud, específicamente dentro del área de las psicoterapias, representa la puesta en escena del sexismo es decir, del uso por parte del/a terapeuta de un punto de vista imparcial acerca de la realidad de los/as pacientes, derivado de la inclusión de los estereotipos de género. El ejercicio de una práctica terapéutica sesgada o permeada por la ideología patriarcal, ya sea producto de la introducción del sistema de valores personales o

profesionales del/a terapeuta e incluso de la combinación de ambos, pondrá en marcha determinadas técnicas y metas terapéuticas; hecho que provocará en el/a terapeuta la aparición de puntos ciegos, que le impedirán escuchar libremente a sus pacientes y lo/a gularán a interpretar prejuiciosamente sus problemas.

En el caso específico de la paciente mujer, el encuentro con una psicoterapia sexista será especialmente perjudicial, tanto porque este tipo de ejercicio profesional se halla de acuerdo con la ideología patriarcal, como porque alentará en ellas la búsqueda de soluciones que encuadren con el estereotipo de feminidad y entorpecerá la búsqueda de formas de vida alternativas o diferentes de las tradicionales. De esta manera, el espacio terapéutico se convertirá para la mujer en otro lugar que reforzará su opresión, que le impedirá visualizar su malestar psicológico como un problema derivado de la estructura social y que además le negará la posibilidad de descubrir, reflexionar, comunicar y combatir su condición subordinada.

El sexismo dentro de la psicoterapia patentiza la necesidad de reconceptualizar el área de salud mental para la mujer y así permitir el surgimiento de una nueva visión acerca de los malestares psicológicos femeninos. El nuevo modelo a crear deberá eliminar, entre otras cosas el carácter asocial, pragmático, biologicista y reduccionista propio de los actuales servicios de salud, así como incluir el análisis social de la problemática de las pacientes, obviamente dentro de una búsqueda interdisciplinaria de soluciones.

Esta nueva noción de salud mental femenina ubicará a las mujeres como sujetos construidos socialmente, inmersos dentro de circunstancias particulares de vida, capaces de definir sus propias necesidades; de la misma manera que conceptualiza a sus malestares como una expresión del rechazo, resistencia y

CONCLUSIONES

defensa que ofrecen las mujeres ante los estereotipos sociales que se les han impuesto y de las condiciones opresivas de vida que padecen.

La conjunción de la erradicación del uso de estereotipos de género dentro del espacio terapéutico, del análisis del sistema de valores personales de los/as profesionales de la salud (ya que no sería posible ni deseable su eliminación) y la incorporación de una nueva noción de salud mental femenina, permitirá que la psicoterapia pueda convertirse en un espacio que trasgreda el orden patriarcal establecido y se erija como una propuesta de cambio y crecimiento. Tal es el objetivo del enfoque Feminista, que no se plantea como una técnica que pretenda sustituir a las ya existentes, sino que se expone como un punto de vista político, filosófico y ético, que busca ventilar el vínculo y conflictos existentes en la interacción entre género, poder y sociedad, así como posibilitar la reflexión y el análisis de los sujetos acerca de esto.

El modelo Feminista no intenta derrocar a las teorías y técnicas vigentes, más bien desea ser incorporada a ellas y así insertar en su ejercicio una visión de género que posibilite que los/as terapeutas revisen su sistema de valores, la introyección que hallan podido hacer de los estereotipos culturales, las ideas preconcebidas que tengan acerca de los géneros; para lograr a través de ésto que puedan escuchar sin tergiversar, observar sin prejuizar, interpretar sin oprimir, investigar sin prescribir, orientar sin subordinar.

El desarrollo de una escucha diferente acerca de la historia y problemática de las/os pacientes, creará la posibilidad de descubrir el velo que invisibiliza las prácticas de salud actuales, obviamente parciales y sesgadas, para entonces comprender que mujeres y hombres nacen diferentes y que es la sociedad la encargada de crearlos desiguales en poder, privilegios y alternativas. Cuando se

CONCLUSIONES

logra adquirir esta nueva visión de la realidad, entonces se está finalmente ante la posibilidad de cambiarla.

LIMITACIONES

Y

PROPUESTAS

LIMITACIONES

Y

PROPUESTAS

LIMITACIONES

El presente trabajo se vio afectado por las siguientes restricciones, que deberían tomarse en cuenta para subsecuentes estudios e investigaciones:

- La falta de tiempo y espacio, dada la estructura y propósito de la tesis, para ahondar en temas como la histeria y la depresión femeninas; para analizar y discutir con mayor detenimiento tópicos como la historia de la condición femenina a lo largo de la historia de la humanidad, particularmente en México; para revisar las aportaciones psicoanalíticas, antropológicas, feministas, etc. de algunos/as otros/as autores/as, etc.

- La escasa cantidad de bibliotecas y librerías que manejen bibliografía sobre estudios de género.

- Debido a los objetivos de la tesis (documentales y de recopilación), la imposibilidad de incluir algún manejo de variables, la aplicación de cuestionarios y/o encuestas, etc. que permitieran avalar o enriquecer lo sustentado a lo largo del trabajo.

- La limitada cantidad de tesis e investigaciones hechas por mexicanos/as con población mexicana que toquen temas como el uso de fármacos por parte de la población femenina, la histeria y la depresión en las mujeres, el uso de estereotipos de género o prácticas sexistas dentro del espacio psicoterapéutico, etc.

- La inclusión dentro del presente trabajo de un apartado sobre estudios de la masculinidad, que pudieran haber contribuido a enriquecer la exposición de algunos temas.

- La falta de divulgación, investigación y análisis de datos acerca de la aplicación del enfoque feminista dentro del espacio terapéutico, con población mexicana.

PROPUESTAS

Así mismo, la realización de esta tesis permitió vislumbrar ciertas líneas de trabajo que podrían enriquecer posteriores esfuerzos de quehacer en el área de los estudios de género; como son:

- La creación de espacios dentro de la formación profesional de los/as psicólogos/as y psicoterapeutas que les permitan conocer y acercarse a los estudios de género y que les ofrezca capacitación específica en el área de la salud mental de las mujeres. Todo esto con el propósito de promover la adquisición y creación de nuevos conocimientos en el área, para que ésto movilice a su vez en ellos/as un proceso de conscientización y transformación acerca de sus prácticas profesionales, de su condición como sujetos culturales.

- La incorporación dentro de los estudios y prácticas de la salud mental de una perspectiva de género, la cual se convierta en una herramienta indispensable para estudiar, diagnosticar, detectar y tratar los malestares psicológicos femeninos.

- Realizar en México investigaciones, encuestas, censos, estudios epidemiológicos, etc. que permitan analizar la relación existente entre la salud/enfermedad femenina y el desempeño de los roles tradicionales de esposa-madre-ama de casa; redefiniendo de esta manera la cotidianidad de las mujeres y el efecto que la ejecución de estos roles tiene sobre su salud mental.

- Instituir dentro de código ético de los/as psicólogos/as normas que regulen y sancionen las prácticas sexistas dentro del ejercicio psicoterapéutico.

- Promoción de investigaciones que aporten más datos acerca de la efectividad del enfoque feminista al ser insertado dentro de las diferentes modalidades terapéuticas (psicoanalítica ortodoxa, racional-emotiva, gestalt, conductual, familiar, etc.) así como al ser utilizado con diferente tipo de clientes (niños/as, parejas, mujeres y hombres de diferentes edades, clases sociales, estados civiles, familias, ancianos/as, grupos, etc.)

- Creación de un mayor número de equipos interdisciplinarios que se aboquen a los estudios de la mujer.

- Promoción de más estudios e investigaciones de género hechas por mexicanos/as con población mexicana.

- La creación de más centros de consulta y acoplo que contengan material bibliográfico acerca de estudios de género.

- Creación de alguna publicación periódica que compile aquellas investigaciones y estudios hechos dentro del área de la Psicología referentes a los estudios de género.

BIBLIOGRAFÍA

BIBLIOGRAFIA

- Alvarez, P.E. y Hernández, R.C. (1986) Discusión sobre algunos planteamientos biológicos acerca de la condición social de la mujer. Tesis de Biología, Facultad de Ciencias, México; U.N.A.M.

- American Psychiatric Association (1988) Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-III-R). Barcelona: Masson.

- Basaglia, F. (1983) Mujer, locura y sociedad. México: Universidad Autónoma de Puebla.

- Beauvoir, S. (1989a) El segundo sexo... Los hechos y los mitos. México: Alianza Editorial.

- Beauvoir, S. (1989b) El segundo sexo... La experiencia vivida. México: Alianza Editorial.

- Belle, D. (1990) Poverty and women's mental health. *American Psychologist*, 45 (3), 385-389.

- Bleichmar, D.E. (1985) El feminismo espontáneo de la histeria. México: Fontamara.

BIBLIOGRAFIA

- Broverman, K.I. ; Broverman, M.D. ; Clarkson, E.F. ; Rosenkrantz, S.P. y Vogel, R.S. (1981) *Sex role stereotypes and clinical judgments of mental health*. En E. Howell y M. Bayes. Women and mental health. Nueva York: Basic Books, Inc.

- Brodsky, A.M. y Holroyd, J. (1981) *Report of the task force on sex bias and sex-role stereotyping in psychotherapeutic practice*. En E. Howell y M. Bayes. Women and mental health. Nueva York: Basic Books, Inc.

- Brody, C.M. (1984) *Authenticity in feminist therapy*. En C.M. Brody Women therapists working with women: new theory and process of feminist therapy. Nueva York: Springer Publishing Company.

- Burin, M; Moncarz, E. y Velázquez, S. (1990) El malestar de las mujeres. La tranquilidad recetada. Buenos Aires: Paidós.

- Careaga, G. (1994) *Mujer, pobreza y salud mental*. Revista FEM, 132, 25-27.

- Castro, I. (1987) *Psicoterapia de mujeres: algunos aspectos relevantes*. En M. Burin Estudios sobre la subjetividad femenina. Mujeres y salud mental. Argentina: Grupo Editorial Latinoamericano.

- Chodorow, N. (1978) El ejercicio de la maternidad. España: Gedisa.

BIBLIOGRAFIA

- Cohn, S.B. (1984) *Female role socialization: the analyst and the analysis*. En C.M. Brody. *Women therapists working whit women: new theory and process of feminist therapy*. Nueva York: Springer P.C.
- Devereux, G. (1977) *De la ansiedad al método en las ciencias del comportamiento*. México: Siglo XXI.
- Ehrenreich, B. y English, D. (1988) *Sobre brujas, comadronas y enfermeras. Dolencias y trastornos*. Barcelona: LaSal, Cuadernos Inacabados.
- Eichenbaum, L. y Orbach, S. (1984) *Feminist Psychoanalysis: theory and practice*. En C.M. Brody. *Women therapists working whit women: new theory and process of feminist therapy*. Nueva York: Springer P.C.
- Flores, P.F. (1989) *El devenir de la subjetividad femenina: un paradigma entre lo individual y lo colectivo*. En P.M. Bedolla, O.R. Bustos, F.P. Flores y B.G. y García (compils). *Estudios de género y feminismo I*. México: Fontamara, U.N.A.M.
- Freud, S. (1896) *La etiología de la histeria*. En S. Freud *Escritos sobre la histeria*. España: Alianza Editorial.
- Freud, S. (1905) *Análisis fragmentario de una histeria*. En S. Freud *Escritos sobre la histeria*. España: Alianza Editorial
- Freud, S. (1913) *El tabú de la virginidad*. *Obras Completas V. XVIII*. Buenos Aires: Amorrortu.

BIBLIOGRAFIA

- Freud, S. (1925) Algunas consecuencias psíquicas de la diferencia anatómica entre los sexos. Obras Completas V. XIX. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1931) Sobre la sexualidad femenina. En S. Freud. Tres ensayos sobre teoría sexual. Madrid: Alianza Editorial.
- Freud, S. (1933a) La feminidad. En S. Freud. Nuevas conferencias de introducción al psicoanálisis. Obras Completas V. XXII. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1933b) La sexualidad infantil. En S. Freud. Tres ensayos sobre teoría sexual. Madrid: Alianza Editorial.
- Goz, R. (1981) Women patients and women therapists: some issues that come up in psychotherapy. En E. Howell y M. Bayes. Women and mental health. Nueva York: Basic Books, Inc.
- Goodrich, T.J.; Rampage, Ch.; Ellman, B. y Halstead, K. (1989) Terapia familiar feminista. Argentina: Paidós.
- Hare-Mustin, R.T. (1981) A feminist approach to family therapy. En E. Howell y M. Bayes. Women and mental health. Nueva York: Basic Books, Inc.
- Hernández, C.E. (1994, 2 de mayo) Depresión postparto. La Jornada (sup. Doblejornada), pp.3.
- Hierro, G. (1994) Política y filosofía feminista. Revista FEM, 133 9-12.

- Horney, K. (1991) Psicología femenina. México: Alianza Editorial.
- Howell, E. (1981a) From Freud to the present. En E. Howell y M. Bayes. Women and mental health. Nueva York: Basic Books, Inc.
- Howell, E. (1981b) Psychotherapy with women clients: the impact of feminism. En E. Howell y M. Bayes. Women and mental health. Nueva York: Basic Books, Inc.
- Israel, J. (1981) A feminist work with nontraditional clients. En E. Howell y M. Bayes. Women and mental health. Nueva York: Basic Books, Inc.
- Katchadourian, A.H. (1979) La terminología del género y del sexo. En H.A. Katchadourian. La sexualidad humana. Un estudio comparativo de su evolución. México: Fondo de Cultura Económica.
- Klein, M. (1932) El psicoanálisis de niños. Obras Completas V.I. Buenos Aires: Paidós-Horme.
- Klein, M. (1957) Envidia y gratitud. Obras Completas V.VI. Buenos Aires: Paidós-Horme.
- Kolb, C.L. y Brodie, K.H. (1988) Psiquiatría clínica. México: Interamericana.
- Lamas, M. (1985) Feminismo y maternidad. Revista EEM, 43 26-30.

BIBLIOGRAFIA

- Horney, K. (1991) *Psicología femenina*. México: Alianza Editorial.
- Howell, E. (1981a) From Freud to the present. En E. Howell y M. Bayes. *Women and mental health*. Nueva York: Basic Books, Inc.
- Howell, E. (1981b) Psychotherapy with women clients: the impact of feminism. En E. Howell y M. Bayes. *Women and mental health*. Nueva York: Basic Books, Inc.
- Israel, J. (1981) A feminist work with nontraditional clients. En E. Howell y M. Bayes. *Women and mental health*. Nueva York: Basic Books, Inc.
- Katchadourian, A.H. (1979) La terminología del género y del sexo. En H.A. Katchadourian. *La sexualidad humana. Un estudio comparativo de su evolución*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Klein, M. (1932) *EL psicoanálisis de niños*. Obras Completas V.I. Buenos Aires: Paidós-Hormé.
- Klein, M. (1957) *Envidia y gratitud*. Obras Completas V.VI. Buenos Aires: Paidós-Hormé.
- Kolb, C.L. y Brodie, K.H. (1988) *Psiquiatría clínica*. México: Interamericana.
- Lamas, M. (1985) Feminismo y maternidad. *Revista FEM*, 43 26-30.

BIBLIOGRAFIA

- Lamas, M. (1986) La antropología feminista y la categoría género. Revista de Ciencias Sociales. Nueva Antropología, 2 (30), 173-198.
- Lévi-Strauss, C. (1991) Las estructuras elementales del parentesco. España: Paidós.
- Lombardi, A. (1990) Entre madres e hijas. Acerca de la opresión psicológica. Argentina: Paidós.
- Mahler, S.M. (1972) Simbiosis humana: las vicisitudes de la individuación. México: Joaquín Mortiz
- McBride, A.B. (1990) Mental health effects of women's multiples roles. American Psychologist, 45 (3), 381-384.
- Meler, I. (1987) Identidad de género y criterios de salud mental. En M. Burlin. Estudios sobre la subjetividad femenina. Mujeres y salud mental. Buenos Aires: Grupo Editor Latinoamericano.
- Money, J. y Ehrhardt, A. (1982) Desarrollo de la sexualidad humana. Madrid: Morata.
- Rawlings, I.E. y Carter, K.D. (1977) Psychotherapy for women. Treatment equality. E.U.A.: Charles C. Thomas Publisher.

BIBLIOGRAFIA

- Richardson, L. (1988) *The dynamics of sex and gender. A sociological perspective*. Nueva York: Harper Collins Publisher Inc.
- Russo, N.F. (1990) Overview: Forging research priorities of women's mental health. *American Psychologist*, 45 (3), 368-373.
- Saal, F. (1991) Algunas consecuencias políticas de la diferencia psíquica de los sexos. En M. Lamas y F. Saal (comp) *La bella (in)diferencia*. México: Siglo XXI.
- Saéz, B.C. (1988) *Sobre mujer y salud mental*. Barcelona: LaSal, Cuadernos Inacabados.
- Segal, H. (1991) *Introducción a la obra de Melanie Klein*. México: Paidós.
- Solís, A.J. (1991) *Género, comportamiento de las mujeres en las relaciones sexuales y autoconcepto*. Tesis de Licenciatura, Facultad de Psicología, México; U.N.A.M.
- Spitz, A.R. (1965) *El primer año de la vida del niño*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Stephenson, P.S. y Walker, A.G. (1981) The psychiatrist-woman patient relationship. En E. Howell y M. Bayes. *Women and mental health*. Nueva York: Basic Books, Inc.
- Stricker, G. (1977) Implications of research for psychotherapeutic treatment of women. *American Psychologist*, 32 14-22.