



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

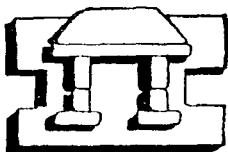
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA

CULTURA MUJERES Y DEPRESION

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE LICENCIADA EN PSICOLOGIA PRESENTA: ELIZABETH GABRIELA AGUILAR GARCIA

DIRECTORA DE TESIS: MTRA. LAURA EVELIA TORRES VELAZQUEZ SINODALES: DRA. ALEJANDRA SALGUERO VELAZQUEZ LIC. JOSE ESTEBAN VAQUERO CAZARES



IZTACALA

LOS REYES IZTACALA, EDO. DE MEXICO

2002

TESIS CON FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México



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 esta 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.

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el contenido de mi trabajo recepcional.

NOMBRE: ELIZABETH GABRIELA

AQUILAR GARCIA

FECHA: 18-OCTUBRE-2002

FIRMA: [Signature]

ESTA TERCERA COPIA
DE LA BIBLIOTECA

AGRADECIMIENTOS

2

Quiero agradecer, sinceramente, a aquellos cuyo apoyo hizo posible este trabajo:

A MI MADRE. Gracias por haber reservado para mí un sitio cálido en terrenos fríos.

A MIS HERMANOS. Rafael, Paty, Nacho, Bety, Lupe y Richard. Gracias por su constante apoyo y cariño.

A BERENICE AGUILAR. Gracias por compartir conmigo tus vivencias y conmovedor crecimiento.

A FIRULO. Gracias por enseñarme la ternura en la cotidianidad.

A MI AMIGO FABIÁN. Gracias por tu risa e insustituible amistad.

A MIS AMIGAS NAYELY y AIDE. Gracias por soportarme a lo largo de la carrera.

A MI AMIGA IMELDA. Gracias por tu eterna sonrisa.

A MIS MAESTROS. Gracias a Laura Evelia y a Jesús Lara por su valiosa guía en este trabajo.

A SERGIO LÓPEZ RAMOS. Gracias por haber elegido una ocupación de amor en esta vida.

A LA VIDA. Gracias por dejarme morir y nacer en la realidad mágica de un universo sin límites.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

OTRO CIELO

3

No existe esponja para lavar el cielo
pero aunque pudieras enjabonarlo
y luego echarle baldes y baldes de mar
y colgarlo al sol para que se seque
siempre te faltaría un pájaro en silencio

no existen métodos para tocar el cielo
pero aunque te estiraras como una palma
y lograras rozarlo en sus delirios
y supieras por fin cómo es al tacto
siempre te faltaría la nube de algodón

no existe un puente para cruzar el cielo
pero aunque consiguieras llegar a la otra orilla
a fuerza de memoria y de pronósticos
y comprobaras que no es tan difícil
siempre faltaría el pino del crepúsculo

eso porque se trata de un cielo que no es tuyo
aunque sea impetuoso y desgarrado
en cambio cuando llegues al que te pertenece
no lo querrás lavar ni tocar ni cruzar
pero estarán el pájaro, la nube y el pino.

M. BENEDETTI

a la memoria de:

MARÍA ELENA GARCÍA SOTO

*Con la esperanza de que la calma de los lagos y de las aves
reine en el movimiento de tu vida eterna.*

ÍNDICE

Contenido	Pág.
RESUMEN	7
INTRODUCCIÓN	8
CAPÍTULO I. MODELOS DE DEPRESIÓN.	
1.1.1 Modelo cognitivo-conductual	15
1.1.2 Tratamiento	20
1.1.3 Resultados del tratamiento	29
1.2.1 Modelo psicoanalítico	30
1.2.2 Tratamiento	38
1.2.3 Consideraciones acerca del tratamiento	40
1.3.1 Modelo médico-psiquiátrico	41
1.3.2 Tratamiento	48
1.3.3 Resultados del tratamiento	54
CAPÍTULO II. UNA PERSPECTIVA DE GÉNERO.	
2.1 Definición de género	57
2.2 Legitimación de la diferencia jerárquica de los sexos	60
2.3 Género y familia	80
2.4 Educación tradicional de la mujer en la familia	82
2.5 Los significados del género en la relación conyugal	85
2.6 Coexistencia de valores tradicionales y modernos	89

CAPÍTULO III. EL SIGNIFICADO DE SER MUJER Y EL DESARROLLO DE UNA DEPRESIÓN.

3.1 La concepción de mujer en la religión católica.	95
3.2 La concepción de mujer en la filosofía	96
3.3 El aspecto dual de la unidad	106
3.4 Femenidad y depresión	108
3.5 Aporia de una invención	110
3.6 Otra cara de la feminidad	116

CAPÍTULO IV. ANÁLISIS DE DIÁLOGOS. PARTE 1: CONCEPTUALIZACIÓN DE LA DEPRESIÓN.

4.1 Metodología	125
4.2 Eje 1. Presupuestos implícitos en las concepciones de depresión	126
4.3 Eje 2. El determinismo biológico en algunas concepciones de depresión	140
4.4 Eje 3. Opiniones del uso de antidepresivos	147
4.5 Eje 4. Otras concepciones de depresión	157

CAPÍTULO V. ANÁLISIS DE DIÁLOGOS. PARTE 2: EL PAPEL DE LOS SIGNIFICADOS DEL GÉNERO EN LOS CONFLICTOS EMOCIONALES DE LA MUJER.

5.1 Eje 5. Papel que se otorga a los significados del género en la problemática de las pacientes	176
5.2 Eje 6. Concepción actual de mujer	196
5.3 Eje 7. Casos de mujeres deprimidas	203

CONCLUSIONES 248

REFERENCIAS 256

ANEXOS 262

La depresión ha sido definida por la OMS como "el más común de los trastornos mentales". Se dice además que es una problemática ascendente en México, pues los índices de suicidios, que generalmente se asocian con tal condición, han tenido un aumento del 200% en los últimos treinta años (UNAM, 2000). Las personas más inclinadas a reportar estados depresivos son mujeres. De hecho, ellas son quienes más medicamentos psicotrópicos consumen y a quienes más se les prescriben (Chetley, A. 1995). Al respecto, los estudios de género señalan que la depresión de la mujer se asocia a que su valía como persona está dada por su adaptación al rol tradicional de mujer, lo cual muchas veces choca con sus intereses personales haciendo de ella un ser carente de identidad propia y lleno de frustraciones. El objetivo del presente trabajo fue realizar un análisis cualitativo acerca de cómo se lleva a cabo el tratamiento de la depresión en mujeres, por parte de los psicólogos, centrandolo la atención en las siguientes interrogantes a) ¿qué tratamientos se emplean; b) cómo se aborda la condición psicósomática del paciente, y c) qué papel se otorga a los significados del género en la problemática de las pacientes? Se trabajó con 10 psicólogos clínicos, haciendo uso de una entrevista semi estructurada y un análisis de diálogos. Se encontró que los estilos de intervención utilizados por la mayoría de los psicólogos no siguen un marco teórico-metodológico determinado, en sentido riguroso, sino que "crean", por así decirlo sus propias técnicas de tratamiento. Asimismo, la condición psicósomática del paciente es considerada como un proceso jerarquizado, unidireccional y fragmentado, en donde lo psicológico es lo ponderado y determina el estado corporal. En cuanto al papel que otorgan los psicólogos a los significados del género en las problemáticas de sus pacientes, se pudo ver que ello guarda relación, principalmente con su propia postura como sujetos de género. Esto es, con sus propios valores sobre lo que significa y debe ser un hombre y una mujer, y no necesariamente con sus conocimientos intelectuales, formación especializada u opiniones acerca del tema, dado que, la mayor parte de los entrevistados verbalizó que el mencionado papel permea considerablemente los conflictos emocionales de la mujer y la minoría sostuvo que aquellos no tienen peso en tales conflictivas. Pero no siempre se observó una coherencia entre sus concepciones al respecto y su intervención e interpretación de casos clínicos.

INTRODUCCIÓN

En el terreno del conocimiento occidental, a la psicología se le ha dejado el estudio de la parte simbólica y emocional del sujeto, como derivado de aquella categorización aristotélica de la naturaleza. Sin embargo, definir con precisión el objeto de estudio de esta disciplina resulta un tanto difícil, pues al hacerlo evidenciamos una postura epistemológica particular, y hasta la fecha no hay un acuerdo unánime acerca de lo que la psicología es. Es por ello que en este campo, encontramos diferentes corrientes o escuelas que tratan de dar cuenta de aquello que se considera lo “psicológico” del individuo.

Asimismo, tal disciplina ha quedado instituida como una profesión de la salud. De esta manera, los trastornos mentales ya no son exclusivos de la psiquiatría sino también han pasado a ser de la psicología.

Padecimientos tan comunes como las alteraciones del estado de ánimo, han sido considerados, oficialmente, como problemas de salud mental. Tal es el caso de la depresión, la cual es definida por la OMS (cit. en Nieto, H. 2001) como “el más común de los trastornos mentales”.

La depresión puede ser experimentada por personas de cualquier edad, clase social y género, y tanto la psiquiatría como la psicología sostienen diversos argumentos para su comprensión. La primera arguye, mediante su modelo médico-psiquiátrico, que el estado depresivo puede entenderse como una condición biológica, es decir, en el cuerpo del sujeto se presenta un decremento en los niveles de ciertos neurotransmisores (serotonina, norepinefrina, y dopamina) los cuales están estrechamente relacionados con los estados de ánimo. De manera que, incrementando dichas sustancias, el paciente superará la depresión. El tratamiento se enfoca, por lo tanto, en la prescripción de antidepresivos.

La psicología, por su parte, nos presenta diferentes modelos para la comprensión de la depresión, los más representativos o comunes son el modelo cognitivo-conductual y el modelo psicoanalítico. El primero nos dice que la depresión surge cuando el individuo supone que eventos malos ocurrirán y supone que nada puede hacer para prevenir su ocurrencia y construye la causa de este estado de hechos como resultado de factores internos (Seligman y Miller, 1976 cit. en Norberto, G. 1997).

Para entender este modelo debemos relacionar estrechamente la parte cognitiva y la parte conductual del sujeto, pues la una es la consecuencia de la otra, a su vez que se refuerzan mutuamente. Tenemos así que, por un lado, se puede intervenir mediante una reestructuración de los estilos de pensamiento del paciente (tratamiento cognitivo), a través de una modificación de la conducta (tratamiento conductual) o juntando ambos tratamientos.

Dentro del modelo psicoanalítico, Bleichmar, H. (1988) nos dice que la irrealizabilidad del deseo y la pérdida de objeto, son los puntos esenciales que desencadenan la depresión, ya que generalmente, el sujeto siente inalcanzable lo deseado, además de tener la sensación de haber perdido algo. Es por ello, que Freud definió a la depresión como una reacción a la pérdida de objeto. Sin embargo, para que tal pérdida tenga un efecto depresivo, el objeto debe ser significativo para el sujeto, por ejemplo, la madre para el bebé.

El tratamiento propuesto por este modelo nos dice que no se trata de remover lo "malo" de la personalidad del sujeto sino de reestructurar aquella.

"... lo que resulta posible es establecer nuevas significaciones. Esto es lo que posibilita la reconstrucción genética, pero no lo hace por la mera fuerza del recuerdo, sino que en el proceso de hacerlo se reorganiza el mundo conceptual, se resignifica la experiencia."

(La depresión, un estudio psicoanalítico. Bleichmar, H. 1988, pp. 172)

El punto central de la intervención no es el cambio, sino la resignificación de las experiencias de la persona. Lo cual es más factible de hacer, de lo contrario se presupondría que los acontecimientos que estructuraron de determinada manera la personalidad del sujeto, no dejaron huella alguna, lo que equivale a decir que nunca existieron.

Como se observa, la depresión se ha clasificado de diversas maneras, pero, en términos generales, podemos decir que se caracteriza por un marcado desinterés hacia la todas las áreas de la vida, cansancio, apatía, llantos recurrentes, insomnio o hiperinsomnio, pérdida o aumento excesivo del apetito, sentimientos de inutilidad, sentimientos de culpa, tristeza, baja autoestima, y pensamientos suicidas.

Este padecimiento merece la atención de los profesionales de la salud, pues es una problemática ascendente en nuestro país. De acuerdo con Alejandro Díaz, director del Departamento de Psiquiatría y Salud Mental de la Facultad de Medicina de la UNAM, 10 millones de mexicanos la presentan (UNAM, 2000) y a nivel mundial, son 340 millones las personas que se hayan afectadas por el trastorno, esto sin considerar los casos que no se reportan, (Nieto, H. 2001).

Debido a que el estado depresivo puede orillar al suicidio, este se ha asociado con tal condición. En el año 2000, en todo el planeta se registraron un millón de suicidios, y entre 10 y 20 millones de personas, atentaron contra su vida (Op.cit). En México, se ha visto un aumento considerable de este acto en los últimos 30 años. En 1970, la cifra era de 554, para 1994 ascendió a 2,603, (Borges, G.; Rosovsky, H.; Gómes, C. y Gutierrez, R. 1996) y en el año 2000 se llegó a 3,400 (UNAM, 2000). Según detalla Alejandro Díaz, los estados de mayor incidencia suicida son Tabasco, Campeche, Yucatán y Quinta Roo. (Op.cit)

Existen diferentes opiniones acerca de esta situación. Pero de entrada, cabe destacar que solamente cuatro estados de la República Mexicana cuentan con suficiencia de psicólogos institucionales, uno por 40 mil habitantes. Chihuahua, Zacatecas, Campeche y Quintana Roo carecen de psiquiatras y psicólogos casi por completo. Esto vinculado a que dichas entidades, sumadas las de Nayarit, Querétaro, Morelos y Tlaxcala, no cuentan con servicios hospitalarios públicos para el tratamiento de los trastornos mentales, (Secretaría de Salud, s/l).

López, S. (1996) señala algunos aspectos implicados en el deterioro de la calidad de vida de la población mexicana. Nos dice que hay un "abandono de la sociedad civil", puesto que, no existe una articulación entre la enseñanza que reciben los profesionales de la salud -psicólogos-- en las universidades y las problemáticas prioritarias de salud que presenta nuestra sociedad.

Amén de hacer mención de la insuficiencia de un paradigma que ha predominado en el campo del conocimiento: el de la ciencia racional, ya que, este fragmenta al individuo y hace perder la visión holística de la condición del sujeto.

Dicha escisión, trae como consecuencia que no se contemplen conjuntamente los aspectos somáticos y emocionales imbricados en las problemáticas del individuo. En el caso de la depresión, se dice que el cuerpo sufre una deficiencia del sistema inmune, así como un mayor riesgo de padecer infartos cerebro vasculares. Este punto merece de atención, pues nos dice que bajo los estados depresivos el cuerpo puede experimentar un deterioro paulatino que puede desembocar en la muerte, o bien en una enfermedad de gravedad.

Asimismo, Lara, J. (1996) menciona y cuestiona el hecho de que una gran cantidad de psicólogos, obedece acriticamente a teorías foráneas que no dan cuenta de las conflictivas de la gente de nuestra cultura mexicana. Perdiendo de vista la importancia del

contexto sociocultural por la suscripción a un marco teórico, así como la capacidad creativa, de reflexión y de análisis de la propia disciplina.

Por su parte, Herrera, A. (1996) afirma que no hay una planeación educativa por parte del gobierno, respecto a la disciplina de la psicología, puesto que, cada vez son más los egresados de esta profesión y el índice de desempleo en los mismos. Además de que tal situación es bastante desigual en distintas partes de la república, pues para 1993 en algunos estados, ni siquiera se imparte dicha área del conocimiento dentro de las escuelas de nivel superior.

Cabe mencionar que las ofertas de trabajo para los psicólogos, en estos días, se aglutinan en el campo de la industria, en reclutamiento y selección de personal, y no así en el área de la salud. De acuerdo con López (1996), esta situación contrasta con el hecho de que la psicología se halle instituida como una profesión perteneciente a tal área.

Por otro lado, no podemos dudar que las políticas neoliberales estén implicadas en esta problemática, pues la creciente intención del gobierno por privatizar el sector salud y el bajo presupuesto que otorga a este fin, no contempla a las personas de escasos recursos como usuarios de servicios médicos de calidad.

A todo lo anterior debemos agregar que las personas más inclinadas a reportar estados depresivos son mujeres. De hecho, ellas son las que más medicamentos psicotrópicos consumen, y a quienes más se les prescriben (Chetley, A 1996). Aunado a esto, "La relación entre los trabajadores de la salud y las mujeres-pacientes es extremadamente autoritaria en muchos países, y hace que la posibilidad de revelar sus emociones sea difícil, y con frecuencia estigmatizada. Cuando una mujer se atreve a contar sus problemas, algunos trabajadores de la salud tienden a ser prejuiciosos" (Nieto, H. 2001. Incidencia de la patología mental, párrafo 5).

Al respecto, los estudios de género señalan que las condiciones socioculturales en las que aquellas se construyen son las causas de dicha tendencia, ya que su deber ser social, generalmente, choca con sus intereses propios.

“Lo triste del papel de la mujer en la sociedad y en la familia es que su identidad como mujer está definida por la forma de realizar su tarea. Así, ella debe saber cocinar; ser buena anfitriona con los socios, amigos o compañeros de trabajo del esposo; tener hijos inteligentes, sanos y bien educados, obviamente, estar disponible para su esposo. Si en alguna de estas áreas surgen dificultades, como cuando un niño tiene problemas de aprendizaje, a menudo se culpa a la mujer, quien sentirá que ha fracasado como persona e, indudablemente, como madre.” (Ehrlich, M, 1989. Los esposos, las esposas, y sus hijos. pp. 13).

Así tenemos que desde la perspectiva de género, la depresión de la mujer se asocia a que su valía como persona está dada por su adaptación al rol tradicional de mujer, lo cual frustra sus deseos personales, haciendo de ella un ser carente de identidad propia.

Los argumentos expuestos sugieren diversos puntos de análisis para la comprensión de la situación actual en el terreno de la salud, particularmente, de la depresión. Esto nos da una perspectiva general del panorama en cuestión. Sin embargo, resulta importante, centrar la atención en cómo se lleva a cabo el tratamiento de dicho padecimiento en mujeres, en casos específicos y concretos, para tener así una visión más detallada del particular. Por tal motivo, el objetivo del presente trabajo fue realizar un análisis cualitativo acerca de la manera en que los psicólogos clínicos, de práctica privada e institucional, abordan a pacientes depresivos, enfocándonos en los siguientes puntos: a) qué tratamientos se emplean; b) cómo se aborda la problemática psicósomática del paciente; y c) qué papel se otorga a los significados del género en las problemáticas de la paciente.

CAPÍTULO I

MODELOS DE DEPRESIÓN

CAPÍTULO I

MODELOS DE DEPRESIÓN

1.1.1 Modelo cognitivo-conductual.

Este modelo cuenta con varias teorías o perspectivas acerca de la depresión. A continuación, expondremos algunas de ellas.

Teorías comportamentales. Partiendo de la aportación de Skinner, la teoría de Ferster, 1973 sostiene que la depresión es el resultado de la extinción de diversas conductas no depresivas en función de los siguientes cambios ambientales: a) una tasa muy baja de refuerzo; b) una reducción en las fuentes de estímulos discriminativos y refuerzos de las conductas adaptativas; c) un reforzamiento negativo de conductas de evitación que constituyen la depresión (así, las conductas depresivas sirven para evitar las condiciones aversivas), y d) castigo de las conductas no depresivas. La aportación fundamental de esta teoría estriba en el intento de especificar la naturaleza funcional de los cambios situacionales asociados a la mayoría de eventos vitales que son vistos generalmente, tan sólo, en términos de su contenido (Norberto, G. 1997).

Otra teoría comportamental es la de Lewinsohn y cols. 1981 (cit. en Norberto, G. 1997) quienes señalan tres razones generales por las que una persona puede experimentar depresión:

1) El medio ambiente inmediato de la persona puede tener pocos reforzadores positivos disponibles o muchos aspectos castigantes.

2) La persona puede carecer de habilidades para obtener los reforzadores positivos y/o afrontar con dificultad los eventos aversivos (déficits de habilidades).

3) La potencia del reforzamiento positivo de eventos puede ser reducida y/o el impacto negativo de efectos contingentes puede ser elevado.

Así entonces, se puede decir que esta teoría sostiene que los eventos contingentes sobre la conducta pueden ser no reforzantes porque hay una pérdida de la efectividad del reforzador. Los eventos que son reforzantes pueden quedar indisponibles y/o el reforzador puede estar disponible pero si el individuo carece de las habilidades necesarias no lo podrá obtener (Op. cit.).

Teoría del desamparo aprendido. En esta teoría Seligman y Miller 1976 (cit. en Norberto, G. 1997) se consideran cuatro premisas fundamentales para que la depresión ocurra:

1) Aversión esperada. Esta premisa sostiene que el individuo supone que los resultados altamente aversivos son probables y/o que los altamente deseados son improbables.

2) Descontrol esperado. El individuo supone que ninguna repuesta de su repertorio puede cambiar la probabilidad de estos eventos.

3) Estilo atribucional. Se señala que el individuo posee un estilo atribucional incidioso que gobierna la duración y amplitud de los déficits depresivos y en todo caso la autoestima es decrementada. El estilo atribucional consiste de una tendencia para hacer atribuciones internas para el fracaso y externas para el éxito.

4) Severidad. Esta premisa considera que la fuerza de los déficits cognitivos y motivacionales descansan en la fuerza de la expectación del resultado aversivo y la fuerza de la expectancia incontrolable. La intensidad de los déficits afectivo y de autoestima está gobernada por la importancia del resultado incontrolable.

Asimismo, se sugiere que la depresión implica cuatro déficits: motivacional, cognitivo, somático, afectivo y de autoestima. En pocas palabras, la depresión ocurre cuando el individuo supone que eventos malos ocurrirán y supone que nada puede hacer

para prevenir su ocurrencia y construye la causa de este estado de hechos como resultado de factores internos.

Los autores señalan que el sujeto podría ejecutar respuestas para evitar y/o enfrentar situaciones dolorosas, sin embargo, se encuentra bloqueado y en lugar de ello aprende a ser indefenso.

Rehm 1977 (cit. en Norberto, G. 1997) por su parte propone que la gente que está deprimida se caracteriza por alguna combinación de seis déficits específicos en el autocontrol de la conducta, estos son:

- a) Atención selectiva a los acontecimientos negativos de sus vidas, con la exclusión relativa de los sucesos positivos.
- b) Atención selectiva a las consecuencias inmediatas y no a las demoradas de su conducta. Las personas deprimidas tienen la dificultad para trabajar en objetivos a largo plazo, ya que se encuentran más afectadas por sus necesidades emocionales inmediatas, lo que hace difícil centrarse en la gratificación demorada de una conducta que necesite más esfuerzo.
- c) Hay un establecimiento de patrones exigentes de evaluación para su conducta.
- d) Tendencia a hacer atribuciones internas en el caso de acontecimientos negativos y atribuciones externas en el caso de sucesos positivos.
- e) Autoadministración de recompensas contingentes insuficientes.
- f) Autoadministración de autocastigo excesivo.

Teoría cognitiva. Una de las teorías cognitivas mayormente conocida sobre la depresión es la formulada por Beck 1967 (cit. en Norberto, G. 1997) quien considera a la depresión como un disturbio en la cognición y enfoca su atención sobre las manifestaciones vegetativas, conductuales, motivacionales y afectivas que la influyen. Asimismo, menciona que la lógica de los deprimidos es caracterizada por cometer errores en el procesamiento de la información sobre sí, los errores más comunes son:

- a) Inferencia arbitraria. Se refiere al proceso de llegar a una determinada conclusión en ausencia de la evidencia que la apoye o cuando la evidencia es contraria a la conclusión.

- b) **Abstracción selectiva.** Se refiere a centrarse en un detalle específico extraído de su contexto, ignorando otras características más relevantes de la situación.
- c) **Generalización excesiva.** Se refiere al proceso de elaborar una regla general o una conclusión a partir de uno o varios hechos aislados y de aplicar el concepto tanto a situaciones relacionadas como a situaciones ajenas.
- d) **Magnificación y minimización.** Se refiere a los errores cometidos al evaluar la significación o magnitud de un acontecimiento.
- e) **Personalización.** Se refiere a la tendencia y facilidad del paciente para atribuirse a sí mismo fenómenos externos cuando no existe ninguna base para realizar dicha conexión.
- f) **Pensamiento absolutista dicotómico.** Se refiere a la tendencia a clasificar todas las experiencias según una o dos categorías opuestas, ejemplo: bueno-malo, para describirse a sí mismo el paciente emplea las categorías del extremo negativo.

Los principales elementos teóricos implicados en la teoría de Beck son:

Esquemas. Estructuras cognitivas relativamente estables que canalizan el proceso de pensamiento, tanto si están estimuladas o no por la situación ambiental inmediata.

Esfera personal. Es el concepto clave para comprender el significado especial que damos a los objetos tangibles e intangibles. Nos sirve para encontrar sentido a nosotros mismos y a lo que nos rodea. Es un constructo que integra todas aquellas características que poseemos y que nos conforman y definen.

Triada cognitiva. La pérdida se manifiesta en la triada cognitiva. El depresivo se va a sí mismo como deficiente e inútil. Interpreta todo aquello que le ocurre, el presente como algo imposible de realizar. Por todo ello, no encuentra nada positivo en un futuro.

Pensamientos automáticos. Aquellos pensamientos e imágenes que se presentan en situaciones de depresión. Se caracterizan por ser poco razonables, disfuncionales, repetitivos e idiosincrásicos, aunque plausibles a los ojos del paciente.

Reglas. Consisten en ecuaciones, fórmulas y premisas que permiten a una persona clasificar y sintetizar sus observaciones de la realidad, de tal forma que se llegue a conclusiones significativas.

Pérdida. A raíz de ella se puede producir un estado de melancolía, caracterizado psíquicamente por un estado de ánimo profundamente doloroso, una cesación del interés por el mundo exterior, la pérdida de la capacidad de amar, la inhibición de todas las funciones y la disminución del amor propio, en ella radica la clave para entender la conducta del depresivo en contra de sus instintos y necesidades más básicas.

Distorsiones cognitivas. Errores sistemáticos de pensamiento que mantienen las creencias del paciente sobre la validez de sus conceptos negativos, a pesar de la evidencia en contra.

Teoría del conductismo paradigmático de la depresión (PB). Esta teoría fue diseñada como un intento de integración de los factores causales propuestos en las teorías anteriores, añadiendo otras variables causales hipotéticas que se derivan de la teoría paradigmática psicopatológica general. La teoría PB sostiene que los factores causales hipotéticos de la depresión son de tipo biológico, ambiental, y variables de personalidad o también llamadas repertorios básicos de conducta. Estos últimos se organizan en tres amplias categorías: repertorios sensomotores (ejemplo, habilidades sociales), repertorios emocional-motivacionales (ejemplo, autorrefuerzos) y por último, repertorios cognitivo-lingüísticos (ejemplo, falsas atribuciones, déficits de solución de problemas, etc.) (Heiby 1985, Heiby y Staats 1990 cit. en Norberto, G 1997). A los factores causales de depresión propuestos en las teorías antes presentadas, la teoría del conductismo paradigmático aporta lo siguiente:

- 1) Condiciones biológicas que interfieren en el desarrollo o la expresión de repertorios comportamentales básicos, que son críticos para el mantenimiento de la homeostásis, el humor eufónico (equilibrio humoral) y el comportamiento no depresivo.

- 2) Cambios en la disponibilidad de acontecimientos ambientales no contingentes, placenteros y no placenteros, que poseen para el individuo cualidades reforzantes, afectivas y direccionales.
- 3) Déficits en habilidades sensomotrices relacionadas con el funcionamiento en actividades ocupacionales y recreativas.
- 4) Déficits en el repertorio emocional-motivacional manifestado en excesivas reacciones condicionadas emocionalmente negativas, y escasas respuestas condicionalmente positivas, ligadas a acontecimientos comunes (anhedonia) y reacciones disfóricas ante autoafirmaciones no contingentes, autoetiquetados negativos, autoevaluación, autoconfianza y autoestima .

1.1.2 Tratamiento.

Ahora bien, los tratamientos que ofrece este modelo son variados, a continuación mencionaremos algunos.

Tratamiento conductual. La finalidad de este es que el cliente adquiera un nuevo comportamiento eliminando la conducta inadecuada y reforzando a la vez el sostenimiento de la nueva pauta comportamental. Para lograr esto se han utilizado diversas técnicas como el manejo de contingencias, entrenamiento en habilidades, en asertividad, autocontrol y en relajación (Norberto, G. 1997).

Manejo de contingencias. Consiste en controlar la conducta mediante la manipulación de sus consecuencias. Algunas formas de manejo de contingencias son las siguientes: 1) Moldeamiento. También se la llama aproximaciones sucesivas, se trata de desarrollar una conducta deseable recompensando cualquier conducta que aproxime a ella. Se moldea gradualmente la conducta final reforzando de manera selectiva al individuo solo por conductas que se asemejan a la conducta deseable. 2) Tiempo fuera. Se extingue la conducta indeseable al retirar a la persona temporalmente de una situación en la que se refuerza la conducta. Por ejemplo, se retira a un niño que desorganiza la clase de modo que

no se pueda reforzar la conducta desorganizante a través de la atención de los demás. 3) Contrato de contingencias. Se establece un contrato o acuerdo formal entre, por ejemplo, terapeuta y paciente, este contrato especifica las consecuencias para ciertas conductas de parte de ambos. 4) Principio Premack, la idea es similar a la invitación de la abuela: "primero trabajas y luego juegas". Por ejemplo, se le permite al niño que juegue a la pelota después de que termine con su tarea (Phares 1992).

Entrenamiento en relajación (Desensibilización sistemática). Es una de las técnicas utilizadas en terapia conductual para extinguir conductas reforzadas negativamente creando una respuesta antagónica Wolpe 1969 (cit. en Norberto, G. 1997). La premisa fundamental de esta técnica es que al estar relacionada la tensión muscular con la ansiedad, es preciso lograr que los músculos tensos se aflojen, experimentando así una reducción de la ansiedad. Para lograr la relajación muscular es necesaria la ejercitación de la tensión y relajación alternadas de los diferentes grupos musculares, trabajando de manera gradual (Rimm y Masters 1982 cit. en Norberto, G. 1997).

Tratamiento en el modelo de Lewinsohn. Dentro de este modelo, el objetivo principal es establecer tasas adecuadas de reforzamiento positivo contingente a las respuestas en la vida de la persona. Si la persona depresiva experimenta también altas tasas de eventos aversivos, estas deben disminuir en frecuencia. Así, se modifican la frecuencia, la calidad y el rango de interacciones sociales y actividades de la persona. En este tratamiento, las metas y estrategias son individualizadas. La duración del tratamiento es de doce semanas con un rango de uno a tres meses (Norberto, G. 1997). Las etapas de este tratamiento son las siguientes:

1) Fase de evaluación diagnóstica. Esta es necesaria para determinar la naturaleza, severidad y subtipo del problema presentado por el paciente. Para este fin se utilizan entrevistas y auto reportes.

2) Fase de conceptualización. Aquí se discute el por qué de este tratamiento y se incrementa la información de la persona acerca de cómo el ánimo disfórico se vincula a

eventos específicos. Se desmitifican sus problemas y se redefinen de manera que incremente la percepción de control sobre el problema.

3) Análisis funcional. Este análisis es necesario para identificar las variables medioambientales relacionadas a la depresión de la persona y para generar metas de tratamiento específicas, para lo cual se utiliza el Programa de Eventos Agradables y el Programa de Eventos Desagradables. Las respuestas de las personas a estos programas sirven para elaborar un programa de actividad individualizado.

4) Ejercicios de monitoreo de actividad y ánimo. Son utilizados para desarrollar metas de tratamiento específicas. Las fluctuaciones de ánimo son evaluadas utilizando la Lista de Adjetivos de Depresión de Lubin 1967 y las actividades agradables y desagradables son registradas. Asimismo, los clientes son enseñados a graficar los datos de monitoreo diario para demostrar la asociación entre eventos agradables, desagradables y ánimo. En esta etapa, se utilizan dos tipos de técnicas, las cuales son: intervenciones medioambientales y entrenamiento en habilidades.

Intervenciones medioambientales. Consiste en cambiar aspectos del medio ambiente que están relacionadas a las fluctuaciones del ánimo. Esto es muy útil cuando el medio ambiente del paciente está empobrecido en cuanto a reforzadores o es aversivo. Así, una intervención de este tipo puede implicar un cambio de lugar físico y social, por ejemplo, cambiar de casa, de trabajo, o separarse del esposo. Otro ejemplo sería el manejo de contingencias, la cual implica a su vez modificar las consecuencias de ciertas conductas.

Entrenamiento de habilidades. Consiste en enseñar al cliente habilidades concretas que pueden ser utilizadas para cambiar interacciones medioambientales negativas, por ejemplo, entrenamiento en habilidades sociales o en asertividad, así como habilidades para mantener esos cambios después de que la terapia haya terminado. Es conveniente hacer una introducción didáctica a las habilidades implicadas, llevando a cabo un modelamiento e instrucción el terapeuta, juego de roles, práctica del paciente dentro y fuera del consultorio, para finalmente aplicar las habilidades aprendidas en la vida real. En las habilidades cognitivas se le enseña al cliente a mejorar lo agradable y a reducir lo desagradable de las interacciones medioambientales. Así, se pueden facilitar cambios en la manera de pensar de

los clientes sobre su realidad, así mismo, se les enseña a discriminar entre pensamientos negativos y positivos; constructivos y destructivos.

5) Finalmente, el cliente y el terapeuta desarrollan un programa de prevención-mantenimiento individualizado.

Entrenamiento en autocontrol. Rehm 1982 (cit. en Norberto, G. 1997) menciona que el autocontrol se refiere a aquellos procedimientos de terapia cuyo objetivo es enseñar a la persona estrategias para controlar o modificar su propia conducta a través de distintas situaciones con el propósito de alcanzar metas a largo plazo. Asimismo, autocontrol expresa claramente el papel activo de la persona como director de su propia conducta. Este entrenamiento implica tres fases.

1) Autoregistro. Es la etapa en donde la persona se hace más consciente o se empieza a dar más cuenta de la conducta en cuestión. Se utiliza para evaluar la conducta, sus antecedentes situacionales, sus consecuencias, el afecto que las acompaña o la relación entre todas estas variables. De igual manera, se puede evaluar la frecuencia, duración, intensidad o calidad de una conducta. Para que esta técnica sea eficaz debe hacerse tan próximo en el tiempo del acontecimiento como sea posible. 2) Autoevaluación. Consiste en la comparación de la propia conducta con respecto a un patrón impuesto por uno mismo. 3) Autoreforzamiento. Se refiere a las consecuencias del proceso de autoevaluación, tal como se encuentra determinado por contingencias auto impuestas. El autoreforzamiento puede ser manifiesto o encubierto.

Entrenamiento en asertividad. Este implica todo procedimiento que se enfoque a aumentar la capacidad del cliente para asumir una conducta asertiva socialmente aceptada. "La conducta asertiva es la conducta interpersonal que implica la expresión honesta y relativamente recta de los sentimientos" (Rimm y Masters 1987. Terapia de la conducta. pp.10).

La conducta asertiva beneficia al cliente de dos maneras: 1) la asertividad genera en el cliente un estado de bienestar, dado que disminuye la ansiedad, siendo en este sentido, similar a la relajación muscular. 2) El hecho de comportarse asertivamente, le permitirá al cliente estar en posibilidad de obtener recompensas sociales o materiales significativas (Op.cit).

Tratamiento cognitivo. Se centra en las distorsiones interpretativas y creencias individuales, las cuales se presume están involucradas en la depresión. La meta es cambiar estos patrones de pensamiento, utilizando la sustitución de cogniciones negativas distorsionadas por interpretaciones orientadas de manera real. Asimismo, se utilizan principalmente dos técnicas para este fin: control encubierto, y detención del pensamiento (Norberto, G. 1997).

Control encubierto. El objetivo de esta técnica es prevenir la presentación de conductas finales de desadaptación por medio del bloqueo de respuestas encubiertas tempranas en la cadena de respuestas. Un coverante es una operación cubierta, es una respuesta mental no observable pero que está sujeta a los mismos principios de modificación de la conducta utilizados en las respuestas abiertas u observables (Mahoney 1983 cit. en Norberto, G. 1997).

Detención de pensamiento. Consiste en que el cliente se concentre en pensamientos que inducen a la ansiedad y de manera repentina el terapeuta dice: "alto" Una vez realizado esto en varias ocasiones, la ubicación del control pasa del terapeuta al cliente, quien emitirá dicha palabra antes de tener pensamientos negativos (Norberto, G. 1997).

Tratamiento cognitivo-conductual. De acuerdo con Piasecki y Hollon 1987 (cit. en Buela y Caballo 1991) los pasos a seguir en el tratamiento cognitivo-conductual de la depresión pueden sintetizarse en 7 puntos, clasificados en relación a tres momentos fundamentales del curso de la terapia, teniendo presente una hipotética terapia que dure 20 sesiones. Estos tres momentos se refieren a las primeras sesiones, en donde se asientan las bases del tratamiento, las sesiones intermedias, donde se busca fundamentalmente el

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

funcionamiento de las técnicas de las que se dispone, y las sesiones últimas, en donde se afianza el logro alcanzado y se prepara al paciente para la finalización de la terapia. Los siete puntos son los siguientes:

De la primera sesión a la quinta. Ofrecer la justificación y la base de la terapia, entrenar al paciente en tareas de autorregistro, emplear en caso necesario, estrategias de activación conductual, entrenar al paciente en la identificación de pensamientos automáticos.

De la sesión número 6 a la 17. Centrarse en las creencias valorativas que el sujeto aporta a las situaciones, es decir, empezar a reconocer el mundo cognitivo del paciente, explorar los supuestos subyacentes de las cogniciones de la persona.

De la sesión 17 a la 20. Se prepara al paciente para la terminación del tratamiento y evitar las recaídas, acordando el seguimiento.

Principales métodos de evaluación. Se dispone de cuestionarios con buenas propiedades psicométricas. El más utilizado es el Inventario de Depresión de Beck 1978, que sirve como un índice continuo de la sintomatología depresiva. Otros cuestionarios son la Escala de Actitudes Disfuncionales de Weissman y Beck 1978, y la Escala de Desesperanza de Beck, Weissman, Lester y Trexler 1974.

Primera entrevista. La primera entrevista, que suele durar entre una hora y hora y media, se puede centrar en los siguientes puntos: a) recogida de información biográfica; b) recogida de información sobre los síntomas; c) exploración del riesgo de suicidio; d) explicación al paciente de lo que pasa, es decir, que entienda la depresión desde el punto de vista cognitivo, y darle las primeras explicaciones sobre lo que se puede y se va a hacer en el tratamiento, la importancia que tiene la realización de las tareas, la duración de las sesiones, etc.; e) conocer el grado de motivación y las actitudes del paciente hacia el tratamiento; f) dar cualquier tipo de feedback que pueda necesitar el paciente, y que complemente lo expuesto en el apartado d (Buela y Caballo 1991).

Segunda entrevista. Lo deseable es que entre la primera y segunda sesión pasen pocos días y se realicen las dos en la misma semana. Esta segunda entrevista está enfocada a complementar la primera y a establecer las bases de la futura terapia. El paciente debe recibir explicaciones muy concretas sobre el tipo de tratamiento que va a recibir, esto es, que el tratamiento una técnicas cognitivas y conductuales; que exige un alto nivel de participación por su parte, sin embargo, esto último, conviene aclarárselo al paciente, especialmente si éste tiene bajos niveles de motivación y de actividad. Así, hacerle ver que participar no se refiere solamente a hacer las tareas, practicar las técnicas, ofrecer información, etc., sino que muchas veces se limita a intentar hacer todo lo anterior, de manera que lo importante es que el paciente intente hacerlo y no que lo haga a la perfección. Se le expone también que el tratamiento supone trabajo en casa y en sesión (Op.cit.).

Por regla general, se le pide que recoja en un plazo de 7 días, las ideas anteriores a un estado de malestar, es decir, se empieza a recoger información sobre el mundo cognitivo del paciente, así como de la capacidad de éste para hacerlo. Se conoce de esta manera, si es viable el implicar al paciente en este tipo de tratamiento o si conviene derivarlo a otro tipo de tratamiento o de terapeuta (Op. Cit.)

Aunado a lo anterior, se le debe de explicar al paciente las hojas de anotación que deben ser entendidas, siguiendo el modelo A-B-C y que se pueden confeccionar en columnas encabezadas de izquierda a derecha con: Situación, Emoción, Pensamientos automáticos. Los momentos para hacerlo pueden variar en función de los problemas del paciente, por regla general el paciente debe registrar todo aquello que le pase por la cabeza asociado o no con determinado malestar. En ocasiones, el malestar o los pensamientos negativos aparecen en circunstancias concretas, por ejemplo, al hablar con determinada persona, o durante los fines de semana. Si esto es así, entonces el paciente debe estar alerta a lo que piensa en esos momentos. Comúnmente es necesario entrenar al paciente a llevar a cabo dicha recogida, ya que es raro encontrar un paciente que lo haga correctamente desde un principio (Op. Cit).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Las principales técnicas utilizadas en el tratamiento cognitivo-conductual para la depresión, según Bucla y Caballo (1991), son las siguientes:

Planificación de actividades. Esta técnica tiene importantes implicaciones de tipo cognitivo, su finalidad es por una parte, la de luchar contra la pérdida de motivación y la carencia de actividad típicas del paciente deprimido, y por otra, evitar que el paciente se preocupe por las ideas negativas que le asaltan constantemente. Al paciente se le debe presentar la técnica haciéndole entender que, aunque al principio le cueste trabajo, le va a ayudar a mejorar su funcionamiento general. Así, el objetivo por lo tanto es doble, en primer lugar, se trata de empezar a recuperar poco a poco ciertos niveles de actividad, pero lo que se busca es que el paciente haga o en el peor de los casos intente hacerlo con independencia del grado de dominio con que se ejecute la actividad. Por regla general, las actividades que se eligen deben ser aquellas que podemos clasificar como normales y que tengan una alta probabilidad de éxito. Por ejemplo, una ama de casa, incapaz de realizar sus tareas como tal, puede intentar hacer la cama o barrer una habitación. El paciente anota en las hojas preparadas al respecto cuando y cómo tiene que hacer la actividad y si ha logrado hacerla o en qué medida lo ha hecho.

La planificación de actividades sirve, en segundo lugar, para encontrar las razones en contra de hacer algo que luego son utilizadas como experimentos para comprobar su veracidad. Normalmente las razones del paciente en contra de una actividad son fruto de la activación de esquemas y de la triada cognitiva. En el caso de la ama de casa mencionada, sus cogniciones eran: "soy inútil", "no soy capaz de llevar algo a cabo". Es por tanto deseable que el terapeuta sea consciente del tipo de ideas negativas que dificultan los niveles de actividad del paciente, se le enseñe a este a reconocerlas para posteriormente debatirlas cognitivamente

Técnica de maestría y agrado. Maestría se refiere a la sensación de ejecución, de logro al hacer una tarea, y agrado se refiere a las sensaciones placenteras asociadas con la realización de la misma. Esta técnica está encaminada a combatir pensamientos absolutistas por ejemplo, "no puedo hacer nada", "si no me sale perfecto no tiene sentido que lo

intente", ya que, este tipo de enunciados llevan al paciente a que se introduzca en un círculo vicioso de difícil solución. Se puede complementar la técnica anterior con ésta, pues se puede aplicar a las mismas conductas elegidas para la planificación de actividades. Asimismo, en hojas destinadas para ello, se anota a lado de cada actividad el nivel de satisfacción (de 0 a 5) que ha experimentado el paciente.

Comprobación de hipótesis. Esta técnica es la más característica del modelo de Beck. Supone un gran trabajo de debate cognitivo y un método para anular el pensamiento negativo. Lo primero, es hacer que el paciente enuncie cualquier idea negativa y que la convierta en una hipótesis; a continuación se anotan aspectos a favor o en contra de dicha hipótesis. Lógicamente a un paciente deprimido le es más difícil formular ideas en contra de pensamientos negativos, siendo tarea del terapeuta exponerlas ante el paciente, gracias al método socrático, con preguntas directas y bien formuladas que supongan recuperar información sesgada por las distorsiones cognitivas. Acto seguido, se plantea un experimento para que el paciente compruebe la veracidad o falsedad de la idea negativa que se cuestiona. Después se observan los resultados, sacando finalmente una conclusión. Hay que tener en cuenta que se busca enseñar un método alternativo de ver las cosas y no prescribir determinadas conclusiones.

Técnica de la triple columna. Con esta técnica se pretende que el paciente haga más y mejores inferencias respecto a conclusiones y pensamientos automáticos. Al paciente se le preparan unas hojas que tienen 3 columnas con los bloques dispuestos de izquierda a derecha de la siguiente manera: Situaciones, Pensamientos negativos, Respuesta racional. Para que el paciente sea capaz de hacerlo, es preciso haber realizado junto con el terapeuta un importante trabajo de debate con el tipo de ideas que más malestar le producen.

1.1.3 Resultados del tratamiento.

Fuchs y Rehm 1977; Blaney 1981 y Rehm 1981 (cit. en Norberto, G. 1997) realizaron estudios en donde utilizaron un tratamiento de autocontrol en individuos depresivos y encontraron en los resultados post-test que la condición experimental fue superior a la condición del grupo control.

Zeiss 1977 (cit. en Norberto, G. 1997) llevó a cabo un estudio donde aplicó un entrenamiento en habilidades sociales en personas con depresión. Los resultados de su estudio indicaron que hubo una baja significativa de depresión y una mejora en habilidades sociales durante el tratamiento.

En el estudio llevado a cabo por Taylor y Marshall 1977 (cit. en Norberto, G. 1997) se utilizaron tres tratamientos: un cognitivo, un conductual y un cognitivo-conductual, así mismo, también se manejó un grupo control. Los resultados sobre las medidas de depresión y autoestima indicaron que el tratamiento combinado (cognitivo-conductual) fue superior a las condiciones por aislado.

Por otro lado, Maish 1972 (cit. en Norberto, G. 1997) compara en su estudio con personas deprimidas, dos condiciones: 1) entrenamiento en asertividad y entrenamiento en relajación; 2) entrenamiento en relajación y contacto con el terapeuta. En los resultados se observó que el entrenamiento en asertividad junto con el tratamiento de relajación fue superior a la otra condición y más aún, durante el seguimiento (después de seis meses) los sujetos de la primera condición no necesitaron tratamiento subsecuente.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

1.2.1 Modelo psicoanalítico.

Existen diferentes teorías en este campo, pero para los objetivos de este trabajo, expondremos sólo una, la desarrollada por Bleichmar, H. (1988).

El citado autor nos señala que, el elemento que unifica y causa a las diferentes depresiones es la irrealizabilidad del deseo, esto es, en todas las clases de depresión el sujeto siente como inalcanzable algo deseado, anhelado por él. Así, por ejemplo, el deseo podrá ser recuperar a un ser querido, alcanzar cierta posición social, ser amado, etc. Así mismo, el sujeto siente que ha perdido algo, por lo que Freud definió a la depresión como la reacción a la pérdida de objeto. Cabe mencionar que para que tal pérdida tenga el efecto de ocasionar depresión el objeto debe ser significativo para el sujeto, por ejemplo, la madre para el bebé.

Irrealizabilidad del deseo y pérdida de objeto, son los puntos esenciales que desencadenan la depresión sin embargo, esto está en función de la estructura de personalidad del sujeto. Para comprender mejor esto, se hace necesario aclarar cómo se constituye el objeto libidinal, qué relación guarda con el deseo, qué debe entenderse por pérdida de objeto, y principalmente, cuál es la razón por la cual la pérdida produce depresión. A continuación expondremos una serie de tesis que dan cuanta de todo esto.

Constitución del objeto libidinal. El primer objeto que produce una sensación placentera en el lactante es el pecho. Para describir este encuentro del lactante con el pecho, Freud (cit. en Bleichmar, H. 1988) propone el concepto de "experiencia de satisfacción", el cual sugiere lo siguiente: 1) cuando el recién nacido experimenta una necesidad biológica, por ejemplo, hambre, ésta es interpretada por él como placer que a su vez provoca un incremento de tensión al que Freud llamó "tensión de necesidad"; 2) gracias a la presencia de un objeto externo adecuado —por ejemplo, el pecho que proporciona el alimento— la necesidad del lactante se satisface, quedando al mismo tiempo esta experiencia inscrita en su psiquismo como "experiencia de satisfacción"; 3) a partir de este momento, cada vez que el lactante experimente la "tensión de necesidad" emergerá

a su vez la huella mnésica de la "experiencia de satisfacción" que surge como la representación compleja hacia la cual tiende el deseo. Tenemos así, que en un primer momento existe una tensión biológica, pero después de que queda registrada la "experiencia de satisfacción" aquella queda vinculada a ésta que será evocada cada vez que surja dicha tensión. Esta evocación de la "experiencia de satisfacción" es lo que Freud llamó deseo, el cual implica un movimiento que va del displacer al placer.

Asimismo, el recuerdo mismo de la "experiencia de satisfacción" será capaz de producir un estado de tensión como tendencia a la misma. Así, por ejemplo, un adulto que viendo su platillo favorito desea ingerirlo no funciona de acuerdo al modelo: primero "tensión de necesidad", luego "experiencia de satisfacción"; sino que por el contrario, la visualización del platillo, al evocar la "experiencia de satisfacción" crea la tensión del deseo, por ello se puede decir que "la experiencia de satisfacción" se convierte en un antecedente que despierta al deseo. Con relación a esto, se dice que el lactante obtiene un goce erógeno (que consiste en la estimulación de la zona bucal, de los labios, de la lengua, de las mejillas) porque una vez satisfecha su hambre sigue succionando el pezón de la madre, así, es común observar a lactantes derramar la leche que succionan sin que por ello dejen de mamar, en este caso el lactante desea el placer del rítmico accionar de su boca y no el alimento. Como se puede ver, el deseo va más allá de una necesidad orgánica, pues ésta se satisface una vez alcanzado determinado equilibrio bioquímico, sin embargo, el deseo puede adquirir el carácter de insaciable.

Centrándonos nuevamente en la "experiencia de satisfacción" del lactante, cabe mencionar que cuando éste se alimenta del pecho materno, es a la vez mirado y tocado por la madre, ésta le da calor. Estos elementos adicionales forman parte constitutiva de la "experiencia de satisfacción" y del deseo que con ella se constituye. La madre se convierte así en un objeto erógeno, ya que es capaz de proporcionar experiencias placenteras equivalentes a las que produjo el pecho en un primer momento. El rostro materno será ahora el recuerdo de la "experiencia de satisfacción" hacia la cual tenderá el lactante, de manera que el deseo de este ya no será un objeto concreto sino el amor de la persona que para él es significativa. Es por ello que se dice que su deseo será el de ser deseado por el

otro, como ejemplo de esto tenemos el de un bebé repitiendo gozosamente determinados gestos que resultan graciosos para otro, lo cual supone que una respuesta favorable de la figura significativa puede construir como placentero un determinado movimiento. Este tipo de fenómenos arriban en la conclusión siguiente: el deseo es deseo de otro. Se desea aquello que es deseado por el otro, algo se convierte en deseable y su logro produce júbilo por la identificación que se tiene con la persona que constituye un objeto libidinal, asimismo, no sólo se desea una cosa concreta sino que también se desea ser objeto del deseo de otro, es decir, ser deseado por ese otro, por lo tanto, el bebé desea obtener el reconocimiento, el amor y la aprobación del otro.

Ahora bien, de acuerdo con el citado autor, cuando los deseos de la persona significativa se convierten en ideales que el sujeto aspira a satisfacer, se dice que aquella pasa a formar parte de éste en calidad de superyó, de manera que si el sujeto no cumple con los ideales de su personaje significativo corre el riesgo de perder su amor.

Pérdida de objeto. Spitz 1969 (cit. en Bleichmar, H. 1988) estudió a bebés de 6 a 12 meses de edad cuando se los separaba de sus madres con las que previamente habían tenido una buena relación y observó que aquellos desarrollaron una serie de alteraciones. Inmediatamente después de la separación, se convertían en bebés llorosos e hiperactivos (sacuden su cuna, se arrojan para todos lados y buscan ansiosamente en dirección a cualquier ruido que pudiera ser la madre perdida) lo que contrastaba con su conducta anterior (feliz). Después de un tiempo se mostraban retraídos, con inhibición motriz, solían yacer postrados en sus camas, sin tomar parte activa del medio que les rodeaba, cuando un observador se acercaba a ellos parecían ignorarlo. Durante la conducta de retraimiento—que duraba dos o tres meses—los bebés perdían peso, padecían de insomnio, mostraban un retraso en el crecimiento y una propensión a las enfermedades infecciosas. Después de esta etapa, continuaba otra que se caracterizaba por rigidez en la expresión facial. Spitz señaló que todos los bebés que mostraban este cuadro tenían una experiencia en común: entre el sexto y el octavo mes se los había separado de sus madres y resaltó que la sintomatología de estos bebés era similar a la de los adultos deprimidos. Ante esto, Bleichmar menciona que al parecer los bebés pasan por dos etapas. En un primer momento, cuando lloran y se

muestran hiperactivos se ponen en acción los mecanismos tendientes a reencontrar al objeto perdido entre ellos el llanto que no es solamente la expresión de un estado afectivo doloroso sino que constituye un llamado, un mensaje dentro de una estructura subjetiva (la depresión agitada corresponde a este primer momento de la pérdida), pero si esto no da resultado, se pasa a la segunda etapa en donde se pierde entonces la esperanza de recuperar al objeto perdido, desaparece la motivación que daba lugar al llanto y a la hiperactividad enfocados a encontrar al objeto. La falta de motivación se manifiesta por medio de la inhibición psicomotriz. El autor destaca además que la inhibición de la depresión es el resultado de tres caracteres: 1) se mantiene un deseo; 2) el deseo se visualiza como irrealizable; 3) existe una fijación a ese deseo, esto es, resulta imposible pasar a otro.

Tenemos entonces que en la depresión el sujeto representa su deseo como irrealizable convirtiéndose éste en un ideal, en el sentido de meta a alcanzar. Ahora bien, según Bleichmar, dependiendo del tipo de ideal que tenga el sujeto se podrán caracterizar las diferentes clases de depresión.

A continuación, expondremos las diferentes categorías de depresión que presenta este autor.

Depresión narcisista. Todo sujeto puede ubicarse en una escala de valores respecto a sus atributos, por ejemplo, inteligente, guapo, alto, etc. pero ello no significa necesariamente que su personalidad sea de tipo narcisista. Para caracterizar a esta personalidad se ha tomado como esencial lo siguiente: los sujetos interpretan todo lo que les acontece en función de cuánto valen, alcanzan o no la identificación con su yo ideal, caen o no en la identificación con el negativo del yo ideal. Se observa en ellos una constante preocupación por la valoración de su autoestima. De igual manera como el fóbico interpreta todo en función de la peligrosidad, el narcisista lo hace en función del valor que tiene: es o no perfecto.

Dijimos ya que la pérdida de un objeto libidinal podía dar origen a la depresión, pero en la depresión narcisista, este objeto fue elegido de acuerdo con el tipo de elección

narcisista. Según Freud en dicha elección "...se elige al objeto conforme a cómo es el sujeto, a cómo fue el sujeto, a cómo el sujeto quisiera ser, o a alguien que alguna vez fue una parte del sujeto, el hijo para la madre, por ejemplo." (Freud 1914 cit. en Bleichmar, H. 1988. La depresión: un estudio psicoanalítico. pp. 39).

La elección narcisista no solo implica la elección que se realiza a imagen y semejanza del yo (del sujeto) sino también la elección que se realiza para elevar la autoestima, la vivencia de completud, de omnipotencia (cada una de ellas se da de manera separada), ejemplifiquemos ésta última: a un adolescente le parece que la relación que tiene con una chica es formidable, pero lo que según su descripción lo entusiasma es particularmente la vagina de la muchacha, la cual por ser estrecha, según las palabras del chico, le provocaba una sensación de placer, este recaía específicamente en que la estrechez de la vagina, permitía significar su pene como grande, poderoso. Así, el objeto es elegido narcisísticamente como satisfactorio, como aquel que mejoraba la autoestima del sujeto. En cualquiera de estos dos tipos de elección subyace el ideal del sujeto, pero éste ideal no surgió dentro él sino que es creado a partir del otro. En este punto, es importante que se mencione cómo se forma el yo.

El yo se constituye y se mantiene esencialmente por la identificación con la imagen del otro. "Del" quiere decir dos cosas, primero significa a imagen y semejanza de cómo el otro se presenta para el sujeto que experimenta la identificación, por ejemplo, la imagen del otro puede ser la imagen que ese otro tiene de sí mismo y que el sujeto acepta como tal. Segundo, "del" tiene el sentido de que el yo de un sujeto se constituye mediante la mirada del otro, es decir, el otro tiene una determinada imagen del sujeto al que identifica como tal cosa y el sujeto se identifica con esa imagen que el otro le proyecta, es por ello que se ha hablado de una falsa identidad, pues el yo representación no es el sujeto sino una especie de máscara, aunado a esto, la identidad no se sostiene por sí misma en la subjetividad del sujeto sino en la medida en que otro acepta tal identidad como verdadera, de manera que la presencia del otro no sólo es fundante sino que a su vez es esencial para el mantenimiento y las sucesivas transformaciones del yo representación.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

La construcción de la representación que el sujeto se hace de sí mismo --yo representación-- (recuérdese que esta construcción se hace a partir del otro) implica siempre elementos valorativos, por ejemplo, cuando alguien se ve como alto, gordo, flaco, etc. En estas categorías está incluido un determinado juicio de valor que varía de acuerdo a la cultura. Aquellos atributos que se ubican en el extremo de máxima valoración conforman un yo ideal. Pero ese yo ideal por lógica también implica la existencia de otro yo que no sea ideal, es decir, el negativo del yo ideal.

Debe resaltarse que la representación que el sujeto tiene de sí como bello, inteligente, etc. no consiste únicamente en colocarse en una escala de cualidades sino que al darse estas cualidades como existentes en personas concretas, el que posee los atributos de máxima valoración o perfección queda ubicado en el lugar de la preferencia con respecto a otros. "El narcisismo está de este modo estructurado en el seno mismo de la situación edípica, en donde la perfección queda connotada como triunfo frente al rival" (Bleichmar, H. 1988. La depresión: un estudio psicoanalítico. pp.47). Lo que subyace a esto es que hay alguien además del sujeto que puede ser amado por el otro significativo, de manera que el poseer los valores de la perfección narcisista asegura que se siga estando en el lugar de privilegio, se asegura con ello ser amado. Así por ejemplo, una mujer que admira sus ojos frente a un espejo, en realidad está admirando la representación que ha tenido de ellos otro significativo, pues el otro el que hace de simples partes del cuerpo algo digno de ser admirado por hermoso.

Retomando lo anterior, se entiende por qué en la pérdida del objeto elegido narcisísticamente o en la pérdida del yo en tanto ideal se desencadena en colapso narcisista, el cual es la causa de la depresión. Pero, para que se produzca tal colapso es indispensable una condición: el sujeto tuvo que estar ubicado en algún momento en el ideal del yo, si nunca lo estuvo, entonces no se produce el colapso. Para ilustrar esto tomaremos el siguiente ejemplo: este ejemplo es tomado del reanálisis que hace Lacan (cit. en Bleichmar, H. 1988) del caso de Juanito en el seminario sobre "Las relaciones de objeto y las estructuras freudianas" Lacan plantea que el colapso narcisista de Juanito sobreviene a partir de que él tiene su primera erección. El colapso sucede porque --en el momento

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

cuando Juanito puede comparar su pene con el de los otros-- se da cuenta de que es más pequeño que el de los demás, pero no sólo con respecto a los demás sino con respecto de sí mismo, puesto que él estaba identificado con el falo, que era todo para la madre. Vemos con este ejemplo, que Juanito estuvo en un primer momento en el lugar del yo ideal pero al experimentar como lejano éste de su yo representación sufre el colapso narcisista.

Reacciones frente al colapso narcisista. El sujeto puede emplear diversos mecanismos de defensa para evitar caer en este colapso. Estos mecanismos se dividen en dos categorías: 1) los específicos del narcisismo, que son los del orden de las compensaciones, es decir, aquellas en que se adquiere un atributo positivo que permite identificar imaginariamente el sujeto con el yo ideal; y 2) los no específicos, esto es, aquellos mecanismos de defensa generales, por ejemplo, la negación, la represión, etc.

- 1) Específicos del narcisismo. Ante la "tensión narcisista" el sujeto busca una compensación en los logros, por ejemplo, premios, poder, status, etc. Mediante éstos logra identificarse con el yo ideal pero como dichos logros solo le dan una satisfacción momentánea, debe alcanzar nuevos triunfos constantemente. Las compensaciones pueden llevarse a cabo también mediante sustitutos simbólicos y mediante la fantasía, los sueños son buen ejemplo de ello.
- 2) Los no específicos. Estos son utilizados por el sujeto en caso de que los primeros no le hagan salir de su "tensión narcisista"

Ahora bien, en caso de que los dos tipos de defensas mencionadas fallen por algún motivo se produce entonces el colapso que da origen a la depresión narcisista.

Depresión culposa. El sentimiento de culpa es un estado doloroso que se experimenta en la depresión culposa siendo el punto central de esta. Un sujeto puede sentirse culpable sin haber agredido nunca, para que esto nos quede más claro se hace conveniente entender cómo es que se constituye el sentimiento de culpa.

Hemos dicho que el yo representación de sí mismo se constituye a partir del otro. En caso de que la persona significativa mire al niño como malo, ya se lo diga explícita o implícitamente, él se representará a sí mismo como malo independientemente de su comportamiento o sus fantasías. Así mismo, la imagen de sí como la de alguien malo puede originarse en la identificación con figuras culposas, por lo que el niño que se identifique con la imagen de su adulto significativo que tenga a su vez como imagen de sí la de ser malo y se sienta culpable constantemente, podrá tomar como propia la imagen que le pertenece a aquél.

Si describiéramos la estructura del sentimiento de culpa en diferentes proposiciones, estas dirían así: "porque agredí siento que el otro está dañado y porque soy responsable debo reparar el daño", "si hay agresión, luego hay culpa" "porque agredí soy culpable" o bien "porque soy culpable, deduzco que he agredido". Ilustraremos esta lógica con un ejemplo. Cuando un adulto significativo le dice a un niño: "eres malo porque mataste a un pajarito" no solo le está codificando que matar al pajarito es malo, no sólo le está induciendo con ello un sentimiento de culpa, sino que al decirle "eres malo" le ha creado una identidad que va más allá de un hecho en particular, y como prueba de esa identidad está el haber matado al pajarito. La imagen de malo es por tanto totalizante, previa. Una vez construida la representación de que se ha dañado, el Superyó del sujeto se convierte en el representante de ese personaje punitivo.

Pero, ¿por qué el sujeto acepta esa imagen que le viene de otro? según Bleichmar, eso se debe a que el niño tiene el deseo genérico de ser el objeto de deseo del otro significativo, de manera que los deseos del adulto pasan a ser los deseos del niño. Este hecho ilustra el papel que desempeña la identificación especular (quedar capturado en la imagen del otro) en la génesis de los sentimientos de culpa.

En conclusión tenemos que el sentimiento de culpa se da cuando se cumplen las siguientes condiciones: 1) el sujeto se representa a sí mismo como infractor de una norma que prohíba dañar; y 2) ésta norma es aceptada por el sujeto como legítima y forma parte de su ideal del yo, ideal que incluye la no agresión y bienestar del objeto.

Depresión por pérdida simple de objeto. Este tipo de depresión lo observamos cuando alguien pierde a un ser querido, solo que en este caso, el sujeto que vive el duelo, no experimenta ni sentimiento de culpa ni colapso narcisista, esto es, se trata de un duelo normal.

1.2.2 Tratamiento.

En términos generales, la meta del tratamiento psicoanalítico es ayudar al paciente a pensar y conducirse en forma más adaptativa por medio de una mayor comprensión de sí mismo. Una vez que el paciente tenga conscientes sus conflictos, el terapeuta a de promover la comprensión de las defensas que mantuvieron ocultas esos conflictos por tanto tiempo con el fin de que el paciente reconozca cuán extendidos han estado sus problemas y defensas, evitando así su constante retorno. (Nietzel y Bernstein 1982).

Según Bleichmar, el tratamiento debe contemplar la manera de modificar las estructuras de personalidad que se organizaron en forma de cuadros psicopatológicos, por lo que es esencial la elaboración de un plan terapéutico que incluya la especificidad de dichos cuadros, de modo que los objetivos del tratamiento guarden relación con la caracterización de la estructura psicopatológica.

No podemos tener un plan único, ya que este se tendrá que adaptar al tipo particular de depresión que presente el sujeto. Pongamos el caso de alguien que tiene depresión narcisista y que el eje central de esta sea una imagen desvalorizada de sí mismo. El análisis consistirá en un primer momento en hacer consciente esta imagen al sujeto en caso de ser inconsciente. Posteriormente, se averiguará cómo fue que se formó esa representación desvalorizada de sí, si es el resultado de una identificación con figuras desvalorizadas o la asunción de la identidad dada por figuras desvalorizadas, cuáles fueron los episodios que adquirieron la significación de ofensas narcisistas, por qué estos no pudieron ser superados, etc. (Bleichmar, II. 1988).

Como se puede ver, el análisis le da gran importancia a la historia del paciente, esto es, a la génesis de la estructura de su personalidad, ello con el fin de que el sujeto se percate de que ésta o la representación que tiene de sí no es absoluta, que puede tomar distancia de aquella, y no verla como algo que está ahí sin discusión, de manera innata, natural, sino verla como el resultado de ciertas condiciones que intervinieron en su producción, de modo que la creencia del paciente: "yo me siento inferior porque lo soy en realidad" quede anulada o refutada. Con esto se pretende resignificar su experiencia. (Op. cit.)

Técnicas utilizadas. Una de las suposiciones de la teoría psicoanalítica es que los sentimientos y conflictos más importantes del paciente se encuentran inconscientes y se encuentran protegidos por ciertos mecanismos de defensa. Es por ello que el analista debe emplear ciertas técnicas que le permitan acceder al material inconsciente del paciente (Nietzel y Bernstein 1982). Mencionaremos algunas de ellas:

Asociación libre. Consiste en pedir al paciente que se someta a una regla fundamental: decir todo lo que le viene a la mente sin corregir ni censurar. La idea es que al eliminar las restricciones de tipo lógico y la presión social, el material inconsciente saldrá a la superficie. (Op. cit)

Utilización de los sueños. Debido a que se consideran como la expresión de los deseos y de las fantasías que por lo general se esconden a la conciencia, los sueños desempeñan una función importante en el psicoanálisis, por lo que en una ocasión Freud llegó a llamar a los sueños "el camino real al inconsciente". Sin embargo, aunque las defensas del paciente están relativamente relajadas, no están totalmente ausentes, y de todas formas opera algún grado de distorsión y defensas. Por lo tanto, se considera que los sueños expresan los deseos inconscientes en una versión lo suficientemente disfrazada como para no traumar y despertar al paciente. Pero, dado que el material inconsciente se considera más cerca de la superficie en los sueños que en el estado de vigilia se les da gran importancia (Op. cit.)

Actos fallidos. El psicoanalista debe estar alerta hacia toda la conducta verbal del paciente, a sus relatos triviales y a los importantes, pues en ocasiones se llegan a dar accidentes del lenguaje, esto es, que se diga una palabra por otra, lo cual desde este modelo representa una manifestación del inconsciente (Op. cit.).

Los chistes. Freud notó que el humor generalmente contiene expresiones de hostilidad o agresión, ya sean abiertas u ocultas. A la transformación de estos sentimientos en humor se le llama trabajo de ingenio. Así, las bromas proporcionan un desahogo no peligroso de la rabia y la hostilidad, que de ser expresados directamente, podrían despertar un desagravio violento o sentimientos de culpa. Debido a que la broma atenúa cuando menos una parte del impulso agresivo, una cierta cantidad de energía psíquica se vuelve innecesaria y se libera en forma de risa. Es por ello que el analista debe analizar las bromas que hace su paciente o las que encuentra "chistosas" para así ayudarle a tener una mayor comprensión de sí mismo (Op. cit.).

1.2.3 Consideraciones acerca del tratamiento.

En la historia de un sujeto existen acontecimientos determinantes que van construyendo su personalidad de una manera y no de otra. Una vez construida ésta es un error concebir a la sintomatología como un cuerpo extraño o quiste incrustado y suponer que si lo removemos emergerá entonces la personalidad sana sin huella alguna del quiste. Pensar de esta forma es como afirmar que aquellos acontecimientos que estructuraron la personalidad del sujeto nunca existieron. Así, no se trata de quitar lo malo de la personalidad para que surja lo sano sino modificar la estructura de ésta.

"... lo que resulta posible es establecer nuevas significaciones. Esto es lo que posibilita la reconstrucción genética, pero no lo hace por la mera fuerza del recuerdo, sino que en el proceso de hacerlo se reorganiza el mundo conceptual, se resignifica la experiencia." (Bleichmar, H. 1988. La depresión: un estudio psicoanalítico. pp. 172)

Como podemos ver, la concepción de cura que tiene el psicoanálisis es muy particular, pues ve al síntoma como parte del paciente y al tratamiento como todo un proceso que requiere de una disección minuciosa de la personalidad y una lenta reconstrucción de ella, lo cual puede llevar mucho tiempo, de 2 a 15 años, con sesiones de 3 a 5 veces por semana (Nietzel y Bernstein 1982).

1.3.1 Modelo médico-psiquiátrico.

Como parte importante de la medicina, la bioquímica ha contribuido a la comprensión y al tratamiento de la depresión, por lo que a continuación revisaremos las hipótesis sugeridas por esa disciplina.

La bioquímica plantea por una parte que, existe una disminución en los niveles de diferentes neurotransmisores (noradrenalida, serotonina y dopamina) y por otra parte que, hay una perturbación en el metabolismo electrolítico.

Hipótesis serotoninérgica. De acuerdo con Guevara (1996), la disminución de serotonina y sus catabolitos en el líquido cefalorraquídeo de algunos suicidas, así como el efecto benéfico para la depresión mayor de la fluoxetina (fármaco que inhibe la recaptura neuronal de serotonina) sitúa a ésta hipótesis en un lugar importante.

Hipótesis noradrenérgica. Se dice que la depresión es causada por una inhibición en la transmisión nerviosa, es decir, un retraso en la transmisión de los impulsos nerviosos desde una fibra nerviosa a otra. Pero esto se aplica solamente al sistema nervioso simpático y su neurotransmisor, la noradrenalina. Algunos fármacos que resultan ser efectivos en el tratamiento de la depresión –como los inhibidores de la MAO y los tricíclicos – respaldan esta teoría, pues facilitan la transmisión nerviosa en el sistema nervioso simpático y permiten que haya una mayor cantidad de norepinefrina en estado libre (Davison y Neal 1983).

Hipótesis dopaminérgica. De acuerdo con Guevara (1996) cierto tipo de depresiones pueden explicarse por una disminución de las sustancias noradrenérgicas y dopaminérgicas que afectan principalmente a los circuitos de recompensa, de los cuales depende el procesamiento de gran parte de información con significación positiva para el sujeto. Por otro lado, este autor menciona que un aumento por arriba de lo normal en los niveles de dopamina se asocia con el síndrome maniaco y una disminución por debajo de lo normal del mismo neurotransmisor se relaciona con depresión.

Hipótesis electrolítica. Los electrolitos se descomponen y se desintegran en partículas cargadas de electricidad, las cuales se desplazan transportando así corriente eléctrica. Los electrolitos desempeñan un papel importante en el funcionamiento del sistema nervioso. Dos de los electrolitos más importantes son los cloruros de sodio y de potasio, a uno y otro lado de la membrana de una célula nerviosa se encuentran partículas con carga positiva de sodio y de potasio en diferentes concentraciones. Existe una mayor concentración de sodio por fuera de la neurona y una mayor concentración de potasio dentro de ella. Esta diferencia es importante en el mantenimiento de lo que se llama el potencial de reposo de la célula. Las alteraciones en la distribución del sodio y del potasio producen cambios en dicho potencial, lo cual afecta a su vez la excitabilidad de la neurona, es decir, el que sea o no rápidamente activada por el impulso transmitido por otra neurona (Davison y Neal 1983).

Varios investigadores descubrieron en pacientes deprimidos perturbaciones en la distribución del sodio y del potasio (Coppin 1967; Shaw 1966 cit. en Davison y Neal 1983). El efecto que produce una mayor concentración de sodio dentro de la neurona es el de disminuir su potencial de reposo, volviéndola excitable. Si esta neurona es hiperexcitable, transmitirá rápidamente el impulso en cuanto la alcance el neurotransmisor. Otros datos aparte de los que se disponen sobre los niveles intracelulares de sodio, indican que el sistema nervioso del depresivo es hiperexcitable, a pesar de que sus patrones de conducta podrían hacernos creer que es menos excitable que el de un individuo normal, por ejemplo, en los pacientes psicóticos deprimidos, las respuestas que producen los estímulos sensoriales en la corteza cerebral son de una mayor magnitud que en personas normales

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

(Ibidem). Como se puede ver, esta teoría parece aplicarse únicamente a los deprimidos psicóticos.

Ahora bien, si revisamos los manuales de psiquiatría, encontramos que la depresión no está definida como tal, pues, se dice que existen diferentes tipos de cuadros, por lo que se ha hecho una numerosa categorización para las diversas clases del padecimiento.

Así, tenemos que tales categorías pueden dividirse en dos: los trastornos depresivos unipolares y los bipolares.

Trastornos depresivos unipolares:

Depresión mayor. Síndrome depresivo grave que dura más de dos semanas y no es consecuencia de ninguna enfermedad orgánica ostensible. El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV) menciona que los criterios para el trastorno depresivo mayor son los siguientes:

Cinco o más de los síntomas siguientes se presentan en un periodo de al menos dos semanas y representan un cambio en el funcionamiento previo (Tabla tomada del DSM-IV. cit. en Guevara 1996).

- a) Disminución marcada en el interés o placer por casi todo
- b) Pérdida de peso sin dieta o ganancia de peso (cambio de más del 5% del peso corporal en un mes) o disminución o incremento de apetito casi todos los días.
- c) Insomnio o hipersomnia casi todos los días
- d) Agitación o retardo psicomotor casi todos los días
- e) Fatiga o pérdida de energía casi todos los días
- f) Sentimiento de inutilidad o culpa excesiva o inapropiada casi todos los días.
- g) Capacidad disminuida para concentrarse o indecisión casi todos los días

- h) Pensamientos de muerte recurrentes, ideación suicida recurrente sin un plan específico o un intento de suicidio o un plan específico para cometer suicidio
- i) Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o alteración en áreas sociales, ocupacionales o en otras áreas del funcionamiento

Distimia. Depresión crónica que dura al menos dos años. Los periodos intermitentes de ánimo normal raramente duran más de unas pocas semanas. Por lo menos deben hallarse presentes tres o más de los síntomas siguientes: disminución de la vitalidad o de la actividad, insomnio, pérdida de confianza en sí mismo o sentimientos de inferioridad, dificultad para concentrarse, llanto fácil, pérdida de interés o satisfacción por actividades sexuales u otras placenteras, sentimientos de desesperanza o desesperación, sentimientos de incapacidad para enfrentarse con las responsabilidades habituales de la vida diaria, pesimismo sobre el futuro o cavilaciones sobre el pasado, aislamiento social, menor locuacidad de lo habitual (Ayuso, J. y Carulla, L. 1992)

Depresión endógena. "Endógeno" significa originado dentro del cuerpo. En este tipo de depresión, no existen, en apariencia, motivos que desencadenen tal estado, es por ello que, se dice, viene de "adentro" (Davison y Neal 1983). Se caracteriza por sentimientos de culpa, abatimiento, fatiga, insomnio o hipersomnio, desinterés sexual, pérdida o aumento de apetito, y en algunos casos, pensamientos suicidas. Dado que este padecimiento se atribuye a una disfunción fisiológica, algunos planteamientos señalan que ciertas alteraciones genéticas, de nutrición o glandulares pueden originar la problemática (Pérez, A. 2002).

Depresión exógena. "Exógeno" significa fuera del cuerpo, por lo que en ésta depresión se dice que intervienen factores ambientales, esto es, los factores causales se encuentran fuera del paciente, tales como la pérdida de un familiar, de un empleo, etc. (Castilla, C. 1992).

Depresión primaria. Se considera depresión primaria la que se presenta en un sujeto sin antecedentes psiquiátricos y en ausencia de afección somática precediendo o

evolucionando paralelamente al síntoma depresivo. Todo trastorno que no corresponda a estas condiciones está denominado como depresión secundaria. (Op. cit.)

Depresión neurótica o Neurosis depresiva. Es importante mencionar lo que se entiende por neurósisis para comprender mejor a la neurósisis depresiva. De acuerdo con Castilla, C. (1992) lo que subyace a la neurósisis es la angustia, y la génesis de esa angustia proviene de la relación interpersonal sujeto-objeto, ya que en la consulta psiquiátrica, el sujeto se remite constantemente a otro, es decir, al objeto de dicha relación. Este hecho nos indica que el objeto se encuentra interiorizado en el sujeto (es imaginario), puesto que lo nombra aún en su ausencia, se puede decir entonces que el sujeto se angustia consigo mismo, dado que él es quien se angustia y al mismo tiempo el objeto que angustia, en este caso se trata de un conflicto del sujeto consigo mismo, es decir, de un sujeto neurótico. Ahora bien, en la neurosis depresiva, señala el autor, la depresión es un síntoma de la neurosis, es decir, del síndrome. La neurosis depresiva se presenta cuando un sujeto pierde un ser querido o vivencia algo estimado como fracaso por él. "La reacción depresiva neurótica aparece como consecuencia de una pérdida de objeto y las consecuencias que de ello se derivan para el self: si el objeto perdido es externo, el sujeto queda mutilado en una relación objetal preexistente; si el objeto externo no conseguido, lo que depara es una frustración, se trata de una crisis del self." (Introducción a la Psiquiatría. Castilla 1992. pp.103).

Asimismo, este autor nos sugiere que no es la pérdida del objeto únicamente lo que deprime al sujeto, sino la descalificación que él experimenta ante sí mismo por el abandono, lo cual, le crea una herida narcisista. Por lo tanto, el yo se desprecia porque ha sido despreciado. Menciona también que muchos conflictos de este tipo, como pueden ser los fracasos amorosos, llevan al sujeto a la adopción de una conducta de huida de cualquier otra relación (de la cual pudiera derivarse una nueva descalificación de sí mismo), además de que en la personalidad de este tipo de neuróticos queda una angustia persecutoria "así, oímos muchas veces a hombres decir que todas las mujeres son..., o a las mujeres decir que todos los hombres son..., lo que supone que cualquiera, hombre o mujer, podría ser objeto susceptible de provocarle la descalificación de su propia identidad" (Ibidem).

Depresión psicótica. Esta es más grave que la neurótica, la etiqueta de "psicosis" implica alteración del pensamiento, pérdida del sentido de la realidad y gravedad de la sintomatología, así como delirio y alucinaciones (Castilla, C. 1992).

Depresión fría. En este tipo de depresión, las personas se quejan de haber perdido sus sentimientos y su capacidad de sentir (Op.cit.). Por su parte, Bleichmar, H. (1988) dice que en esta depresión, alguien puede tener una perspectiva pesimista de futuro, considerar que su vida a sido un fracaso, que no vale nada como persona e incluso pensar en suicidarse y sin embargo, no sentir tristeza alguna.

Depresión puerperal. Es una depresión que se inicia en las seis semanas posteriores al parto, suele asociarse con cierto grado de angustia y de insomnio, así, como temores, aprensiones y suspicacias respecto del hijo y del padre de éste (Castilla, C. 1992).

Depresión enmascarada. Es una depresión que se manifiesta por dolores o molestias corporales de tipo "funcional", pero, en el fondo, no es sino una transición entre la angustia, la depresión y la somatización (Op. cit.).

Depresión agitada. Se trata de aquella forma de depresión cuyo síntoma esencial es ansiedad asociada con la excitación agitada. El ánimo triste sumado a una inquietud continua deviene en un penoso y sufriente estado de agitación ansiosa. Son frecuentes las ideas de culpa, ruina, los temores hipocondríacos y hay alta tendencia suicida (Op. cit.).

Depresión infantil. Las depresiones infantiles son, en su mayoría, depresiones enmascaradas, caracterizadas esencialmente por trastornos del comportamiento o por los equivalentes somáticos de la depresión. Los niños depresivos presentan los siguientes síntomas: ánimo disfórico, sentimiento de indignidad, quejas somáticas, fatiga, alteraciones del sueño, bajo rendimiento académico, aislamiento social, conducta agresiva. Cabe mencionar que el niño no habla espontáneamente de sus síntomas y generalmente muestra un semblante triste o inexpressivo, solloza por motivos sin importancia y habla con voz

monótona. El descenso en el rendimiento escolar resulta de la dificultad para mantener la atención y del entecimiento del pensamiento y la rememoración (Op. cit.).

Depresión en la tercera edad. Desde el punto de vista bioquímico, el mayor riesgo de sufrir estados depresivos se presenta en la tercera edad, esto debido a ciertos cambios que acompañan al envejecimiento como aumento de la actividad de la MAO y disminución de la noradrenalina en el tronco cerebral. Asimismo, constituye opinión unánime en la literatura especializada la consideración de la experiencia del duelo como determinante primordial de las depresiones seniles. Aunado a esto, se encuentran, en esta edad, situaciones psicosociales depresógenas como la jubilación, el rechazo familiar, el impacto psicológico de los trastornos somáticos invalidantes. Como resultado de todo esto, son frecuentes las manifestaciones angustiosas, que pueden ir desde la simple inquietud hasta la agitación y el desarrollo de una conducta hipocondriaca con preocupación y temor constante a padecer un problema físico grave. A pesar de que la depresión senil tiene sus particularidades, tienen una evolución similar a las depresiones que aparecen en otras épocas de la vida, por lo que se pueden tratar con las terapéuticas habituales obteniendo similares resultados (Op.cit.)

Trastornos depresivos bipolares:

Maniaco-depresión. Alternancia de episodios de depresión mayor con episodios de manía. Esta hace referencia a un estado de ánimo eufórico, en el cual, el paciente manifiesta una excesiva confianza en sí mismo aunque al mismo tiempo es fácilmente irritable y susceptible. Asimismo, el individuo habla acerca de planes grandiosos para el futuro y puede cambiar constantemente de tema, las llamadas fugas de ideas. Se observa en él también un aumento notable en la actividad motriz, al grado de que parte de ella parece ser inútil (Davison y Neal 1983).

Ciclotimia. Alternancia de numerosos episodios de hipomanía y de depresión leve que dura al menos dos años (Ayuso, J. y Carulla, L. 1992).

Diagnóstico. En este modelo se considera que para realizar un buen diagnóstico de los trastornos del estado de ánimo, se requiere de una historia clínica completa, de lo contrario se confunden los síntomas depresivos con los que ocasionan algunas infecciones virales, disfunciones hormonales (adrenales o tiroideas) o SIDA. También las enfermedades de Alzheimer y de Parkinson, la epilepsia, enfermedad vascular cerebral y los tumores, son padecimientos del sistema nervioso central y suelen cursar con síntomas depresivos (Guevara 1996).

Por otro lado, el diagnóstico ha de contemplar la anamnesis (conjunto de síntomas que han existido con anterioridad al periodo en que se examina al enfermo) y la exploración del paciente para identificar los síntomas depresivos. En la historia clínica se deberán buscar antecedentes de la enfermedad depresiva en familiares de primer grado, ya que los factores genéticos desempeñan un importante papel en el desarrollo de la depresión. La evidencia incluye el hecho de que los familiares de sujetos con depresión unipolar tienen una mayor incidencia de depresión que la población general: del 10 al 20% de los familiares de primer grado están afectados. También los gemelos monocigóticos tienen una tasa de concordancia para la depresión del 65 al 75%, mientras que los dicigóticos tienen sólo entre el 5 y el 19%, es decir, si un gemelo sufre de depresión, es mucho más probable que el otro gemelo la sufra también (Castilla, C. 1992)

Aunado a lo anterior, debe tomarse en cuenta que algunos medicamentos de uso común pueden producir síntomas depresivos, tales fármacos son: reserpina, metildopa, tiazidas, espirinolactona, clonidina, anticonceptivos orales, esteroides, cimetidina, ranitidina, barbitúricos, bloqueadores beta, metoclopramida, cocaína, anfetaminas.

1.3.2 Tratamiento.

Desde este enfoque, el tratamiento para la depresión es principalmente farmacológico, aunque no se deja de lado el apoyo psicológico, pues "facilita el apego del paciente y mejora y optimiza los mecanismos de afrontamiento del individuo ante la

enfermedad" (Guevara 1996). Por su parte, Castilla, C. (1992) mencionan que la psicoterapia resulta ser útil solo para depresiones leves.

Desde comienzos del siglo pasado, se dispone de medicamentos que producen cambios en el estado de ánimo. Estos son clasificados como psicotrópicos y se dividen en cuatro tipos (Chetley, A. 1995).

- Hipnóticos. Estos son utilizados en casos de insomnio
- Ansiolíticos o tranquilizantes. Se usan para tratar la ansiedad
- Antidepresivos. Se usan para combatir la depresión
- Antisicóticos. Se utilizan para los casos de psicosis severas.

Dentro de la categoría de los antidepresivos tenemos a los tricíclicos, tetracíclicos, los inhibidores de la monooxidasa (IMAO) y a los inhibidores de la recaptura de serotonina. Sin embargo, encontramos que en manuales médicos como el de Rodríguez, R. (1995) y Guevara (1996) el alprazolam, perteneciente al grupo de las benzodiazepinas, es incluido en esta categoría, aún cuando no actúa directamente sobre los neurotransmisores y su prescripción generalmente es como tranquilizante o ansiolítico

Algunos ejemplos de antidepresivos, según Rodríguez, R. (1995), son los siguientes:

Tricíclicos:

Amitriptilina. Este fármaco es indicado particularmente para el tratamiento de la depresión agitada, así como depresión con insomnio.

Reacciones adversas. Frecuentes: estreñimiento, retención urinaria, resequedad de boca, visión borrosa, somnolencia, sedación, debilidad, cefalea, hipotensión ortostática, aumento de peso.

Poco frecuentes: pulso lento o irregular, dolor ocular, temblor, nerviosismo, alucinaciones, diarrea, vómito, sudación excesiva, aumento de sensibilidad a la luz, disminución de la potencia sexual

Amoxapina. Este es indicado para la depresión endógena, especialmente cuando está acompañada de ansiedad o agitación.

Reacciones adversas. Frecuentes: Somnolencia, resequedad de boca, estreñimiento, visión borrosa.

Poco frecuente: Angustia, insomnio, inquietud, nerviosismo, temblores, confusión, excitación, ataxia, pesadillas, desvanecimientos, retención urinaria e hipertensión.

Imipramina. Esta se recomienda en la depresión endógena, en caso de ataques de pánico. También hace que disminuya el número de despertares nocturnos, aumenta la fase de sueño sin movimientos oculares rápidos. En el paciente deprimido provoca mejoría en el estado de ánimo, desinhibición psíquica, intelectual y motora

Está Contraindicado en casos de hipersensibilidad a la imipramina, durante el periodo de recuperación de infarto de miocardio, durante la administración de inhibidores de la MAO, hipertrofia prostática, glaucoma de ángulo cerrado, alcoholismo, asma, depresión bipolar, enfermedades cardiovasculares disfunción hepática o renal, esquizofrenia, y epilepsia.

Reacciones adversas. Frecuentes: náuseas, mal sabor de boca, resequedad de boca, cefalea, mareo, somnolencia, cansancio o debilidad, aumento de peso, hipotensión ortostática.

Poco frecuentes: efectos anticolinérgicos como visión borrosa, confusión, delirio o alucinaciones, retención urinaria, estreñimiento, dolor ocular, nerviosismo, inquietud, temblor en dedos, cabeza y lengua, periodo de hipomanía, y excitación maniaca, en particular en pacientes de edad avanzada.

Tetracíclicos.

Maprotilina. Se sugiere en la depresión endógena, agitada, enmascarada, y neurótica. Contraindicado en pacientes hipersensibles a la maprotilina, con antecedentes de trastornos convulsivos, durante la fase aguda del infarto del miocardio, en casos de glaucoma de ángulo cerrado, de aumento de la presión intraocular, de retención urinaria y durante todo el embarazo.

Reacciones adversas. Frecuentes: nerviosismo, ansiedad, agitación, insomnio, somnolencia, mareo, temblor, debilidad, fatiga, cefalea, náusea, resequead de boca, estreñimiento, visión borrosa.

Inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAO):

Isocarboxasida. Indicado para el tratamiento de la depresión psíquica que no responde a antidepresivos tricíclicos, es particularmente útil en las depresiones neuróticas.

Contraindicado en caso de hipersensibilidad a los inhibidores de la MAO, insuficiencia hepática, renal o cardíaca, epilepsia, feocromocitoma, enfermedades cerebros vasculares, en personas menores de 16 años, y durante el embarazo

Reacciones adversas. Frecuentes: hipotensión ortostática, signos de estimulación del sistema nervioso central, intranquilidad, agitación, temblor, insomnio, somnolencia, debilidad, cefalea, visión borrosa, dificultad para orinar, aumento de la sudación, aumento del apetito y del peso corporal.

Poco frecuentes: diarrea, anorexia, estreñimiento, resequead de boca, edema periférico, palpitaciones.

Inhibidores de la recaptura de la serotonina:

Fluoxetina. Sugerido en el tratamiento de los trastornos depresivos mayores, y de las alteraciones obsesivo-compulsivo.

Contraindicada en casos de hipersensibilidad a la fluoxetina, disfunción hepática o renal graves, antecedentes de trastornos convulsivos, tratamiento con inhibidores de la MAO, durante el embarazo y la lactancia.

Reacciones adversas. Secreción inapropiada de la hormona diurética enfermedad del suero, disfunción sexual, pérdida de la audición, episodios maníacos, tartamudeo, tics, e intensos sentimientos suicidas.

Benzodiazepinas:

Alprazolam. Indicado en cuadros de ansiedad y ataques de pánico. Es útil cuando el paciente presenta simultáneamente angustia y depresión. Según Rodríguez, R. (1995) Se trata de la primera benzodiazepina con efecto antidepressivo, aunque probablemente no sea tan eficaz como los antidepressivos clásicos en la depresión mayor, pero en cuadros más leves de depresión es de utilidad.

Este fármaco tiene la posibilidad de generar dependencia. Asimismo, puede desencadenar cuadros de manía. En caso de supresión brusca puede producir, agitación, ansiedad e insomnio (Castilla, C. 1992).

La prescripción de psicotrpicos va acompañada de precauciones para el paciente. Estas, generalmente, son que evite manejar maquinaria peligrosa y vehículos, ya que los fármacos producen sedación. Tampoco deberá ingerir alcohol u otros depresores del sistema nervioso central y no se recomienda su uso en el primer trimestre del embarazo (Rodríguez, R., 1995).

Sin embargo, hay evidencias que nos señalan que la prescripción de psicotrpicos no siempre se realiza con la precaución y control debidos. La organización británica

TRANX (cit. en Chetley, A. 1995) que proporciona ayuda a personas adictas a los tranquilizantes, dio a conocer una lista de las razones por las que estos individuos ingerían los fármacos:

Aflicción

Problemas emocionales

Cuidado de una esposa enferma

Accidente del esposo

Socialización

Después de la gripe

Sequedad en los ojos

Histerectomía

Problemas de alcohol

Abuso sexual

Problemas del estómago

Arreglárselas con:

-un bebé llorón

-un bebé discapacitado

-una madre exigente

Cambio de turno en el trabajo

Bancarrota

Temor a morir

Falta de confianza

Timidez

Nerviosismo por una entrevista

Aislamiento

Esposo violento

Cambio de trabajo

Mala cocinera

Examen de manejo

Muerte del gato

Enfermedad mortal

Mareo

Asma

Cistitis

Infertilidad

Menopausia

Una mala caída

Pérdida de audición

Encarcelamiento

Como vemos, algunos de estos motivos, no necesariamente son sujetos de fármacos, sin embargo, el índice de consumo, al parecer, va en ascenso. Chetley menciona que esto se debe a una fuerte campaña publicitaria que ha emprendido la industria farmacéutica para "aliviar" cualquier mal del hombre contemporáneo, creando así una "medicalización" de la vida que, a fin de cuentas, beneficia más a tal industria que a los usuarios.

1.3.3 Resultados del tratamiento.

De acuerdo con Castilla, C. (1992), aproximadamente el 80% de los pacientes con depresión puede ser tratado con éxito con un antidepresivo.

Sin embargo, podemos ver que estos medicamentos tienen el poder de desencadenar reacciones secundarias adversas. Según Chetley, A. (1995) todos los psicotrópicos conllevan tal riesgo y en muchos casos generan dependencia fisiológica o psicológica. Efectos particulares implican las benzodiazepinas, las cuales, se dice, pueden causar daño psicológico y cerebral. El alprazolam, por ejemplo, puede provocar "un cambio fundamental en la homeostasis del cerebro". Estas opiniones guardan coherencia con las de dos profesores de psiquiatría: "las benzodiazepinas no curan ningún trastorno de ansiedad, ellas suprimen los síntomas que pueden volver cuando se deja el medicamento", "ha llegado el momento de establecer claramente que no hay razón para usar estos

medicamentos en el tratamiento de la ansiedad” Gavin Andrews y Samuel Cohen, respectivamente (Medicamentos Problema. Chelley, A. 1988. pp. 392).

En cuanto a las reacciones adversas graves, generados por los inhibidores de la monoaminoxidasa, se pueden citar los siguientes: inhibición de la eyaculación y orina, dolores de cabeza, visión borrosa. Esta clase de fármacos, al interactuar con ciertos alimentos, produce una elevación en la presión arterial, por lo que debe seguirse una dieta especial.

Por otro lado, Guevara (1996) nos menciona que la probabilidad de recuperación disminuye cuando los pacientes presentan ideación suicida recurrente durante crisis sucesivas, o en los casos en que se presentan síntomas psicóticos.

Cabe mencionar que las personas que más frecuentemente consumen psicotrópicos son mujeres. En Europa y América del norte, estas reciben prescripciones de tales fármacos dos veces más que los hombres. Asimismo, las imágenes utilizadas para la promoción de aquellos presentan mayormente a mujeres. Esto contribuye a que los médicos perciban la queja física de la mujer como inherentemente psicológica, recetándoles así, medicamentos que actúan directamente en el estado de ánimo. Esta es una cuestión de mayor envergadura que merece un punto aparte. Por ello y por el hecho de que las mujeres son quienes más reportan los estados depresivos, en el siguiente capítulo abordaremos la problemática sociocultural de la mujer, a la cual apuntan los estudios de género para su comprensión.

CAPÍTULO II

UNA PERSPECTIVA DE GÉNERO

CAPÍTULO II

UNA PERSPECTIVA DE GÉNERO

En el capítulo anterior expusimos algunos modelos de depresión, resultando esto de gran utilidad para advertir tanto sus manifestaciones como sus causas. Sin embargo, en tales visiones no se consideran los aspectos del género implicados en la problemática, como por ejemplo, el hecho de que sean las mujeres las personas que más reportan los estados depresivos. Es por ello que dedicaremos el presente capítulo a la indagación teórica sobre el tema, desde una perspectiva de género.

2.1 Definición de género.

Comencemos por aclarar qué se entiende por género. De acuerdo con Scott 1986 (cit. en Lamas, M. 1996) "el género es un elemento constitutivo de las relaciones sociales basadas en las diferencias que distinguen los sexos, y el género es una forma primaria de las relaciones significantes de poder." Asimismo, menciona los elementos que distinguen al género:

1. Los símbolos y los mitos culturalmente disponibles que evocan representaciones múltiples.
2. Los conceptos normativos que manifiestan las interpretaciones de los significados de los símbolos. Estos conceptos se expresan en doctrinas religiosas, educativas, científicas, legales y políticas que afirman categóricamente y unívocamente el significado de varón y mujer, masculino y femenino.
3. Las instituciones y organizaciones sociales de las relaciones de género: el sistema de parentesco, la familia, el mercado de trabajo segregado por sexos, las instituciones educativas, la política.
4. La identidad." (Usos, dificultades y posibilidades de la categoría de género. pp.330, 331.)

Para Lamas, M. (1996) lo que define al género es "la acción simbólica colectiva" y sugiere que "mediante el proceso de construcción del orden simbólico en una sociedad se fabrican las ideas de lo que deben ser los hombres y las mujeres" (Ibidem. 340).

Cucchiari, S. (1996) por su parte dice que "el género como sistema simbólico, consta de dos categorías complementarias, aunque mutuamente excluyentes, y dentro de ellas se ubica a todos los seres humanos...cuando se desarrolla más la idea de género advertimos que no se trata de una oposición equilibrada. Por todas partes, hasta donde tenemos noticia, las categorías de género se encuentran posicionadas jerárquicamente de tal suerte que los valores masculinos preponderan sobre los femeninos" (La revolución de género y la transición de la horda bisexual a la banda patrilocal: los orígenes de la jerarquía de género. pp. 184, 185). En relación con esto, la antropología comenta que el rol y el significado asignado a los hombres y a las mujeres varía de cultura a cultura pero lo que se mantiene constante es la concepción de lo masculino como diferente a lo femenino.

El género también implica, según Stoller (cit. en Lamas, M. 1996), tres aspectos básicos relacionados entre sí: a) la asignación de género; b) la identidad de género; y c) el rol de género.

- a) Asignación de género. Esta se lleva a cabo al momento en que nace el individuo, con base en la experiencia externa de sus genitales.
- b) Identidad de género. Esta se establece, aproximadamente, a la misma edad en que el sujeto adquiere el lenguaje -entre los dos y tres años-- precediendo al conocimiento de la diferencia anatómica entre los sexos. El asumir determinados sentimientos, actitudes, pensamientos, juegos, etc. obedece a la adopción de una identidad, (de niño o de niña) con la cual el individuo estructura todas sus experiencias. así por ejemplo, es común observar a niños rechazar algún juego o juguete porque pertenece al género contrario. Una vez asumida la identidad de género, es muy difícil cambiarla.
- c) Rol de género. Este se constituye de las normas sociales y culturales sobre el comportamiento femenino o masculino. A pesar de que en cada cultura se pueden observar diferencias, es común encontrar a las mujeres enfocarse al cuidado de los hijos

y a lo doméstico, mientras que los hombres se centran en los asuntos públicos. (La antropología feminista y la categoría género. pp. 113, 114).

García, V. y Sharfman, G. (1993), por su parte nos menciona que comúnmente a la mujer se le considera tímida, pasiva, débil, dependiente, casera, maternal, dócil, etc. Al hombre en cambio se le concibe como fuerte, valiente, inteligente, independiente, con habilidades para el mando y manejo del gobierno. Nótese en estos atributos, la asimetría de la que nos habla Cucchiari (1996) pues aquellos son opuestos y complementarios entre sí.

Ahora bien, estas características de hombres y mujeres, sirven de base para la determinación del rol social que habrá de desempeñar cada uno de ellos. En estos roles sociales subyacen las actitudes, valores y expectativas que una sociedad dada concibe como femenino o masculino (Lamas, M. 1996).

Recapitulando lo expuesto, tenemos que la cultura le designa un rol social a cada individuo a partir de su sexo, esto es, con base en su anatomía, masculina o femenina. Los significados atribuidos a cada sexo forman parte de los discursos religiosos, políticos, educativos, que a su vez dictan el deber ser del sujeto. Observamos también que este deber ser, tanto de hombres como de mujeres, supone una dicotomía en donde las características asignadas a los primeros se anteponen y complementan a las segundas, formándose así, el género masculino y el género femenino.

Pero, ¿a qué obedece esta diferencia de los géneros? y ¿cuáles son sus antecedentes? Para abordar estas preguntas revisaremos los discursos filosóficos y religiosos en donde la diferencia sexual se estableció como una condición natural. Comenzaremos con los planteamientos de los filósofos.

2.2 Legitimación de la desigualdad jerárquica de los sexos.

Es interesante partir de la filosofía, pues esta para Hegel, (cit. en Amorós, C. 1994) "expresa en conceptos el nivel de autoconsciencia que la especie humana ha logrado respecto de sí misma". La filosofía surge como un rechazo a las explicaciones religiosas y mitológicas acerca del hombre y del mundo que lo rodea. Los pensadores antiguos sugerían que no se debía confiar en tales explicaciones --ya que provenían de la imaginación humana--, sino que se tenía que optar por la razón (Gaarder, J. 1999).

El discurso filosófico nace en el año 600 a. c., en aquella época, en la ciudad de Grecia, las colonias griegas de Italia y de Asia, los esclavos hacían todo el trabajo físico y los ciudadanos libres podían dedicar todo su tiempo a la política y a la vida cultural, de manera que cualquier individuo libre podía hacerse preguntas filosóficas. Los primeros filósofos se centraron en buscar explicaciones naturales a los procesos de la naturaleza, se preguntaban, por ejemplo, cómo era posible que el agua se convirtiera en peces y la tierra en árboles y flores. Pero a partir del año 450 a. c., Atenas se convirtió en el centro cultural del mundo griego y el interés de los filósofos comenzó a enfocarse en el hombre y en el lugar de este en la sociedad. Palabras como "política", "democracia", "economía" proceden de dicha ciudad y son producto del pensamiento filosófico de ese momento (Op cit.).

Revisemos ahora algunos argumentos de Platón y Aristóteles --filósofos destacados de aquel tiempo-- acerca cómo debe organizarse la sociedad y de los roles sociales que debía desempeñar cada sexo.

PLATON (427-347 a. c.). En el diálogo La República, Platón (cit en Gaarder, J. 1999) nos dice que el Estado debe ser dirigido por la razón --es por esto que propone a los filósofos como gobernantes-- y que éste debía de estar constituido igual que el cuerpo humano: cabeza, pecho y vientre. A cada una de estas partes le corresponde una habilidad del alma; a la cabeza le pertenece la razón, al pecho la voluntad y al vientre, el deseo. Pertenece, además a cada una de las tres habilidades del alma una virtud. Así, la razón debe aspirar a la sabiduría, la voluntad debe mostrar valor y al deseo hay que frenarlo para

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

que el ser humano muestre moderación. Entre estos atributos y el Estado, Platón establece la siguiente relación:

CUERPO	ALMA	VIRTUD	ESTADO
CABEZA	RAZON	SABIDURIA	GOBERNANTES
PECHO	VOLUNTAD	VALOR	SOLDADOS
VIENTRE	DESEO	MODERACION	PRODUCTORES

Figura 1. Relación entre el Estado y el cuerpo, según Platón.

Acercas de las mujeres pensaba que tienen exactamente la misma capacidad para razonar que los hombres --si reciben la misma enseñanza y son liberadas de cuidar a los niños y de las tareas domésticas-- por tal motivo, afirma que ellas bien podrían gobernar el estado. Antes de escribir el diálogo *Las Leyes*, sugiere suprimir la familia y la propiedad privada para los gobernantes y los soldados del Estado. Para él la educación de los niños era algo muy importante, por lo que responsabiliza al Estado de aquella, hablando en favor de un sistema público de guarderías y colegios. Estas propuestas no fueron aceptadas por la gente de esa época, lo cual, podría explicar que al escribir *Las Leyes*, se observe un viraje en su ideología, ya que en éste se muestra partidario de la propiedad privada y reduce la libertad de las mujeres al asignarles el cuidado de los hijos (Gaarder, J. 1999).

Por otra parte, en su obra *El Timeo*. (cit. en Tubert, S. 1991) Platón habla acerca de la creación de los seres humanos: "al comienzo, el demiurgo creó un único tipo de ser humano, luego, aquellos que habían sido cobardes y habían vivido inadecuadamente se transmutaron aparentemente en hembras, en ocasión de un segundo nacimiento." (Mujeres sin sombra. pp. 29) Esta visión de la mujer como ser imperfecto o incompleto, no es ajena a la ideología de la época, Aristóteles, por ejemplo, pensaba de manera similar.

ARISTOTELES (384-322 a. c.) Este filósofo se interesó por todas las ciencias y fue discípulo de Platón. Aristóteles decía que el hombre es un "animal político" y que sin la sociedad éste no era un ser verdadero. Pensaba también que había varias formas adecuadas de organizar el Estado. Una de ellas es la monarquía, que significa que sólo hay un jefe

superior en el Estado. Decía que para que esta manera de gobernar resulte eficaz, se tiene que evitar que evolucione hacia una tiranía, esto es, que el jefe gobierne para su propio beneficio. Otra forma de gobernar es la aristocracia, en la cual, hay un grupo mayor o menor de jefes de Estado. Esta forma debe de evitar convertirse en una oligarquía. La tercera forma de gobierno la llamó democracia, pero señaló que esta también tiene su desventaja, pues puede caer en una demagogia (Gaarder, J. 1999).

Respecto a la mujer, la visualizaba como un hombre incompleto y por lo tanto imperfecto. El hombre es de naturaleza caliente, lo cual lo hace un ser desarrollado, completo y perfecto, en contraste con la mujer, quien es fría. Esta idea proviene de su teoría del "calor" la cual enuncia lo siguiente: el semen se deriva de la sangre, y puesto que el hombre es caliente es capaz de cocerla a fin de transformarla en semen, el color blanco de este es la prueba de la acción del calor. La mujer en cambio no produce semen puesto que no es caliente, si lo fueran, su sangre menstrual la cocerían y sería un fluido blanco, semen (Tubert, S. 1991).

El filósofo también supone que el hombre contiene la *forma* de ser humano, así que él es el único responsable de la creación, ya que el cuerpo de la mujer funciona sólo como receptáculo, como *materia* para el desarrollo del niño "...el semen masculino impone la forma. Y la forma es superior a la materia: cuando el macho eyacula, lo que emite es el principio del alma; su contribución se relaciona con algo divino" (Tubert, S. 1991. Mujeres sin sombra. pp. 30). El nacimiento de una niña, se debe, según el pensador, a que en su desarrollo no se nutrió adecuadamente, lo cual evidencia una ineficiencia tanto del esperma como de la alimentación de la madre.

En la óptica aristotélica, lo femenino va a ser calificado como inferioridad natural. Tal visión impregnará su discurso político: "existen personas naturalmente gobernantes y personas naturalmente gobernadas, las mujeres, los esclavos y los niños conforman a esta última categoría". Al ciudadano, lo concebirá como a un hombre que participa en la administración de la justicia y en el mantenimiento de los servicios (Fernández, A. 1993).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Así, las relaciones hombre-mujer, padre-hijo, gobernante-gobernado, quedarán caracterizadas por una verticalidad en donde uno es superior al otro, dado que las relaciones para el filósofo deben guiarse por el criterio de justicia, el cual no se basa en la igualdad sino en los méritos respectivos, por lo que deben ofrecer más afecto y servicios quienes son inferiores (Op. cit.).

Tiempo después, en la Ilustración (siglo XVIII), la inclinación de la filosofía por la razón resurge con gran fuerza de tal forma que esta es considerada "como lo específicamente humano, lo que distingue al hombre de las bestias y en lo que todos los humanos comulgan haciendo posible la igualdad y la comunicación entre todos" (Molina, C. 1996. *Dialéctica feminista de la Ilustración*. pp. 29) En este sentido, la era de las luces se presenta como un proyecto de emancipación y de liberación tanto intelectual como moral fundamentado en la razón del hombre. Asimismo, este proyecto favorece el desarrollo de una teoría política, que promulga la libertad y la igualdad social: el Liberalismo.

En esta época, el filósofo ilustrado, nos dice Molina, C (1996) "...toma parte activa en la vida de su tiempo intentando formular los principios que deben regir la existencia social-civil del hombre" La política ilustrada va a contener la teoría del contractualismo como justificación única de la existencia de un Estado que pueda obligar al hombre libre.

A continuación revisaremos algunas ideas políticas de John Locke, Jean Jacques Rousseau, y John Stuart Mill, centrándonos en la distinción público-privado de la que parten para la asignación del rol social de la mujer y del hombre, con el fin de identificar las conceptualizaciones acerca de lo femenino y masculino.

John Locke (1632-1704). A este autor se le considera como el padre del Liberalismo, pues rompe con las teorías absolutistas del poder en su defensa por la autonomía del individuo y de su derecho a la propiedad privada. Sus ideas políticas están contenidas en su obra *Dos tratados sobre el gobierno civil*, 1698 (cit. en Molina, C. 1996).

El primero de dichos tratados es un cuestionamiento a las afirmaciones de Sir Robert Filmer acerca de la legitimidad del derecho divino de los reyes. Filmer, sostiene que el poder político es natural y absoluto fundamentado en el poder divino, "el príncipe a quien se debe llamar el padre de la nación, debe ser el más querido y venerado de los padres como establecido entre nosotros y enviado por Dios". (Dialéctica feminista de la Ilustración. pp. 40). Locke, rechaza esta justificación del poder político, pues la encuentra irracional, por lo que sugiere otra concepción de poder a partir de un sujeto racional y autónomo.

En el segundo tratado, Locke define las condiciones del poder político, de acuerdo con su definición de hombre como ser libre por naturaleza. Dicho poder debe estar basado en el consentimiento de los gobernados, esto es, el pueblo delega sus poderes en los gobernantes reservándose el derecho de revocarlos si estos no cumplen con la misión que se les ha encomendado. De esta manera la autoridad política y los tres poderes que ostenta—legislativo, ejecutivo y judicial— son ejercidos por unos representantes de la comunidad (Op cit.).

Así, tenemos que para este pensador ilustrado, todo poder es ilegítimo si no está basado en la delegación de los gobernados, pues en la sociedad contractual ningún individuo debe estar sometido a otro, por el contrario, argumenta que el hombre en sociedad es libre puesto que la ley actúa en su beneficio "la ley no es tanto coacción cuando dirección que se da a un agente libre e inteligente. No prescribe nada fuera de lo que concierne al Bien General". (Molina, C. 1996. Dialéctica feminista de la Ilustración. pp. 45). Asimismo, nos dice que "la finalidad máxima y principal que buscan los hombres al reunirse en Estados o comunidades, sometiéndose a un gobierno, es la de salvaguardar sus bienes" (Ibidem).

En cuanto a la familia, la considera como separada de lo público, es decir, conforma el mundo privado en donde la política pública no gobierna "la familia es la única sociedad natural, en el sentido en que ha sido instituida directamente por Dios" (Ibidem pp.47).

Con respecto a su noción de lo femenino y lo masculino dice que el padre es quien tiene la autoridad dentro del matrimonio, pues la mujer es débil e inhábil para tomar decisiones y "siendo necesario que el derecho de decidir en último término esté colocado en una sola persona, va a parar, naturalmente en el hombre, como más capaz y más fuerte." (Ibidem pp. 48) Así, la subordinación de la mujer respecto a su marido es natural, pues el génesis establece, dice Locke "la sujeción de las criaturas inferiores al hombre, y la obediencia que debe la mujer a su marido." (Ibidem).

Por último, cabe mencionar, que a Locke se le considera precursor de las sociedades democráticas occidentales, asimismo, La Constitución de los Estados Unidos, está basada en el Segundo Tratado, lo cual nos habla de la trascendencia que tuvo el pensamiento Lockeano.

Jean-Jacques Rousseau (1712-1778). Los escritos de Rousseau manifiestan su desacuerdo con el sistema social de su tiempo, argumentando que la política liberal, dista mucho de los principios de igualdad y libertad que persigue. Así, sostiene que la sociedad "no parece mostrar a primera vista más que la violencia de los poderosos y la opresión de los débiles." (Ibidem pp. 58).

Para este pensador, la sociedad legítima y no opresora existirá en el momento en que se reduzca la distancia entre el ciudadano y el poder, lo cual se logrará cuando este no sea ajeno a aquel, sino que se presente como el resultado de la voluntad general, esto es, como representante de la voluntad de cada uno de los individuos. Menciona que el exceso de necesidades, el trabajo para satisfacerlas y la propiedad para conservarlas conforman el origen de la desigualdad entre los hombres así como la causa de la pérdida de su libertad y felicidad "es el lujo de unas necesidades impuestas lo que obliga al hombre a unirse en sociedades y lo que corrompe definitivamente la virtud y la felicidad del hombre." (Ibidem pp.68)

Así, la sociedad civil surge cuando los individuos, incapaces de satisfacer estas necesidades creadas, se unen para su subsistencia, por lo que se hace necesario un pacto social para asegurar la convivencia pacífica. Sugiere que las cláusulas de dicho pacto van a consistir en que todos los individuos se abstengan de sus derechos como individuos para pasar a formar parte de un ente público, ya que como tal, cada ciudadano tiene más poder para conservar lo que tiene, pero para que el individuo halle su voluntad propia en la general se requiere de la virtud. A los gobernadores se les exigirá la virtud de la justicia y a los súbditos la virtud del amor patrio.

En el pensamiento de Rousseau, el Estado está desvinculado por completo de la familia, por lo que, las reglas de la sociedad civil (mundo público) no son iguales a las de la sociedad familiar (mundo privado). "...¿cómo podría el gobierno del Estado asemejarse al de la familia, siendo tan diferentes sus fundamentos respectivos? Por ser el padre físicamente más fuerte que sus hijos... el poder paterno parece, con razón, establecido por naturaleza." (Ibidem pp 76) Pero además, nos dice que, esa autoridad paternal no puede ser compartida con la madre, pues "es necesario que el gobierno sea único y que en caso de división de opiniones, haya una voz preponderante que decida." (Ibidem). La esposa y los hijos se sujetan a la autoridad del padre como un hecho "natural", pues éstos, por ser más débiles necesitan de la guía y protección de aquel.

Cuando el autor nos habla de la mujer parece hacerlo en dos direcciones, por una parte, se refiere al comportamiento que ha de procurar y por otra nos define su naturaleza. Para empezar, nos dice que ella no puede alcanzar la distinción de ciudadano sino de ciudadana, que difiere del primero, en que aquella debe tener siempre sentimientos naturales con vistas al bien particular, de los suyos, en la esfera privada, y nunca sentimientos del interés general que corresponden al ciudadano. "Una espartana tenía cinco hijos en el ejército y esperaba noticias de la batalla. Llega un ilota y ella le pregunta temblando. ¿vuestros cinco hijos han muerto?, vil esclavo, te pregunto yo eso El le responde: nosotros hemos alcanzado la victoria. La madre corre hacia el templo a dar gracias a los dioses. He aquí una ciudadana." (Ibidem pp 80) Pero, en el carácter

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

femenino, no solo se encuentra una subordinación natural, sino también un deseo de ser subyugada.

La visualización de la naturaleza femenina en este filósofo aparece como peligrosa, por lo que hay que mantenerla apartada de lo público. Según él, la mujer "cuenta con un especial poder en su debilidad, un poder de desencadenar al más virtuoso ciudadano: el poder del deseo". (Ibidem.pp.83). Es necesario entonces dominar a este por medio del matrimonio, el cual se convierte en el anhelo de toda mujer por ser el estado en el que puede alcanzar su mayor felicidad. Una vez casada, sus deberes son, por un lado, "agradar al marido y ser en todo, la que atienda sus intereses particulares" y por otro, ser fiel pero "no importa únicamente que sea fiel la mujer, sino que su marido la tenga por tal, sus parientes y todo el mundo." (Ibidem pp.84). La fidelidad, es para Rousseau una virtud fundamental.

El pensador se remite nuevamente a la peligrosidad de la naturaleza de la mujer en su crítica sobre el afeminamiento de la sociedad, en la que encontramos una descripción de aquella: "la mujer es por naturaleza parlachina, el hombre dice lo que sabe, la mujer lo que agrada, es también propio de su naturaleza la incapacidad de razonar convenientemente, la coquetería, la falsedad, y la superficialidad." (Ibidem pp.82). Así, su presencia en lo público se traduciría en una decadencia social, ya que el ciudadano podría contaminarse de sus modos afeminados. Pero no sólo el ciudadano corre ese riesgo sino también sus hijos varones por lo que es necesario evitar que la madre los eduque --tarea que corresponde al padre-- limitándose a la educación de sus hijas. "el deber de la madre no puede ir más allá de la crianza para luego separarla definitivamente de los hijos con el fin de evitar que por su influencia crezcan débiles, tímidos y serviciales." (Ibidem pp.85).

Finalmente, es importante señalar que Rousseau colocó a la antigua filosofía griega en un lugar preponderante, lo cual parece evidenciarse en su noción de lo femenino como inferior a lo masculino.

John Stuart Mill (1806-1873). Este filósofo distingue dos lugares en donde se suscitan las acciones y las experiencias de los individuos: la esfera social externa y la esfera social interna. La primera es aquella donde el individuo se ve afectado por la actividad de los otros y en donde puede surgir el conflicto de intereses. La segunda es donde el individuo lleva a cabo actividades y experimenta pensamientos, deseos, sentimientos que le competen solo a él o a otros, pero que cuenta con el consentimiento de estos otros. A esta esfera interna pertenece la familia, la cual no queda bajo la jurisdicción del gobierno, pues este se encuentra separado de la sociedad interna. Sin embargo, señala el autor, el poder público debería actuar contra "el casi despótico poder del marido hacia su mujer." (Molina, C. 1996).

Para la política liberal, la sociedad está conformada por un grupo de individuos que se unen en sociedad para defender mejor sus intereses particulares y derechos, esto es, desde el pensamiento ilustrado-liberal la sociedad no es considerada como masa, sino como una unión de individuos. La filosofía de Bentham --de la cual, Mill se nombra partidario en un primer momento-- sostiene que los intereses de cada individuo en una sociedad convergen con el interés general del pueblo donde la felicidad de cada uno repercute en la felicidad de todos. El sistema social de la época de Mill, le hace ver que dicho planteamiento benthamiano se aleja de la realidad, pues la felicidad de los poderosos no se reflejaba en los desposeídos, ni la infelicidad de estos recaía en aquellos. " Hay gente que piensa... que los intereses de los trabajadores y de los patronos (y añaden los de los propietarios y los de los granjeros, los de las clases bajas y los de las altas...) son uno y el mismo. No hay porque asombrarse si esto mismo resulta irritante a aquellos a los que se refieren. ¿Cómo es posible que el comprador y el vendedor de un bien de consumo vayan a tener el mismo interés en el precio? El patrono, se nos ha dicho seriamente, gastará en salarios aquello que ahorre en salarios, el resto lo añadirá a su capital, lo que es una buena cosa para la clase trabajadora. Supongamos que así lo hace pero, ¿qué gana el trabajador por el aumento del capital si su salario se le ha congelado ? La realidad es que muchos se están ahora preguntando de qué manera se alimenta, se viste y se educa la gran masa del pueblo y si el mejoramiento de su condición corresponde, de alguna forma, con el mejoramiento de las clases media y alta... y muchos son de la opinión de que las respuestas

que se pueden dar a estas cuestiones son insatisfactorias." (Molina, C. 1996. *Dialéctica feminista de la Ilustración*. pp. 88).

Ante este problema social, Mill propone que se considere al trabajador no como individuo, sino como parte de una clase. "En la consideración de muchos, el precio del trabajo está estrictamente determinado como el movimiento de la tierra... Desde el momento en que hay más gente de lo que comúnmente se cree para quien los precios se deciden en un conflicto de voluntades entre patrón y obrero, es necesario establecer los principios morales por los que este conflicto pueda ser regulado... Legalmente no veo nada en la unión de los trabajadores, que pueda ser ilegal." (Ibidem, pp. 89).

Ante el conflicto o injusticia que implica el hecho de que cada individuo en una sociedad persiga sus propios intereses, que bien pueden no converger con el deseado interés general, este pensador sugiere establecer una moral social, cuyo objetivo sería el bien de los otros. "Existen multitud de acciones...cuya práctica por todos es tan necesaria para el bienestar de la mayoría que se deben encarar con carácter obligatorio, ya sea por la ley, ya sea por presiones sociales. Estas acciones son las que constituyen los deberes. Fuera de estas obligaciones, hay una innumerable variedad de maneras por las cuales las acciones de los seres humanos representan, o bien la causa, o bien el estímulo del bien para sus congéneres pero... estas acciones deben dejarse a la libre elección; fomentadas meramente por el prestigio y el honor que conllevan, la práctica de estas acciones beneficiosas no está suficientemente estimulada por los beneficios resultantes para el agente en sí mismo. Esta esfera de más amplitud es la del Mérito o virtud." (Ibidem, pp. 93).

En torno a la mujer, Mill reconoce su estado de sujeción como algo erróneo, pues dicho estado no se sustenta en argumentos racionales ni conduce al progreso social. El origen de esta situación se encuentra, según él, en la inferioridad de la fuerza física de la mujer respecto al hombre, lo cual, en las sociedades primitivas orilló a aquella a colocarse bajo la protección de este. "La adopción de este sistema de desigualdad, nunca fue el resultado de una deliberación o de ninguna idea social...surgió simplemente del hecho de que en los albores de la sociedad humana, cada mujer... estaba ligada a un hombre. Las

leyes y los sistemas sociales siempre comienzan reconociendo las relaciones que ya existen entre los individuos y convirtieron lo que era un mero hecho físico, en un derecho legal...la desigualdad de derechos entre el hombre y la mujer, no tiene otra base que la ley del más fuerte " (Ibidem, pp. 100)

La autoridad del hombre frente a la mujer, basada en la fuerza, contrasta con el pensamiento ilustrado-liberal del filósofo, para quien la legitimidad del poder se obtiene "por el consenso del gobernado y de ninguna manera por prerrogativas de nacimiento." Siguiendo su discurso, a la mujer se le adjudican ciertas características que la definen como lo contrario al hombre, pero esta caracterización no es más que el resultado de la educación recibida desde los primeros años de edad. "Todas las mujeres son criadas desde muy temprana edad en la creencia de que su ideal de carácter es justamente el opuesto al del hombre; su voluntad y el gobierno de sí mismas no viene dado por medio del autocontrol, sino de la sumisión todas las morales le dictan que ese es su deber y todos los sentimentalismos le dicen que esa es su naturaleza, el vivir para otros, el abnegarse completamente y el no tener otra vida que la de sus afectos." (Ibidem, pp.101)

Por lo tanto, el pensador llega a sostener la tesis de que "lo que ahora llamamos naturaleza de la mujer es una cosa eminentemente artificial, a saber, el resultado de represiones forzadas en ciertas direcciones y de innaturales estímulos en otras. Se puede afirmar sin escrúpulos que ninguna otra clase de seres dependientes ha tenido un carácter tan enteramente distorsionado de sus naturales proporciones por la relación con sus dueños." Ibidem.

El desarrollo intelectual individual --por medio de la educación-- será la propuesta del autor para liberar a la mujer de su estado de subordinación, pues contando con tal desarrollo podrá adentrarse en la esfera pública y tener las mismas oportunidades que el hombre Sin embargo, esta emancipación, señala Elshtain (cit en Molina, C. 1996) encuentra lugar sólo en teoría, ya que la estructura social propuesta por el pensador, no permite su aplicación práctica, de hecho él termina afirmando que "No es conveniente sobrecargar el mercado del trabajo con un doble número de competidores. En un estado de

cosas sano, el marido debería poder ganar con su solo trabajo todo lo necesario para los dos.” (Molina, C. 1996. Dialéctica feminista de la Ilustración pp. 104).

En las siguientes líneas expondremos, como punto final, su ideal de comportamiento femenino: “La gran ocupación de la mujer debe ser la de embellecer la vida: cultivar las facultades de su cuerpo y de su mente por el gusto de hacerlo y para aquellos que la rodean... cultivar sus poderes de alegría y de dar alegría y el difundir elegancia y gracia por doquier... si además de ello, la actividad de su naturaleza le pide algún trabajo más definido que exija más energía, no le faltará ocasión para ello.” (Ibidem pp. 102).

Hemos visto, en los argumentos políticos de estos filósofos, que la noción de hombre y mujer se presenta como una desigualdad jerárquica en donde esta queda subordinada a aquel, legitimándose tal diferencia por medio de la razón. El pensamiento filosófico, como se señaló anteriormente, pretende representar a la razón, alejándose de los mitos y las doctrinas religiosas, pero veamos ahora si dicho pensamiento se separa realmente del discurso religioso en cuanto a su concepción de lo femenino y lo masculino.

La legitimación desde la religión católica. Para dar inicio a este apartado, nos remitiremos al libro del Génesis. Esta obra fue escrita en el siglo I a. c. y explica el origen de la creación de acuerdo a algunas religiones como la católica, la protestante, y la judía.

El escrito nos dice que Yavé (Dios) creó el universo, la tierra y todos los seres que habitan en ella en 7 días, dedicando el último de ellos a descansar. En el sexto día, habiendo ya formado a todos los animales del mundo, dijo “Hagamos al hombre a nuestra imagen y semejanza, para que domine sobre cuantos animales se muevan sobre la tierra.” (Génesis pp.29) Una vez terminada su creación, colocó al hombre en el paraíso del Edén pero dijo: “No es bueno que el hombre esté sólo, voy a hacerle una ayuda semejante a él.” (Ibidem pp.31) Creó entonces a la mujer “Yavé dejó caer sobre el hombre un profundo sopor, y dormido, tomó una de sus costillas, cerrando en su lugar con carne, y de las costillas que del hombre tomara, formó Dios a la mujer, y se la presentó al hombre. El hombre exclamó: Esto si que ya es hueso de mis huesos y carne de mi carne.” (Ibidem pp.31) Ahora el

hombre compartirá el paraíso con la mujer pero bajo una restricción de Dios: "De todos los árboles del paraíso puedes comer, pero del árbol de la ciencia del bien y del mal no comas, porque el día que de él comieres, ciertamente morirás" (Ibidem pp 31)

Ley que termina siendo transgredida, pues el demonio, representado por una serpiente, dice a la mujer: "¿Cómo que os ha mandado Dios que no comáis de los árboles todos del paraíso? Y respondió la mujer a la serpiente: del fruto de los árboles comemos pero del fruto que está en medio del paraíso nos ha dicho Dios no comáis de él ni lo toquéis, no vayáis a morir. La serpiente dijo a la mujer: No, no moriréis; es que sabe Dios que el día que de él comáis se os abrirán los ojos y seréis como Dios, conocedores del bien y del mal. Vio, pues, la mujer que el árbol era bueno para comerse, hermoso a la vista y deseable para alcanzar por él la sabiduría, y tomó de su fruto y comió, y dio también de él a su marido, que también con ella comió. Tomaron conciencia ambos del bien y del mal, se vieron desnudos y se avergonzaron de ello, por lo que se cubrieron sus genitales. Dios se da cuenta de lo que hicieron y maldice a la serpiente mientras que al hombre y a la mujer los castiga; a la mujer le dice "Multiplicaré los trabajos de tus preñeces, parirás con dolor los hijos, y buscarás con ardor a tu marido que te dominará." Y al hombre le señala: por ti será maldita la tierra; con trabajo comerás de ella todo el tiempo de tu vida.. con el sudor de tu rostro comerás el pan hasta que vuelvas a la tierra, pues de ella has sido tomado, ya que polvo eres y al polvo volverás." (Ibidem pp.32)

Estos acontecimientos que narra el Génesis parecen interpretarse --en los evangelios del Nuevo Testamento, libro reconocido por la religión católica y protestante-- en el sentido de que la mujer es por naturaleza mala e inferior al hombre, marcando así el deber ser de aquella.

San Pablo nos habla acerca del papel de la mujer en la iglesia: "no es decoroso que la mujer hable en la iglesia; porque Eva fue la seducida, no Adán, siendo ella la que incurrió en la trasgresión." (García, E. 1992. ¿Es cristiano ser mujer? . 109) En caso de que la mujer llegase a tener una duda sobre la doctrina cristiana, le ordena que en casa pregunte a su marido. Esto es, no tienen derecho de participar en las misas, sin embargo, es

importante que asistan pues se pretende que “escuchen lo que deben escuchar.” (Ibidem. pp. 83) La salvación de la mujer, le vendrá dada sólo “por la crianza de los hijos, y si perteneciere en la fe, en la caridad y en la castidad acompañada de modestia.” (Ibidem. pp. 94)

Según San Juan, (cit. en Ibidem. pp. 93) “El sólo oficio de la mujer es atender los partos, guardar el débito y cuidar la casa, pues para eso la hizo Dios, para que en estas y en otras cosas nos sirvan de ayuda.” San Agustín, (cit. en Ibidem) por su parte, nos dice que después de pensarlo bien, encuentra que la mujer fue creada sólo para engendrar. Santo Tomás (cit. en Ibidem pp. 93,103) coincide con estas opiniones, al afirmar que “la única ayuda que la mujer presta al varón se ciñe al ámbito procreativo, pues para cualquier otro menester es evidente que el varón encuentra en los otros varones una ayuda más cualificada...[por haber en ellos]...una razón más perfecta y una virtud más sólida...”

La mujer, nos dice García, E. (1992) va a ser excluida de las actividades eclesiásticas como el sacerdocio y la predicación de la palabra de Dios, se le prohibirá inclusive el dejarse ver en el altar de la iglesia y el hablar en la celebración de las misas. Estas restricciones tienen como base una serie de argumentos con los cuales se legitima el apartamiento de aquella de lo sagrado

Prohibición del sacerdocio. Este sacramento requiere del que lo recibe ciertos atributos naturales que concuerden con lo que el sacerdocio significa: lealtad y amor a Dios, autoridad, y representación de Dios, de lo sagrado. Resulta pues, impensable consentir el sacerdocio en la mujer, ya que ella “es una súbdita por naturaleza, y por consiguiente, es un material inhábil de suyo para este sacramento, pues no se puede producir con ella el sentido o significado que este pretende.” (¿Es cristiano ser mujer? pp. 108) Además de esto, tenemos que es más fácil que el demonio seduzca a una mujer que a un hombre, pues la debilidad de esta la hace más propensa a caer en la tentación del mal. Esto lo pudimos observar con Eva quien fue elegida por la serpiente (el demonio, el mal) para transgredir la ley de Dios. (Ibidem)

Prohibición de hablar dentro de la Iglesia. Esta sentencia le viene dada, dice San Ambrosio (cit. en *Ibidem* pp.110) por haber violado la ley de Dios en el paraíso "En la misma Biblia se especifica que Adán fue castigado por escuchar a su mujer y que el pecado entró en el mundo por culpa de ella, razón por la cual el hijo de Dios hubo de padecer y entregarse a la muerte. No se ha de permitir que pueda repetir semejante osadía, sino que ha de llevar una vida en estado de humillación." Por lo tanto, opina San Jerónimo (cit. en *Ibidem* pp.110) el que una mujer hable en una reunión de varones es una falta de respeto a estos y a Dios "Lo que tienen que hacer en la iglesia, es cerrar la boca, abrir los oídos y escuchar atentamente cómo la misericordia divina, por medio de Jesucristo, venció a la muerte que Eva introdujo en el mundo. Una mujer que habla cuando hay otros varones presentes hace caer la ignominia y el desdoro sobre su marido."

Prohibición de dejarse ver en el altar de la Iglesia. Pío XI, señala en su constitución apostólica de 1928 que " la zona del altar está vedada al sexo femenino. Una mujer no puede ayudar a misa, a no ser a falta de varón y con justa causa, y con la condición de que conteste desde lejos sin acercarse de ningún modo al altar." (*Ibidem* pp.96) ya que, además de ser indigna de desempeñar un cargo en la iglesia "su simple presencia ante los reunidos es ya una indecencia, pues despierta las pasiones de los asistentes" (*Ibidem* pp 111) Cabe mencionar que El Código de Derecho Canónico, vigente hasta 1983, ordenaba que las religiosas que cantaran en la iglesia, lo hicieran desde un lugar donde no pudieran ser vistas por el público.

Prohibición de la predicación de la palabra de Dios. El fundamento de esta sentencia es que la mujer, carece de la sabiduría suficiente para enseñar la doctrina cristiana "por mujer debemos entender a quienes obran de manera mujeril y estúpida en la iglesia.. la mente de la mujer es lábil, la del varón, firme." (San Gregorio cit. en *Ibidem* pp.111) así, San Lucas (cit. en *Ibidem* pp.111) sugiere que "...la mujer más que enseñar, debe procurar aprender la divina doctrina... la tarea de anunciar en evangelio fue encomendada a los varones, porque las mujeres tienen menos constancia en predicar y menos capacidad para cumplirlo."

Dada esta panorámica, no resulta extraño que en tiempos de la Santa Inquisición (en Europa, entre los siglos XV y XVII) las mujeres fueran el blanco principal. Aquellas que practicaran la magia, que poseyeran conocimientos sobre hiervas y plantas, que enamoraran a uno o varios hombres intensamente, que mantuvieran relaciones sexuales fuera del matrimonio, que fueran parteras y/o curanderas, solían ser acusadas de brujas por una supuesta vinculación demoníaca. Se estima que aproximadamente 500,000 personas fueron condenadas a muerte en la hoguera (Harris, M. 1985).

En el siglo XV, el Papa Inocencio VIII advierte el grave peligro de esta práctica (la brujería, herejía) ordenando a los dominicos Jacob Sprenger y Heinrich Institoris y a Johannes Gremper, clérigo del obispado de Constanza, terminar con ella. Dichos dominicos escriben en 1487 *Malleus Maleficarum* (Martillo de brujas) manual dirigido a los inquisidores, en el que se describe todo acerca de la brujería y la manera de combatirla. Al escrito se le dio gran importancia, pues fue traducido al alemán, francés, italiano e inglés; tuvo 14 ediciones hasta 1520, 16 entre 1574 y 1620, más que la Biblia en ese mismo periodo de tiempo. Lo interesante de este libro es que muestra la ideología que se tenía sobre la mujer (Op. cit.) Para ejemplificar esto, expondremos textualmente algunos de sus párrafos.

“Aunque la brujería es una actividad herética en la que incurren también algunos varones, en el título de nuestro libro, mencionamos únicamente a las brujas. El motivo es porque la experiencia nos ha enseñado que son las mujeres las que mayoritariamente se entregan a esta depravación. Esto es absolutamente lógico, dada la maldad natural del sexo femenino...la mujer, por su misma complexión natural, es muy poco estable, cambia con facilidad de estado de ánimo, tiene poca consistencia, poca fe, como lo indica su nombre de *femina*, que significa “fe menor”. De ahí que se entregue con frecuencia a las prácticas supersticiosas...La inestabilidad de la naturaleza femenina se debe a su falta de fuerzas tanto en el orden espiritual como en el corporal. La deficiencia de su entendimiento es tanta que casi se puede afirmar que la mujer pertenece a una especie distinta que los varones. Así lo testimonia la Biblia cuando dice que la mujer bella pero sin seso es como anillo de oro en jeta de puerco. (Prov 11,22) y así lo confirman numerosas autoridades graves y dignas

de crédito... Los andares de su cuerpo son provocativos y lo adorna, encima, profusamente para cautivar a los varones. Todo en ella es para engañar, como hizo Dalila con Sansón y Eva con Adán... En el capítulo 25 del Eclesiástico nos avisa la palabra divina del carácter velleidoso y maligno de este sexo. Por eso también son atravesadas y rijosas, negándose a secundar las admoniciones de sus maridos y discutiendo todo lo que ellos les mandan.” (García, E. 1992. ¿Es cristiano ser mujer?. pp. 141, 142)

“La experiencia que los varones han hecho del sexo femenino la resume el autor sagrado: ‘y hallé que es la mujer más amarga que la muerte y lazo para el corazón, y sus manos, ataduras.’ (Eclo 7,22) El autor sagrado añade que la garganta de la mujer, es decir, su voz, es más suave que el aceite, pero su fin es más amargo que el ajerjo (Prov 5,3-4) Es más amarga que la muerte, esto es, que el diablo, porque no fue el diablo quien sedujo a Adán sino Eva, a la que sedujo el diablo, por eso ella es más amarga que el diablo, y el pecado de Eva no nos hubiera traído la muerte ni del cuerpo ni del alma si ella no hubiera transmitido la culpa a Adán...” (Ibidem pp. 144).

“Las brujas pueden causar todo tipo de daños a las personas, a los ganados y al campo. A las personas, en el cuerpo, en la razón, en su fama y sus propiedades, pudiendo incluso matarlas o transformarlas en bestias. Naturalmente, no son ellas las que lo hacen sino el diablo, pero en complicidad con ellas... Comerse a los niños es una diligencia que las brujas hacen corrientemente. las peores brujas son las comadronas, pues toman al niño en cuanto nace y, saliendo con él en alto, lo ofrecen al diablo. Hay también algunas madres que han cocido y comido a sus propios hijos, como pudo averiguar el inquisidor del ducado de Lausana.” (Ibidem pp. 145, 146).

“Las brujas pueden conseguir que los varones se prendan perdidamente de ellas o de otras mujeres... Para saber si un marido que está locamente enamorado de otra mujer ha sido embrujado, basta con comprobar estas cuatro cosas: si su esposa es hermosa y honesta; si tiene la razón amordazada, esto es, si ni con golpes ni con otras medidas se le puede disuadir; si es incapaz de contenerse y, de noche, por malos caminos, con peligros,

emprende la marcha hacia su amada; si se levanta inesperadamente para irse a buscarla sin que haya modo de apartarle de su propósito.” (Ibidem pp. 148).

“Las brujas son capaces asimismo de producir cualquier enfermedad, incluso la más grave y causar la muerte. El demonio tiene el poder de hacer esto, como enseñan san Isidoro, Et. 8,9 y santo Tomás, 2 Sent. 7 y 8, y por tanto, también las brujas si se lo piden. No hay que olvidar que muchas veces las brujas solicitan al diablo que haga daños en los que él mismo no piensa y que no haría si ellas no se lo demandaran.” (Ibidem pp. 150)

“La brujería es el pecado más grave que se puede cometer contra la fe, una herejía que debe ser combatida y erradicada descubriendo y castigando a sus adeptos. El señor ordena repetidas veces en la Biblia el exterminio de estos desalmados: “No dejarás con vida a la hechicera” (Ex 22,27)... El inquisidor debe acudir solícito allí donde se denuncie expresamente algún caso de brujería o donde corran rumores de que la hay. Mediante avisos en la puerta de la iglesia advertirá que quien sepa algo tiene la obligación grave de denunciarlo en el plazo de doce días bajo pena de excomunión o las penas civiles que correspondan.” (Ibidem pp. 155, 156).

“Al testigo se le puede poner bajo juramento y, si se rehúsa, se le puede acusar de hereje. Todos son testigos válidos: los excomulgados, los herejes, los delincuentes, los compinches, las brujas, los familiares y los sirvientes, siempre que testimonien en contra y no a favor... No se ha de conceder abogado para la acusada. Tampoco admitir a uno de los que están dispuestos a defender a su cliente aún cuando no les conste su inocencia, alegando que ellos defienden a la persona, no al delito que se la acusa. Al abogado hay que advertirle que si se excede en la defensa de un acusado manifiestamente hereje, él mismo se hace reo de herejía, no leve sino grave, a tenor del empeño que ponga en defenderle. Si argumentara que los daños atribuidos a embrujamiento pueden deberse a causas naturales, el juez sólo tiene que replicar que los médicos no fueron capaces de curar la enfermedad, o que ésta se produjo o se curó repentinamente porque había o se quitaron objetos embrujados que lo provocaban. No es necesario guardar todas las formalidades. Las excepciones, dilaciones y apelaciones deben suprimirse y el número de testigos reducirse,

de otro modo nunca se concluiría un juicio...todo lo que hacemos con palabras y con obras ocurre en el nombre del señor Jesús." (Ibidem pp.156 , 157, 164).

La concepción de mujer como mala y transgresora no es, sin embargo, inamovible en la religión católica, pues aquella puede evitar ser catalogada como tal siempre y cuando adopte ciertas conductas aceptables por dicho pensamiento. Así, de acuerdo con Amuchástegui, A. (1996) podemos hablar de dos clases de mujeres: las buenas y las malas. Los atributos de las primeras son la ternura, la pureza, la castidad, la pasividad, no expresan deseo sexual alguno y su sexualidad sólo está encaminada a la reproducción. Estas mujeres son dignas de ser tomadas como esposas. La maternidad es su principal función y en lo que recae fundamentalmente su valor "En ellas la belleza se relaciona con la espiritualidad y lo que importa son su alma y su bondad" (Amuchástegui, A. 2001. *Virginidad e Iniciación Sexual en México* pp. 279).

Las mujeres malas en cambio, carecen de sentimientos sublimes y maternos, reconocen y satisfacen su deseo sexual, poseen "una belleza turbia, contaminada, perversa... En síntesis, podemos afirmar que en su aspecto físico han de encarnarse todos los vicios, todas las voluptuosidades y todas las seducciones. En lo que concierne a sus más significativos rasgos psicológicos, destacará por su capacidad de dominio, de incitación al mal y su frialdad, que no le impedirá, poseer una fuerte sexualidad, en muchas ocasiones lujuriosa..." (Castañeda, M 1995. *Construyéndonos: identidad y subjetividad femeninas*. pp. 28). A este tipo de mujeres se les llama comúnmente putas.

Siguiendo esta lógica, resulta coherente que la madre de Jesús se describa como una mujer virgen que acepta gustosa la maternidad --pues esta es signo de la alianza con Dios— esto es, una buena mujer. Pero también tenemos el lado opuesto con Lilith, primera mujer de Adán, quien fue expulsada del paraíso por no haberse sometido a la voluntad de su marido y resistirse a aceptar la maternidad como deber principal, es decir, por ser una mala mujer, por ello, Dios la castiga convirtiéndola "en una diablesa nocturna, visitante de los hombres que duermen solos, causante de sus poluciones nocturnas." (Fernández, A. 1993. *La Mujer de la Ilusión*. pp. 77).

Podemos notar que en la desvalorización que se hace de la mujer mala subyace un rechazo a la sexualidad que no se dirija a la procreación, ya que, en la perspectiva del catolicismo, el placer sexual ensucia al cuerpo impidiéndole alcanzar la perfección espiritual. El rechazo a esta clase de mujer se debe también a que, es en su cuerpo en donde habita el pecado, (el placer sexual) pues posee una imagen erótica y sensual que excita el deseo sexual de los hombres.

“El erotismo es el espacio vital reservado a un grupo menor de mujeres ubicadas en el lado negativo del cosmos, en el mal, y son consideradas por su definición esencial erótica como malas mujeres, se trata de las putas.” (Lagarde, 1990 cit. en Amuchástegui, A. 1996. El significado de la virginidad y la iniciación sexual. Un relato de investigación. pp. 156).

En 1996, el Concilio Pontificio para la Familia en México, dio a conocer a los padres de familia los valores y las normas de la vida conyugal, sugiriendo así los lineamientos del comportamiento sexual para los cristianos:

“...el carácter indisoluble del matrimonio y la relación entre el amor y la procreación, así como la inmoralidad de las relaciones sexuales prematrimoniales, el aborto, la anticoncepción y la masturbación... la belleza de la maternidad, la maravillosa realidad de la procreación y el profundo significado de la virginidad...” (Amuchástegui, A. 2001. Virginidad e Iniciación Sexual en México. pp. 90)

Retomando todo lo expuesto en este apartado, tenemos que la religión católica ha interpretado a la mujer, como un ser que se encuentra en un nivel espiritual inferior al hombre, de manera natural, bajo un designio divino que la hizo ser más débil que aquel. Tal debilidad justificará a su vez su subordinación al varón y su exclusión de los asuntos eclesiásticos, además de que marcará su supuesta relación con el mal. Sin embargo, ella podrá llegar a ser acreedora de respeto siempre y cuando se someta a un deber ser que la coloque como una “buena” mujer.

2.3 Género y familia.

Referirse a la de vida cotidiana en la ciudad de México es referirse, como afirman Selby, H. y cols. (1994) a la vida familiar. Se puede afirmar que casi todo mexicano viven en una familia --nuclear, comúnmente-- pues esta representa un valor de suma importancia. Asimismo, la sobrevivencia de los mexicanos --de clase baja-- está en función de dicha institución, por lo que defenderla y desarrollarla les resulta primordial. Para los citados autores la familia mexicana se encuentra cimentada sobre cuatro categorías: género, autoridad, amor, y respeto. Tales conceptos se encuentran imbricados entre sí y a su vez anuncian una ideología sobre lo que debe ser la familia.

De acuerdo con la Encuesta Nacional de Actitudes y Valores (Beltrán, Castaños, y Meyenberg 1994 (cits. en Salles, V. y Tuirán, R. 1997), los mexicanos califican a la familia como muy importante en sus vidas, asociándola al mismo tiempo con adjetivos como: "unión, hijos, amor, hogar, bienestar, comprensión, cariño, educación, felicidad, y apoyo." No obstante, esta concepción no corresponde totalmente a la realidad, pues, "las diferentes imágenes acerca de la familia se sustentan en una mezcla de realidades e ilusiones...En ellas siempre están presentes dos dimensiones: una fáctica (una constatación de la realidad) y una ideal (aquello que se anhela, el modelo ideal de familia)" (Salles, V. y Tuirán, R. 1997. Mitos y creencias sobre la vida familiar. pp. 65).

Estos últimos autores agregan a lo anterior que existe una serie de creencias en torno a la familia que se derivan de estereotipos y mitos. Los primeros están edificados sobre valores morales que simultáneamente apuntan a un deber ser, dictado, generalmente, por la iglesia y el Estado.

Los mitos que mantiene determinada cultura son un fenómeno muy importante, pues nos hablan acerca de su subjetividad, expresan su forma de entender el mundo, de sus anhelos y de sus temores. "El mito es un algo que da sentido, cohesión y voluntad de vivir a los integrantes de un pueblo y cumple la función de arraigar identidades, transmitir orientaciones prescriptivas y recrear prácticas." (Ibidem. pp. 64)

Para que los mitos tengan tales efectos, se debe, primero, de creer en ellos --por lo que también se les llama creencias-- y después, transmitirse de generación en generación, pero lo que resulta interesante es que al ser transmitidos, pueden modificarse, esto es "recrearse" (Salles, V. y Tuirán, R. 1997). El origen de un mito está "en un hecho real o imaginario que marca el inicio de una conciencia e identidad espiritual de una comunidad, un pueblo o una nación. Como productos culturales, los mitos condensan ideales, más bien 'realidades idealizadas'..." (Salles, V. y Tuirán, R. 1997. Mitos y creencias sobre la vida familiar. pp. 63). Algunos de los mitos más comunes sobre la familia son los siguientes:

- *El mito de la familia armoniosa y estable del pasado
- *El mito de la experiencia familiar indiferenciada
- *El mito de la virginidad
- *El mito de los mundos separados
- *El mito de "hasta que la muerte nos separe"
- *El mito de "el hombre tiene la última palabra"

Como vemos, el género se encuentra implicado en algunos de estos mitos, de manera que aquel responde a una determinada ideología. Esto es importante, pues la internalización de creencias colabora en la construcción de identidades que posteriormente se cristalizan en roles individuales.

Una de las funciones de la familia es la transmisión de la cultura --las normas sociales, y los valores morales-- a sus integrantes. Contribuye de manera importante en la construcción de la subjetividad, esto es, en la personalidad del sujeto, es por ello que a continuación nos adelantaremos en la manera en que es asignado el rol de género dentro de la familia.

2.4 Educación tradicional de la mujer en la familia.

La mujer, mencionamos ya, ha sido considerada históricamente, en el mejor de los casos, como sumisa, tierna, inhábil para valerse por sí misma, que guarda sentimientos maternos amorosos, sexualmente pasiva, etc. Tal constructo social de mujer no resulta diferente para nuestra sociedad, pues comúnmente comienza su proceso de cristalización -- por medio de la educación que imparte, generalmente, la madre-- desde la infancia " a la niña desde que se le asigna el género se le limitan sus experiencias, excluyendo todo aquello que se considera propio del niño, a partir de ello, se va modelando, por no decir mutilando sus aptitudes." (Aguilar, C. 1993. Análisis crítico de la situación de opresión y de transición, así como, su inserción en la estructura psíquica de la mujer. pp.20)

A la niña se le tratará conforme a lo que se piensa debe ser una mujer: débil, delicada, etc. lo cual implicaría, por ejemplo, que no participe en juegos "rudos", que lea cuentos de hadas cuya trama principal es el amor de un príncipe azul, que es conquistado precisamente por el modelo de mujer que se le inculca: buena, sumisa, tierna, etc. (Op. cit.) Lo interesante que se observa aquí es que los mensajes que la niña recibe respecto a cómo se debe comportar no siempre son explícitos, y que al ser tratada de dicha manera, se le está señalando implícitamente lo que ella es, es decir, se le propone una imagen de sí misma.

La mujer es encaminada, principalmente, a desempeñar los dos roles más importantes de su vida: el de esposa y el de madre (Careaga, G. 1979). Pero antes de eso, cuando aún se encuentra en su rol de "novia", la madre se va a encargar de reprimir su sexualidad diciéndole que "debe ser una 'buena chica', hacerse respetar por los hombres, si no en caso contrario, sería una 'mala mujer'..." (Aguilar, C. 1993. Análisis crítico de la situación de opresión y de transición, así como, su inserción en la estructura psíquica de la mujer pp 21). Si la hija no llegara a asumir tal comportamiento tendría que enfrentarse con el desprecio de la madre --quien le retiraría su amor-- y con la descalificación social, colocándose como un ser no digno de respeto ni de afecto, por lo que postergará el ejercicio de su sexualidad hasta el matrimonio. La fidelidad es otro de los deberes con que debe de

cumplir la hija, pues las "buenas mujeres" sólo tienen a un hombre: a su "novio oficial" (Careaga, G. 1979).

Es en este "novio oficial" afirma Careaga, G. (1979) en quien la hija centra toda su atención quedando su vida académica, social y profesional en un segundo plano e incluso olvidada al momento en que ella se casa, pues el objetivo fundamental en la vida de las mujeres mexicanas de clase media es el matrimonio, lo cual se relaciona con las creencias acerca de la feminidad. A la hija se le dice que tiene que ser femenina --esto es, que actúe opuestamente al ser masculino, cuyas características ya hemos descrito— sugiriéndole por ejemplo, que no se involucre en la política, en la economía, en la cultura (mundo público) pero lo interesante de esto es que, la feminidad no se expresa a partir de la mujer misma sino necesariamente, a partir de su relación con un hombre, así, ella es femenina "cuando un hombre la ama, cuando un hombre la posee, cuando un hombre la admira, incluso cuando ella domina o manipula a un hombre. Para la mayoría de los varones, la feminidad no es una cualidad en sí misma, sino una actitud reflectiva, una reacción hacia los hombres. Por consiguiente, una mujer no puede ser femenina cuando está sola, pues no tiene dónde reflejar su feminidad." (Fast Julius 1972 cit en Careaga, G. 1979. Mitos y Fantasías de la clase media en México. pp. 113)

La significación de la feminidad es muy interesante si la comparamos con la de la masculinidad o el machismo, pues éste tiene una lógica diferente. Según Lancaster 1992 (cit en Gutmann, M. 1996) "No se puede entender el machismo a través de las relaciones entre los hombres y las mujeres. Es esto y mucho más. El machismo...no es exclusiva o principalmente una manera de estructurar las relaciones de poder entre los hombres y las mujeres. Es una manera de estructurar el poder *entre los hombres*. Así como beber, apostar, arriesgar, imponerse, y pelear, la conquista de mujeres, constituyen hazañas que se desempeñan con dos públicos en mente: el primero, los otros hombres, a quienes se necesita *probar constantemente la masculinidad y virilidad*, el segundo, el hombre mismo, que también necesita mostrarse todos los signos de masculinidad." (Reflexiones sobre los aportes y dilemas de etnografías recientes acerca de la masculinidad. pp.76. *Cursivas mías.*)

Como vemos, la hombría no es únicamente una construcción reflectiva dada desde lo opuesto, no se encasilla en la relación con la mujer. El hombre, a diferencia de esta, participa en la validación de su propia identidad de género. Así podemos decir que, aquel arbitrea tanto la femineidad como la masculinidad, ya que, no se alcanza la primera si él no entra en escena, y la lucha por la segunda no se emprende si él mismo está ausente.

Tradicionalmente, nos dice Careaga (1979), el varón es educado para competir y alcanzar el éxito social y económico, además de que se le fomenta un machismo excesivo, castrando en él cualquier muestra de ternura o sensibilidad, por ser esto, exclusivo de la mujer. Díaz, 1982 (cit. en Blanco, S y García, M. 1998) añade que al hombre se le sugiere tener a una mujer "decente" (de sentimientos sublimes, merecedora de matrimonio, "buena") como novia o esposa, pero ello no implica que tenga que guardarle fidelidad, pues también se le indica que se interese en otras las mujeres -tal interés generalmente es sexual, por lo que estas "otras" mujeres probablemente pertenezcan a la categoría de las "putas" (carente de sentimientos sublimes, digna de desconfianza, "mala") esta categorización de la mujer responde a la creencia que tienen los mexicanos de la clase media: sólo existen dos tipos de mujeres. (Careaga, 1979)

Una vez dentro del matrimonio, al hombre se le señala que en él debe descansar la autoridad, pues su hombría y dignidad se verían cuestionadas si no fuera de esta manera "A un hombre que no sabe mandar se le llama 'mandilón,' 'huevoón' o cosas peores. No obstante, en un sentido más profundo, posee autoridad porque la autoridad del mundo externo se encuentra mediada a través de él, y no por la mujer. Los hombres representan la autoridad del estado dentro de la unidad doméstica pero de una manera más limpia... pues ha sido mediada a través de la progenitora-madre que en si misma es pura" (La familia en el México urbano. Selby, H. et al 1994. pp 99)

Ahora bien, toda esta transmisión ideológica, ¿cómo influye en la práctica de las relaciones conyugales de los hijos e hijas?. Es importante mencionar aquí que no estamos tratando con una causalidad lineal en donde B (concretización de tal ideología en la relación conyugal) se explicaría a partir de A (educación recibida) debido a que los

individuos no internalizan automática ni pasivamente los discursos normativos "...por más que los sujetos son constituidos por los discursos dominantes, tienen también la posibilidad de maniobrar dentro de dicho dominio discursivo y de tomar una posición —si bien no de manera racional— ante él..." (Virginidad e Iniciación Sexual en México. Amuchástegui, A. 2001. pp.142).

A esto, Vance, 1989 (cit en Amuchástegui, A. 2001) agrega que "Dar por hecho que los símbolos tienen un significado unitario, el que les asigna la cultura dominante, significa dejar de estudiar la experiencia y el conocimiento de los símbolos en los individuos, así como la capacidad individual de transformarlos y manipularlos en forma compleja que se nutre del juego, la creatividad, el humor y la inteligencia." (Virginidad e iniciación sexual en México. pp.23)

Así, podemos decir que los significados que una sociedad atribuye a las diferencias de género, no determinan la conformación ideológica del sujeto, pues este tiene la posibilidad de transgredirlas, es decir, dentro de nuestra sujeción también tenemos cierto grado de individualidad, un buen ejemplo de esto es el movimiento feminista que ha replanteado la concepción de mujer y sus derechos. Veamos ahora qué lugar otorgan los individuos de ---clase media y baja— a las visiones tradicionales del género en sus relaciones conyugales.

2.5 Los significados del género en la relación conyugal.

De acuerdo con Oliveira, O. (1998) las interacciones entre los cónyuges se definen como "relaciones de poder asimétricas, en las cuales las mujeres-esposas, sobretudo aquellas de mayor edad, de baja escolaridad, que no trabajan, y pertenecen a los sectores más pobres, son más propensas a ocupar una posición de subordinación frente a sus cónyuges." (Familia y relaciones de género en México. pp. 25). Menciona también que la verticalidad de tales relaciones se manifiesta de diferentes maneras a) la sumisión, b) la imposición, y c) el cuestionamiento. La primera hace referencia a que la mujer adopta una

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

actitud de aceptación y obediencia ante las ordenes del marido, pues visualiza esta situación --la inferioridad femenina-- como normal. La segunda se presenta cuando la mujer abandona la actitud de sumisión, ejerciéndose entonces la autoridad masculina bajo la forma de violencia física o psicológica hacia ella y/o los hijos. En nuestro país, estos dos tipos de violencia son comunes, mayoritariamente, en los sectores de escasos recursos. De acuerdo con los relatos de mujeres pertenecientes a dichos sectores la violencia doméstica consiste de lo siguiente: el encierro en el hogar, la prohibición de salir, de trabajar en actividades extradomésticas o de ver a los familiares sin permiso del cónyuge, amenazas de llevarse a los hijos, acusaciones de prostitución, relaciones sexuales forzadas, daños a los objetos de la casa, maltratos físicos, amenazas de muerte y homicidios. La tercera alude a que la mujer pone en práctica diferentes formas de resistencia --negación, negociación, o conflicto abierto-- frente a la dominación masculina.

Dos dimensiones en donde se acentúa el dominio masculino dentro de estas relaciones asimétricas son la sexualidad y la división del trabajo. Estudios realizados por Benería y Roldán 1992, y por García y Oliveira 1994 (cits. en Oliveira, O. 1998) sugieren que el hombre es el que generalmente decide y toma la iniciativa en cuanto a las relaciones sexuales, pues según las mujeres entrevistadas, la adopción de un papel más activo de su parte ocasionaría conflictos con el cónyuge. Un aspecto interesante que muestra una encuesta realizada por Figueroa y Liendro 1994 (cits. en Oliveira, O. 1998) es la manera en que las mujeres conciben las relaciones sexuales con su marido, pues ellas declararon utilizarlas como medio de satisfacer a aquel con el fin de evitar que el se marchara con otra mujer y resultaran abandonadas.

En lo que respecta a la división del trabajo, comúnmente es la esposa la responsable de las labores domésticas, entendiéndose por estas no solo aquellas actividades que se realizan dentro de la vivienda --como el cuidado de los niños, el aseo, la preparación de alimentos, sino también las que se realizan fuera de esta --llevar y recoger a los niños de la escuela, realizar las compras, y los trámites pagos y servicios (Salazar, C. 1999). Según De Barbieri 1984 y Oliveira 1994 (cits. en Oliveira, O. 1998) las mujeres de clase media --que trabajan y que no lo hacen-- enfrentan conflictos al tratar de convencer al cónyuge de que

ambos compartan equitativamente las actividades mencionadas, limitándose aquel a *colaborar* en ellas sólo de manera ocasional (los fines de semana, en las vacaciones, cuando la esposa enferma). Es importante resaltar que, los esposos, generalmente, emplean la palabra *colaboración* en un sentido de ayuda, más no de responsabilidad. Un hallazgo interesante que se observa en el estudio de Vives Mendoza 1994 (cit. en Oliveira, O. 1998) quien realizó entrevistas a profundidad a profesionistas casados de la ciudad de México, evidencia que los varones "consideran que los obstáculos al cambio derivan tanto del aprendizaje de los hombres como de la propia resistencia de las mujeres que, socializadas para hacerse cargo del trabajo doméstico, no siempre actúan con 'firmeza' para romper las pautas de la división sexual del trabajo." (Familia y relaciones de género en México. Oliveira, O. 1998. pp.31)

Otro aspecto de la cotidianidad conyugal en donde se manifiestan las diferencias de género es en el desplazamiento urbano. Esto es sugerido en la investigación de Salazar, C. (1999) al mostrar lo siguiente:

En las esposas-madres, con hijos pequeños, de los sectores de escasos recursos, que no trabajan, se encontró que, --además de hacerse cargo por completo de las labores domésticas-- llevan a cabo una movilidad urbana cotidiana, únicamente, en función de aquellas (sólo salen de sus viviendas para llevar y recoger a los niños de la escuela, hacer compras de alimentos, hacer trámites de pagos y servicios, etc. Este desplazamiento se realiza, generalmente, dentro de la colonia a la que pertenecen.). Por otro lado, mujeres con las mismas características que las anteriores, pero que si trabajan, lo hacen generalmente dentro de la colonia de pertenencia e inclusive en la misma casa. Esto les permite coordinar sus actividades domésticas con las laborales, ya que, minimizan o anulan (en caso de que trabaje en casa) el tiempo de desplazamiento al trabajo. Un punto en común entre estos dos grupos de mujeres es que, su tiempo libre (fines de semana) está destinado a labores domésticas y/o a actividades recreativas en familia (llevar a los niños al parque, a sus partidos de fútbol, etc.) De manera que un uso del espacio urbano para ellas mismas (sin que intervengan los niños o el esposo) como por ejemplo, citarse con una amiga para tomarse un café, ir al cine o simplemente conversar, no forma parte de sus vidas.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

La limitación de las citadas mujeres en el desplazamiento urbano se encuentra vinculado con el género, pues a la hora de ser entrevistadas, ellas hacían uso de frases como "a mi señor no le gusta que yo salga", "yo nada tengo que ir a buscar a la calle" o "el hombre es el de la calle, la mujer de la casa" (Op. cit.).

La situación se torna diferente en aquellas mujeres que se encuentran fuera de una relación conyugal. Las mujeres solteras y sin hijos, y las mujeres-madres jefas de hogar, que trabajan, tienen una movilidad más amplia, de acuerdo con el mercado laboral. Según la autora, en estos casos, la ausencia de un marido posibilita un mayor desplazamiento.

En relación con esto, Vázquez Antón 1991 (cit. en Salazar, C. 1999. Espacio y vida cotidiana en la ciudad de México. pp. 202) dice que "la forma de entender 'lo que es ser mujer' influye decisivamente en la forma de interpretar y usar el espacio urbano; el manejo que la mujer hace de este está definido por dos principios: la autoidentificación que supone una autoafirmación ante los otros y, la actitud ante la actual definición de la mujer."

En lo que respecta al hombre-esposo, él puede tener su lugar de trabajo en zonas muy apartadas de su vivienda e incluso permanecer en el territorio urbano el tiempo que desee ya que "la ciudad es su espacio". Asimismo, ellos descansan los fines de semana, mientras la mujer-esposa, bien puede continuar con sus labores domésticas (Op.cit.).

A pesar de estas marcadas diferencias de género en la relación conyugal, Oliveira, O (1998) sugiere que las mujeres jóvenes de clase media, que cuentan con un nivel de escolaridad alto y que trabajan, tienden a establecer relaciones más igualitarias con sus cónyuges.

Podemos notar en todo lo anterior que el género tiene un papel importante en la interacción conyugal --con mayor acento, en los individuos de bajo nivel de escolaridad y de escasos recursos-- y en la educación que se imparte en la familia. Esto es relevante, puesto que, muestra una suma de posturas individuales ante las ideas tradicionales de las diferencias sexuales, quedando reconocidas como normativas. Más aún si consideramos

que, actualmente en nuestra sociedad existen paralelamente a tales ideas, discursos contemporáneos o modernos sobre la sexualidad (Amuchástegui, A. 2001), la cual puede relacionarse con el género, ya que, una de las costumbres de esta etiqueta es dictar un comportamiento sexual diferente al hombre y a la mujer.

2.6 Coexistencia de valores tradicionales y modernos.

Según Amuchástegui, A. (2001) los valores modernos que coexisten con los valores tradicionales en nuestra sociedad mexicana, en torno a la sexualidad son: 1) la educación formal y la ciencia en la escuela; 2) el gobierno: las políticas de salud y de población; 3) los actores sociales: las feministas y los grupos de derecha; y 4) los medios de comunicación. Todos estos conforman un contexto cultural en la construcción que hacen los sujetos del significado de sus prácticas sexuales.

La educación formal y la ciencia en la escuela. La educación sexual forma parte del plan de estudios de la escuela primaria y secundaria. La primera la incluye en la materia de ciencias naturales —esto es, se revisa desde una perspectiva científica— en los grados de quinto y sexto enfocándose en la reproducción y nunca en el acto sexual. Los temas que se abordan en los libros de texto son: el funcionamiento de los aparatos reproductores femenino y masculino, el cuerpo humano, y la maduración sexual física. Asimismo, la sexualidad es presentada como algo que implica riesgo, como por ejemplo, un embarazo no deseado. La autora comenta además que, los aspectos del placer y la satisfacción, se mantienen al margen de la información transmitida.

En la escuela secundaria, la sexualidad se muestra en relación con los derechos humanos y la salud, como derecho y responsabilidad. Se estudian también los cambios fisiológicos de la pubertad, los órganos sexuales, la menstruación, el embarazo, los métodos anticonceptivos y las ETS. Tanto en la escuela primaria, como en la secundaria, se pretende un acercamiento a la sexualidad de una manera neutral, sin prejuicios y valores, de acuerdo a la postura laica de la educación, sin embargo, implícitamente se está sugiriendo algo al

estudiarla de dicha manera, pues se concibe "como un aspecto biológico del ser humano que debe estudiarse científicamente a fin de informar al individuo respecto de sus decisiones sobre su propia vida sexual." (Amuchástegui, A. 2001. *Virginidad e iniciación sexual en México*. pp. 88). Es decir, se visualiza como una materia más del curriculum, "objetiva", sin relación con el deseo, el placer y la subjetividad.

El Gobierno: las políticas de salud y de población. El gobierno se ha acercado al tema de la sexualidad tras su preocupación sobre el crecimiento demográfico, los embarazos tempranos y tardíos por poner en riesgo la salud, y las ETS. En la década de los 70's, cuando la población ya había alcanzado un crecimiento considerable, el gobierno se vio en la necesidad de informar y promover métodos anticonceptivos mediante las organizaciones de salud (lo cual se opondría con las normas religiosas). Asimismo, en 1974 se estableció el derecho de cada persona y pareja de regular su reproducción y a partir de entonces, se han implementado: el *Programa del Gobierno para la Planeación Integral de la Familia* (1977), el *Programa Nacional de Población* (1996), el *Programa de salud reproductiva y Planificación Familiar* (1996), y el *Programa Nacional de la Mujer* en un intento de resolver las problemáticas señaladas (Op. cit.)

Desde la óptica de Amuchástegui, A. (2001) es importante resaltar algunas ideas que están implícitas en este discurso. En primer lugar, la noción del sexo como riesgoso está imbricada en los escritos oficiales a pesar de que estos incluyan frases como "derechos reproductivos" y "salud sexual y reproductiva". En segundo lugar, no se ha considerado ni difundido la importancia de la sexualidad como una dimensión importante de satisfacción y placer que contribuye a la salud del cuerpo. Estas cuestiones, como supone la autora, devienen de una ideología religiosa que concibe al cuerpo "como fuente del pecado" y por ende, el sexo desvinculado a la reproducción se torna perverso. Así, vemos que en la pretendida postura "laica" del gobierno están presentes prejuicios y valores morales sobre la sexualidad.

El feminismo. En la década de los sesenta, mujeres, en distintos países, llevaron a cabo manifestaciones de protesta, denunciando variadas formas de discriminación y opresión en su contra. El "Movimiento de Liberación Femenina" cuestionó la situación de la mujer en diferentes ámbitos como el mundo laboral, la reproducción y la sexualidad Mitchell 1985 (cit. en Ravelo, P. 1996). En los 70's, las feministas mexicanas reclamaban "el derecho sobre el propio cuerpo" lo cual implicaba ejercer su sexualidad de acuerdo a sus necesidades, controlar su reproducción, y el reconocimiento de la mujer como persona autónoma (Amuchástegui, A. 2001). Recientemente, las feministas han pedido al gobierno que aborde la sexualidad en su discurso, pero no solamente en relación con la reproducción, sino que incorpore cuestiones relacionadas como las relaciones de género, y el aborto. Según la citada autora, las ideas feministas han sido escuchadas por las mujeres mexicanas de manera indirecta, como por ejemplo, a través de los medios de comunicación. Advierte también que esta ideología ha empezado a introducirse en la política mexicana pese a la resistencia de la cultura de género dominante.

Los grupos de derecha. Mantener en vigencia las ideas conservadoras, ha sido el objetivo de estos grupos, cuya importancia social no sería notable si no contaran con el apoyo de la iglesia y otros sectores públicos y privados. El Comité Nacional Provida se fundó en 1978, con el fin de anular la propuesta de la despenalización del aborto. Asimismo, se ha opuesto a la promoción del uso de anticonceptivos, ya que desde su óptica, nos dice González Ruiz 1996 (cit. en Amuchástegui, A. 2001. Virginidad e iniciación sexual en México. pp. 103) "dañan seriamente la salud, deterioran el matrimonio, desintegran la sexualidad de las personas que los usan, están en contra de la naturaleza, promueven la inmoralidad y hasta alientan a que las mujeres a que sean tomadas como objeto de placer sexual.". Por otro lado, La Unión Nacional de Padres de Familia, a finales de los 80's llevó a cabo manifestaciones en contra del Consejo Nacional para la Prevención y Control del SIDA (CONASIDA) debido a que sus campañas promovían el uso del condón, lo cual resultó inaceptable tanto para Provida como para los padres de familia, puesto que, la mejor manera de prevenir tal enfermedad es, desde su punto de vista, a través de la fidelidad en el caso de las parejas casadas y la abstinencia en el caso de los jóvenes. De igual manera,

aseguran que el condón no es eficiente ni para la anticoncepción ni para evitar el contagio del VIH.

Medios de comunicación. Hoy en día, los medios de comunicación transmiten discursos heterogéneos referentes a la sexualidad (conservadores, modernos o una mezcla de ambos) No obstante, estos no persiguen mostrar a la gente las diferentes visiones de lo sexual para su puesta en práctica o cuestionamiento, más bien, están enfocados al consumismo y a la estabilidad política de las clases dominantes (Amuchástegui, A. 2001).

Actualmente, en revistas comerciales como "Cosmopolitan" se puede ver la coexistencia de discursos, pues por un lado, reconocen el deseo sexual femenino como "natural" independientemente de que la mujer se encuentre dentro de una relación marital, y por otro, hacen referencia al deseo "natural" de toda mujer hacia el matrimonio y a la maternidad.

Caso interesante resulta el de la popular cantante norteamericana Britney Spears, quien por un lado, vende y promueve una imagen sexy y hasta promiscua (calificada así por ella misma) en sus promocionales y presentaciones, y por otro, afirma el valor moral de conservar la virginidad hasta el matrimonio.

También podemos observar en la televisión, telenovelas cuyas protagonistas tienen las características típicas de la "buena" mujer con algunas variantes de la modernidad -- como por ejemplo, es una profesionista brillante y económicamente independiente-- sin embargo, esa misma mujer, se niega a tener relaciones sexuales si no siente amor --lo cual, si es realizado por El protagonista-- ya que el acceder a ellas sólo por placer es propio de las "malas" mujeres. El amor en la sexualidad tiene un papel importante para la mujer, pues la aleja de la descalificación social.

Ahora bien ¿qué significa la sexualidad para los individuos que se hallan inmersos en un contexto que difunde visiones tan heterogéneas referentes a aquella como nuestra sociedad actual? Amuchástegui, A. (2001) se acerca a esta cuestión mediante una

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

investigación realizada en tres comunidades: un barrio rural de la ciudad de México, un pueblo rural y mestizo en el estado de Guanajuato, y un pueblo indígena en Oaxaca. Concretamente, el objetivo del estudio era averiguar la manera en que los individuos de tales comunidades construyen el significado de su primera experiencia sexual desde dicha diversidad de ópticas. La autora encontró que estas no llegan a chocar entre sí, sino que coexisten pacíficamente en un sentido de tolerancia, pues en los relatos de los entrevistados, las mujeres solteras daban una importancia considerable a la virginidad, pero ellas no la conservaban. Los hombres por su parte, hablaban del derecho del novio a rechazar a una novia no virgen, y sin embargo, habían aceptado a sus novias, quienes carecían de tal "virtud".

Esto le da pauta a la investigadora para afirmar que si se tratara de discursos encontrados "las transgresiones a la prescripción de la virginidad femenina aquí narradas, habrían sido castigadas, por ejemplo, mediante en repudio de la novia por parte del novio." Pese a que la investigadora nos habla de una coexistencia pacífica de discursos, se encontraron sentimientos de culpa tanto en las novias que habían perdido su virginidad como en los hombres que habían tenido relaciones sexuales con mujeres vírgenes –en este caso, tal sentimiento, los llevó a casarse con ellas, pues el no hacerlo, les significaba que eran hombres cobardes e incumplidos, ya que habían empeñado su palabra de honor.

Ahora bien, dada esta panorámica de la sociedad actual ¿qué podemos decir de la situación de las mujeres? ¿qué significa ser una mujer hoy en día? ¿cómo debe ser para ganarse la aceptación social? y ¿de qué manera estos discursos, aún modernos, se relacionan con su depresión?. En el siguiente capítulo nos adentraremos a estas cuestiones, discutiendo además la concepción de mujer en los discursos filosóficos y religiosos, antes presentados.

CAPÍTULO III

EL SIGNIFICADO DE SER MUJER Y EL DESARROLLO DE UNA DEPRESIÓN

CAPÍTULO III

EL SIGNIFICADO DE SER MUJER Y EL DESARROLLO DE UNA DEPRESIÓN

Es importante dejar claro que la condición humana es multicausal. Así, la comprensión de la naturaleza de la depresión, requerirá más de una perspectiva. Los estudios de género, constituyen sólo una óptica, pero contribuyen de manera importante a la conformación de una etiología.

En el capítulo anterior revisamos las concepciones filosóficas y religiosas sobre el ser femenino, su "naturaleza" y su deber ser. Vimos también la manera en que tales visiones prevalecen, en cierto sentido, coexistiendo con los valores de la modernidad en nuestra sociedad actual. Aquí, trataremos de advertir el papel de estas ideologías --en tanto constructoras de sujetos de género-- en la depresión femenina, particularmente, de la mujer mexicana de clase media y baja.

3.1 La concepción de mujer en la religión católica.

Como se pudo notar anteriormente, la mujer, bajo el catolicismo, ha sido entendida como un ser carente de fuerza espiritual que la hace más vulnerable a la tentación del mal. La sensualidad que encierra su cuerpo la convierte en una criatura desconfiable, y no digna de las más altas tareas eclesiásticas. Partiendo de estas afirmaciones, se hace necesaria la invención de dos tipos de mujeres: las buenas y las malas. Con esto se pretende controlar su sexualidad y su poder dentro de la iglesia.

Rituales como el del matrimonio, nos dejan ver que la mujer no es percibida como un ser con valor propio, pues se presupone que esta pertenece y se entrega a un hombre en un sentido de posesión. La connotación del uso de un vestido blanco es de pureza, esto es, presupone que ni siquiera es dueña de su propio cuerpo, ya que debe darlo a otro, en estado virgen.

Asimismo, su valía recaerá en ser madre, es decir, al seguir el deber ser de las mujeres buenas. Esto propuesta no deja lugar a cuestionamientos sobre la maternidad o virginidad, en pocas palabras, no deja espacio a un ser con intereses propios, cuyo valor e importancia en la sociedad se derive a partir de sí mismo. Tenemos entonces que, desde esta óptica, lo que se sugiere a la mujer es tener una actitud de sumisión y subordinación ante los hombres, de rechazo al placer del propio cuerpo, a la idea inquebrantable de encontrar el valor y realización personal en la maternidad, en pocas palabras, a la renuncia de una identidad propia y a la sujeción del deseo de los otros antes que a los propios.

3.2 La concepción de mujer en la filosofía.

Para los filósofos Platón y Aristóteles la diferencia hombre-mujer va a asimilarse como una desigualdad jerárquica, en donde la mujer es colocada lejos de la completud y de la perfección. Se le mira como un ser extraño, inferior al que hay que gobernar dada su escasez de razón e imperfección. La inferioridad natural de la mujer se va a legitimar mediante la razón, propia de los filósofos, con la cual pretenden tocar la "verdad", distante de toda mitología.

El pensamiento platónico percibe lo femenino, en *El Timeo*, como un hombre mutilado, en falta, que carga con una pena, la mira con extrañeza y la coloca en el lado de lo 'anormal'. No obstante, intenta romper con el significado de mujer, vigente en ese tiempo, al afirmar su capacidad de razonamiento y aptitud para gobernar, pero al parecer, las fuertes críticas al respecto le hicieron retractarse de sus planteamientos o sería más bien que, no estaba totalmente convencido de ellos.

Para Aristóteles, la mujer en realidad no existe como tal, puesto que, es un proyecto de hombre inconcluso, la irrupción de un proceso que persigue la perfección, una malformación de la naturaleza, porque la única *forma* que puede haber es la de hombre, la de mujer no se reconoce, se le mira extraña. La anulación de ese otro como ser diferente deja ver que para el pensador, lo humano es hombre, no hay otra alternativa. La "frialidad"

de la mujer es el obstáculo que la separa de la humanidad pero también de la ciudadanía, ¿cómo puede ser ciudadano alguien que no alcanza ni siquiera la categoría de ser humano?

La veneración de la filosofía a la razón va a reforzarse en la era de las luces, época en donde se intenta fundamentar racionalmente el poder de los gobernantes con el fin de alcanzar una sociedad más justa. La razón, será la herramienta que desencadene a los hombres de la opresión, así, a partir de ella se legitimará la libertad y la igualdad de los individuos. Pero una vez más, este discurso está hecho por y para hombres, ya que, los términos, igualdad y libertad no se aplican a la mujer, pero no porque se pretenda someterla --lo cual sería irracional-- sino porque su subordinación es natural, según la perspectiva de los pensadores

Para John Locke, la mujer no figura en su teoría liberal como ser racional, su falta de razón la aleja de la autonomía y la libertad. Es por ello que debe obedecer y no mandar. El individuo del que nos habla Locke es un hombre, quien a su vez es libre por naturaleza, a diferencia de la mujer, quien es subordinada. Por otro lado, las condiciones que legitiman el poder en la sociedad, se invalidan dentro de la familia --por ser sagrada-- y en la relación con la mujer --dada su naturaleza -- en estas dos dimensiones, el varón es el todo poderoso, el amo. Vemos en esto que, la razón que tanto defiende el filósofo tiene límites: se detiene ante el poderío de la naturaleza y de lo sagrado. Se deslumbra frente a ello, por ser incuestionable e irreversible. Se detiene a fin de cuentas, ante el poder divino. Pese a las críticas que hace de éste --por parecerle irracional-- tenemos que, la razón de Locke termina sacralizando el poder, por creerse superior a la mujer y con el derecho de gobernarla.

Jacques Rousseau por su parte, manifiesta un firme desacuerdo con la desigualdad social, la cual evidencia la "violencia del poder y la opresión del débil". Pero esta demanda de justicia es a favor de los hombres solamente. La mujer queda excluida otra vez de los derechos masculinos, pues es entendida como un ser de otra especie, como un animal al que hay que dominar y adiestrar apartándola de la sociedad, evitando así que apasione a los hombres virtuosos y racionales, ya que, la presencia de su sensualidad en el mundo público provocaría un caos, una decadencia. Vemos aquí que la razón de Rousseau se quebranta

ante la belleza femenina, es por ello que le inventa anhelos, que provienen de él pero que proyecta en ella: el matrimonio y el deseo de ser subyugada. A través de éstos pretende controlarla, domesticando su deseo y enseñándole las labores serviciales propias de su sexo. A cambio de esto, la mujer obtendrá felicidad y una situación socialmente respetable, dado que dejará de ser una mascota, sin dueño.

Rousseau legitima el poder del padre dentro de la familia por ser algo naturalmente establecido, de manera que los derechos de igualdad que gobiernan la sociedad no pueden regir aquella. Un ejemplo de este autoritarismo "natural" es la anulación de la maternidad, pues para Rousseau resulta ofensiva, nociva para los niños. Se opone a que estos sean educados por la madre porque ¿cómo puede educar alguien que carece de la esencia humana, de razón?. Así, la mujer termina siendo sólo una cosa biológica, usada en la reproducción, pero sin llegar a ser madre. La mujer en el pensamiento de este filósofo es, temida, deseada, anulada, utilizada perversamente, un animal domesticable cuya única posibilidad de existencia es como un utensilio del hombre, como una sombra manejable y obediente.

En las aseveraciones de los pensadores ilustrados, podemos ver, además de una concepción de mujer, la promoción de un ideal de hombre:

"...individuo centrado y unificado, dotado de las capacidades de razonamiento, conciencia y acción, cuyo centro consiste en un núcleo interior que emerge cuando el sujeto nace y se desarrolla junto con él, mientras permanece esencialmente igual —continuo e idéntico a sí mismo— a lo largo de la existencia del individuo. El centro esencial del ser es la identidad de la persona." (Hall 1992 cit. en Amuchástegui, A. 2001. Virginitad e Iniciación Sexual en México. pp. 126)

Tenemos aquí que el ideal de hombre de los filósofos es un individuo racional y autónomo. Analicemos el significado de estas palabras, si nos remitimos a un diccionario común tenemos que individuo señala a aquel ser que se considera aisladamente de una colectividad, pero también apunta a lo indivisible, que no se puede descomponer en partes.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Por otro lado, vemos que racional, se refiere a aquel que hace uso de la razón, entendiéndose esta por "cierta facultad atribuida al hombre y por medio de la cual se le ha distinguido de los demás miembros de la serie animal. Esta facultad es definida usualmente como la capacidad de alcanzar conocimiento de lo universal...Se entiende la razón como equivalente al fundamento; la razón explica entonces por qué algo es como es y no de otro modo." (Ferrater, J. Diccionario filosófico pp.2774) Finalmente, autónomo apunta a aquel que goza de autonomía, la cual refiere a la libertad del individuo para disponer de sí mismo.

¿Puede un hombre llegar a ser todo esto?, ¿puede guiarse sólo por su razón, ser dueño de sí mismo, y gozar de soberanía? Veamos lo que opinan algunos autores al respecto.

La idea de una identidad propia y esencial, que nace y se desarrolla junto con la persona, es desechada por el psicoanálisis, al afirmar que la identidad es una construcción que se da a partir de otro, quien nos refleja una imagen de nosotros mismos, esto es, es algo que nos viene dado desde afuera. Asimismo, Freud nos advierte de un actor casi imperceptible en escena pero que desempeña un papel de suma importancia en la subjetividad: el inconsciente. Este es una parte constitutiva del aparato psíquico, pues Freud concibe al sujeto como escindido en superyo, yo, y ello. El yo va a negociar tanto las peticiones del superyo como las del yo, tratando así de evitar la tensión psíquica. Es por ello que en psicoanálisis se prefiere hablar de un sujeto en vez de un individuo, puesto que, obedece a los deseos de un otro. Dada esta panorámica, ya no podemos confiar en las explicaciones que nos da el sujeto de sus actos, pues el inconsciente se inmiscuirá aún en los discursos más racionales.

Mardones, J. (1996) quien se adentra en los plantamientos de Freud y Nietzsche, nos dice que para ellos, la razón está imbricada de "falsas racionalizaciones. Argumentaciones que son un juego sofista para enmascarar nuestros intereses o miedos, nuestro afán de poder o nuestras impotencias..." (¿Hacia dónde va la religión?. pp. 18)

Los estudios de género han cuestionado también la idea de una identidad esencial y de una autonomía individual, pues han mostrado que no hay una única identidad humana, sino dos: es masculina o femenina. Esta perspectiva sostiene además que, tales identidades no devienen de forma natural en la persona, ya que, son el resultado de una imposición e invención social. Así, somos contruidos como sujetos de género, lo cual a su vez nos señala, de alguna manera, una visión del mundo, una forma de pensar, de comportarnos, y de experimentar emociones.

La soberanía del individuo se pone en duda inclusive al momento en que se comunica, pues según Hall, 1992 (cit. en Amuchástegui, A. 2001. pp. 128) "...el lenguaje es un sistema social, no individual. Existe antes que nosotros. No podemos ser, en sentido alguno, simplemente sus autores. Hablar una lengua no significa sólo expresar nuestros más íntimos y originales pensamientos, también significa activar el vasto rango de significados que ya están arraigados en nuestros sistemas de lenguaje y cultura."

Para Lara, J. (1996) en el lenguaje se evidencia la visión del mundo de una cultura y, por consiguiente, su forma de relacionarse con él, puesto que, parte de determinados presupuestos ideológicos. En este sentido, el individuo no solo se limita a ser usuario del lenguaje, sino que el sujeto mismo también es utilizado por éste, su cultura habla a través de él. Este autor agrega que, el lenguaje de la civilización occidental es conceptual, lo cual revela que el hombre se concibe separado y por encima de la naturaleza. A continuación ejemplificaremos esto.

Tenemos que, para el citado autor, un concepto es una abstracción de una característica de la realidad, por ejemplo, un color. En occidente, al referirnos a un color, no necesariamente tenemos que hacerlo vinculándolo con algo concreto, es decir, con un objeto que posea tal rasgo. Así, el concepto de 'color' pasa a ser independiente de la realidad y en este sentido, existe en sí mismo. La presencia de verbos en infinitivo, en el lenguaje occidental, obedece también a esta abstracción conceptual de lo real, dado que están desvinculados de un sujeto, de manera que se puede decir, que es el verbo mismo el que ejecuta la acción. Analizar de esta manera nuestro lenguaje puede parecernos absurdo,

pues para muchos de nosotros esta forma de hablar es normal e inclusive nos atreveríamos a decir que es universal, que todos los lenguajes son iguales. Pero ¿por qué nos resulta esto carente de sentido?. De acuerdo con Lara, J (1996) esto se debe a que estamos sumergidos en el paradigma occidental, en sus presupuestos invisibles, y a que generalmente, un paradigma no se cuestiona a sí mismo.

Así, puede sorprendernos el hecho de que el lenguaje de las culturas cósmicas --se entiende por estas aquellas que tienen una visión integral del mundo, es decir, aquellas en donde cada elemento del cosmos es entendido como importante e indispensable, pero además ella misma se mira como parte de él, debe su existencia a él, y se vincula con él en cada uno de sus actos cotidianos, de ahí la sacralización de toda la naturaleza en señal de agradecimiento y humildad. Una muestra de ellas son las culturas prehispánicas-- no sea conceptual, pues su visión de la realidad no es abstracta sino en relación con ella, con el universo.

En tales lenguas, no encontramos verbos en infinitivo, pues siempre están vinculados a un sujeto. Wolgemuth, C. (1981) La estructura del verbo náhuatl, por ejemplo, consta, de tres partes: el prefijo, la raíz, y la terminación. Sin embargo, en algunos casos, podemos hallar verbos sin prefijo, pero esta ausencia no significa que carezcan de un sujeto sino que en la terminación, se señala tanto el sujeto como el tiempo. Analicemos a continuación, el verbo *niquīsa*, tenemos que la primera parte, *ni*, corresponde al prefijo pronominal, el cual nos señala la persona que ejecuta la acción, las letras en negrita indican la raíz del verbo, que es la base de este y a partir del cual se forman las diferentes conjugaciones, por último, la terminación, *sa*, apunta al número de personas que realizan la acción, y al tiempo. (Ibidem) Por lo tanto, la traducción correcta al español del citado verbo sería, 'yo salgo', y no, 'salir' como podemos encontrarlo en algunos diccionarios que "occidentalizan" el lenguaje cósmico y lo convierten en conceptual. Es muy importante resaltar esto, pues es un ejemplo de cómo nuestra visión cultural, nuestros lentes ideológicos, pueden llevarnos a interpretar erróneamente, una civilización diferente a la nuestra.

El lenguaje de las culturas cósmicas, está estrechamente relacionado con el universo, la realidad para ellas es éste, sin más. Según Lara, J. (1996) esto revela que, aquí lo humano se sitúa ante el mundo como sujeto, y no como individuo. La concepción de individuo y de autonomía son características de la civilización occidental, puesto que, el hombre de tal cultura se visualiza separado y jerárquicamente por encima de la naturaleza. Desde mi punto de vista, lo sugerido por el autor es sumamente interesante, pues si revisamos los cuestionamientos hasta aquí expuestos sobre la individualidad y soberanía del sujeto, observamos que apuntan siempre en una dimensión psicológica o social, esto es, en un plano simbólico-abstracto, pero no es común encontrar un refutamiento en un nivel más elemental o concreto, es decir, en un nivel que implique a la naturaleza. Biológicamente, ¿qué organismo puede subsistir por sí mismo? la respuesta es simple: ninguno.

Considero importante revisar a continuación los presupuestos implícitos de los que parte nuestra civilización occidental, Según Lara, los cuales se hallan imbricados en el estilo de vida, en la forma de percibir el mundo, y también en los significados del género.

- El hombre occidental se separa de la naturaleza y se coloca jerárquicamente por encima de ella
- Todo es antropocéntrico
- Se le quita el respeto y la importancia vital a la naturaleza
- Fragmenta conceptualmente la realidad

Estas reglas "invisibles" se materializan en doce instituciones de tal civilización:

- La filosofía
- La razón
- El monoteísmo
- La masonería
- El lenguaje
- Las ciencias sociales

- La pedagogía
- La política
- La economía
- El arte
- Las categorías y conceptos
- La tecnología

Así tenemos que, la filosofía es una reflexión racional centrada en el hombre, una disciplina en donde éste legitima, mediante la razón, su muy particular visión del mundo y además la universaliza. Es, en pocas palabras, un pensamiento antropocéntrico en donde todo gira alrededor del hombre. Lara, J. (1996). Veamos ahora cómo es que dichos magnopresupuestos se entretajan dentro del discurso filosófico.

Hemos dicho que los filósofos, tanto griegos como ilustrados, repudiaban las concepciones mitológicas y religiosas acerca del mundo, por derivarse de la imaginación del hombre, esto es, por ser subjetivas. Esa aversión los llevó a inventar una nueva lógica, que proviene precisamente del hombre --del mismo que imagina, que teme y que desea-- es decir, no se escapan de lo que rechazan, pues crean nuevamente un "conocimiento" subjetivo y además antropocéntrico. Sus tesis están impregnadas de presupuestos ideológicos, de manera que el acercamiento filosófico a la realidad, con todo y su preponderada razón, no es objetivo.

El antropocentrismo puede observarse en el hecho de que la mujer no es mirada o "estudiada" como un ser en sí mismo simplemente --ni siquiera se le reconoce como tal-- sino que se le califica ¿respecto a quién? al hombre, claro está, ya que él será el punto de referencia, la medida exacta a partir de la cual se evaluarán las cosas que habitan el mundo. Así, si la opinión que se tiene de la mujer aparece bastante devaluada, es porque existe un otro que se halla en el extremo opuesto a ella, reposando en la cima de la perfección y la completud. Asimismo, el concepto de individuo --que nace del pensamiento filosófico ilustrado-- no sólo denota indivisibilidad y autonomía, sino que concuerda, únicamente

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

con el género masculino, nunca corresponde al femenino. Es una categoría pensada por y para el hombre.

Por otro lado, se le quita la importancia vital a la naturaleza, y por lo tanto, el respeto, pues, la mujer no es concebida como parte imprescindible de aquella. Se le niega el valor de ser pieza integral, constitutiva y esencial del universo. Pero con ello, irónicamente, se niega también el hombre, ya que su existencia es inherente a la de la mujer. Esto se relaciona con otro presupuesto: fragmentación conceptual de la realidad, pues simplemente no se tiene una visión holista de esta, no se parte del hecho de que todo está relacionado con todo sino al contrario: se mira al cosmos --entendiéndose este como totalidad-- dividido y desarticulado. Así, la palabra hombre y la palabra mujer pasan a ser conceptos desvinculados e inclusive opuestos jerárquicamente, no se visualizan como una unidad necesaria, y en cierta medida, cada uno existe independientemente del otro.

"...las relaciones entre los sexos, lejos de suponer un diálogo, representan a un sujeto que habla --el hombre-- y a otro sin voz que es la objetualización de la palabra y del deseo del sujeto hablante." (Molina, C. 1996. Dialéctica feminista de la Ilustración. pp. 266)

Esta lógica deviene de otro presupuesto: el hombre se piensa lejos, se separa y se coloca jerárquicamente por encima de la naturaleza, porque como vemos, la mujer --aún entendida como ser natural-- es vista por el hombre con extrañeza, como si él no deviniera y formara parte de ella y viceversa. Habla de la mujer, pero no se implica, se aparta de ella, y al mismo tiempo, la ve como un ser inferior al que hay que dominar, al igual que el resto de la naturaleza. Esto revela que el hombre no se concibe vinculado con el mundo natural, parece estar más ligado al mundo de sus ideas.

En lo anterior, podemos ver que cada uno de los presupuestos están interrelacionados entre sí, de manera que uno le da sentido a otro. Cabe mencionar aquí que, la percepción filosófica del ser femenino, no difería del status quo de aquel tiempo, de modo que había un consenso al respecto. Pero lo que hicieron los filósofos no fue únicamente repetir lo ya dicho, sino legitimar, validar la diferencia jerárquica de los sexos

TESIS CO.
FALLA DE ORIGEN

mediante su instrumento favorito, productor de verdades: la razón. Consolidándose y perpetuándose con ello un deber ser, que aún en nuestros días nos atraviesa de alguna manera

Considerando todo lo expuesto hasta aquí, se hace pertinente abordar la pregunta planteada en el segundo capítulo: ¿a qué obedece la diferencia jerárquica de los sexos?. De acuerdo con... quien encuentra un sentido a tal diferencia, mediante los argumentos de Foucault, nos dice que en ello interviene un deseo de poder

“...tanto el discurso científico como el filosófico están movidos por una voluntad de saber que es pasión e instinto y es, en última instancia, una voluntad de poder...el discurso se va configurando como objeto y como instrumento de poder: el poder tiende a controlar el discurso y, al propio tiempo, es a través del discurso como se ejerce el control deseado... la historia de la locura sería la historia de un discurso que ejerce su poder para conjurar y controlar lo otro, aquello que para una cultura es a la vez interior y extraño y debe, por tanto, excluirse, encerrándolo para reducir su alteridad.” (Molina, C. 1996. *Dialéctica feminista de la Ilustración*. pp.266)

En este sentido, nos dice Molina, el discurso patriarcal mira en la mujer a lo otro, la concibe como provocadora de desorden, de caos –recuérdese, por ejemplo a Eva, o a lo que nos sugiere Rousseau sobre la necesidad de apartar a la mujer de la sociedad — y en respuesta al temor que ello le produce, le asigna un sitio, un lugar seguro, la esfera privada.

Explicar los significados del género a partir de un deseo de poder, es desde mi punto de vista, insuficiente, pues da cuenta sólo en forma parcial de la problemática, más no rastrea el origen o el porqué de esa visión de lo femenino y de lo masculino. La voluntad de poder es sólo una ramificación más del árbol generador de toda esta lógica. Así, prefiero compartir mi opinión con la de Lara, J. (1996) ya que pienso que, la relación vertical entre los géneros responde a una visión cultural, no sólo acerca del hombre y la mujer sino acerca de la realidad. Basta adentrarse un poco en los valores de las culturas cósmicas para advertir que dicha verticalidad no es universal.

En las culturas prehispánicas y en las seguidoras de las doctrinas orientales (Budismo, Taoísmo, Zen) por ejemplo, el hombre se concibe como un ser articulado completamente con el cosmos, el cual es mirado como sagrado por el hecho de que genera vida y encierra un gran misterio y sabiduría. Estas civilizaciones tienen una visión holística del universo y del hombre. Las polaridades que se observan en la naturaleza son entendidas como parte de una unidad, de un todo que no se halla escindido sino perfectamente integrado.

3.3 El aspecto dual de la unidad: Yin-Yang, Ometecuhli-Omecihuatl.

Yin-yang

El significado yin-yang forma parte de la filosofía taoísta, la cual a su vez es la base epistemológica de la Medicina Tradicional China. Desde esta perspectiva, la dualidad que se observa en el universo (calor-frío, hombre-mujer, día-noche, etc.) no sólo representa polaridades sino también la unidad, el todo. "El universo es el producto de la polaridad emergente de la unidad primordial y todo cuanto está en él contiene a la polaridad como dinámica esencial de su existencia." (García, J. 2001. La MTC: una alternativa en el campo de la psicología y la salud. pp. 67).

Asimismo, esta filosofía sostiene que los opuestos están estrechamente relacionados, pues el sentido de uno está dado por el otro.

Existe lo alto, sólo porque existe lo bajo

Lo interno existe sólo respecto a lo externo

La derecha sólo porque existe la izquierda

El yin-yang se materializa de igual manera en el cuerpo humano y es un principio básico para entender el proceso salud-enfermedad.

Ometecuhli-Omecihuatl.

Para las culturas prehispánicas, la dualidad de la naturaleza también era interpretada como una unidad. Es bien sabido que dichas culturas tenían representaciones de diversas deidades (Dios del agua, Dios del aire, el Dios sol, etc.). Sin embargo, es precisamente a partir del principio de dualidad como podemos comprender que tal diversidad de Dioses en realidad, refieren sólo a uno: al universo mismo, entendido como totalidad que se manifiesta en polaridades.

Según Seler, E. (1983) es del Dios dual supremo Ometecuhli-Omecihuatl, del cual se derivan todos los dioses y todo lo existente “No cabe duda que hay que interpretar aquella pareja como cielo y tierra. El dios primordial es el cielo que cubre la tierra y que la fecunda con sus rayos y con la lluvia; la tierra extendida abajo recibe de él sus gérmenes. El hijo de ambos es naturalmente lo que se encuentra entre ambos: el aire y todos los seres que pueblan las diversas esferas entre el cielo y la tierra” (Quetzalcóatl pp 539).

Y sabían los Toltecas

que muchos son los cielos,

decían que son doce divisiones superpuestas.

Allá vive el verdadero Dios y su comparte .

El Dios celestial se llama Señor de la dualidad, Ometecuhli,

y su comparte se llama señora de la dualidad, Omecihuatl, Señora celeste;

quiere decir:

sobre los doce cielos es rey, es Señor.

Madre de los dioses, padre de los dioses, el dios viejo,

tendido en el ombligo de la tierra, metido en un encierro de turquesas.

El que está en las aguas color de pájaro azul,

el que se halla en un encierro de nubes,

el dios viejo, el que habita en las sombras

de la región de los muertos,

el Señor de fuego y del año.

Como podemos ver, para estas culturas, la naturaleza no está jerarquizada ni fragmentada, pues todo es parte esencial de todo. Desde esta óptica, podemos decir que lo femenino es parte integral de lo masculino, no queda lejos ni inferior de su opuesto, no es, ni siquiera separable. Así, lo femenino es diferente e igual, valioso y respetable. Es simplemente sagrado, puesto que, representa una pieza constitutiva del universo.

3.4 Femenidad y depresión.

¿Qué queda de una mujer cuando la despojamos de su femineidad?, ¿qué queda de una mujer cuando la sacamos de sus roles de novia, de esposa y de madre? ¿Qué queda de un ser humano cuando se le niega el derecho de hablar, de encontrarse en los espacios que él desea, cuando se le coloca una vestimenta que no es de su talla señalándole que si se la quita, será rechazado?

Reflexionar detenidamente sobre estas interrogantes me parece que puede ayudarnos a entender, primeramente, la situación de las mujeres, y luego, sus quejas, dentro de estas su depresión. Pero si tuviera que responder a tales preguntas brevemente, escogería dos conceptos: frustración y vacío.

La frustración es un estado de insatisfacción debido a una constante supresión de las formas que el sujeto desea para su concreción. Estas pueden ser actividades, actitudes, espacios físicos, en fin, un estilo de vida. Ello hace que el individuo se vea sin nada, pues no hace suyo nada de lo que tiene, mira como ajena su propia vida, generándose en él una sensación de vacío.

"El 'vacío'... se puede explicar cuando los sujetos entran en crisis permanentes y en proceso de desvalorización porque no existe un vínculo entre lo que se desea y lo que se hace en la vida real." (Familia y cuerpo humano. López, S. 1997.pp.71)

Aterrizando lo anterior a la condición de la mujer, tenemos que se le descalifican muchas posibilidades de expresión, ponderándose solo una: la que se circunscribe a la

imagen ideal que se le ha fabricado. Las manifestaciones de enojo no, porque se confunden con agresividad; no al goce de la sexualidad con quien ella desee, porque se convierte en una "cualquiera", no a todo aquello que la aleje de su lugar designado. A esto hay que agregar que está condicionada a vivir a partir de otro, para agradarlo y servirlo: esposo e hijos; teniendo que hacer a un lado sus intereses propios o en el mejor de los casos, minimizarlos, no tomarlos tan en serio.

De acuerdo con García y Sharfman (1993) la frustración es un elemento predominante en la depresión de mujeres. Pero además, debe considerarse que pueden experimentar toda una gama de emociones y sentimientos, que van desde las reacciones reactivas, las somatizaciones bien simuladas ante los otros --que también ocurren cuando el dolor no se quiere o no se puede verbalizar por algún motivo, como podría ser un sentimiento de culpa, entonces el cuerpo es el que habla-- hasta los ataques de ira, dirigidos hacia otros

Pienso que no podemos aislar cada una de estas manifestaciones del conflicto de la mujer, ni mucho menos identificar a esta a partir de una de ellas suponiendo que ya hemos atrapado su sintomatología y que de determinada etiqueta no se nos puede mover. Esto sería fragmentar su realidad. Así, no estoy de acuerdo con Becker 1989 (cit en García y Sharfman 1993) cuando sugiere que:

"...en la actualidad la angustia es la que reemplaza a la depresión convirtiéndose en la principal enfermedad que aqueja a las mujeres y esto se debe a que hoy en día la mujer vive la lucha entre lo que debería sentir y lo que siente en realidad con respecto a su vida. Antes no se cuestionaba, simplemente aceptaba su 'destino' y se deprimía como respuesta a él." (Etiología del conflicto emocional en la mujer. García y Sharfman 1993. pp.62)

En mi opinión, la angustia bien puede desencadenar depresión, culpa, ansiedad, ira, etc. El ser humano no puede encasillarse sólo en un estado de ánimo, ni pasar de uno a otro como si nada hubiera ocurrido, sino que experimenta una especie de proceso, en el sentido de que queda marcado en mayor o menor medida por toda experiencia. Negar esto, es negar

que los acontecimientos pasados alguna vez sucedieron, es negar la irreversibilidad del tiempo. Así, creo que cada uno de los síntomas de la mujer, están estrechamente relacionados entre sí, y si los analizamos, veremos que no son tan diferentes, ya que tienen una base común: insatisfacción y desmotivación ante la vida.

Tampoco estoy de acuerdo con la autora, cuando dice que la mujer, anteriormente aceptaba su rol tradicional y sólo se deprimía ante él, pues la depresión no es sinónimo de aceptación, por el contrario, es una inconformidad, una manifestación de sufrimiento, una forma de queja. Es una elección de muerte ante una dolorosa realidad. La mujer no se resignaba a su deber ser, porque en su silencioso rechazo, materializaba su abyección. La queja es un primer paso de resistencia e individualidad. Lo que sucede, desde mi perspectiva, es que la mujer, en tiempos pasados, no era escuchada, temía escucharse incluso a sí misma, por eso callaba. Ahora las cosas están cambiando, se asombra de lo que oye, y se angustia por ello, pero sin despedirse de la depresión y de tantas otras cosas a las que trataremos de aproximarnos en este capítulo.

Dada esta panorámica, me referiré al conflicto de la mujer como *depresión*, pero no como una etiqueta constituida por *x* número de características aisladas, bien definidas y previamente establecidas, sino como un malestar general ante la vida, una insatisfacción, desmotivación, enojo, miedo, frustración, vacío y todo aquello que no sabemos aún que la mujer experimenta en sus momentos más íntimos. Utilizaré dicho término, sólo para llamarle de alguna manera.

3.5 Aporía de una invención.

La mujer, en su justa definición histórica, no ha sido más que un invento, existente sólo en la cabeza del hombre, occidental por su puesto. A la mujer no se le ha conocido ni reconocido aún, se le ha inventado. Es, como señala Fernández, A. (1993)

"...una ilusión, "pero de tal fuerza que produce realidad" es más real que las mujeres. .hasta tal punto que impide registrar la singularidad de cada una de ellas. Ni aún en el espejo

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

pueden verse ellas mismas... sus imágenes son apropiadas por la imagen de *la mujer*. Sus voces no pueden ser escuchadas, silenciadas como están por ese coro anónimo que habla, grita y susurra por todos lados lo que *la mujer* es. (La mujer de la ilusión. pp. 22. *Cursivas mías*).

A lo anterior yo agregaría que, la concreción de aquella ilusión no se agota en la cotidianidad, en la identidad, en la queja, en la aceptación o el rechazo a caracterizar el papel de tal *mujer*, sino que además —y esto me parece que es lo más grave— aterriza en el cuerpo, pues no hay que olvidar que él también habla, materializa el dolor a través de la somatización.

“Nuestro lenguaje es psicosomático. Casi todas las frases y palabras con las que expresamos estados físicos son extraídas de experiencias corporales. El individuo sólo puede comprender lo que le resulta aprensible. Esto nos daría tema para una extensa disertación que puede sintetizarse así: el ser humano, para cada experimentación y cada paso de su conciencia, ha de utilizar el camino del cuerpo. Al ser humano le es imposible asumir conscientemente los principios que hayan descendido a lo corporal. Lo corporal nos impone una tramenda vinculación que habitualmente nos causa miedo, pero sin esa vinculación no podemos establecer contacto con el principio”. Dethlefsen y Rudiger cits. en López, S. 2002. *El cuerpo y las enfermedades psicosomáticas*. pp.26)

Las formas de somatizar son diferentes para cada individuo, sin embargo pueden observarse ciertas tendencias. Por ejemplo, en los estados depresivos, se manifiesta en el cuerpo una deficiencia del sistema inmune, lo cual abre las puertas a casi cualquier tipo de enfermedad. La acupuntura, por su parte nos dice que los estados prolongados de melancolía, pueden producir alteraciones en los pulmones. Así, los trastornos psicosomáticos son diferentes, y de acuerdo con Luba y cols. (cits. en López, S. 2002) pueden clasificarse de la siguiente manera:

“Síntomas de conversión. El síntoma adquiere un carácter simbólico que no es comprendido por el paciente. La manifestación del síntoma puede entenderse como un

intento de solucionar el conflicto. Los síntomas de conversión suelen afectar la motricidad voluntaria y los órganos sensoriales.

Síndromes funcionales. Al contrario de lo que ocurre con a sintomatología de conversión, en este caso el síntoma concreto no tiene una importancia particular en la vida del paciente sino que se trata de una consecuencia no específica del trastorno de una función o percepción corporal.

Enfermedades psicósomáticas en sentido estricto. Son producidas por una reacción física primaria frente a una vivencia conflictiva, acompañada de transformaciones morfológicas objetivables y una enfermedad orgánica. Desde el punto de vista de la medicina histórica, este grupo comprende los siete cuadros patológicos clásicos de la psicósomática asma bronquial, colitis ulcerosa, hipertensión esencial, hipertiroidismo, neurodermatitis, artritis reumatoide y úlcera duodenal " (El cuerpo y las enfermedades psicósomáticas. pp. 24.)

Considerando lo anterior, vemos que la importancia de lo corporal en los estados depresivos no puede soslayarse, pues en estos se emprende un lento y silencioso suicidio, sino se les maneja adecuadamente.

"El duelo, otro estado dependiente de un amplio procesamiento cerebral, deprime el sistema inmune; los afectados son más proclives a contraer infecciones y —sea o no consecuencia directa— a desarrollar ciertos tipos de cáncer. Uno puede morir de una pena profunda". Damasio cit. en López, S. 2002. El cuerpo y las enfermedades psicósomáticas. pp. 24)

Por otro lado, podemos decir que la feminidad es el rostro de una mujer que sólo puede reflejarse en el espejo de un hombre. Pero tal mujer no existe realmente, ha sido inventada, fabricada en el pensamiento antropocéntrico del hombre occidental.

La masculinidad, en contraste con la feminidad, rebasa el espacio dicotómico hombre-mujer, y encuentra tierra fértil en los hombres mismos, quienes, a diferencia de las mujeres, son los constructores y validadores últimos de su propia identidad de género. Esto

resulta muy coherente si nos introducimos en los significados de la diferencia sexual. El varón debe *hacerse* hombre, pasar por determinadas pruebas que constaten y legitimen su virilidad, espera ser bautizado por un otro adiestrado en el reconocimiento de la autenticidad de la hombra, por el discurso social en vigencia que le recuerda a diario lo que denota su sexo. Pero el status que busca sólo puede otorgárselo aquel que posee el poder, el que tiene la voz en el discurso, el que dicta las reglas, y ese sólo puede ser él mismo. Así tenemos que, además de ser el fabricante de las etiquetas: "femenina" y "masculino", será el único que pueda colocarlas en las identidades de los sujetos.

En cambio, la mujer no es la legitimadora oficial ni definitiva de la maculinidad, no valida ni siquiera su propia femineidad, pues como ya se dijo, esta es un rostro que sólo puede reflejarse en el espejo de un hombre. La mujer no espera que otra mujer la reconozca y le otorgue el título de "femenina", por "muy mujer" que esa otra sea. Una madre puede pedirle a su hija que sea femenina; una mujer puede arreglarse para otras mujeres con la intención de sorprenderlas con su belleza, pero ello no se efectúa en un sentido de reconocimiento, sino de competencia, es una lucha por ser la más bonita, la más decente, la más agradable, en fin, la más mujer, ya que por medio de esto se atraerá a los hombres. El objetivo de la femineidad es tener a un hombre, el objetivo de la masculinidad es tener poder.

La concepción de mujer, es decir, *la mujer abstracta*, esa que existe independientemente de la mujer real, esa que se divide en dos --la buena y la mala-- ha pretendido ser la protagonista en la identidad de cada una de las mujeres terrenales sin pedirles permiso primero, como un ladrón que se apodera de lo ajeno. Pero el problema no se acaba dejándola habitar o no en nuestro cuerpo, está más bien en cómo manejamos el eco de su voz, en lo que hacemos con su sombra, ¿cómo conviven las mujeres que padecen de depresión u otra forma de sufrimiento --en el que intervenga el significado de su género-- con aquella mujer fantasmal?, ¿cuáles son sus diálogos?, ¿cómo son sus peleas?, ¿llegan a reconciliarse en algún momento?.

Antes de adentrarnos en tales interrogantes y de echarle toda la culpa a esa mujer abstracta del conflicto existencial de la mujer real, me parece que es importante resaltar una cuestión: el ser humano antes de pretender etiquetarse como hombre o mujer tiene primero que ser, simplemente. Debe encontrarse consigo mismo en el vacío, y en esa soledad inventarse si quiere una esencia, pero no encerrarse todo él en un solo espacio. El ser humano da para más, etiquetarse es lo mismo que negarse, inmovilizarse, impide el crecimiento y la evolución, es igual a la muerte. Y si surgen dudas de esto, preguntemos entonces a las mujeres deprimidas qué tienen además de su completa o mutilada femineidad. Qué las define a parte de su caricaturesca imagen de mujer ideal o insubordinada.

En mi opinión, la frustración y el vacío que experimenta la mujer deprimida no es únicamente por el rechazo al traje de la femineidad, es eso y más. La frustración y el vacío resultan por no poder encontrarnos solos con nosotros mismos, por no saber quiénes somos, por pensar que sólo somos a partir de algo o de alguien que nos regale una identidad y que nos haga olvidar por un momento que no estamos solos. En otras palabras, el vacío aparece cuando de repente nos vemos sin un suelo donde pisar, sin algo de qué sujetarnos, cuando no vemos nada más que a nosotros mismos. Y esto sucede tanto a hombres como a mujeres.

Conze, E. (1997) nos dice que algunos autores como Freud, heidegger y el pensamiento budista se han referido a esto como la angustia básica del ser humano: "hay en el núcleo de nuestro ser una angustia básica, un pequeño hueco vacío del cual sacan su fuerza todas las demás formas de angustia e incomodidad... Si uno nunca la ha sentido en sí mismo, no hay explicación que pueda convencerlo. Si uno la ha sentido, nunca la olvidará, por más que lo intente, se despierta en medio de la noche y siente una especie de asombro al estar allí, que luego se ve sustituido por el temor y el horror ante el mero hecho de estar allí. Entonces es cuando se sorprende a sí mismo solo, nada más por un momento, contra el telón de fondo de una especie de nada que lo rodea, y con un devorador sentido de su falta de poder, de su completa impotencia, de frente al hecho asombroso de que simplemente está allí. Por lo general, evitamos esta experiencia tanto como podemos, porque es terriblemente destructora y dolorosa. Por lo general, tengo mucho cuidado de no estar solo

con mígo mismo, sino de acompañar al yo con toda clase de experiencias. La gente que está ocupada todo el tiempo, que siempre tiene que pensar en algo, que siempre tiene que estar haciendo algo, incesantemente está huyendo de esta angustia básica u original. Lo que generalmente hacemos es apoyarnos en y depender de algo diferente de este centro vacío de nuestro ser. La afirmación budista es que nunca estaremos a gusto antes de haber superado esta angustia básica, y que sólo podemos hacer esto si no dependemos de nada. (El Budismo. pp. 28, 29)

Enfrentarnos a ese vacío y a nosotros mismos, puede parecer en esta cultura, algo muy cercano a la muerte. Nadie nos enseña a estar solos, y estamos dispuestos a pagar casi cualquier precio antes de aceptar la soledad. Por ello, dice Careaga, (1979) muchos matrimonios se mantienen "unidos" soportando relaciones demenciales, de odio, de aburrimiento, denigrándose uno al otro, pero fingiendo ante los demás que todo marcha bien, sobretodo en las fiestas navideñas, en donde todo es "paz y armonía". Les da terror replantearse una nueva vida a partir de sí mismos, buscar y trabajar en aquello que anhelan, y prefieren traicionarse poniendo cualquier pretexto para no hacerlo: los hijos, la edad, etc. No se trata de vivir solos, sino de no depender necesariamente de alguien o algo para sentirnos "bien" --como un drogadicto que requiere de su dosis diaria para aminorar su ansiedad-- se trata de tener algo de base, algo que nadie nos pueda quitar por muy solos que estemos. De manera que cuando perdamos algo valioso, se nos nubla la vista, pero no el camino.

No hay que olvidar que estamos inmersos en un paradigma de la vida, el occidental. Un paradigma en donde las cosas así son y no es posible cambiarlas, en donde uno solo no vale, y hasta se le reprocha su situación. Pero la buena noticia es que, es sólo un paradigma, es sólo una de las tantas formas de ver la vida, no es universal, ni quiere decir, que eso de lo que tanto se huye sea realmente ominoso.

En el pensamiento budista, por ejemplo, lo temido es lo buscado. La soledad huele a libertad. La muerte parece ser la vida. No es mi intención señalar a tal pensamiento como la panacea, lo que me interesa resaltar es que, dependiendo de los presupuestos implícitos que

tenamos acerca de lo que es la vida es como vamos a vivirla. Esto significa que no tenemos que comprar todo lo que nos venden, pues si bien hemos sido constituidos bajo cierto esquema, no por ello estamos condenados a su encierro. Estoy de acuerdo en que somos sujetos, pero también pienso que contamos con cierta movilidad o individualidad que por muy mínima que sea, nos permite ver en dónde estamos parados. Basta con revisar algunos acontecimientos para ejemplificar esto. La sujeción al inconsciente de la que habla el psicoanálisis no le impidió a Freud dar cuenta de él; la incesante sugerencia de una "naturaleza femenina" con todo y una propuesta de vida, no impidió a muchas mujeres emprender un movimiento feminista; el constituirse como sujeto desde la civilización occidental, no obstaculizó a Lara para cuestionar tal cultura. Habrá cosas que no podamos ver, pero aquello que sí podemos, nos puede llevar muy lejos o al menos a dejar de sufrir. Así, yo prefiero quedarme con la siguiente frase: el hecho de decir que no somos libres, nos señala al mismo tiempo cierta libertad.

Si la calidad de nuestras vidas está en decadencia, bien vale la pena asomarnos a otra forma de mirar el mundo. Pero ello implica una búsqueda, una disciplina, y un compromiso de por vida. Sólo quien esté dispuesto a esto encontrará el camino.

3.6 Otra cara de la feminidad.

Lo inmediato que se observa en la situación de la mujer, es que, es enfrentada desde niña a una imagen de sí que revela una identidad carente de individualidad y llena de fantasía. Se le ha educado tradicionalmente para ser la princesa del cuento, incapaz de salvarse a sí misma, esperando al príncipe azul que le dará sentido a su vida. Para una especie de antropocentrismo, en donde toda su vida debe girar, principalmente, alrededor de un hombre y a lo que se derive de él, como por ejemplo, los hijos. En esta adoración al Dios hombre, tiene que olvidarse también de ella o de lo que quede de ella sin él. Sin embargo, puede suceder que hasta aquí, no haya ningún problema. El conflicto aparecerá si ella llega a sospechar, aunque sea por un breve instante, que eso que dicen que tiene que ser, resulta

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

que en realidad no es. Cuando la adopción o el rechazo de aquella *mujer abstracta* comience a inquietarle, a parecerle pesada o estorbosa.

A partir de entonces, entran en escena: la queja, la confusión, la angustia, la somatización, la culpa, la desesperación, la apatía ante la vida, la depresión o cualquier otra cosa que se desprenda del mencionado conflicto. Pero vallamos por partes, ¿qué sucede con una mujer que ha "aceptado" su rol tradicional de esposa-madre y que no obstante, se siente insatisfecha con él?. Al respecto, Ehrlich, M. (1989) nos dice que en su práctica clínica ha encontrado a un gran número de mujeres inconformes con dicho rol, ya que se ven muy limitadas para alcanzar sus intereses personales.

"Lo triste del papel de la mujer en la sociedad y en la familia es que su identidad como mujer está definida por la forma de realizar su tarea. Así, ella debe saber cocinar; ser buena anfitriona con los socios, amigos o compañeros de trabajo del esposo; tener hijos inteligentes, sanos y bien educados, obviamente, estar disponible para su esposo. Si en alguna de estas áreas surgen dificultades, como cuando un niño tiene problemas de aprendizaje, a menudo se culpa a la mujer, quien sentirá que ha fracasado como persona e, indudablemente, como madre." (Los esposos, las esposas, y sus hijos. pp. 13)

Llevar a cabo las tareas que exige el papel de esposa-madre requiere de un tiempo y dedicación considerables. Si pretendiese realizar otras actividades para satisfacer sus propias necesidades, simplemente no contará con el espacio suficiente. Pero al postergarlas, su frustración aumentará día con día, generándole una sensación de encierro, físico y psicológico.

Tenemos así que, la jornada diaria, o mejor dicho, la vida de las esposas-madres, está en función de otros: esposo e hijos. Si nos remitimos a la investigación de Salazar, C.(1999) (capítulo 2) vemos que, inclusive su desplazamiento urbano y sus actividades recreativas están directamente relacionadas con esos otros. Frases como "a mi esposo no le gusta que yo salga" podrían sugerirnos que están insertas en una relación vertical, que el

hombre es el villano o que simplemente son víctimas de las circunstancias. Yo prefiero, sin embargo, pensar al igual que Fontanot, G. (1995) quien nos menciona:

“Es ella misma, frente a su visión del mundo, quien dice: ‘no puedo hacer tal cosa porque él...’, ‘él no aceptaría que yo...’, ‘se iría si hago...’ (El des-cubrimiento de Creta. pp. 92).

Sin embargo, no podemos esperar mucho de alguien a quien no se le ha enseñado a decidir, ni mucho menos, a ser dueña de sí misma. El espacio de su existencia parece estar muy bien delimitado, no puede ir más allá de su sitio, porque si lo hace corre el riesgo de des-cubrirse. La mujer deprimida sabe todo esto, si no de manera clara, analítica o racional, por lo menos lo sospecha, lo intuye. Pero desde su perspectiva parece no haber opción. ¿Quién sería ella si decide abandonar el respetable título de esposa-madre?, ¿es realmente ella si decide continuar con él?

Tal circunstancia de la esposa-madre también provoca incomodidad y tensión al resto de la familia. Implícita o explícitamente, ella habla de su sufrimiento a los otros. ¿Qué niño, principalmente, en sus primeros años de vida, se sentirá tranquilo y encontrará una seguridad en la existencia viendo y sintiendo a su madre ansiosa, irritable, deprimida y/o apática?. Aún cuando la madre desarrolle una reacción reactiva, el niño será sensible a ello. ¿Qué esposo querrá convivir con una mujer que se ha alejado mucho de lo que fue --o de lo que él creyó que fue-- antes del matrimonio y de los hijos?. Lo peor de todo es que estos otros, muy probablemente no logren entender el porqué de la situación y le coloquen calificativos como ‘enferma’, ‘histérica’, ‘loca’, ‘mala madre’ Ante esto, la mujer se sentirá más culpable e infeliz que nunca.

Ahora veamos qué pasa con la esposa-madre que trabaja o estudia. En un primer momento, podría pensarse que esta goza de cierta individualidad, independencia o libertad, dado que no se centra del todo en su familia. Cuenta con un espacio que no le exige femineidad, pudiendo escaparse de ella. Pero la realidad es otra. Esta mujer tiene que emprender una campaña de convencimiento rumbo al esposo para que la apoye en las

labores domésticas. No obstante, como recuerda Oliveira (1980) no siempre tiene éxito, pues es ella la que mayormente realiza tales tareas. Así.

"lo que resulta de semejante camino de liberación no es, sin lugar a dudas, un ser autónomo, libre y realizado, sino un ser extenuado con el peso de una doble jornada laboral y con el sentimiento de culpabilidad por no atender del todo bien ni a la una ni a la otra...el costo de semejante hazaña para alguien que no tenga 'superpoderes' y 'superaguante' es un coste en salud mental y física cuya sintomatología ya ha entrado en los anales de la psiquiatría con un nombre propio *el síndrome de la super mujer*.

La gente me dice: estás yendo a la universidad, tienes un trabajo estupendo, un hijo precioso y un marido maravilloso, y tu casa resulta ordenada. ¡Caramba!. Pero lo que cuenta aquí es que yo no quiero seguir de esta manera. He jugado a ser la supermujer, y ahora que sé lo que puedo hacer, me pregunto: ¿quiero realmente seguir esto?, ¿quiero vivir como hasta ahora?, ¿quiero seguir poniendo el despertador a las dos de la mañana para estudiar hasta las cuatro?. Y mi respuesta es, absolutamente no." (Dialéctica feminista de la ilustración Molina, C. 1996. pp.180. Cursivas mías.)

Con esto queda claro que la mujer puede realizar múltiples actividades, pasar de ama de casa a profesionista, etc. pero lo que no puede, es tomarse demasiado en serio estos roles. Por ello, no es difícil encontrar mujeres que estudiaron carreras universitarias limitándose a contemplar su título colgado en la pared de su sala, o que "ejercen" su profesión sólo medio tiempo y a una distancia no muy lejos de su casa, y al paso de los años, sucede que sus sueños profesionales se quedaron sólo en eso. A menos quizá, que puedan contratar un servicio que cuide de los niños y se ocupe de las labores domésticas

Cabe agregar que, *el síndrome de la super mujer* --al igual que el conflicto que presenta la esposa-madre que no trabaja-- no se queda atrapado en la mujer, la trasciende y toca tanto a los hijos como al esposo. Los niños, a mi parecer, son los más afectados. Ya no es solamente el padre quien no está en casa, la madre ha salido también, ¿quién va a atender sus necesidades de afecto y seguridad?, ¿qué consecuencias traerá, el hecho de que el niño

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

vea que su madre no tiene tiempo para jugar con él y que está ocupada, estresada, apresurada, y cansada a lo largo de toda la semana?

Parece ser que, los niños son un blanco muy sensible ante los problemas que padece la mujer. Asimismo, parece que estamos ante una aporía. Si la mujer deprimida se queda en casa, los niños percibirán su enojo y frustración; si sale de ella, los niños sentirán un abandono, y no únicamente porque ella ya no está, sino porque nadie más está, a excepción, en algunos casos, de un extraño que cobra por su "cuidado". Esto es aún más grave cuando los hijos todavía son pequeños, dado que afecta su desarrollo intelectual y su sociabilidad, por nombrar sólo algunas consecuencias.

En lo que respecta a las mujeres solteras, podríamos suponer que ellas sí están exentas de estilos de vida tan angustiosos, son libres. En la actualidad, estas mujeres, principalmente las profesionistas, son más conscientes de las trampas de la femineidad, y se detienen a reflexionar sobre la decisión de casarse y de ser madres. Se preocupan por estudiar y trabajar, pues hipotéticamente, no esperan depender totalmente de sus esposos ni encontrarse sólo como amas de casa, creyendo que dan para más. García y Sharfman (1993) comentan que también podemos hallar mujeres entre los 20 y 30 años de edad, que no dispuestas a sujetarse al rol tradicional, optan por quedarse solas, creándoles esto un sentimiento de angustia. Dichas posturas, señala Becker 1989 (cit. García y Sharfman 1993) crean un conflicto entre lo antiguo y lo nuevo y

"...se encuentra encubierto el miedo de si van demasiado lejos, es decir, si se alejan mucho de las normas establecidas corren el peligro de no ser amadas. Por lo que la mujer, hoy en día, siente incertidumbre con respecto a cómo debería vivir..." (Etiología del conflicto emocional en la mujer. pp. 63)

El sentimiento de inseguridad del que nos habla este autor, es bastante comprensible, dada la mezcla tan desconcertante y absurda de valores tradicionales y modernos que nos presenta nuestra sociedad actual. Como ejemplo, tenemos que, en medios de comunicación como la televisión, vemos películas y telenovelas cuyas

protagonistas son mujeres muy sensuales, seguras de sí mismas, profesionistas pero vírgenes e interesadas por un sólo hombre. Esta mujer, simplemente no concibe tener relaciones sexuales con alguien a quien no ama.

La mujer es tocada por mensajes contradictorios generadores de identidades indefinidas y confusas: "...se espera que sean *sexis* pero no sexuales; que tengan hijos pero que sigan siendo infantiles; que sean asertivas pero no agresivas; que trabajen pero que no descuiden su casa ni sus obligaciones como madre y esposa." (Sharfman y García 1993. *Etiología del conflicto emocional en la mujer*. pp. 55)

Otro ejemplo lo tenemos con la popular cantante estadounidense Britney Spears, quien es el sueño erótico de muchos adolescentes, dada su imagen sexy y promiscua -- calificada así por ella misma-- mostrada en sus promocionales, y dice querer llegar virgen al matrimonio.

En esta condición de incertidumbre, no es extraño que a la hora de planear su proyecto de vida, la mujer tenga que "elegir" entre caminos dicotómicos, de todo o nada

"...si quiere existir como persona, no será más mujer; si quiere ser sujeto de su propia historia, no será más mujer; si quiere actuar en la realidad social, no debe ser mujer ni madre; si quiere personalizarse en una relación, no existirá para ella ningún tipo de relación en la que ella pueda ser uno de los sujetos. Estas alternativas absolutas e imposibles conllevan a la exigencia de elegir entre un todo ilusorio --entre la adhesión total a la imagen ideal-- y la nada que es ella misma. (Basaglia, 1986 cit. en García y Sharfman. pp. 48)

Tenemos así que, la mujer soltera de la actualidad, según Becker, 1989 (cit. en García y Sharfman, 1993) se enfrenta con las siguientes dificultades:

Miedo a la independencia / Miedo a la dependencia

Miedo al fracaso / Miedo al éxito

Miedo a no ser capaz de dominar las claves del mundo / Miedo a dominarlas demasiado

Angustia de ser demasiado eficiente / Angustia de no ser suficientemente eficiente
 Angustia de diversificarse en muchas cosas / Angustia de enfocarse en una sola
 Angustia de optar por tener hijos / Angustia de optar por no tenerlos

Lo anterior nos deja ver, que lo antiguo sigue vigente, y como diría Fernández A. (1993) 'Aristóteles sigue vivo'. Creo que este miedo a decidir, no es más que un encierro psicológico, una trampa de opuestos, un falso panorama de "opciones" que pretende hacer creer a la mujer, que en estos tiempos modernos, ya tiene alternativas.

Un verdadero proyecto de vida, en el que realmente nos sintamos satisfechas no puede limitarnos a una o dos cosas, debe darnos una mayor movilidad. Consistiría en ver varios caminos, en probarnos en cada una de ellos para ir descubriéndonos. Pero ello sólo es posible saliéndonos del esquema, adoptando otra lógica. El creer que solamente podemos elegir entre dicotomías, revela que continuamos insertas en el mismo paradigma que generó nuestro conflicto, el mismo que piensa a la mujer como inferior, débil y naturalmente subordinada. Tengamos en cuenta que, tal concepción del género no sólo se circunscribe a lo femenino y a lo masculino sino que nos habla también de una visión del mundo.

Conscientemente pensamos que el rol tradicional nos enferma y que no es correcto adoptarlo, pero no hemos convencido aún a nuestro inconsciente ni al último rincón de nuestro cuerpo de ello, parece ser que nos hemos creído eso que dicen que somos, de hecho nos constituye y por eso resulta difícil soltarlo, a esto se debe nuestra angustia. Si en verdad tuvieramos la convicción de que a la *la mujer abstracta* no la queremos en nuestras vidas, no nos preocuparíamos en absoluto por abandonarla de una vez por todas. Pero preferimos seguir sujetándonos de lo que nos han vendido, en vez de aventarnos al vacío y reconstruirnos a partir de esa pequeña individualidad que todavía vive en nosotras, sobre todo en las que nos quejamos. Así, no es únicamente nuestra perspectiva de lo que queremos ser como mujeres la que no está bien definida y la que nos crea inestabilidad, es también nuestra óptica de la realidad y de la vida la que es borrosa y engañosa, pues la contemplamos aporéticamente, como un laberinto amenazante, nos miramos acorraladas en una prisión en donde nosotras mismas somos los custodios.

Nuestro mundo es dual y jerárquicamente ordenado. Pensamos que sólo podremos vivir de la manera que nos han señalado, suponemos que si elegimos no tener hijos, por ejemplo, tarde o temprano nos arrepentiremos y seremos rechazadas por ello. Pero eso es sólo una predisposición, no estaremos seguras hasta que soltemos los mitos que nos han inventado. El miedo a vivir de otra manera se desprende de la misma visión que creó el "mundo de la mujer" y "el mundo del hombre", es el mapa occidental de la vida. Si queremos ver cosas nuevas, debemos hacer cosas que nunca hemos hecho, debemos de probarnos varios trajes, hasta encontrar el que mejor nos valla.

Una vez decididas a replantearse una nueva vida, ¿qué es lo que hacen las mujeres deprimidas? ¿por cuáles soluciones optan? Sin duda, las alternativas serán heterogéneas, cada una buscará el camino que más crea conveniente. Pero, aquellas que elijan buscar ayuda en los profesionales de la salud, los psicólogos, ¿con qué se enfrentan?, ¿qué tratamientos son los que se sugieren? En el próximo capítulo se abordarán estas preguntas, pues expondremos el análisis de diálogos que se llevó a cabo con base en las entrevistas realizadas a psicólogos clínicos en relación al tratamiento de la depresión.

CAPÍTULO IV

ANÁLISIS DE DIÁLOGOS. PARTE 1: CONCEPTUALIZACIÓN DE LA DEPRESIÓN

CAPÍTULO IV

ANÁLISIS DE DIÁLOGOS. PARTE I: CONCEPTUALIZACIÓN DE LA DEPRESIÓN

4.1 Metodología.

En el presente capítulo, se expondrá la investigación que se realizó, de acuerdo con el objetivo planteado por esta tesis. Tal trabajo se llevó a cabo con la metodología cualitativa, haciendo uso de una entrevista semi estructurada y un análisis de diálogos. Se entrevistaron a 10 psicólogos egresados de la UNAM (5 hombres y 5 mujeres), a los cuales se les invitó a participar en una investigación sobre el tratamiento de la depresión. Sus nombres se cambiaron por unos ficticios para mantener así, el anonimato de los participantes.

Se trabajó con 9 psicólogos que poseían experiencia clínica de 1 o más años y con uno que no tenía experiencia alguna. Dado que, las características particulares de los entrevistados fueron considerablemente variadas en cuanto a tiempo de experiencia clínica y sitios laborales (públicos o privados), se presentan al lector en una tabla que podrá consultar en el anexo 1

Asimismo, el formato de entrevista utilizado se expone en el anexo 2. Debido a que las mujeres son quienes más reportan los estados depresivos, en la entrevista se interrogó sobre casos de pacientes del género femenino.

4.2 Eje 1 : Presupuestos implícitos en las concepciones de depresión.

De acuerdo con las entrevistas realizadas, los psicólogos (a excepción de uno) ubican a la depresión en la mente del sujeto, ya que ante la interrogante ¿qué entiende por depresión? definieron a esta como un estado psicológico.

1. "Es un padecimiento mental. Pero, ¿cómo la describiría? si te lo describo en base a un diagnóstico psiquiátrico sería: tristeza, ansiedad, algunas ideas de muerte, en fin, pero estas serían las más comunes, y esto se ve desde un punto de vista de un diagnóstico, pero una depresión tiene que ver con las carencias económicas y las afectivas, más con las afectivas." (PATRICIA, 14 años de experiencia clínica)

2. "Pues mira, la depresión puede ser entendida de diferentes formas: como un estado de ánimo, pero como yo la trabajo es como un proceso, como un proceso psicológico que está encarnado en el cuerpo de la persona y que tiene un sustrato en el pasado, un fundamento, una razón de ser en la historia que esta persona ha tenido con personas en particular, es un proceso social diría yo, un proceso de la relación de la persona con otras personas en contextos particulares, contextos sociales. la familia, etc., por ejemplo, la persona que se acaba de ir, sufre un problema de depresión que proviene de su relación con su padre. Creo que, dadas las condiciones en las que cada quién se coconstruye o se desenvuelve, puedes llegar a la depresión, pero principalmente, la depresión desde mi perspectiva, tiene que ver con la soberbia. Con la idea de que yo puedo controlar al mundo y de que yo puedo controlar a otro, eso es una creencia, una creencia que esta cultura te enseña, si. Entonces ¿cuándo te sientes deprimido? Cuando te sientes impotente, cuando te das cuenta de que no puedes controlar al otro: no puedo controlar a mi papá, no puedo controlar a mi esposo, no puedo controlar a mi hija, no puedo controlar a nadie, con trabajo me puedo controlar a mí mismo. Entonces, ¿cuándo te deprimen?, cuando te sientes impotente y eso te lleva a sentirte muy triste, no puedes cambiar nada, pero entonces aquí, yo lo que trabajo con mis pacientes, es la idea de que, efectivamente, no puedes cambiar al otro, pero al que si puedes cambiar es a ti. Entonces ¿cuándo vas a poder salir de la depresión? cuando logres aceptarlo, apropiártelo, encarnarlo, el hecho de que no puedes controlar a nadie.

"...Pero también la depresión, antes de que se me pase, puede ser un proceso que está aquí y ahora para ayudarte a crecer, siempre y cuando tú lo logres mirar así, porque te está enseñando que no puedes controlar a nadie, esto es algo que yo trabajo mucho con mis pacientes" (MIRIAM, 20 años de experiencia clínica)

3. "Bueno, para mí es un estado de la conciencia, en el que la persona que la padece se carga mucho, tanto fisiológica porque creo que tiene que ver con lo fisiológico, como psicológicamente hacia todas las deficiencias o áreas de oportunidad que tiene en su vida, y sus pensamientos y sus sentimientos se van hacia el aspecto exclusivamente negativo, entonces eso hace que su conciencia entre en un estado de supresión que afecta a su fisiología, entonces comienza a producir neurotransmisores inhibitorios que hacen que muchas veces la depresión que era exógena, es decir por factores externos, se convierta en endógena y entonces necesite a veces de algunos químicos para ser tratada. No creo que sea nada más una conducta, se manifiesta en conducta, la gente camina agachada, se viste de manera oscura, tiene actitudes de distancia con respecto a los demás, o sea sí es conductual también, pero lo fundamental, creo que más bien es como un estado de la conciencia (ISMAEL, 11 años de experiencia clínica)

4. "Pues la depresión, engloba el término, un sin número de síntomas en los cuales predomina el que la gente se encuentre triste desesperanzada, sin ilusiones, sin metas claramente definidas, con una visión bastante pesimista tanto de ellos mismos como del mundo y del futuro y bueno caracterizada por muchas cosas que son síntomas hasta contrarios, por ejemplo, hay quien duerme mucho, y hay quien no puede dormir, hay quien come cantidad, y hay quien no tiene hambre, hay quien se la pasa llorando y hay quien se la pasa riendo, hay gente que no quiere levantarse de la cama y hay quien presenta una hiperactividad tremenda, entonces, pues es difícil, a veces, encontrar un cuadro, que diga uno, este, sin embargo, a nivel cognitivo, sí hay muchas similitudes con respecto a las cosas que ya referí con respecto a esa tristeza y a esa desesperanza y a ese sentimiento de desilusión" (MIGUEL, 10 años de experiencia).

5 "La depresión se puede entender de varias maneras, puede ser un estado de ánimo, o un sintoma de una patología más grave, hay personas, por ejemplo, que tienen estados depresivos ya crónicos de años y, entonces, una de las manifestaciones, una, enfatizo, que es una entre otras de su patología neurótica, digámoslo así, puede ser la depresión. Ahora, dentro de las clasificaciones psiquiátricas, hay consideraciones muy específicas, como lo que sería una depresión profunda, una depresión mayor en donde la persona puede tener con cierta periodicidad y con ciertos grados de profundidad, por decirlo así, de gravedad, se llega a manifestar por periodos largos, hay personas que reportan depresiones de años. Recientemente, estoy tratando a una paciente que dice tener diez años deprimida" (JOSE, 22 años de experiencia clínica)

6 "Pues, es difícil, yo no tengo una definición o una postura personal como tal porque me sé solo lo que me enseñaron en la escuela. Entonces, lo que entiendo yo por depresión es que es un estado emocional en el que se encuentra una persona debido a diferentes causas, a lo mejor pueden ser orgánicas, de hecho creo que hay depresión endógena y otra exógena, te digo que me sé lo que me enseñaron en la escuela o puede ser por diferentes causas emocionales, digámoslo así" (LORENA, sin experiencia clínica).

7 "Bueno, yo me inclino más por la teoría cognitiva, y yo entendería la depresión como un estado emocional bajo que es causado por la manera de interpretar la situación presente, ya sea situaciones familiares, sociales, o personales. A excepción de cuando es una depresión endógena que sería por causas fisiológicas. **¿Me puede hablar más acerca de estas causas fisiológicas?** estas son por cuestiones hormonales que serían en un cierto ciclo, también por cuestiones neuronales que serían por herencia y de aparición repentina" (IGNACIO, 1 año de experiencia clínica).

8 "Pues, con base en lo que he visto aquí, en las pacientes de este hospital, la depresión es una enfermedad que ocupa uno de los primeros lugares de presencia, de mortandad en las mujeres porque si llegan al suicidio. Lo que se observa en estas pacientes es, tristeza, desinterés por las actividades cotidianas, aislamiento, básicamente" (ESMERALDA, 4 años de experiencia clínica).

9. "Es cuando el sujeto ya no tiene un poder conciente de controlar el stress, la ansiedad, la tristeza" (LILIANA, 5 años de experiencia clínica).

Como se observa, para los entrevistados, la depresión pertenece a una dimensión psicológica, se ubica en la "mente", en las "interpretaciones", en la "conciencia", etc. Tenemos así que, el sujeto queda escindido en mente/cuerpo, siendo la primera un lugar hegemónico, donde habita y se construye la depresión. Este punto resulta muy interesante, pues, nos muestra el panorama conceptual del que se parte y desde el cual se ha de intervenir.

Tal conceptualización encuentra su correspondencia en los tratamientos empleados por los psicólogos. Esto lo observamos cuando se interrogó acerca de cómo suponían que debían ser tratadas las somatizaciones de los pacientes. Al respecto, señalaron a la terapia psicológica como vía de solución, además de que resultó ser la única forma de intervención utilizada.

1. "Mira, desde mi enfoque, se maneja mucho un premisa que dice: no es A lo que causa el síntoma B sino la manera en que se interpreta A, lo que está causando B. Entonces es ver en qué forma la persona está interpretando su situación, que es lo que le está causando las somatizaciones, no es tanto, como propondrían los conductistas, que inhiben o estimulan ciertas conductas sino, más bien, se trata de ver cuáles son los patrones de pensamiento, cómo se está interpretando algo, y ver la manera de cambiar ese pensamiento para desaparecer la somatización" (IGNACIO, 1 año de experiencia clínica).

2. "Igualito. Yo tuve una paciente de 22 años con parálisis facial, de la mitad de su cara, y yo la traté así, contactando con sus sentimientos. Ella es uno de mis grandes logros, dejó de tener parálisis facial y no estaba tomando medicamentos, su asunto era cómo ella se estaba dañando a sí misma, en este afán de controlar a otro, en este caso ella no podía controlar a su mamá, y lo que la parálisis significaba era: "yo te tengo que controlar así me tenga que morir en el intento, entonces yo me enfermo y ¡fíjate! cómo me enfermo." Y bueno yo no trabajaba directamente para desaparecerle la parálisis, yo trabajaba para que ella contactara

con sus sentimientos, y una vez hecho esto, automáticamente, la parálisis desapareció” (MIRIAM, 20 años de experiencia clínica).

3. “Yo creo también en la, ahorita estoy olvidando el concepto técnico, pero algo de lo que habla la psicología constructivista es sobre las programaciones que tú puedes hacer en el otro, yo recuerdo el caso de un chico, muy ansioso que necesitaba recetas, y yo he leído algo sobre comida naturista, y formas de alimentación que mejoran tu estabilidad también psicológica, entonces yo me acuerdo que saqué el libro este, en la consulta y le dije. “mira aquí dice que las manzanas y tomarse un vaso de agua es muy importante para evitar todos estos malestares, entonces, parte de tu tarea va a ser comerte una manzana diaria y tomarte un vaso de agua, de ley en la mañana y en la noche, ¡ha!, y otra cosa importante, bañarte en las noches para relajarte”, además le di un case de música de Mozart, entonces yo lo estaba predisponiendo, y yo lo sabía, pero no se lo dije a él, y luego él empezó a reportar que se sentía menos cansado, menos ansioso. En el caso de la mujer que te platicué, ella reportaba un dolor de cabeza que nunca atendí yo directamente, ¿cómo creo que se deba atender? eso es un arte, sigue siendo un arte para mí, depende de cada persona, y la demanda, por eso a mí me apasiona la psicoterapia, porque tienes que irle buscando, como alguien que va investigando, no a todos les funciona lo mismo, con otra persona tendría que ser una la estrategia diferente a la que usé con el chico que te digo, a lo mejor si atender directamente el dolor de cabeza y trabajar con otro profesionalista, tal vez con un médico” (ISMAEL, 11 años de experiencia clínica).

4. “En muchos caso, los cuadros de depresión no son cuadros puros, sino que están mezclados otros componentes como algún problema de ansiedad junto con el problema de la depresión y que en muchas de las ocasiones, es necesario explicarle al paciente lo que le está pasando y porqué, y cómo en la medida que él valla trabajando para lograr avances en esto de la depresión, va a disminuir la ansiedad y van a desaparecer esos otros síntomas, y también es importante contar con los respaldos bibliográficos para decirle al paciente: mire, Ud. me está describiendo que le palpita rápidamente el corazón, que no puede dormir, que siente asco, aquí están, no lo estoy diciendo yo, ahora, con enseñárselo, el libro, no se le quitan, sino que es importante que el paciente vea que eso que él tiene no es exclusivo de

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

él, sino una característica que le ocurre a mucha gente cuando se encuentra en un estado similar, y que si él se pone a trabajar y ayuda con la comprensión adecuada del problema que tiene, ya vamos ganando. Una demanda muy usual es que el paciente pida medicina, y yo a ese respecto siempre les digo que es mucho más sencillo abrir un frasco y tomarse una pastilla porque eso a mí mi exime de toda responsabilidad, a que yo asuma que tengo parte de responsabilidad en lo que me está pasando, y clarificar mucho, lo que luego se mal entiende, porque no falta que comprendan mal lo que el médico les dice, o el psicólogo o los mismos familiares también a veces lo describen mal y les dicen: "es que lo que tienes es de nervios y es tu imaginación", entonces el paciente dice: "¡ha! están pensando que estoy loca", y sale peor tantito el asunto ¿no? Entonces, cuando uno ya tiene el diagnóstico correcto, y se le da una adecuada explicación a la persona, se le dice concretamente cómo x o y síntoma está ligado totalmente con esto, y que me de oportunidad de trabajar un x número de semanas y a medida de que nosotros vallamos trabajando, esas somatizaciones van a ir disminuyendo, entonces, cuando eso ocurre, el paciente dice: ¡ha! chirriones, efectivamente no necesito la medicina, pero claro que si llevamos varias semanas trabajando y no hay cambios, es un círculo vicioso ¿no? el que la sintomatología se siga presentando, retroalimenta la idea de que necesita medicina, e insisto, en ocasiones, por su puesto, en estos cuadros a nivel ya cuando la gente somatiza son muy altos en ocasiones, yo, particularmente, creo que si seria importante auxiliarse con algún tipo de fármaco, el problema es que también es bastante difícil encontrar a un médico psiquiatra que quiera trabajar con un psicólogo"

"¿por qué cree que sea esto? pues eso es un celo que existe entre ellos y nosotros, ellos atienden muchos problemas que no son médicos sino psicológicos, se sienten hasta orgullosos de ponerle inyecciones de agua destilada a la gente y dicen: "pues era neurótico y le dije que regrese en ocho días, le voy a cobrar 350 pesos por ponerle una inyección de agua, está bien ¿no?" Los psiquiatras ni siquiera reciben la formación para ser terapeutas y sin embargo hacen terapia, hay quienes si han tomado cursos y además los que llegan a tomar son generalmente psicoanalistas, entonces somos dos profesiones divorciadas porque también es una cuestión de status, a ellos les conviene seguir manejando que todo el asunto es orgánico, pero, habemos gente, que aunque creemos que esto puede jugar un papel

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

importante, las cuestiones de aprendizaje también determinan en mucho y que nosotros podemos atender a esas personas, ayudarles a resolver, dicho como dirían ellos, podemos ayudar a curar, y si nosotros empezamos a curar enfermedades esto desmeritaria la imagen del médico, cosa que, por su puesto ellos no quieren, y esto se refleja mucho en campos de la psicología del salud, donde cada vez hay más evidencia de que la gente enferma por los estilos de vida que ha llevado y que modificando los estilos de vida la gente puede mejorar, pero, eso no lo va a lograr el médico, eso lo va a hacer el psicólogo" (MIGUEL, 10 años de experiencia clínica).

5. "Bueno, lo primero que se nos enseña en la escuela es que si tu paciente tiene un problema físico, pues se debe remitir a un médico, ya si el médico dice que el problema es psicológico, entonces pues ya entramos nosotros. Entonces hay que tratar de investigar por qué es el problema, creo que esto lo maneja el modelo cognitivo-conductual, este modelo dice que se observe la persona misma, en qué momento siente las molestias, por qué los siente, y pues investigar por qué siente estas cuestiones" (LORENA, sin experiencia clínica).

6. "Pues, a través de señalamientos, de interpretaciones" (PATRICIA, 14 años de experiencia clínica).

7. "Pues, igual yo creo que las psicoterapias individuales te pueden dar un tratamiento, y también ver quizá tratamientos de rehabilitación, porque a veces te duelen los brazos o algo así ¿no?. Entonces también pueden ser terapias de relajación, de masaje, de rehabilitación, y ver por qué se dan esos síntomas" (ESMERALDA, 4 años de experiencia clínica)

8. "Ahí es muy difícil plantear una norma única, porque no son sólo los síntomas corporales sino el contenido, por ejemplo, si la persona siente una tensión en el pecho, yo lo interpreto como una necesidad que él tiene de sacar algo, sacar en el sentido de decirlo, algo que no ha podido comentar nunca, entonces lo que hago en esas circunstancias es animarla a hablar, "¡dígalo!, ya lo tiene ahí, simplemente, tradúzcalo en palabras." Pero no en todos los casos es conveniente hacer eso, por ejemplo, hay personas que pueden pasarse mucho

tiempo hablando de lo que les sucede, pero uno lo puede notar como una narración mecánica, sin embargo, hay puntos en los que uno nota que se va cargando de emoción, porque tartamudea, se le ponen los ojos vidriosos, guarda silencio ante algunos comentarios, etc. entonces, esos signos me indican cuál es el movimiento hacia la abreacción, que como su nombre lo indica, es abrir, para que la persona abra a través de la palabra, y en otros casos les sugiero algunos ejercicios muy elementales de relajación, de respiración, de que vaya racionalizando su estado corporal, les digo: "haber, cómo siente, dónde siente la tensión, dónde le duele, haber respire un poco" o sea, hacerle como una revisión de su estado corporal y emocional para que la persona se estabilice" (JOSE, 22 años de experiencia clínica)

9. "A través de la relajación, los confronto con sus síntomas corporales, les pregunto si realmente es un malestar físico o una enfermedad como tal o es por lo mismo de la tensión, entonces les digo que tienen que estarse observando, analizando por qué es... los acuesto, les enseño a respirar con el abdomen no con el pecho, respirar con el pecho genera ansiedad ¿ha sí? sí, tienes que respirar de manera que lo que se mueva sea el estómago, que se salga la panza al inhalar, y al exhalar se sume otra vez, porque si el que se mueve es el pecho es que estás respirando mal y eso crea ansiedad y estrés, está comprobado" (LILIANA, 5 años de experiencia clínica).

Al parecer, los ejercicios de relajación son vistos por estos dos últimos entrevistados, como una forma de aproximación al cuerpo, sin embargo, desde mi punto de vista, por sí mismos, no van más allá de relajar, por un tiempo quizá efímero. Se debe tener presente que la parte somática de una depresión puede abarcar todo un abanico de manifestaciones como los ya mencionados síntomas de conversión, los síndromes somáticos, y las enfermedades psicósomáticas. Así, estos ejercicios pueden ser importantes pero no suficientes para atender la problemática corporal, de manera que aquí no se consideran como una forma directa de abordarla.

En relación a lo argumentado por la psicóloga LILIANA, no creo que el simple hecho de respirar incorrectamente genere ansiedad, es importante aprender a respirar de la

manera más adecuada, pero un estado de ansiedad o de estrés creo que se relaciona también con todo un estilo de vida que a su vez implica diversas cuestiones (más adelante ampliaremos este punto).

Como se observa, el presupuesto de que hay una separación entre mente y cuerpo, lleva a los psicólogos a la postura de que el paciente está dividido y que a ellos les corresponde trabajar y atender sólo lo psicológico, que no pueden ir más allá de su área de estudio. Nótese que el diálogo de la psicóloga LORENA, parece enfatizar esto.

Esta óptica, recuerda la antigua lógica aristotélica: "o es A, o es B, pero no ambas". Con el surgimiento de la física moderna, este estilo lineal de pensamiento se volvió insuficiente para explicar diversos fenómenos, como por ejemplo, la naturaleza dual de la luz. No obstante, para los psicólogos parece tener aún vigencia, al menos para los aquí entrevistados, pues parten del hecho de que sólo deben atender problemas psicológicos, no corporales. Resulta, sin embargo, que el estado real en que llegan los pacientes al consultorio nos muestra otra cosa: que lo psicológico se entreteje con el cuerpo, no hay una separación real o bien definida.

"Nuestro lenguaje es psicosomático. Casi todas las frases o palabras con las que expresamos estados físicos están extraídas de experiencias corporales. El individuo sólo puede comprender lo que le resulta aprensible. Esto nos daría tema para una extensa disertación que puede sintetizarse así: el ser humano, para cada experimentación y cada paso de su conciencia ha de utilizar el camino del cuerpo. Al ser humano le es imposible asumir conscientemente los principios que hayan descendido a lo corporal. Lo corporal nos impone una tremenda vinculación que habitualmente nos causa miedo, pero sin esta vinculación no podemos establecer contacto con el principio" (Dethlefsen y Dalhke 1994, cit. en López, S. 2002. El cuerpo y las enfermedades psicosomáticas pp. 26)

Pese a esto, permanecemos reacios a no verlo como un todo, y nos vamos con cuidado de no tocar lo que no nos corresponde. Parece que esa línea imaginaria que han

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

trazado los profesionales de la salud respecto a lo simbólico y lo corporal es sólo eso, una línea imaginaria, existente sólo en la teoría

“La lectura del cuerpo humano y su estudio en el consultorio no es igual a la especulación que solemos hacer en el salón de clases, allí arreglamos el mundo, allí podemos especular y ver cómo se acomodan las ideas sobre el deber ser de la salud psicológica.” (López, S. 1997. Zen, Acupuntura y Psicología. pp 16)

Esta forma de mirar al paciente, como escindido, parece generar, en los psicólogos entrevistados, una actitud de distancia respecto al cuerpo, se mira ajeno a su área de trabajo, como algo que no puede ser tocado por ellos, queda prohibido y es solo accesible a los médicos. Dicha actitud, también puede derivarse del hecho de que no se conoce, no sabemos cómo funciona, y mucho menos su funcionamiento en relación a lo simbólico, a lo emocional, es decir, a lo psicosomático.

Las afirmaciones del psicólogo MIGUEL, merecen resaltarse, pues este no solamente pondera lo psicológico sobre lo somático sino que minimiza la necesidad del paciente de atender a su cuerpo:

“... Una demanda muy usual es que el paciente pida medicina, y yo a ese respecto siempre les digo que es mucho más sencillo abrir un frasco y tomarse una pastilla porque eso a mí me exime de toda responsabilidad, a que yo asuma que tengo parte de responsabilidad en lo que me está pasando ”

En mi opinión, este psicólogo parece escuchar la demanda del paciente de una manera muy literal, interpretándola como una salida fácil para él. Yo creo que lo que el paciente está pidiendo es que atiendan a su cuerpo también porque él ya lo siente dañado, que no lo fragmenten. Pide que alguien escuche de él una sola queja: su queja completa, no las divisiones que hacen de ella tanto el médico como el psicólogo, el primero solo oye la corporal y el segundo la psicológica. Ahora, yo no creo que esto le resulte sencillo al paciente, él busca una respuesta concreta a su problema pero cae también en la ilusión de

que está dividido y entonces ve a la medicina como una opción a sus síntomas corporales. Como dije anteriormente, el estado orgánico también afecta al psicológico, por mucha voluntad de cambio que el paciente ponga en la terapia, que sería su parte de responsabilidad, si el cuerpo ya está enfermo, deteriorado, se hace necesario atenderlo a él también, no todo es psicológico.

Lo que sí resulta cómodo es pretender que la problemática psicosomática de un paciente se resuelve detrás del escritorio con sólo dirigir la terapia psicológica; y si de responsabilidad hablamos, la nuestra como psicólogos sería estar al tanto de los procesos psicosomáticos, ir más allá, y ver cómo es que en él se materializa eso que llamamos psicológico.

La pregunta que surge aquí es ¿por qué se evita ir más allá? ¿por qué se evade tocar al cuerpo? tal vez, la respuesta esté en relación con otro presupuesto, además del de fragmentar la realidad con el ego de los psicólogos. Al parecer, estos se miran como omnipotentes, que no necesitan saber sobre cuestiones de fisiología, anatomía, medicina, etc., que la terapia psicológica es más que suficiente para resolver cualquier caso, llámesele psicológico o psicosomático, porque a fin de cuentas, "todo está en la mente". Nótese que las verbalizaciones de la psicóloga MIRIAM, parecen inclinarse en este sentido.

Asimismo, ella nos comenta que "no trabajaba directamente para desaparecerle la parálisis", que su paciente "no estaba tomando medicamentos" y pesar de ello, se recuperó. Creo que estas declaraciones parecen interpretar la etiología de la parálisis en un sentido mayormente psicológico. Sin embargo, debemos destacar que los factores que propician dicho trastorno, en varios casos, no sólo son de origen psíquico.

Existen dos tipos de parálisis facial: la central y la periférica. La primera resulta por lesiones en el Sistema Nervioso Central, tales como tumores, hemorragias, encefalitis, etc. La segunda es producida por una lesión sobre el tronco o algunas de las ramas del nervio facial en algún punto de su recorrido. También puede ser ocasionada por enfriamientos, infecciones virales (virus de Bell), neuroalergias, otitis crónica, enfermedades de la

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

parótdida, meningitis, tumores de la base del cráneo, lesiones traumáticas. Cuando en el conducto auditivo hay vesículas se trata de una parálisis herpética (síndrome de Ramsay Hunt), y este requiere de un tratamiento especial. Según el otorrinolaringólogo Daniel Bross "el 85% de las parálisis faciales se dan por problemas a nivel de oído (parálisis de Bell) y el resto, un bajo porcentaje, por el sistema nervioso, en este último caso, compete a un neurólogo revisar el problema". La parálisis de Bell, por lo regular, se presenta cuando hay una baja de defensas en el sistema inmunológico. Así, se hace imprescindible partir de un diagnóstico preciso para proporcionar el tratamiento adecuado (Bodak, G.; Levente, Z. y Masionez, J. 1987. Medicina bucal. Evaluación y manejo del paciente pp. 23).

Como podemos diferenciar, existen casos en donde lo simbólico no ocupa un lugar dominante en el trastorno, por lo que resulta riesgoso hacer a un lado la atención corporal. Ahora bien, ya sea que se trate de causas psicológicas o no, la necesidad de darle un tratamiento directo al cuerpo es esencial, de lo contrario, pueden surgir problemas, tales como los siguientes:

1. Debido a que el párpado del ojo tiene una función protectora, al no poder cerrarse de manera adecuada, estará expuesto a una infección, a la desecación y a una posible úlcera corneal. Por tales motivos se recomiendan medidas oftalmológicas para su protección, dictadas por un médico especialista.
2. Si el paciente no recibe tratamiento, o bien, no lo termina pueden aparecer secuelas, esto es, contracciones involuntarias del músculo facial provocando movimientos del ojo y la boca, parecidos a tics nerviosos.

Hemos sugerido ya, que los estados constantes, de depresión, de estrés, de angustia, etc. pueden debilitar el sistema inmunológico, permitiendo, por ejemplo, que el virus de Bell, se instale en el cuerpo y lo ataque. Sin embargo, dicho sistema también puede trastornarse por otras causas, como por ejemplo, debido a una deficiencia nutricional o por el uso de algunos medicamentos.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

Todo lo anterior nos dice que, los padecimientos pueden ser multicausales, y que su lectura bajo una sola perspectiva podría estar muy lejos de la condición real. Así, no podemos atomizar la condición de un paciente afirmando que "todo está en su cabeza" o que "todo es biológico", ya que puede ser ello y más.

Cabe añadir que, la señalada actitud, tanto egocéntrica como fragmentadora de la realidad, parece generar una perspectiva de la psicología y la medicina como dos profesiones que se encuentran jerarquizadas e incompatibles. el diálogo del psicólogo MIGUEL, ejemplifica esto claramente.

... somos dos profesiones divorciadas [la psicología y la psiquiatría] porque también es una cuestión de status, a ellos les conviene seguir manejando que todo el asunto es orgánico, pero, habemos gente, que aunque creemos que esto puede jugar un papel importante, las cuestiones de aprendizaje también determinan en mucho y que nosotros podemos atender a esas personas, ayudarles a resolver, dicho como dirían ellos, podemos ayudar a curar, y si nosotros empezamos a curar enfermedades esto desmeritaría la imagen del médico, cosa que, por su puesto ellos no quieren, y esto se refleja mucho en campos de la psicología de la salud, donde cada vez hay más evidencia de que la gente enferma por los estilos de vida que ha llevado y que modificando los estilos de vida la gente puede mejorar, pero, eso no lo va a lograr el médico, eso lo va a hacer el psicólogo."

Al parecer, en un primer momento, el entrevistado reconoce la importancia de lo orgánico en determinado padecimiento, pero termina ponderando las cuestiones de aprendizaje, lo psicológico. Menciona también a los estilos de vida como condicionantes de enfermedades, sin embargo, un estilo de vida no sólo implica la manera en que se interpretan las situaciones diarias --que sería la parte cognitiva o de aprendizaje-- sino que se mezclan toda una serie de factores en una dinámica muy compleja, elementos como la alimentación y las formas que tiene el sujeto de somatizar.

"Lo que se piensa y lo que se come tiene una relación importante con lo que se vive, con lo que se siente, con las formas de amar, con los mecanismos de enfermarse, de tener una enfermedad degenerativa." (López, S. 1997 Zen, Acupuntura y Psicología. pp.18.)

Puede ser parte de un estilo de vida el tomar medicamentos para contrarrestar molestias del estrés cotidiano. Pero lo que no es muy sabido es que ciertos medicamentos, como por ejemplo, la ranitidina, recomendada para casos de gastritis, pueden alterar los niveles de sustancias vinculadas con el estado de ánimo. Si a esto agregamos los conflictos emocionales que ya trae la persona, podemos pensar que bien puede desencadenar un estado depresivo. Es decir, el uso prolongado de medicamentos, aparentemente inofensivos como las aspirinas pueden ocasionar serios problemas de salud e incluso la muerte. He aquí la importancia de ver el estado del cuerpo y su relación con los estilos de vida.

Es importante dejar en claro mi postura. Aquí no se considera que una terapia psicológica no es funcional para atender un problema psicosomático, sino que simplemente, puede llegar a ser insuficiente por sí misma. El tratar a un paciente mediante una intervención meramente psicológica puede llevar más tiempo del que tomaría, si se tratase a su cuerpo también, además de que, puede resultar muy riesgoso en algunos casos, no atender el daño somático. Así, yo no dudo que un padecimiento pueda manejarse y superarse desde la psicoterapia, pero sí se puede ayudar al cuerpo también y con ello acelerar el proceso de recuperación, ¿por qué no tocarlo? creo que esta es una pregunta esencial que debe ser respondida y reflexionada detenidamente por cada psicólogo.

La necesidad de mirar al paciente como una mente y un cuerpo al mismo tiempo se pone en evidencia cuando sabemos que una depresión puede desencadenar un muerte paulatina, lenta o rápida según la maneje el individuo, por el simple hecho de que debilita el sistema inmunológico, pudiéndose generar con ello casi cualquier tipo de enfermedad. Aunado a esto, las personas deprimidas suelen reportar cansancio, debilidad, insomnio, tienden a comer en exceso o a no comer lo suficiente, etc. Todos estos síntomas terminan por romper la homeostasia del cuerpo. Se produce una molestia corporal y esto repercute en la psicología del paciente. Aquí estamos hablando entonces de la necesidad de

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

contemplar otra dirección más de intervención, ya no únicamente de la mente al cuerpo, sino del cuerpo a la mente también.

4.3 Eje 2: El determinismo biológico en la conceptualización de la depresión.

De acuerdo con algunos entrevistados, la condición biológica o genética puede determinar el estado depresivo de una persona. Para la psicóloga PATRICIA los genes pueden dictar la personalidad depresiva de un sujeto. Esto lo manifiesta al hablarnos acerca de una de sus pacientes:

"...ella no es una persona muy inteligente, pero dentro de sus capacidades, ha podido mejorar. ¿Por qué dice que no es muy inteligente? porque tiene un CI bajo, ¿de cuánto?, no recuerdo que sea menos de 90, yo creo que anda en un 109, que es normal bajo ¿y no se le han hecho estudios del cerebro, por ejemplo? sí pero hace muchos años. Y, ¿qué señalaban estos estudios? lo ignora. ¿No se ha sugerido investigar por qué tiene un CI bajo? silencio. ¿Cree que detrás de esto haya una causa biológica o genética? sí, yo creo que sí, creo que nació con poquito y con poquito se va a quedar. ¿Ella es conciente de que tiene un CI bajo? no, no sabe que no es muy lista"

La postura de esta psicóloga, llama la atención, pues, según Lewontin; Rose; y Kamin (1984) "muchos psicólogos reconocen que no puede atribuirse a las diferencias de CI entre diversas razas o grupos étnicos ninguna base genética. El hecho evidente es que las razas y las poblaciones humanas difieren en sus experiencias y ambientes culturales en no menor medida que en sus dotaciones genéticas. No hay, por tanto, ninguna razón para atribuir a factores genéticos las diferencias de puntuación media, en particular, dado que es evidente que la habilidad para responder a los tipos de preguntas planteados por los examinadores del CI depende intensamente de la propia experiencia pasada" (No está en los genes pp 110). Para estos mismos autores, los test de CI parten de seis presupuestos implícitos que legitiman la desigualdad social:

1. "Hay diferencias de status, riqueza y poder.
2. Estas diferencias son consecuencia de una diferente aptitud intrínseca, especialmente, de una "inteligencia" diferente.
3. Los test de CI son instrumentos para medir esta aptitud intrínseca.
4. Las diferencias en inteligencia son en gran parte el resultado de diferencias genéticas entre los individuos.
5. Debido a que son el resultado de diferencias genéticas, las diferencias de aptitud son fijas e invariables.
6. Debido a que la mayoría de las diferencias de aptitud entre los individuos son genéticas, las diferencias entre las clases y las razas son también genéticas e invariables." (Ibidem, pp 105)

Lo planteado por la entrevistada presupone que existe un concepto de inteligencia estandar y que además es fijo durante toda la vida del individuo: "nacio con poquito y con poquito se va a quedar...". Así, la paciente queda atrapada en un diagnóstico permeado de creencias acerca de lo que debe ser "la inteligencia baja" o dicho de otra manera, de lo que se elige o se desea como inteligencia, lo cual está vinculado a una visión cultural.

De una definición de "inteligencia" está en función del propio paradigma de mundo que se tenga, de una concepción de hombre y de su deber ser. Pero si por esta se quiere entender la habilidad de un sujeto para resolver problemas, nos enfrentamos con el hecho de que no todas las personas llevan a cabo esta tarea de la misma manera, pues existen diferencias culturales al respecto. En occidente usamos la vía racional. De esta manera, tenemos que los test de CI no se centran en ver si el individuo resuelve o no el problema planteado sino en cómo lo resuelve, mediante qué mecanismo, y encontramos que el único camino de resolución que aceptan las preguntas de tales pruebas es el de la razón, es decir, la respuesta correcta estará en función del predominio del razonamiento lógico, y esto es precisamente lo que miden: su propio estilo de pensamiento. En este sentido, las preguntas apuntan a una sola respuesta, pues se parte del hecho de que solamente hay una forma de interpretarlas, o dicho de otro modo, sólo hay una manera de percibir la realidad: racionalmente, y si a alguien se le ocurre otra, no se reconoce como válida y debe ser

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

etiquetado de "deficiente" o "estúpido". Así, el concepto de inteligencia utilizado por estos test está sujeto a la hegemonía de la razón, pero lo grave del asunto es que, dicha concepción se pretende universal, homogénea, de modo que, si alguien no entiende el mundo como los test dicen que debe ser entendido entonces es visto como "anormal", y por tanto ha de discriminarse.

Para ejemplificar un poco más la subjetividad y la trampa de los test de CI, nos acercaremos un poco a otra perspectiva del mundo: la oriental, con el fin de evidenciar la sustancial diferencia entre una cultura y otra en cuanto a la tarea de resolver problemas, y, por lo tanto, la relatividad cultural del significado de inteligencia. Las personas que practican el Zen, creen que la razón no debería dominar a la intuición, pues la salud de una persona está en relación con el equilibrio de estas dos, esto es, con un equilibrio en cuanto al funcionamiento del hemisferio derecho y el izquierdo del cerebro (Cinencio, F. 1997)

"El maestro zen plantea a sus alumnos problemas o acertijos llamados *koans* los cuales, para ser resueltos se debe ir más allá de la razón, pues esta no es suficiente para entenderlos "Una vez, un discípulo había caído a un precipicio y se encontraba colgado de una rama de un pequeño arbusto. Mientras caía se rompió los brazos y manos y únicamente podía sostenerse con sus mandíbulas que mordían fuertemente la única rama de la orilla del abismo. En eso aparece su maestro Zen firmemente sostenido en el borde del precipicio. El alumno implora ayuda gesticulando desesperadamente. Entonces el maestro le pregunta ¿que es el Zen?" (Cinencio, F. 1997. El Zen en la mirada. pp.32).

Este cuento nos muestra que la resolución de un problema no debe ser exclusivamente racional, al menos para estas personas, eso es una ley. Los *koans* son utilizados por los maestros para evaluar el nivel en que se encuentran sus alumnos. Con estos problemas se pretende trascender los límites de la razón, quitarle al pensamiento lógico su dominio, y encontrar así, las respuesta correcta.

Ahora bien, ¿qué implicaciones tendrá el hecho de que un psicólogo vea a un paciente como "poco inteligente" y lo condene a esta situación por el resto de su vida? Para

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

abordar esto, revisemos el diálogo completo acerca de cómo se ha llevado a cabo la terapia y la respuesta de la paciente a esta.

“¿Qué demanda esta mujer de la terapia? ella demanda de manera consciente o en su discurso manifiesto, superar esta situación, pero ya de manera más inconsciente como que no hay el deseo de sentirse bien, como que quiere seguir con la idea de tener cerca a su esposo”.

“¿Cómo ha tratado el caso? bueno, aquí en este hospital trabajamos de manera multidisciplinaria, están: la trabajadora social, el psicólogo, el psiquiatra, el nutriólogo. Ella, en un inicio, llegó a la clínica de medicina familiar que le corresponde, con el médico general, él la canaliza a este hospital por intento de suicidio, y entonces se le interna”.

“¿Cuántas veces ha estado internada por intento de suicidio? unas seis veces aproximadamente y estuvo después internada en dos ocasiones más pero ya no por intento de suicidio sino por la ideación de quererse morir, entonces para su protección, la internaron. Yo he estado trabajando con ella, a través de reforzamiento del yo. **¿Ud. ha trabajado un reforzamiento del yo con ella?** sí. **¿y cómo se hace esto?** se hacen señalamientos e interpretaciones de, digamos, esas partes positivas o sanas de la persona. **¿Son como cuestionamientos?** no, no sólo se le señalan cosas positivas que ella haga o diga, por ejemplo, si ella menciona que salió con un hombre y que la pasó bien, yo le señalo eso, le digo “te sientes bien saliendo o teniendo una cita” ;ha! **¿se le enfatiza?** sí. **Pero, entonces Ud. ¿no la orienta?** no, porque eso sería sugerirle o indicarle lo que tiene que hacer, sería apuntar a lo que yo quiero, y eso no es ético, aquí de lo que se trata es que sea la persona misma, la que elija su propia orientación, mi trabajo es sólo señalarle o hacerle más clara su o sus partes sanas o positivas, por eso se llama reforzamiento del yo”.

“¿Cuánto tiempo lleva atendiéndola? seis años”.

“¿Cuál es ahora su queja, o como Ud. dice, su discurso manifiesto? pues, ella insiste, a veces, en que “para qué vivir” de qué sirve que ella trabaje, que salga o que haga alguna

actividad si la vida para ella no tiene mucho sentido, lo ideal para ella sería tener una vida de pareja, con sus esposo, aunque por otro lado, ella llega a manifestar que ya no le gustaría regresar con él porque él es alcohólico. Yo creo que ella tiene mucho miedo a una relación, a involucrarse”.

Como se puede ver, el tratamiento que ha seguido la paciente ha sido muy extenso, por un tiempo de seis años. Aquí cabe preguntarnos si realmente la terapia está respondiendo a las necesidades de esta mujer. Desde mi punto de vista, parece no ser así, pues, aún pasado ya el tiempo mencionado, ella misma sostiene que “su vida no tiene mucho sentido”, “para qué vivir” pero lo que resulta incongruente con la situación de la paciente es la postura de la psicóloga, ya que para esta, aquella si ha tenido una mejoría, una evolución “satisfactoria”. Creo que no se puede hablar de evolución mientras la persona no encuentre un deseo o una alegría de vivir, pues, en esta condición, se hace presente la posibilidad de suicidarse, como ya lo ha intentado anteriormente.

Se observa también que la entrevistada señala como “avance” el hecho de que la paciente ya tiene amigos varones, iniciado noviazgos y relaciones sexuales. El presupuesto parece ser entonces que su mejoría o estabilidad, estará en función de una relación de pareja. Esto puede vincularse con una afirmación que la psicóloga hace: “yo creo que ella tiene mucho miedo a una relación, a involucrarse.”

Así, el problema de la paciente sería que no ha superado el estado de abandono en el que la dejó su esposo, por lo tanto, al momento en que ella establezca otra relación, su depresión desaparecerá. Esta concepción concuerda con la idea de depresión de la entrevistada, para quien este padecimiento es debido a las carencias económicas, pero principalmente con las afectivas. No obstante, tal paradigma, parece ser insuficiente para dar cuenta y contribuir a la resolución del estado depresivo de la paciente, ya que, con todo y sus nuevos noviazgos y amigos, sigue sin encontrarle un sentido a su vida. Amén de que no quisiera regresar con su esposo por ser alcohólico. Yo creo que el problema va más allá de un miedo a involucrarse en una relación, pienso que el meollo está en que ella cree que debe necesariamente tener a una pareja para estar bien. Vista la situación desde esta óptica,

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

me parece que algo más funcional para la mujer sería, primero, confrontarla con ella misma, en el sentido de cuestionarle el por qué no puede estar "sola" y aquí tendrían que romperse algunos valores culturales, y después, proponerle técnicas, por llamarle de alguna manera, que le conduzcan a una vida sin dependencias o apegos. Estas alternativas existen y son manejadas por la Medicina Tradicional China.

Pero, tómese en cuenta que la profesional, parte del hecho de que su paciente "no es muy lista", así pues, qué sentido tendría emplear otras estrategias de intervención, si no serían aprovechadas por alguien de escasa inteligencia. Siguiendo esta lógica, no hay razón para preguntarse si el modelo teórico que se utiliza le es funcional a la paciente. Debe serlo, eso no puede ponerse en duda, lo que sucede es que esta "no es muy lista", por lo tanto, no se puede esperar mucho de ella, ni una mejoría en corto tiempo.

Sin embargo, entre sus concepciones teóricas y su intervención práctica resalta una incongruencia: si mi paciente no es muy lista, por qué empleo una técnica de "reforzamiento del yo" diseñada, seguramente, para personas "normales", con la suficiente inteligencia como para llegar a los insights que esta técnica requiere y provocar así un reforzamiento del yo.

Dicha técnica supone que refuerza el yo, pero esto no sucede con el simple hecho de aplicarla, pues falta que el paciente interprete el sentido de los señalamientos, que les de el mismo significado y valor que les da el terapeuta, y que ello lo revierta positivamente en su "yo".

Continuando con el determinismo biológico, encontramos que para tres entrevistados existen depresiones de tipo endógeno, es decir, que tienen un origen meramente orgánico.

"¿Qué es lo que Ud. entiende por depresión? bueno, yo me inclino más por la teoría cognitiva, y yo entendería la depresión como un estado emocional bajo que es causado por la manera de interpretar la situación presente, ya sea situaciones familiares, sociales, o personales. A excepción de cuando es una depresión endógena que sería por causas

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

fisiológicas. **¿Me puede hablar más acerca de estas causas fisiológicas?** estas son por cuestiones hormonales que serían en un cierto ciclo, también por cuestiones neuronales que serían por herencia y de aparición repentina” (IGNACIO, 1 año de experiencia).

“¿Qué entiende por depresión? pues, es difícil, yo no tengo una definición o una postura personal como tal porque me sé solo lo que me enseñaron en la escuela. Entonces, lo que entiendo yo por depresión es que es un estado emocional en el que se encuentra una persona debido a diferentes causas, a lo mejor pueden ser orgánicas, de hecho creo que hay depresión endógena y otra exógena, te digo que me sé lo que me enseñaron en la escuela, o puede ser por diferentes causas emocionales, digámoslo así” (LORENA, sin experiencia clínica)

“..Hay varios factores que pueden desencadenar una depresión, están los socioculturales, los factores personales, y los biológico, también depende de cómo el organismo está produciendo, son dos hormonas importantes que se dan a nivel bioquímico cerebral y que afectan y hacen que se presenten los síntomas. Entonces como son varios los factores, yo manejo la terapia según el caso, la conflictiva que traiga el paciente” (ESMERALDA, 4 años de experiencia clínica).

“En relación al factor biológico que mencionaba, ¿por qué cree que suceda un desequilibrio en los neurotransmisores? Pues, a lo mejor, tiene que ver la predisposición de la persona, digamos a lo mejor factores genéticos. No sé mucho de este tema, hay neurólogos, psiquiatras que han abarcado ese campo de investigación”.

Si bien los factores biológicos pueden implicarse en diversos padecimientos humanos, creo que el otorgarles un papel predominante puede ser equivoco, pues en el caso de la depresión existen también factores culturales e individuales que, evidentemente se hayan atravesados en ella.

“ante todo, hay que decir que no es fácil distinguir entre herencia biológica y herencia cultural. A veces, debemos admitirlo, cuesta saber cuál es el origen de una diferencia.

Siempre es posible que sus causas sean biológicas (las llamamos genéticas), que se deba a un aprendizaje (las llamamos culturales) o a las dos.” (Cavalli-Sforza. cit. en López, S.1997. Familia y cuerpo humano. pp. 68)

Pero aún suponiendo que el sujeto nazca con genes “depresivos”, no creo que estos por sí mismos vuelvan depresiva a una persona, ya que, faltaría ver cómo su contexto cultural construye su personalidad. Esto mismo se aplica al cáncer, pues unos genes cancerígenos no son suficientes para desencadenar la enfermedad.

4.4 Eje 3 : Opinión del uso de antidepresivos.

Ante la pregunta ¿qué opina de los antidepresivos? observamos que 5 de los entrevistados los señalaron como funcionales en casos “graves” o avanzados de depresión.

1. “Que son buenos, que funcionan en casos graves de depresión. Siempre es mejor mantenerlos sin medicamentos, pero toma en cuenta que yo atiendo casos graves” (PATRICIA, 14 años de experiencia clínica).

2. “En algunos casos son buenos, como cuando está muy avanzado el padecimiento, les ayuda” (LILIANA, 5 años de experiencia clínica).

3. “Yo creo que estos deben ser usados en casos ya muy graves, casos en los que el paciente ya no puede ni siquiera levantarse de la cama, entonces deben ser prescritos pero por un psiquiatra, no por cualquier médico, y mucho menos por un psicólogo, nosotros no estamos preparados para eso” (MIRIAM, 20 años de experiencia clínica).

4. “Cuando es depresión endógena creo que es totalmente recomendable o cuando es una depresión tan fuerte que pueda llevar al paciente al suicidio, creo que es preferible darle un antidepresivo. Pero si no es en casos extremos, o sea si la depresión no es tan grave, entonces no los veo muy recomendables” (IGNACIO, 1 año de experiencia clínica).

5. "Mira, yo creo que hay algunos casos de depresión donde el tener que usarlos es inevitable porque hay veces que sí, realmente, el paciente está tan, tan, tan, deprimido que no hay poder humano que pueda hacer contacto siquiera con él, entonces ahí muchas de las veces es necesario, primero, levantarlos aunque sea en un grado mínimo con algún fármaco y después empezar el trabajo psicoterapéutico, o bien, a la par. Pero, tampoco estoy de acuerdo con el uso indiscriminado que hacen de ellos los psiquiatras, quienes ante cualquier tipo de depresión van por delante los fármacos, yo creo que visto desde este lado, uno llega a pedir el apoyo de un psiquiatra cuando de verdad la situación es extrema" (MIGUEL. 10 años de experiencia clínica).

Estas opiniones parecen presuponer que existen casos que no son de gravedad. Aquí cabe preguntarnos ¿qué vuelve grave a una depresión? como podemos ver, algunos dicen que es el intento de suicidio, otros el hecho de que el paciente no se levante de la cama, otros no refieren nada en concreto. Sin embargo, creo que el hecho de que un paciente no atente contra su vida o que no se levante de la cama no significa que no esté sufriendo un deterioro de gravedad en su cuerpo. Pensar que sólo hay una forma de suicidarse (de una vez por todas, con sobredosis de medicamentos, etc.) es erróneo pues como ya se dijo, la depresión, si no se controla, conlleva a un lento y silencioso suicidio, es un proceso de autodestrucción, una muerte paulatina. Dado que se debilita el sistema inmunológico, se abre la posibilidad de padecer cualquier enfermedad oportunista, desde una simple gripe, hasta un cáncer.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Asimismo, en los citados diálogos, tenemos que la recomendación que se hace de los antidepresivos --aún en casos 'graves', solamente-- presuponen que la parte somática de una depresión se manifiesta únicamente en la alteración de ciertos neurotransmisores, es decir, es su correlato biológico, se pasa por alto, toda la cadena de síntomas o trastornos que ella puede producir en el cuerpo, de tal manera que muchas veces el uso de tales medicamentos no resuelven el daño que ya se ha suscitado en él. Las afirmaciones del psicólogo siguiente parecen enfatizar dicho supuesto:

"¿Qué entiende Ud. por depresión? bueno, para mí es un estado de la conciencia, en el que la persona que la padece se carga mucho, tanto fisiológica porque creo que tiene que ver con lo fisiológico, como psicológicamente hacia todas las deficiencias o áreas de oportunidad que tiene en su vida, y sus pensamientos y sus sentimientos se van hacia el aspecto exclusivamente negativo, entonces eso hace que su conciencia entre en un estado de supresión que afecta a su fisiología, entonces comienza a producir neurotransmisores inhibitorios que hacen que muchas veces la depresión que era exógena, es decir por factores externos, se convierta en endógena y entonces necesite a veces de algunos químicos para ser tratada..." (ISMAEL, 11 años de experiencia clínica)

"¿Qué opina de los antidepresivos? yo creo que cuando la depresión ha llegado a convertirse en endógena, es bueno trabajar con un psiquiatra o con un médico, pero trabajar de veras, tú como psicólogo para no convertir a la persona en una fármaco dependiente y sacarla de un problema y meterla en otro sino, de veras, regularla, porque si creo, por lo que me he informado, hay cuestiones metabólicas implicadas en la depresión, entonces hay que, a veces hacer uso de ello, con mucho cuidado"

Ante estas últimas líneas cabe argumentar: si mente y cuerpo no están separados, si se sabe que un estado depresivo siempre conlleva una manifestación corporal, ¿podemos entonces diferenciar, cuándo una depresión se ha convertido en endógena?

Una postura que llama la atención es la sostenida por la psicóloga ESMERALDA, quien otorga un peso no sólo considerable a los antidepresivos sino que los considera elementos conformadores del tratamiento.

"Pues yo creo que si son de gran ayuda, son importantes porque estos ayudan a que se produzcan las sustancias bioquímicas que requiere el cerebro para que el estado del paciente mejore. Podríamos decir que es un 50% el trabajo que haga un fármaco y un 50% el trabajo de la psicoterapia para que el paciente mejore, que se vayan interrelacionando los beneficios de las dos partes. Muchos pacientes se rehúsan a tomar estos medicamentos, pero generalmente casi todos los pacientes depresivos requieren de antidepresivos, y ahí se debe trabajar con el paciente para que cambie su actitud respecto a estos fármacos" (ESMERALDA, 4 años de experiencia clínica)

Como vemos, para la entrevistada, el uso de antidepresivos es requerido por "casi todos los pacientes", pero no sólo ello sino que 'se debe trabajar con el paciente para que cambie su actitud respecto a estos fármacos'. Al parecer, la profesional, simplemente no concibe aproximarse al paciente sin el uso de medicamentos. Tal actitud puede ser comprensible si tomamos en cuenta que ella labora en un hospital psiquiátrico, perteneciente al estado y en donde se trabaja de manera interdisciplinaria. Es bien sabido que las políticas de estas instituciones dictan atender al mayor número de pacientes en el menor tiempo posible. Esto, justificado por la gran cantidad de personas que requieren atención y los pocos profesionales en servicio.

Dada esta situación, resulta coherente recurrir indiscriminadamente a los antidepresivos, pues si no es posible abordar reflexiva y profundamente la problemática de cada sujeto, si lo es mantenerlo 'calmado' con un efecto analgésico, volviendo así, a los psicotrópicos en "camisas de fuerza químicas" que atrapan, excluyen y encierran al individuo en la celda de su propia queja.

Si revisamos los argumentos de Chetley (1995) y los de López, S. (2002) lo anterior puede interpretarse como un derivado de las políticas no sólo de la institución sino del

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

poder, pues parece haber una complicidad entre la industria farmacéutica y los altos mandos al pretender "medicalizar" la vida de las personas, cuando sus problemas no requieren de fármacos, ya que, se relacionan con estilos de vida inculcados en nuestra sociedad de consumo.

Por otro lado, encontramos una opinión que, al parecer, desmerita el uso de antidepresivos.

"Lo que podría decir es lo siguiente, en muchas ocasiones, el uso de antidepresivos lo único que hacen es ocultar el carácter más estructural del síntoma, es decir, lo único que hace es disminuir los síntomas orgánicos, por ejemplo, en el caso de esta mujer, [una paciente] ha tomado antidepresivos recetados por un psiquiatra y dice que se le olvidan de momento sus problemas, que se puede dormir por horas, incluso en el transcurso del día y en la noche estar con los ojos abiertos, y ella misma dice que no le gusta. Entonces yo creo que definitivamente no resuelven gran cosa, porque no es una atención hacia el origen del problema" (JOSE, 22 años de experiencia clínica).

Estas palabras, parecen confirmar lo sostenido en la obra de Chetley, A. (1995) *Medicamentos problema*, respecto a la simple represión de síntomas que provoca el uso de psicotrópicos.

Postura diferente es la mostrada por el siguiente psicólogo, pues apunta a un elemento alternativo en el tratamiento de la depresión: las flores de Bach.

"Pues que no son del todo funcionales en las primeras fases, quizás en fases muy críticas cuando existen intentos de suicidio, puede ser útil. Pero, hasta ahora yo lo que he hecho ha sido tratarlo con pura aguja y ha funcionado, en algunos casos he usado flores de bach, pero no antidepresivos" (URIEL, 17 años de experiencia clínica).

Con la incorporación de las flores de Bach, me parece que el entrevistado va más allá de la afección corporal del paciente, y se dirige a la parte espiritual, ya que, es en esta donde, se dice, dichas flores actúan.

Para dos entrevistados, tenemos que el uso de antidepresivos resulta "recomendable" en los casos de depresión endógena

"Cuando es depresión endógena creo que es totalmente recomendable o cuando es una depresión tan fuerte que pueda llevar al paciente al suicidio, creo que es preferible darle un antidepresivo. Pero si no es en casos extremos, o sea si la depresión no es tan grave, entonces no los veo muy recomendables" (IGNACIO, 1 año de experiencia clínica).

"Pues, si es por una causa orgánica, si son recomendables. Pero, no, generalmente, yo creo que lo que le sucede a las mujeres, como mencionábamos, son depresiones debidas a las condiciones sociales en las que vivimos. Entonces si tu llegas y le das un antidepresivo a una mujer, pues, lo único que haces es decirle: "cálmate, disminuye tus síntomas y tan tan" pero ahí no se acaba el problema. El problema es ver qué le esta causando conflicto a la mujer y pues trabajar en eso" (LORENA, sin experiencia clínica).

Parece ser que, según estos psicólogos existen algunos tipos de depresión de origen orgánico, esto lo podemos constatar si revisamos sus concepciones acerca del padecimiento. Sin embargo, se hace necesario recordar lo planteado por Cavalli-Sforza. (cit. en López, S 1997) al respecto:

"ante todo, hay que decir que no es fácil distinguir entre herencia biológica y herencia cultural. A veces, debemos admitirlo, cuesta saber cuál es el origen de una diferencia. Siempre es posible que sus causas sean biológicas (las llamamos genéticas), que se deba a un aprendizaje (las llamamos culturales) o a las dos." (Familia y cuerpo humano pp.68)

Si partimos del hecho de que la depresión puede ser multicausal, y que resulta, ciertamente, complicado otorgar un grado de influencia a todos y cada uno de los posibles

factores interrelacionados, creo que sería riesgoso o ilusorio dar tanto peso a sólo un aspecto.

Ahora bien, respecto a la interrogante ¿cree que el uso de antidepresivos pueda tener algún inconveniente? encontramos dos perspectivas que llaman la atención, pues manifiestan una ignorancia acerca del tópico:

“Si se les maneja adecuadamente, no” (LILIANA, 5 años de experiencia clínica).

“Ninguno, (se ríe) son buenos” (PATRICIA, 14 años de experiencia clínica).

Como ya expusimos anteriormente (capítulo 1) la lista de reacciones adversas a tales medicamentos es larga, pero es de mayor importancia y consideración la gravedad de las alteraciones a la salud. Amén de que, de acuerdo con investigaciones realizadas y con algunos psiquiatras, no se resuelve el meollo del conflicto, sólo se seda o suprime el cúmulo de síntomas

Aunado a lo anterior, se pasa por alto que en el organismo de las mujeres, debido a diferencias metabólicas y hormonales, las reacciones a los medicamentos son diferentes. Según investigaciones, las industrias farmacéuticas estudian, mayormente, los efectos secundarios en varones, y rara vez en mujeres, pues el cuerpo de aquel es tomado como estándar. Con todo esto ¿podemos pensar que el negocio farmacéutico, realmente, mira por la salud de la gente?

Pero tales opiniones no resultan extrañas si consideramos que ambas profesionales laboran en un hospital psiquiátrico, pues como ya se dijo, las políticas de la institución encuentran altamente conveniente mantener sedado al paciente en vez de abordar seriamente su problemática.

Esta “medicalización” de la vida, parece ser contemplada y sostenida por la respuesta de la siguiente entrevistada:

"Que causan adicción, pero yo le vería más inconveniente en cuanto, a que estamos acostumbrados, los medios de comunicación nos han acostumbrado, a que te duele algo y pues tómate tu pastillita y con eso estás bien. Entonces yo el peor inconveniente que vería es que le educarías esto a la mujer de que te sientes mal, pues tómate tu pastillita y con esto vas a solucionar tu problema, y pues no, al contrario, yo creo que se perjudica más a la gente con los antidepresivos" (LORENA, recién egresada de la universidad y sin experiencia clínica).

Desde mi punto de vista, lo señalado por esta psicóloga aprehende el cómo la salud de las personas se ha convertido en un producto de consumo, pues la queja es medicable y, parece ser que, ya cualquier tipo de queja, hasta las espirituales.

Para los psicólogos MIRIAM e ISMAEL, el inconveniente de usar antidepresivos es que generan adicción

"Sí, a mi los medicamentos no me gustan, ninguno. Yo creo, porque lo he visto, que los pacientes se vuelven adictos, entonces lo que yo hago cuando trato con personas que están bajo el efecto de estas drogas es, hablar con el psiquiatra que los atiende, para que los mantenga en las dosis mínimas y por el menor tiempo posible, ¿por qué? porque se supone que yo estoy trabajando en el asunto también. Entonces yo asumo mi responsabilidad, y he logrado que las personas dejen los medicamentos aunque lleven años tomándolos, y que bueno me puedo tardar uno, dos años, incluso pacientes con intento de suicidio, que han estado a punto de ser internados en el psiquiátrico, yo los he levantado, aunque si te puedo decir, un paciente, me llevó tres años (MIRIAM, 20 años de experiencia clínica).

En estas líneas tenemos, en primer lugar, que se minimiza la intervención del psiquiatra, esto debido, desde mi perspectiva, a que se pondera lo psicológico sobre lo somático. En segundo lugar, que el tiempo empleado en el proceso terapéutico puede extenderse hasta tres años, esto es, resulta muy largo. El factor tiempo es un punto importante, pues no todos los pacientes tendrán la paciencia, los recursos económicos y la motivación para mantenerse en una terapia de tal magnitud.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

"Pues, la dependencia fisiológica, es que yo he visto a la gente, tengo a unas alumnas que estan medicadas y la euforia y luego la depresión otra vez, el bajón, porque ha habido malos manejos del psiquiatra, entonces si creo que pueda tener efectos negativos, y en general creo que hemos estado aprendiendo a no estarnos peleando psiquiatras y psicólogos clinicos y hemos estado enlazándonos un poquito más en beneficio de la gente que necesariamente tiene que usar algunos antidepresivos (ISMAEL, 11 años de experiencia clinica).

Ante lo argumentado por este último psicólogo, cabe preguntarnos ¿por qué necesariamente se tienen que usar antidepresivos? me parece que esa es una idea que nos ha vendido la industria farmacéutica con el fin de medicalizarnos la vida, que aunado a nuestra visión fragmentada del cuerpo humano en occidente, no deja otra opción. Sin embargo, ello no significa que, en realidad, no la haya.

Tanto el psicólogo URIEL como JOSE reafirman lo asegurado por Chetley, (1995) en cuanto a la ineficacia de los antidepresivos para resolver de fondo el padecimiento:

"Que genera adicción, y que en realidad no se cura el paciente, sólo se encubre el padecimiento. URIEL, 17 años de experiencia clinica)

"Pues además de la adicción, que no soluciona de raíz la depresión de la persona. (JOSE, 22 años de experiencia clinica)

De acuerdo con el psicólogo MIGUEL los inconvenientes de usar antidepresivos, está relacionado con las particularidades de cada medicamento:

"Mira, hay algunos a los que yo no les veria tantos inconvenientes, un ejemplo de ellos es el prosac 20, que se usa tanto, si la gente lo toma solo a lo mejor no hay tantos inconvenientes, pero los psiquiatras mandan unos paquetes muy curiosos porque, generalmente los mandan acompañados de su correspondiente valium o cualquier tranquilizante donde a veces uno ni siquiera entiende la lógica: deprimido el paciente y lo

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

tratan con calmantes, pues claro que va a estar mejor, en un sentido, porque va a estar dormido, va a estar totalmente ausente, evitando todo tipo de cuestiones. Por las noches, algunos fármacos, producen lo que se llama sueño hipnótico, o sea son bombas. Algunos psiquiatras me han dicho: "bueno, como yo no sé a ciencia cierta qué necesita el paciente, yo le mando todo un paquete, el cuerpo es tan sabio que él toma lo que necesita para ponerse bien y lo demás lo desecha" y yo digo, no pues sí, si le mandan algo que lo va a poner arriba y también algo que lo va a poner abajo, pues el cuerpo tiene que mediar ¿no?. **Esto, ¿dice Ud. que lo dicen los mismos psiquiatras?** sí, algunos, pero en un carácter informal, platicando, si porque para ellos, la depresión, es una enfermedad donde intervienen los desórdenes bioquímicos, etc. y bueno justifican cierto tipo de cosas, pero yo creo que el uso que ellos hacen es totalmente indiscriminado porque a veces hay depresiones que son debidas totalmente a situaciones perfectamente identificables en la vida del usuario y que lo que hay que resolver es esa situación, no algo interno (MIGUEL, 10 años de experiencia clínica).

Sin embargo, debemos mencionar que, de acuerdo con investigaciones, el prosac puede provocar reacciones adversas como: movimientos incontrolables, secreción inapropiada de hormona diurética, enfermedad del suero, disfunción sexual, tartamudeo, tics, pérdida de la audición, episodios maniacos, reacciones paranoicas e intensos sentimientos suicidas. Así, su opinión sobre el medicamento nos dice que no cuenta con información suficiente.

Además de la adicción, dos entrevistados mencionaron otras reacciones adversas de los antidepresivos en el cuerpo:

"No tengo bien la información, pero hasta donde yo sé, causan adicción tanto física como psicológica y desbalance químico en el organismo (IGNACIO, 1 año de experiencia clínica).

"Sí, si los hay porque pueden provocar efectos secundarios. **¿Cuáles?** resequedad en la boca, somnolencia, mareos, etc. ESMERALDA, 4 años de experiencia clínica)

Con base en todos los diálogos anteriores, podemos decir que, al parecer, la mayor parte de los psicólogos, no tiene información específica y detallada a cerca de los serios efectos secundarios que generan los antidepresivos, pues por lo general, se remiten sólo a la adicción. Sin embargo, creo que un conocimiento más amplio del particular debería ser parte de su formación, en beneficio de los pacientes.

4.5 Eje 4 : Otras concepciones de depresión.

Cabe dar lugar, ahora, a aquellas definiciones sobre depresión, verbalizadas por algunos psicólogos, que difieren de las concepciones derivadas de los modelos teóricos revisados en este trabajo. Es importante exponerlas, pues me parece que representan puntos de vista individuales que, posiblemente, han surgido de una experiencia clínica de varios años.

“Bueno, si me voy a la teoría de la acupuntura, la depresión la entendería como un exceso de calor en la cabeza, o mucho calor en el corazón. Pero si lo entiendo como la psicología, diría que es una pérdida de autoestima, pérdida de realización personal, expectativas, tener frustraciones, tener algunos abandonos o deseos insatisfechos. Así sería desde esa teoría más racional, pero en términos corporales, yo creo que sería un desequilibrio energético en el interior de los órganos. Nosotros creemos que, un órgano domina a otros, cuando hay un desequilibrio el órgano que normalmente dominaba, ya no lo hace, por ejemplo, la gente deprimida, triste o melancólica tiene más problemas con sus pulmones, tiene más tos, asma, faringitis, gripa, hasta bronconeumonías. Entonces es más común la relación de un órgano con un estado emocional y para nosotros la depresión tendría una relación más directa con los pulmones” (URIEL, 17 años de experiencia clínica).

“Entonces, ¿Ud. la entiende como un desequilibrio energético en el cuerpo? sí.”

“En relación a esto, yo leí que este exceso de calor molesta al espíritu, esto a mi me llama la atención porque tal postura, es decir, mencionar o señalar a una entidad espiritual nos habla de un concepto de hombre, de una visión del mundo que a la vez

se vincula con la concepción de depresión. Así, creo que es importante que me amplíe un poco más esta noción, ¿me podría decir qué es lo que se entiende por espíritu? El espíritu es aquella parte de la esencia que une el ch'i genético y el ch'i adquirido y le da armonía en el cuerpo. Esa es la esencia que permite articular a un ser humano, por eso cuando alguien se enferma, se enferma primero del espíritu y después se enferma del cuerpo. Ese es el principio que entendió Bach para poder hacer las flores de Bach para curar a los seres humanos, pensando que el espíritu es el primero que se enferma. Entonces el desequilibrio puede ser muy sencillo, puede ser exógeno o endógeno, ese es un principio. Otro principio es cuando el problema es de mayor profundidad, cuando es espiritual, aquí el sujeto no se encuentra en la vida, no tiene sentido para vivir, ha perdido, como dirían los taoístas, ha perdido el camino y perder el camino es sinónimo de locura, pero no la locura esquizofrénica sino la locura de que no sabes qué hacer con tu vida, puedes vivir, hacer tu vida normal, pero es un caos, es un caos. Entonces eso es una pérdida de la condición del desarrollo espiritual del sujeto, o sea, no se humaniza como debería de ser, entonces es un sujeto que ha perdido la condición de articularse con la vida entonces no puede hacer nada por los otros ni por él, es una gente enferma del espíritu. Entonces para mí esto es a veces muy evidente con los pacientes, digo, este no va a hacer nada por nadie, ni por él ni, ni por nada, es una persona que ha perdido el sentido de armonía, o sea, su espíritu está triste, ha perdido el sentido de amar las cosas, de enamorarse de las cosas, siempre se está quejando, siempre le encuentra peros a todo, es pesimista, no tiene ganas de hacer nada, o todo lo hace mal, es gente que tiene mucha confusión en su vida, no tiene claridad".

"¿Este no encontrarse en la vida sería el meollo de la depresión? no, esto es un primer paso de la pérdida del camino, esto quiere decir así: un ser humano vive, nace en una cultura, en una sociedad, en una geografía, en un clima, etc. y cuando nace en ese lugar, ese ser humano debería de cuidar el espacio donde vive, debería de tener un arraigo a ese lugar, debería de enamorarse de su colonia, de su pueblo, de su ciudad, le gusta ¿no?, lo cuida, no es un depredador, no agarra ese vasito y lo hace pedacitos, no está aquí tallando "aquí estuvo fulano de tal" rollos así, o agarra y destruye esto, o sea, es un tipo que sabe que la vida tiene un estilo de vida, que tiene un principio, cuando yo pierdo ese sentido, pierdo el camino, entonces si pierdo el camino entonces no estoy claro hacia dónde voy, y entonces

no tengo ningún sentido para vivir, no estoy pensando en los que no han nacido, no estoy pensando en los otros, no estoy pensando en que tener ese árbol también le sirve a otros, o sea estoy pensando en cuidar, en hacer. Entonces tengo un principio de armonía, cuando no hago eso, no tengo armonía y empiezo a perder sentido a la vida y en una de esas, puede, una emoción, dominar en mi vida entonces puedo ser muy agresivo, muy melancólico, muy depresivo, puedo ser muy cerrado, autista, o sea, tengo un dominio de esas emociones en mí, y mi vida va mal, toda mi vida mal”

Tenemos en esta definición, que el estado depresivo va a situarse no sólo en el campo de lo psicológico sino también en dos instancias más: en el cuerpo, y en el espíritu. En el organismo, queda materializado de manera muy concreta, esto es, se presenta un desequilibrio energético que afecta a los pulmones, desencadenándose así enfermedades como gripes, bronconeumonías, etc. De acuerdo con esto, se puede decir que, paralelamente a un pensamiento o sentimiento depresivo, una parte somática va a experimentar un daño. Esta concepción difiere de las anteriores en que no se miran como separados a la mente y al cuerpo, por lo tanto, en el tratamiento propuesto, éste es abordado, pues el entrevistado trata con acupuntura a sus pacientes:

“Como Ud. sabe, algunos pacientes suelen reportar somatizaciones ¿cómo cree que se deba de atender este malestar en el cuerpo? bueno, yo creo que primero hay que ver cómo es que su memoria corporal y su forma de apropiarse de las cosas las lleva al cuerpo y las convierte en un síntoma, descubrir cuál es la relación de un órgano con una emoción, de cómo el sujeto ha hecho que un pensamiento racional se exprese en el cuerpo, y para eso yo lo que hago es ir a la memoria corporal, desbloqueo, pongo agujas, doy masaje, y hago que entienda cómo es el proceso de la somatización, se lo explico”

Asimismo, esta perspectiva incorpora una parte espiritual para entender el padecimiento. Según esta visión, el espíritu es la esencia de un ser humano que se compone por el ch'i genético y el ch'i adquirido. Por ch'i se entiende, nos señala García, J. (2001) la energía que sustenta la vida universal, es la esencia o generadora de todas las formas de

vida y del universo. En este sentido, un ser humano nace con el ch'i genético, heredado de lo padres, y el adquirido es el que se obtiene de los alimentos, el aire y los líquidos.

Para el psicólogo, la depresión puede entenderse también como un síntoma de "la pérdida del camino", lo cual sería una desarticulación de la propia vida, no tener entusiasmo por vivir, pues la persona depresiva tendría un "espíritu triste". Tal descripción obedece a una cosmovisión en donde el factor gratitud, mencionado por él mismo, es esencial para comprenderla.

"... la única manera de que alguien esté en este planeta y que sepa qué está haciendo en este planeta es tener gratitud con la tierra, decir : 'aquí es mi casa', aunque no tengamos casa , pero esta tierra es todo, es tener gratitud con ella, porque ella es la madre, la segunda madre es la mamá biológica. "

De esta forma, se 'pierde el camino' cuando se pierde la gratitud, cuando se le quita el respeto a la naturaleza en tanto esencial para la vida. Así, al no verla como sagrada, nos alejamos de ella, la destruimos, la contaminamos, nos convertimos en depredadores. Tal pérdida no es otra cosa que la separación del universo, de la vida misma, y la gratitud es el punto a partir del cual, las culturas cósmicas sacralizan a este, lo veneran en un acto de agradecimiento y humildad. Es sagrado por la sencilla razón de que genera vida y se depende por completo de él.

Un espíritu sano, sería, de acuerdo con este diálogo, aquel que sigue el principio de armonía, que "se articula con la vida", que respeta, cuida y ama el lugar donde vive y a los otros. Por el contrario, un espíritu enfermo, es aquel que "no se encuentra en la vida", que destruye el lugar donde vive, que no tiene ganas de hacer nada, que "no se articula con la vida" ni con los otros, que ha roto "el principio de armonía".

Esta manera de pensar al hombre como un ser espiritual, articulado con la naturaleza nos señala una cosmovisión, un paradigma muy diferente a lo referido tradicionalmente por

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

las psicologías que conocemos. Para comprender más esto, revisaremos brevemente la base epistemológica de la Acupuntura.

La epistemología de la Medicina Tradicional China está sustentada en el taoísmo, el cual es una perspectiva metafísica de la realidad, una cosmovisión en donde lo racional, no ejerce ningún monopolio.

“El tao que puede expresarse no es el Tao verdadero.

El nombre que puede pronunciarse no es el nombre verdadero.

El no-ser es el origen del cielo y de la tierra, el ser es el origen de las cosas.

El camino del no-ser lleva a la contemplación del maravilloso principio, el del ser, a los límites de la apariencia

Originalmente, los dos son uno, pero al manifestarse toman diferentes nombres.

La unidad de ambos es un profundo misterio, y es también la puerta de todas las maravillas del universo.” (Tse, L. cit. en García, J. 2001. La MTC: una alternativa en el campo de la psicología y la salud. pp. 64)

Esta posición, parece ser holística, o por lo menos, más integral a aquellas aproximaciones a lo corporal y a lo psicológico que están instituidas. Para la Acupuntura, el ser humano es un microcosmos inserto en un macrocosmos, con su propio cielo, tierra, días del año, etc. Depende y está en relación constante con el universo, de manera que cualquier alteración en este, le afecta. Así, el estado de salud y de enfermedad estará relacionado con las leyes naturales de equilibrio. Se parte del supuesto de que en el cuerpo, se materializan principios cósmicos como el del Yin-Yang, el de los Tres Poderes, el de los Cinco Elementos, entre otros (García, J. 2001).

El Yin-Yang son la manifestación dual de la energía, del ch'i que generó y sustenta al universo y a la vida. Son la expresión dicotómica de la unidad, tal dicotomía se observa en la naturaleza: el día y la noche, macho y hembra, calor y frío, etc.

"...en todo ser manifestado se expresará esta polaridad originaria. Y es a partir de esta interrelación Yin-Yang, de los aspectos polares constituyentes del ser, que se generan todas las cosas que animan al universo" (Op. cit.). Los conceptos Yin-Yang encierran un sentido de movimiento, complementariedad y armonía

En el cuerpo, el Yang es entendido como calor y sequedad, y el Yin es visto como frío y líquido. El equilibrio de estos es importante, pues sin ello se puede desencadenar la enfermedad. Los órganos también se agrupan bajo esta polaridad, hay órganos Yin y órganos Yang. Así, un exceso de calor provocará hiperactividad e hiperfunción; un exceso de frío causará hipo-actividad e hipofunción en cualquier órgano o sistema. Este exceso puede presentarse en todo el cuerpo o sólo en una parte (Op. cit.).

En el pensamiento taoísta, el hombre, junto con la tierra y el cielo forman los tres poderes. El cielo representa lo espiritual y la tierra lo corporal. Del primero obtiene la esencia del espíritu y de la segunda, los elementos esenciales que nutren al cuerpo, de manera que, cuando el hombre se une en armonía con estos dos, gozará de buena salud, en caso contrario, se enfermará. Esta relación existe a niveles macro y micro, un ejemplo de este último es el hombre mismo. Se dice que el cielo se encuentra representado en su cabeza, la tierra en el hueso sacro y la parte humana en el tórax (Op. cit.).

La teoría de los cinco elementos menciona que, la naturaleza está constituida por un grupo de materiales básicos: fuego, madera, metal, agua, y tierra. Afirma además que estos se encuentran en el cuerpo, si no de manera concreta, si bajo sus cualidades y funciones, guardando un equilibrio. A cada elemento también corresponde un órgano, y estos a su vez se relacionan con una emoción. Dichos elementos "existen mezclados bajo relaciones de interdependencia e inter-restricciones que determinan sus estados de constante movimiento y cambio." En este sentido, el psicólogo URIEL nos dice que el hecho de vivir en el D.F. altera el equilibrio normal de estos materiales en el cuerpo dado que "ya casi no hay árboles y el árbol es madera en el cuerpo, y si madera falta significa que no va a haber fuego, agua va a haber mucha, va a haber más tierra suelta, no va a haber tierra adherida". Según esta óptica, estas alteraciones afectan a la salud.

Podemos ver que, bajo el panorama de la Acupuntura, el ser humano no existe separado de la naturaleza, su cuerpo, su mente y su espíritu se vinculan con las propiedades de aquella. Así, tenemos que un órgano se relaciona con una emoción, con un elemento, con una estación del año, etc. (ver tablas 1 y 2 cits. en García, J. 2001).

Elemento	Organo	Fluidos	Aperturas Corporales	Sistemas y funciones
Madera	Higado Vesicula biliar Ojo	Lágrimas	Ojos	Sistema nervioso
Fuego	Corazón intestino delgado lengua	Sudor, sangre	Garganta	Glándulas endocrinas
Tierra	Bazo Páncreas Estómago	Saliva	Labios, boca	Digestión, linfa
Metal	Pulmones Intestino grueso	Mucosidad	Nariz	Respiración
Agua	Riñones vejiga	Orina	Oídos	Sistema reproductor Y urinario

Tabla 1. Correspondencia o relación de un órgano, fluido, apertura y sistema con un elemento.

Elemento	Emociones	Tejido	Estaciones del año	Clima
Madera	Ira	Tendones	Primavera	Viento
Fuego	Alegria	Vasos	Verano	Calor
Agua	Miedo	Músculos	Invierno	Frio
Metal	Tristeza	Piel y pelo	Otoño	Sequedad
Tierra	Ansiedad	Pelo	Verano tardío	Humedad

Tabla 2. Correspondencia o relación de una emoción, tejido, estación del año y clima con un elemento

Con todo, esto se muestra cómo el concepto de depresión y su etiología, se entrelazan con una forma de percibir el mundo. Una visión cultural habla en esta conceptualización. Para Lara, J. (1996) uno de los pilares de la nuestra civilización occidental es precisamente la desvinculación con la naturaleza y la falta de respeto hacia ella. Las aseveraciones del psicólogo URIEL, nos dicen que cuando el hombre se aleja de aquella su espíritu y su cuerpo se enferman. A esto subyace la idea de que el hombre tiene una línea a seguir, *el hombre está estrechamente relacionado con la naturaleza, pertenece a ella.*

Vayamos ahora con la definición de la psicóloga MIRIAM :

"Pues mira, la depresión puede ser entendida de diferentes formas: como un estado de ánimo, pero como yo la trabajo es como un proceso, como un proceso psicológico que está encarnado en el cuerpo de la persona y que tiene un sustrato en el pasado, un fundamento, una razón de ser en la historia que esta persona ha tenido con personas en particular, es un proceso social diría yo, un proceso de la relación de la persona con otras personas en contextos particulares, contextos sociales: la familia, etc., por ejemplo, la persona que se acaba de ir, sufre un problema de depresión que proviene de su relación con su padre dadas las condiciones en las que cada quién se co-construye o se desenvuelve, puedes llegar a la depresión, pero principalmente, la depresión desde mi perspectiva, tiene que ver con la soberbia. Con la idea de que yo puedo controlar al mundo y de que yo puedo

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

controlar a otro, eso es una creencia, una creencia que esta cultura te enseña, sí. Entonces ¿cuándo te sientes deprimido? cuando te sientes impotente, cuando te das cuenta de que no puedes controlar al otro no puedo controlar a mi papá, no puedo controlar a mi esposo, no puedo controlar a mi hija, no puedo controlar a nadie, con trabajo me puedo controlar a mí mismo. Entonces, cuando te deprimés, te sientes impotente y eso te lleva a sentirte muy triste, no puedes cambiar nada, pero entonces aquí, yo lo que trabajo con mis pacientes, es la idea de que, efectivamente, no puedes cambiar al otro, pero al que sí puedes cambiar es a ti. Entonces ¿cuándo vas a poder salir de la depresión? cuando logres aceptarlo, apropiártelo, encarnarlo, el hecho de que no puedes controlar a nadie. Pero también la depresión, antes de que se me pase, puede ser un proceso que está aquí y ahora para ayudarte a crecer, siempre y cuando tú lo logres mirar así, porque te está enseñando que no puedes controlar a nadie, esto es algo que yo trabajo mucho con mis pacientes" (MIRIAM, 20 años de experiencia clínica).

Este forma de mirar a la depresión, la continúa cuando nos habla acerca de una de sus pacientes:

"...te voy a hablar de una paciente que tengo ahoritita, es que su pareja decide ya no estar con ella, ella es divorciada y tiene un novio después del divorcio, es más, durante el matrimonio ella tiene a este novio, después, se divorcia, tiene un hijo de su matrimonio, pero este novio ya no quiere estar con ella, y bueno lo que él dice es que no es la prioridad para él ya, entonces él ya no quiere estar con ella y ella se deprime terriblemente, porque pues lo pierde ¿no?, está pasando por un proceso de pérdida, de duelo, y sin embargo, algo interesantísimo es que, aquí y ahora, en el consultorio, ella puede contactar con su depresión, y contacta que esta depresión lo que le está enseñando es a cuidarse más, a quererse más, a entregarse menos, a tener menos expectativas en los otros. Entonces, lo rico de esa depresión en ella es que le permite hacer eso, le permite crecer, le permite darse cuenta de que la depresión está aquí para enseñarle algo".

Para esta psicóloga, la depresión se relaciona con un aspecto cultural: *el control*. La connotación de este se acerca a la de otro llamado *poder*. Estos elementos son altamente

valorados en occidente y presuponen que la manera de relacionarse con la naturaleza, con uno mismo y con los otros es bajo un contrato, cuya cláusula principal enfatiza el sentido de posesión, lo cual nos lleva a una existencia 'en el modo de tener y no en el modo de ser' como lo ha reflexionado Fromm, E. (1975). Esto es algo muy importante, pues, nos indica que un padecimiento cobra un significado particular de acuerdo con el bagaje culturalmente aprendido del sujeto, que es contextual e individual a la vez. Una herencia de significados puede dictarnos así una forma de vivir y de morir.

Siguiendo con esta entrevistada, tenemos que la depresión puede ser manejada, por el terapeuta y el paciente, como un proceso. Un proceso que llega para "enseñarnos algo", que puede ser enfrentado, aprovechado y superado. Me parece que esta postura es muy interesante y merecedora de atención, pues refuta la idea de que tal padecimiento siempre es dañino y de que debe ser temido y evitado por completo. La relación entre un sufrimiento y un crecimiento personal que hace la profesional es, desde mi punto de vista, esencial para superar cualquier conflicto, ya que el paciente aprende de su dolor, se conoce a partir de este, se des-construye y reconstruye, en pocas palabras: evoluciona. Estaríamos hablando entonces de que el estado depresivo puede tener dos caras, una de vida y otra de muerte. Estos contrastes nos llevan a pensar que entre la alegría y el sufrimiento, tal vez, no hay mucha distancia, que esas dos caras, en realidad, forman parte de una, que no puede existir la luz si no existe la oscuridad, pues la una le da sentido a la otra. Algo similar plantea el citado autor, cuando dice que "la vida consiste en nacer continuamente, el problema está en que la mayoría de nosotros morimos antes de haber comenzado a vivir." A partir de este principio de dualidad, tan característico de las culturas cósmicas, se podría entender la depresión como proceso dialéctico fortificante.

Sin embargo, la posibilidad de verla en este sentido, va a depender por un lado, de los recursos teóricos, las habilidades y características personales del terapeuta, y por otro, de la voluntad, y subjetividad del paciente.

Pasando ahora con la definición del psicólogo JOSE, tenemos que este también incorpora un que llama la atención en su propuesta de tratamiento. un apoyo espiritual. Este

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

caso es interesante, puesto que, el entrevistado no nos habla de tal aspecto cuando le interrogamos sobre su concepto de depresión, sino que aparece después en la praxis, en la forma en que aborda la problemática de una paciente.

"...Entonces, yo lo que espero, es que la persona [su paciente] pueda recuperar, en el primer nivel de intervención, digamos una estabilidad emocional, que pueda adquirir la capacidad para regular su estado afectivo y que pueda encontrar un apoyo espiritual para su sentimiento de soledad, porque yo diría que este sentimiento no tiene solución, entonces lo que planteo para la atención de esta mujer es que ella pueda cambiar su actitud al respecto, de aceptación de vivir sola, aceptación de que todos en este mundo estamos solos y que de alguna manera necesitamos afrontarlo, y que no lo viva ella con tanta angustia" (JOSE, 22 años de experiencia clínica).

El "apoyo espiritual" del que nos habla, sería un recurso para que la paciente enfrente el sentimiento de soledad, sentimiento que, para el entrevistado, no tiene solución. Pero volvemos a lo mismo que mencionamos anteriormente: la forma en que interpretemos un estado depresivo está en acuerdo con nuestro bagaje cultural. Para este psicólogo, la soledad es algo real, existe, pues, él mismo dice que "todos en este mundo estamos solos". Sin embargo, esto no es más que una realidad construida a partir ciertos presupuestos que dictan cómo ha de interpretarse el mundo. En este sentido, la soledad en sí misma no existe, sino, se crea, y algunos dirían que nos es más que una ilusión. Pero, ¿quiénes van a refutar la idea sentimiento? pues obviamente aquellos que tengan otra construcción de la realidad, "otra verdad", que pertenezcan a otra cultura.

Una cultura separada de la naturaleza, en donde hombres y mujeres se ven solamente como polos opuestos --con más diferencias que semejanzas-- y con la creencia en un concepto de individuo como aislado, separado o autónomo, evidentemente, va a suponer la idea de soledad. Para una cultura cósmica, en cambio, tal idea es impensable, no puede existir en un universo en donde todo es parte de todo, en donde cada elemento está conectado entre sí, incluso con los más distantes. Para el Budismo, por ejemplo, que puede ser entendido como una "psicología", como una "filosofía" o como una "religión", las

identidades separadas no existen, ni en las personas ni en las cosas, estamos imbricados con todas las formas de vida y de materia. Este pensamiento afirma que la sola creencia en un yo individual, como separado, genera sufrimiento y que además no puede ser real, pues no somos eso que creemos que nos constituye: cuerpo, impulsos y emociones, pensamientos, sentimientos, percepciones, actos de conciencia

Así, desde una cosmovisión, el sujeto no puede concebir ni un momento de soledad. El aire que roza su piel o cualquier otro elemento natural, se lo impedirá. Lo interesante de esto, es que aquí se rompe el antropocentrismo al que en occidente estamos acostumbrados y que nos sugiere que un hombre solamente puede relacionarse con otro hombre y que, por lo tanto, toda su esfera de acción, sentimientos y necesidades afectivas se centran exclusivamente en lo humano. Este es un punto muy importante, pues todas las psicologías occidentales parten de este supuesto, es decir, son antropocéntricas, y por lo tanto, sus métodos de intervención en el paciente se circunscriben sólo a aspectos de lo humano. (Lara, J. 1996).

La condición de desesperanza, tristeza y desinterés por la vida que llega a presentar una persona depresiva, puede generarle preguntas acerca del sentido de su vida y de la vida en general. En este estado, se buscan respuestas que sólo las religiones dicen responder, tenemos también a la ciencia, pero hasta la fecha ella solamente puede decirnos el cómo de algunos fenómenos, pero no el por qué ni el para qué de estos. Así, el paciente puede verse en la necesidad de buscar una dimensión espiritual o religiosa, y me parece que esto es algo muy válido, incluso sugerírselo, pero no en un sentido de mero apoyo o de "consuelo" porque esto no resuelve su condición, sólo la atenúa, le da un efecto analgésico, no curativo. No le armoniosa con la vida, que es lo que él necesita.

Así, ante la postura del psicólogo JOSE se puede decir lo siguiente:

1. Me parece que no debe decirle a su paciente que su sentimiento de soledad no tiene remedio, puesto que esto es sólo su creencia propia basada en presupuestos implícitos acerca de lo que el mundo es. Es su "realidad", construida por él mismo, y por su

cultura, no puede presentársela a su paciente como una verdad irrefutable, pues para este podría resultar no funcional.

2. Creo que la sugerencia de una búsqueda espiritual no debe hacerse presuponiendo ni advirtiéndole al paciente que no va a encontrar remedios ni respuestas en ella a su sensación de soledad, eso es algo que la misma persona debe descubrir y construir, no tenemos derecho a decirle cómo debe interpretar el mundo, pues bien puede suceder que la persona si halle un sentido a su existencia en tal dimensión.
3. En relación con el punto anterior, creo que una de las funciones del psicólogo debe ser presentar al paciente diferentes perspectivas de su situación o de la "realidad", pero con el objetivo de ayudarlo a encontrar la que le sea más funcional, no con el fin de señalarle alguna de ellas como la única "verdad" que debe creer. En este sentido, no se trata de confirmarle o refutarle al paciente su idea de soledad sino de trabajar con él en encontrar una forma de vivir tranquilamente, con o sin tal idea. La adopción o no de esta es algo que solamente el paciente debe decidir.

Existe una alternativa que no aparece en la psicologías instituidas, pero que encierra una gran utilidad para diversos casos, dado que, responde a una demanda muy usual de las personas: tener una mente tranquila. Quizá por ello ha sobrevivido miles de años, me refiero a la meditación Zen.

Esta disciplina es, para los que practican el Zen, algo más que una técnica, es una actitud ante la vida, pues se pretende --y en efecto se logra-- trascender el sufrimiento, enfrentándolo y vencéndolo. Existen diferentes formas de meditar, pero el objetivo de todas ellas es alcanzar una mente en calma independientemente de una tormenta. Se trata, primero, de relajar al cuerpo a través de un conteo progresivo y luego regresivo, se lleva un control en la respiración y en la posición del cuerpo (flor de loto), se enfoca la mirada en un solo punto en el suelo. Después, se empieza a vaciar la mente, esto es, los pensamientos se dejan fluir, se pasa de uno a otro, sin detenerse mucho en uno solo

TESIS CON
FUELLA DE ORIGEN

“...es como ver nuestra neurosis en cámara lenta sin emitir juicio alguno y entonces se dice que las vivencias que se observan como un mudo testigo son borradas y así nuestras acciones pasadas dejan de tener una influencia negativa en nuestra vida actual y futura.” (Cinencio, 1997. El Zen en la mirada, pp. 42).

Analicemos el significado de esto. Se trata de “sentarse con uno mismo” de hablar de nosotros sin hablar, es como una autoterapia o autoconfrontación, en donde se plantean preguntas y se obtienen respuestas. Se trata de poner un alto a la autoevaluación. Esto es sorprendente en una cultura donde no se nos enseña a estar con nosotros mismos, sino a estar haciendo siempre algo, a estar con alguien o pensando en alguien o en algo. ¿Quién, en estos días, soporta estar quieto ante sí mismo por más de 30 minutos? no muchos. Me parece que esta estrategia lleva muy lejos el sentido de la responsabilidad sobre el propio bienestar.

Según el citado autor, con la práctica de la meditación se restablece el equilibrio de los hemisferios derecho e izquierdo del cerebro. El estilo de vida occidental tiende a debilitar la comunicación entre estos dos hemisferios, pues el izquierdo reclama su dominio suprimiendo o racionalizando los mensajes del derecho dando lugar a un desequilibrio de la actividad cerebral. Este desbalance, dice, “provoca un modo de vida absurdo y trastornado que a su vez produce las enfermedades modernas.” (Ibidem pp.41)

El estado de relajación o tranquilidad que se obtiene con la meditación no es meramente simbólico o psicológico sino que se manifiesta a través de la producción de ondas cerebrales alfa y theta. Las primeras surgen cuando el sujeto se encuentra en estado de vigilia pero relajado, en calma. Las etapas iniciales de meditación producen este tipo de ondas. Las segundas, se suscitan dentro de una relajación profunda, por ejemplo, en monjes Budistas o en personas con una larga trayectoria en la disciplina de la meditación. Tanto las ondas alfa como las theta son estados intermedios entre el sueño y la vigilia, y es en este momento donde los científicos y artistas tienen sus visualizaciones creativas. Siguiendo este sentido, una vez restablecido el equilibrio de la actividad cerebral, el sujeto encuentra claridad a sus problemas y a su vida. (Cinencio, F. 1997)

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

Tales aseveraciones pueden ayudarnos a entender el por qué las personas que practican la meditación como un estilo de vida dicen encontrar respuestas en ella, y aseguran llevar una vida sin gran sufrimiento y con tranquilidad. Parece ser que una actividad cerebral equilibrada nos permite ver, comprender o resolver aspectos de nuestras vidas que bajo un estado de desequilibrio y de estrés no pueden percibirse.

El siguiente pensamiento yogariano ejemplifica el estado que se puede alcanzar con la meditación.

“En la mente serena, es la sustancia del ser mental la que está tranquila, tan tranquila que nada la perturba. Si vienen pensamientos o actividades, no surgen de la mente sino que vienen de afuera y atraviesan la mente como una banda de pájaros atraviesa el cielo en el aire sin viento. Pasa sin turbar nada, sin dejar huella. Incluso si la mente es atravesada por mil imágenes o por hechos violentos, la tranquila quietud permanece como si la textura misma de la mente fuera una sustancia de paz eterna e indestructible.” Conze, E. 1997. *El Budismo* pp. 86)

Debemos decir que la meditación es solamente una alternativa, sólo así debe verse, ya que, aunque sea muy valorada por los orientales, para una persona de nuestra cultura puede no tener sentido. No podemos sugerir panaceas ni formas de intervención estándar, cada sujeto es único. Sin embargo, lo que pretendo al presentar estilos de vida derivados de culturas cósmicas, es apuntar a otras formas de entender el mundo y lo psicológico, y no porque la que tengamos en occidente no sirvan sino porque a veces no son suficientes para abordar o entender la problemática de un paciente.

La definición siguiente, dada por la psicóloga PATRICIA, nos muestra otra vez la relatividad de una visión sobre lo que es un padecimiento.

“Que es un padecimiento mental. Pero, ¿cómo la describiría? si te lo describo en base a un diagnóstico psiquiátrico sería: tristeza, ansiedad, algunas ideas de muerte, en fin, pero estas serían las más comunes, y esto se ve desde un punto de vista de un diagnóstico, pero

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

una depresión tiene que ver con las carencias económicas y las afectivas, más con las afectivas" (PATRICIA, 14 años de experiencia clínica)

Vemos en estas líneas, que la de depresión se desencadena por ausencia de afecto y de recursos económicos. De acuerdo a diferentes escuelas psicológicas, la falta de afecto en los primeros años de vida provoca en el ser humano una personalidad agresiva, autista, introvertida, insegura, etc. Esto nos lleva a pensar que el cariño o amor otorgado por la madre u otras personas resulta esencial para la salud emocional del niño. Sin embargo, existe una corriente de pensamiento que afirma, una vez en la vida adulta, la posibilidad de no depender del amor de otras personas para llevar una vida satisfactoria, e incluso menciona que el depender de alguien o algo para el bienestar propio es muy doloroso, condicionado y efímero. Habla de la importancia de "no depender de nada" para superar el sufrimiento que conlleva la felicidad a partir de otros. Este tipo de pensamiento es el Budismo

A lo largo de su historia, esta doctrina ha experimentado diversos cambios en cuanto a la vida que deben de llevar los monjes. En los primeros tiempos, estos acostumbraban "renunciar al mundo" en el sentido en que abandonaban o se abstendían de tener familia, mujeres, sexualidad, dinero, poder, etc. El monje debía depender únicamente de las limosnas de los fieles para cubrir todas sus necesidades. Salían a las calles a mendigar, y veían a este acto como una autodisciplina que les permitía dominar los deseos y placeres mundanos, los cuales desviaban del camino espiritual que ellos perseguían.

"La pobreza, el celibato y la inofensividad eran los tres rasgos esenciales de la vida monástica. Un monje casi no poseía una propiedad privada. Se le permitía tener sus vestimentas, una escudilla para las limosnas, una aguja, un rosario, una navaja para afeitarse la cabeza cada quince días, y un filtro que servía para sacar las alimañas del agua que bebía. Originalmente, la ropa consistía en harapos que se sacaban de los montones de basura de las aldeas. en teoría y en intención, un monje no debería de tener casa ni refugio permanente. La vida del monje es descrita como la vida sin hogar, lleno de fe." (Ibidem.pp.72)

Esta forma de vida trasciende la concepción de depresión que nos da la entrevistada, pues, para los monjes de aquel tiempo, ni el dinero, ni los lazos afectivos estrechos con otras personas eran esenciales. No obstante, se buscaba una dicha espiritual que, ciertamente, no puede separarse de una necesidad o intención afectiva, pero lo interesante de esto es que se rompe, en cierto sentido, con el antropocentrismo emocional, es decir, su fuente de satisfacción no estaba enfocada en lo humano sino en una deidad. El siguiente pensamiento ilustra tal postura:

Es el mundo efímero espectáculo
 Hecho para las ilusiones de los hombres,
 con sonrisas de dicha y lágrimas de pena
 que con sus brillos y su ausencia engañan.
 No hay nada, más que el Cielo, verdadero.

Retomando las definiciones expuestas, podemos decir que el término depresión encierra una relatividad en cuanto a las causas que la producen, ya que, cada una de las posturas mostradas, nos hablan sobre formas diversas de explicarla y de abordarla. Vimos que las condiciones entendidas como necesarias para desencadenar el estado depresivo en un contexto --una perspectiva cultural e individual-- se tornan inválidas en otro, de modo que no podemos proponer una etiología inamovible, pues esta siempre estará en función de la manera en que se construye la realidad.

De igual manera, la sintomatología presenta una gran variedad y labilidad de un sujeto a otro y de un modelo teórico a otro. No podemos señalar un "cuadro puro" de depresión, pues, en algunos casos, ni siquiera la tristeza es inherente a esta. Pero, entonces, ¿qué es la depresión? creo que, en realidad, no podemos dar una respuesta absoluta, puesto que la depresión por sí misma no se describe, sino se construye de acuerdo a la historia cultural e individual del sujeto. Lo que sí podemos afirmar de aquella es que, hay diversas formas de padecerla o para ser más exactos, diversos estilos de sufrir, de morir, de vivir y de gozar. Modos de relacionarse con la vida, con los otros, con el planeta, con el cuerpo y si se quiere, también con el espíritu.

CAPÍTULO V

ANÁLISIS DE DIÁLOGOS. PARTE 2: EL PAPEL DE LOS SIGNIFICADOS DEL GÉNERO EN LOS CONFLICTOS EMOCIONALES DE LA MUJER

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

CAPÍTULO V

ANÁLISIS DE DIÁLOGOS. PARTE 2: EL PAPEL DE LOS SIGNIFICADOS DEL GÉNERO EN LOS CONFLICTOS EMOCIONALES DE LA MUJER

Habiendo revisado ya diferentes conceptualizaciones sobre la depresión, vayamos ahora al papel que tienen los significados del género en casos específicos de mujeres deprimidas, así como en la manera en que son interpretados y abordados por los psicólogos entrevistados. Para esto, analizaremos los diálogos, de acuerdo al orden de las preguntas planteadas para esta segunda parte (ver anexo 1).

5.1 Eje 5: Papel que se otorga a los significados del género en los conflictos emocionales de las mujeres.

En capítulos anteriores, vimos que una identidad de género, puede marcar una forma particular de percibir el mundo, así como una forma de queja e incluso de muerte. Varias estadísticas nos dicen que son las mujeres las que mayormente reportan estados depresivos. Este hecho puede ser interpretado desde una perspectiva de género, pero también podría ser explicado desde otra óptica. Así, resulta importante analizar qué significa esto para los psicólogos, cómo es que ellos lo entienden. Tenemos entonces que, ante la interrogante ¿por qué cree que sean las mujeres las que mayormente reportan depresión? se obtuvo lo siguiente:

1 "para mí ese dato, en la sociedad en que vivimos, tiene que ver mucho con la cuestión cultural, la depresión, para el caso de los varones, es un signo de debilidad. Si estás triste, si te la pasas llorando, afectaría y va en contra de la imagen de hombre fuerte, de hombre macho, entonces hay gente deprimida, que está sufriendo, pero que por razones de tipo cultural ni siquiera busca ayuda, dado que, ni siquiera lo reconoce. Estas serían formas hasta culturales de enmascarar cosas que la gente tiene. Yo si he atendido casos de varones, particularmente, relacionados a rupturas sentimentales (MIGUEL, 10 años de experiencia clínica)

2. "fíjate, yo estoy haciendo mi tesis de maestría sobre el desarrollo de la masculinidad, es decir, el desarrollo de cómo se forma un hombre, un varón contemporáneo, y te puedo decir que en las entrevistas, hago varias entrevistas con ellos, al principio casi no hablan y la entrevista dura media hora, porque les pregunto que cómo se sienten, les voy preguntando cosas de su vida, y son muy parcos, pero en la medida en que va pasando el número de entrevistas, va sucediendo algo muy curioso: que se va ampliando la cantidad de tiempo que hablan, escucho muchas verbalizaciones como por ejemplo "eso nunca lo había dicho", "eso lo tenía yo muy guardado", "cada vez me doy cuenta de que necesito hablar más de las cosas", y paulatinamente se convierte eso más bien en una entrevista terapéutica, en lugar de una entrevista nada más de investigación y entonces, lo que quiero decir con

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

esto, es que, más bien, al varón no le está dado culturalmente manifestar mucho sus deficiencias, sus depresiones, casi todos los sentimientos, el varón los transforma, bueno el varón de décadas pasadas, ahora ya es un poquito más abierto, pero los varones anteriormente, canalizaban todo hacia el enojo, el coraje era el sentimiento mayor, pero detrás de eso estaban todos los miedos, temores y demás, necesitaban una copa o un balón o unos guantes para expresar sus sentimientos. Y ahora, te digo, en las entrevistas, yo me he dado cuenta de que empiezan a hablar de todo esto, y se dan cuenta de que estaban muy tristes, muy deprimidos, melancólicos, que habían muchas cosas que no habían resuelto, en fin, paulatinamente, se van dando cuenta de estas cosas. Entonces yo creo que la mujer, ¡ha!, bueno, yo les he preguntado por ejemplo, ¿por qué no vas al psicólogo? Y dicen "no, porque eso es muy débil", "eso es para mujeres". Entonces hay la concepción de que es una cuestión de debilidad y entonces ellos no la afrontan. Entonces no creo que las mujeres vayan más a la consulta porque se deprimen más sino porque culturalmente les está más permitido, y además como que también muchas mujeres pues tienen broncas de autoestima, porque los varones hemos, no lo varones en sí, sino toda esta actitud patriarcal, lo que ha generado es que la mujer se subordine y se sienta con muchas minusvalías, pero como que es algo cultural, en cambio el hombre no lo siente tanto, y cuando se deprime prefiere no abordarlo (ISMAEL, 11 años de experiencia clínica).

3. "sí, las mujeres la reportan más porque son las que más quieren controlar y las que menos pueden, por eso se deprimen. Pero también la depresión, antes de que se me pase, puede ser un proceso que está aquí y ahora para ayudarte a crecer, siempre y cuando tú lo logres mirar así, porque te está enseñando que no puedes controlar a nadie, esto es algo que yo trabajo mucho con mis pacientes. Pero sí efectivamente las mujeres reportan más estados depresivos, de hecho en mis consultas tengo, en general, más mujeres que varones, sí, y depresivos: más mujeres que varones, sin embargo, otra vez, cuando me a tocado con varones es porque se conectan con esta impotencia de controlar todo o de ser, este, pues el omnipotente, aha. Entonces cuando se dan cuenta que no pueden ser omnipotentes, ¿por qué se dan cuenta?, pues porque se les va de las manos alguien: la pareja, el hijo, los pacientes --que pasó con un médico-- en ese momento contactan con su impotencia y eso los lleva a deprimirse (MIRIAM, 20 años de experiencia clínica).

"Ud. comenta que son las mujeres quienes más quieren controlar y las que menos pueden, ¿por qué cree que sea esto? Aha, en esta cultura ellas quieren controlar porque nunca han tenido control. En esta cultura, nos roban el "yo" a las mujeres, o sea, nos mutilan desde el momento en que somos mujeres, nos mutilan y no nos permiten controlar nuestra propia vida, somos hija de..., esposa de..., madre de..., pero no somos personas, no somos yo. Entonces eso nos obliga a querer controlar más al otro, y puedo controlarlo de diversas formas: chantajeándolo, cuidándolo, sí. Entonces cuando alguien se nos sale de control, viene la depresión".

4 "hay posibles razones que van en este sentido, por un lado, la mujer es la que más se preocupa por su salud o es la que más está en busca de atención y servicio, los hombres se abandonan mucho, yo tengo un 80% de pacientes que son mujeres, hombres son muy pocos, y son hombres, en realidad, ya muy grandes de edad o con un padecimiento muy específico: una parálisis, una migraña, un dolor estomacal, es algo muy específico; han ido algunos deprimidos, sí, pero son los menos, de los pacientes que atiendo actualmente son el 20%" (URIEL, 17 años de experiencia clínica).

"¿Por qué cree que, como dice, los hombres se abandonan más? ese es un asunto cultural que tiene que ver con la idea esta de que yo aguanto, de que yo no necesito de ese cabrón sea médico, sea psicólogo, así piensan los chavos, yo no necesito de nadie. Es así como la idea del super hombre o del macho que aguanta todo y se abandonan, los chavos están abandonados, están deteriorados, desde su dentadura, su estómago por eso son panzones, tienen colesterol, tienen problemas renales, digestivos o el alcoholismo también. Entonces, el asunto es cómo hay una especie de deterioro paulatino, y hasta que ya entran en crisis entonces los llevan, porque no van por su cuenta, los llevan y generalmente es la señora, la mamá, o sea, los tipos no van solos, solamente los que cobran conciencia, van por su cuenta. Esto es un dato muy importante".

5. "Bueno, esto ya lo había escuchado de una psicóloga, y en los cursos que yo he tomado como que se comparte la opinión de que en la mujer recaen muchas cosas, y el papel que tiene que desempeñar en la sociedad, que van desde esposa, de madre, a veces de abuela,

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

como que tiene que desempeñar muchos roles, ahora en estos tiempos, la mujer tiene que trabajar, a parte de trabajar tiene que dedicarse a su marido y a sus hijos entonces, pues, puede ser por las condiciones sociales en las que se ha desarrollado la mujer " (LORENA, sin experiencia clínica).

6. "por un lado, la mujer como que tiende a ser más aprensiva, en todas las situaciones que se viven, y por otro lado, es una cuestión cultural, la mujer tiene que ser así, inconscientemente, y a veces el hombre, por esto mismo de lo cultural, tiende a disfrazar sus depresiones o problemas. Bien, dice que por una parte, la mujer tiende a ser aprensiva, ¿por qué cree que esto sea? no sé si sean las hormonas, o sea parte de la naturaleza, pero por otro lado, como te digo, es la cultura" (LILIANA, 5 años de experiencia clínica).

7. "..... me la pones difícil, pero yo creo que tiene que ver con que, en la vida de muchas mujeres no hay como muchos distractores, todavía encontramos varias mujeres que no trabajan, que están encerradas en la casa todo el día, con sus hijos, y en cambio el hombre, pues sale, tiene su trabajo, se relaciona y conoce a más gente entonces yo creo que eso influye, o sea el que se tengan distractores, las pacientes que vienen aquí, la mayoría no trabajan, se dedican sólo a su casa, luego los hijos se van y bueno yo creo que eso es una causa" (PATRICIA, 14 años de experiencia clínica).

8. "Quizá se deba a que, mayormente, las mujeres, por su aprendizaje, yo creo, por la estructura social en que vivimos, yo creo que no hay una satisfacción o áreas de satisfacción en las mujeres que se puedan lograr fuera de casa, la mayoría se desplaza en el medio familiar, en pareja, entonces yo creo que la mujer se enfoca mucho a esas relaciones o a obtener el éxito o la felicidad en ellas, y a lo mejor los hombres, tienen otras escapatorias u otras alternativas, no muy sanas tampoco como el alcohol o las drogas, pero, a lo mejor el trabajo hace que ellos encuentren otras satisfacciones a parte del medio familia " (ESMERALDA, 4 años de experiencia).

9. "Bueno, ahí creo que hay un error, no creo que sea la mujer, como dice la pregunta, la que más se deprime, más bien es la que más lo nota, la que más nota la depresión. Creo que un factor es por el ámbito social, otro es por el personal, por el estereotipo de mujer y creo que hay algo bien importante que, la mujer es más sensible a las depresiones porque ya está acostumbrada a los periodos de inestabilidad emocional que le causan los cambios hormonales, un hombre está menos sensibilizado a eso, y una mujer puede distinguir cuando una depresión o tristeza es hasta cierto punto normal y en qué punto ya empieza a ser una depresión" (IGNACIO, un año de experiencia clínica).

"¿Podría hablarme más sobre el factor social y el factor personal que mencionó? pues, creo que ambos se relacionan en lo que es el estereotipo de mujer, en lo que se pretende que sea el rol de mujer en la familia y en la sociedad y que en ocasiones restringen lo que realmente es una mujer y la acoplan a lo que se quiere que la mujer sea, entonces ahí viene un conflicto entre lo que se pide y lo que se es en realidad, y pueden venir problemas, entre ellos supongo que la depresión".

10. "Yo diría que hay desde causas orgánicas, en las cuales, por ejemplo, viven estados depresivos asociados con sus periodos menstruales, hay algunas otras que tienen estos estados depresivos yo diría por, o derivados de la condición de dependencia en que viven: viven con una pareja o están casadas pero están supeditadas, digamos en el aspecto económico en que a veces pueden tener ideales o expectativas de un desarrollo personal, profesional, etc. pero sin embargo, su vida se centra principalmente al ámbito del hogar, entonces su vida se convierte rápidamente en una rutina, como dicen a veces, los hombres pueden salir platicar con gente, etc. pero muchas mujeres están supeditadas al ámbito doméstico y eso muchas veces puede ser causa de depresión. Si tomamos en cuenta además los elementos culturales que tienen que ver por ejemplo, con la cuestión de que algunas mujeres tienen la necesidad como de o se sienten en una posición de tratar de complacer, estar bien con su pareja, evitar que haya conflictos por el temor de que si no, su pareja se podría relacionar con otra y cosas por el estilo, entonces eso le genera mucha incertidumbre y también simultáneamente tienen un concepto muy devaluado de sí mismas. Podemos decir que la mujeres que tienen una tendencia altamente depresiva son mujeres que pueden

tener muchos ideales, muchas expectativas de cambio, de mejoría pero que no pueden hacerlo por sí mismas porque dependen de otra persona, por ejemplo, una mujer dice "yo me dedico mi hogar", pero no puede hacerle mejoría o arreglarlo como quisiera, cambiar sus muebles, porque depende de si el marido le dice que si o que no, si le da dinero. Entonces esa situación, si hace que haya mayor tendencia a estados depresivos, de hecho, el 90% de mis pacientes, son mujeres. Pero como decía, habría que considerar las diferentes etapas de la vida, de los estados de salud, de la vida social, de los procesos psicológicos por los que atraviesa una mujer, porque por ejemplo, también encontramos a mujeres maduras, ya de edad avanzada que experimentan el periodo de cuando los hijos se van, que le llaman la etapa del nido vacío, y si consideramos que es una mujer que dedicó gran parte de su vida a ellos, si se desvivió por ellos, entonces el motivo de su existencia entra en un conflicto, y de ahí sobrevienen muchas veces estados depresivos. En el caso de mujeres jóvenes, se debe a que son personas que tratan de compensar cierto tipo de carencias afectivas sobre todo, que tuvieron en el medio familiar, pueden ser incluso mujeres que carecieron de la figura paterna, hijas de madres solteras, las cuales, tratan de encontrar una relación que compensen esto, es entonces cuando entran en una relación de dependencia, en pocas palabras, podríamos decir que si la persona con la que se relaciona cubre las expectativas que se tienen, la mujer puede sentirse muy feliz, eufórica, pero si la relación no funciona, puede sufrir estados depresivos, de minusvalía y en caso de ruptura de la relación se puede caer en estados depresivos mucho más marcados " (JOSE, 22 años de experiencia clínica).

Como podemos ver, la mayoría de los psicólogos (ISMAEL, LORENA, IGNACIO, MIRIAM, ESMERALDA, PATRICIA, y JOSE) coinciden en que la situación social que vive la mujer, en cierta medida, la mantiene subordinada a un poder patriarcal, lo cual puede generarle frustraciones o conflictos emocionales.

Por el contrario, los entrevistados MIGUEL y URIEL, parece que no encuentran en la condición sociocultural de la mujer nada que pueda que influir en el hecho de sean ellas las personas que más reportan depresión.

Nótese que el diálogo del psicólogo MIGUEL, se enfoca a describir la situación cultural de los varones, es decir, nos habla de las causas por las que los hombres no asisten a terapia, pero no nos explica, el por qué de la situación de las mujeres que se plantea. Así, tenemos que no responde directamente a nuestra pregunta. Sin embargo, esto parece sugerirnos un presupuesto implícito: no hay nada particular en las mujeres que las haga más vulnerables a la depresión, pues tanto los varones como aquellas pueden padecerla, sólo que estos no cuentan con la permisividad cultural para expresarla.

Las afirmaciones de la psicóloga LILIANA resultan interesante, pues tenemos que, a pesar de que nos habla acerca del peso que tiene lo cultural en la personalidad del ser femenino, nos señala además un componente biológico. Desde su opinión, la mujer es más "aprensiva". Por tal categoría se entiende: aquella persona que "exagera la gravedad de sus dolencias" (definición tomada del diccionario Larousse 1999 pp.95) Cabe preguntar entonces ¿cuáles son las dolencias de las mujeres? si hacemos una detallada revisión, veremos que muchas de ellas, se encuentran atravesadas por la cultura.

Esto nos dice que en la entrevistada coexisten dos concepciones: la heredada o aprendida de generación en generación, por medio de la educación informal, y la intelectualizada, desarrollada por los estudios de género, en donde se cuestiona y discute la supuesta "naturaleza" femenina.

Cabe mencionar que la respuesta del psicólogo ISMAEL, ante la interrogante planteada, la presenta de una forma muy intelectualizada y parece derivarse de su trabajo de investigación para tesis de maestría. Apunta directamente a una cuestión cultural; es la construcción de una identidad de género la que sugiere a los sujetos determinadas pautas de conducta. Pero además nos dice, que la situación social de subordinación de la mujer le ha provocado conflictos emocionales. La manera de referirse al particular es importante, pues nos permite tomar nota de cuál es la base de la que se parte para opinar respecto del tema. Si se hace desde una experiencia clínica, conjugada con una opinión personal o interviene una formación especializada en tales asuntos.

Lo declarado por la psicóloga MIRIAM, también llama la atención, pues el "control" se ha vinculado tradicionalmente sólo a la masculinidad, pero, según esta profesional, resulta ser un elemento clave también para las mujeres. Esto no debe extrañarnos, pues, se ha discutido ya la gran importancia que tiene el elemento --entendido como poder-- en la constitución de nuestra civilización occidental.

Sin embargo, considero que el "deseo de control sobre otro", en las mujeres, es consecuencia de la ausencia de una identidad propia, más no de una falta de control en sí misma. Contemplar la "falta de control" como causa principal de la depresión femenina, nos llevaría a pensar que los hombres --quienes se supone tienen mayor control en este sistema patriarcal-- no sufren tal padecimiento, lo cual, sabemos que no es así. De igual manera, pensaríamos que aquellas mujeres que han logrado "controlar a otros", se hacen inmunes a los estados depresivos, pero eso se encuentra lejos de la realidad, porque con dicha manipulación no resuelven su falta de identidad propia --que es la base de su problemática de género-- aunque sí podría atenuarse el conflicto que genera un enfrentamiento con esa falta.

En cuanto a lo planteado por los psicólogos IGNACIO y JOSE se observa que a pesar de que mencionan el peso de la cultura en la condición emocional de la mujer, señalan también a los factores hormonales como elementos implicados.

Se dice que el síndrome premenstrual puede afectar al estado de ánimo e incluso llegar a tornarlo depresivo o melancólico. Sin embargo, se debe tomar en cuenta que no todas las mujeres padecen tal síndrome y aún en una misma persona puede ser inconstante su presencia. Esto lleva a suponer que el SPM no es decisivo para ocasionar por sí mismo una depresión, sino que otros elementos como las circunstancias en las que se encuentre la mujer y el significado o la importancia que le de al período menstrual entrarían también en juego.

Así, creo que los cambios hormonales no son, por sí mismos, los causantes de un estado de ánimo particular, de hecho hay quienes dicen no padecer molestia alguna, y

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

aunque no fuera así, no podríamos hablar de un "malestar estándar", pues los síntomas varían de mujer a mujer en cuanto a intensidad y características.

El entrevistado IGNACIO, nos dice que la mujer "... ya está acostumbrada a los periodos de inestabilidad emocional que le causan los cambios hormonales..." y que, por lo tanto, "...puede distinguir cuando una depresión o tristeza es hasta cierto punto normal y en qué punto ya empieza a ser una depresión". Obsérvese cómo coloca a la inestabilidad emocional como una constante en la mujer, le otorga un carácter fijo, inamovible e invariable, un rotundo determinismo biológico, ante lo cual no hay nada que hacer. Si realmente la mujer estuviera acostumbrada a dicha inestabilidad, lo lógico sería pensar que tomaría la situación con tranquilidad o queja, tomaría un remedio analgésico y esperaría a que "esos días" pasaran. Pero lo cierto es que, prefieren ir al consultorio en busca de ayuda porque saben que lo que les sucede implica algo más que hormonas. Pero lo saben no porque hagan una distinción entre síndrome premenstrual y depresión, pues ¿cómo pueden estar acostumbradas a un ciclo menstrual tan heterogéneo, e incluso impredecible?

Por otra parte, el entrevistado JOSE, además de hablarnos de la importancia de los periodos menstruales, parece tener una perspectiva de la situación de la mujer en nuestra cultura, muy acertada, pues creo que toca los principales puntos de conflicto del ser femenino. Uno de ellos, que me parece detecta muy bien es el de la condición de enajenación, abordado anteriormente, cuando nos afirma:

"...una mujer dice: 'yo me dedico mi hogar', pero no puede hacerle mejoría o arreglarlo como quisiera, cambiar sus muebles, porque depende de si el marido le dice que si o que no, si le da dinero."

Obsérvese cómo hay una desarticulación entre lo que se dice que se hace y lo que realmente se hace. Es decir, supuestamente, la mujer está muy adentrada en su rol, pero en la realidad, se haya lejos de éste, es ama de casa pero no tiene voz en ella.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Tenemos hasta aquí que la mayoría de los psicólogos apunta a cuestiones culturales --en donde los aspectos del género se hayan implicados-- ante el hecho de que las mujeres se inclinen más a reportar depresión. Asimismo, cuando se les preguntó si consideraban que los significados del género influyen en los conflictos emocionales de las mujeres, vemos que la mayor parte otorgó igualmente un papel de importancia a estos. Aunque también podemos observar argumentos muy particulares y encontrados:

1. Si influye siempre y cuando la mujer se da cuenta de esta situación, porque hay mujeres que pueden morir sin darse cuenta de que no tienen una identidad propia, aprenden a vivir a través de los otros y se llevan la vida tranquila ahí, yo creo que el problema surge cuando la mujer se da cuenta de que no tiene un yo propio y eso la conflictúa (MIRIAM, 20 años de experiencia clínica).

“¿Ud. ha llegado a observar este conflicto en alguna paciente? sí, y bueno, es riesgoso para nosotros como terapeutas porque muchas veces somos nosotros mismos quienes damos la pauta para que ellas se den cuenta de dónde están paradas, entonces lo que nosotros tenemos que hacer es que una vez que ellas están en ese conflicto o en esa crisis, pues encaminarlas a la resolución del conflicto dadas las situaciones reales que ellas estén viviendo. Esto es algo muy importante, porque uno como terapeuta va a dar la consulta desde nuestras propias perspectivas filosóficas y valores morales. Yo como mujer, generalmente cuestiono o simplemente les hago cierto tipo de preguntas a mis pacientes mujeres, que muy probablemente un psicólogo varón no haría, de hecho, luego platicando con ellos de nuestras experiencias clínicas, me dicen: “pero ¿qué te pasa?, ¿por qué preguntas esas cosas?” y yo les digo: “como que para qué, pues para que ella se dé cuenta de dónde está parada” Hay casos en los que, las mujeres solas se dan cuenta de la situación esta de que no tienen un yo, el marido las abandona con los hijos, por otra, o se les muere, entonces cuando ellas tienen que salir a trabajar descubren que no son nada “es que yo no soy nada, no soy nadie, dígame quién soy, qué hago aquí, para qué existo” y llegan a la terapia con estas frases, estas dudas ¿no?, y son mujeres que no son escolarizadas, con trabajo tendrán la primaria, y pueden llegar a darse cuenta de su situación y de plantearse preguntas de este tipo, pero es la misma vida la que las acerca a eso. En otros casos, pues sí,

las mujeres cultas, que leen, que preguntan, son las que en un momento dado dicen "¡qué onda! y pueden darse cuenta de la condición de la mujer aunque no sean escolarizadas porque hay cultas que no son escolarizadas y viceversa".

"Entonces Ud. cree que la sujeción a una identidad de género de un psicólogo puede influir en la forma en que maneje la terapia o las preguntas y cuestionamientos que haga en el caso de un mujer? ¡ah! pero por supuesto, eso es básico saberlo y estar concientes de ello. Yo por ejemplo, en el proceso terapéutico mismo, hago preguntas como: ¿quién toma la decisión de que te cortes el cabello, de que uses esos pantalones, de que traigas ese corte de pelo? y uno ve que todo lo decide él, y ellas solitas se van dando cuenta de eso y llegan a la conclusión, por sí mismas, de que ellas no toman una sola maldita decisión en su vida. Pero claro que esto depende de quién de la terapia, porque un varón no les va hacer ese tipo de preguntas. Mis amigos varones terapeutas me dicen que para qué hago esas preguntas, y es que es básico para que ella se de cuenta de cuál es su búsqueda. Otro ejemplo es el de una paciente que me decía: "es que yo no soy la prioridad en la vida de él, por lo tanto, no quiero estar con él" o sea, está enojada por esto, y yo le digo "oye, y ¿quién te dijo que tienes que ser la prioridad en la vida de alguien?", "¿no será que no eres la prioridad en tu propia vida?" y ¡zasss! les da todo un golpe, y te dicen: "hay caray, nunca había pensado en eso" y se los dejó de tarea ¿no? o de otra paciente que me dice "es que necesito que se case conmigo para que me dignifique, para que me haga sentir una mujer digna" y yo le digo: ¿por qué te tiene que hacer sentir digna otra persona? ¿por qué no te dignificas tú sola? porque la dignidad es algo que tiene que salir desde adentro, de uno, no te lo van a dar los otros, pero insisto, este tipo de preguntas no las van a hacer los varones porque un varón no se cuestiona este tipo de cosas, están como más enmarcados a lo que dice la cultura, y lo que se necesita en terapia es romper esquemas para ubicar a la paciente"

2. "Yo creo que el problema va en ese sentido de que la mujer es la que puede hacer cosas con su persona o sea como que necesita más protección, **¿ella se ve así?** si, que demanda más cuidados, es un organismo más fino y más delicado que el del hombre, mucho más complejo en el sentido de que genera vida, en el sentido de que tiene mecanismos que se

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

alteran más fácilmente que en el hombre, o sea desde el tener un ciclo menstrual, hasta gestar un hijo, o tener un cambio hormonal, esos procesos, también los tiene el hombre pero son menores, entonces, en este sentido creo que esto genera mucha molestia, y hay una cultura que se llama una cultura de la queja, o sea puede ser que la mujer se queje más que el hombre, entonces por lo tanto busca más ayuda, eso de la cultura de la queja es un asunto que está en los últimos años dominando, la gente se queja mucho, en general, pero la mujer es la única que tiende a atenderse. Ahora, como un problema de género no creo que sea el problema, o sea, por el simple hecho de ser mujer sino que tiene que ver mucho con la condición de como me ubico en mi relación con mi familia, en mis espacios o construcciones o cuál es la respuesta que me doy a quién soy yo como mujer o como debería yo de vivir o de cuidar, o en qué nivel es mi mamá o mi abuela, todo mundo, y ven que es gente que no tiene mucho futuro, que murió o está en una manera en donde su vida se dedicó o se suscribió a. Entonces hay mucho de eso de que yo no quiero ser como ella, y a veces no, no hay ni el cuestionamiento, son igual e idénticas y la historia se repite. Pero hay una cosa muy importante, las mujeres tienen yo diría una condición superior, en términos de estructura física, digamos, a la de uno, ellas pueden hacer vida, nosotros no, entonces, en ese sentido, una maquinaria, vamos a decirle así entre comillas, o sea, un cuerpo tan bien aceitado, puede funcionar a la perfección, pero ese cuerpo como es tan delicado, tan fino, se complica constantemente con la cabeza, o sea con la cultura se complica mucho, entonces, en esa complejidad, a veces la mujer busca siempre ayuda, siempre busca asesorías, tratamientos, cuidado y también sufre el abandono total " (URIEL, 17 años de experiencia clínica).

"Aha, pero ¿esto es por naturaleza o cree que es una cuestión cultural? no, no por eso decía que es un asunto histórico cultural "

3. "Como género no. Me refiero al significado de su género en esta cultura. Al significado del género (se ríe) pues yo creo que en algunas sí, en muchas, tal vez" (PATRICIA, 14 años de experiencia clínica).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

4. "Si claro, pero como decia, eso sucede cuando la mujer tiene expectativas propias, y no las puede llevar a cabo" (JOSE, 22 años de experiencia clinica).

5. "Yo creo que por una parte se aprende, y por otra, tiene la ventaja de expresar lo que trae, yo he visto, en terapia que las pacientes me dicen que sus parejas les dicen: "¡hay! tú eres la que tiene que ir a terapia porque eres mujer, tú eres la que está mal" (LILIANA, 4 años de experiencia clinica).

6. "Yo creo que si, de hecho yo lo he visto, las problemáticas a las que se enfrenta la mujer pues son muchas, y desde pequeñas nos enseñan, y en la publicidad se nos enseña a que la mujer debe ser sensible, bonita, entonces pues si, todo esto de lo social pues si influye mucho" (LORENA, sin experiencia clinica).

7. "Si". (IGNACIO, 1 año de experiencia clinica).

8. "Pues, quizá si, porque es una lucha la que presentan las mujeres, un conflicto fuerte, porque quisieran desenvolverse al igual que los hombres, y a lo mejor esa lucha es por defender su individualidad. A las mujeres nos enfocan o nos avientan a un cierto perfil, se dice, "tú debes de ser atenta, sumisa, abnegada, servicial" y al momento en que la mujer hace una vida en pareja y una familia es cuando se limita, se limita mucho su individualidad, su expresión de proyectos, de metas, ¿por que? porque tiene que compartir esos proyectos de vida con la pareja, ya van a ser en acuerdo, en conjunto, se limita mucho lo que la mujer individual quisiera lograr, y yo diría que si, que a veces se empieza ahí una lucha muy fuerte, un conflicto interno" (ESMERALDA, 4 años de experiencia clinica).

9. "Yo creo que el hecho de que una mujer o un hombre entre en conflicto o no por todas estas cuestiones culturales va a depender de lo que la persona quiera ser como mujer o como varón. Ahora, hablando en otro sentido, creo que las personas que carecen de habilidades o recursos conductuales para enfrentar situaciones problemáticas, pues son especialmente vulnerables a la depresión o a problemas emocionales y hablaríamos de

personas con falta de habilidades de solución de problemas y de habilidades que tienen que ver con las competencias sociales” (MIGUEL, 10 años de experiencia clínica).

10. “¡Ah! ya, fijate que no sabría bien eso, yo como que tengo dos hipótesis: una, es probable que la situación de género subordinado de la mujer, le genere estados depresivos, estados de ansiedad, autoestima baja, angustia, todo este tipo de desordenes afectivos, de la esfera afectiva por la condición social de género, pero también creo que la naturaleza humana, que creo que gran parte es construida social e históricamente, va conformándose de tal forma que la esfera afectiva tiene su propia dinámica y que independientemente de las condiciones sociales, culturales que estemos viviendo, manifestamos nosotros un proceso de desarrollo en esa esfera, y que todos en algunos momentos tenemos que pasar, o sea nadie se salva ni hombres ni mujeres, por diferentes fases de depresión de autoestima baja, de reformatión del autoconcepto, pasamos por diferentes estadios, lo que creo que sucede es que, más bien, la mujer está más en contacto con su vida interior, te digo esto porque yo he notado, cuando hice entrevistas con varones, me percaté de que en la medida en que empiezan a hablar de sí mismos y que comienzan a tenerle menos miedo al contacto y acercarse a su mundo íntimo personal y afectivo, comienzan a darse cuenta de que están deprimidos, o que tienen una autoestima baja o que tienen un miedo muy grande, pero su vida pública, su vida laboral, su vida de estar siempre defendiendo su masculinidad, fue lo que les enmascaró todo ese desorden afectivo que la mujer manifiesta claramente, entonces, en resumidas cuentas no creo que sea nada más una cuestión de la condición de la mujer de género en cuanto a que eso vaya a crear la depresión, no más bien ella se da cuenta, está más en contacto con su mundo afectivo y se da más cuenta que el varón, y en la medida que el varón se va dando cuenta de ese mundo que tenía abandonado va creando o va descubriendo que tenía problemas” (ISMAEL, 11 años de experiencia clínica).

Bien, entonces tú dirías que la mujer está más en contacto con ella misma, pero ¿por qué? por la misma forma en que se estructuraron los géneros, yo creo que la mujer quedó más en contacto, lo que pasa es que a la mujer se le identifica más con lo natural y al hombre más con lo social, entonces ya desde esa concepción, la mujer está más en contacto corporalmente incluso con la maternidad que el hombre, por ejemplo, y en los cuidados de la vida cotidiana tiene que resolver cosas muy prácticas que el hombre a veces pierde el

contacto en esta cotidianidad. Entonces esa estructura social, doméstica en el caso de la mujer, y pública en el caso del hombre, creo que es lo que llevó a la mujer a estar mucho en contacto con sus propios afectos y que además es una característica que se le atribuyó a la mujer, que desde la fundación de los géneros, la mujer es la que tiene las conductas de autocuidado a su cargo, del cuidado de la familia en cuanto a lo afectivo, en cuanto a la salud, entonces, todo esto, la hace necesariamente estar más en contacto, de hecho, yo conozco varones que en matrimonios, ahora que han invertido los roles, que la mujer es la que lleva la principal carga de la vida pública, y el hombre la vida doméstica, como el varón comienza a adquirir ese rol de ser el que cuida la salud de la familia, se preocupa y cuida la salud de su esposa y es el que está más en contacto con sus afectos, por ejemplo, de los varones que yo entrevisté, te puedo decir que es un hombre que cuida a su niña, hace la comida, tú llegas a la casa de ellos y el está con mandil y está haciendo la comida y cuidando a la niña, y su esposa está trabajando como vendedora profesional y viaja por diferentes partes de la república y casi no pasa tiempo con la niña, ella es la que maneja, la que cambia las llantas de los coches, y yo cuando lo entrevisté a él, me di cuenta de que está muy en contacto con las cosas de la poesía, el arte, la religión, cuidando su propia salud y la de la niña y su esposa, él es más afectuoso que ella, o sea, el rol fue el que cambió nada más y si se pudo adaptar, aunque ella tiene esa sensibilidad, por haber sido criada como mujer, que tienen todas las mujeres, no se pierde tan fácilmente como un varón, ella como que complementa también esta vida afectiva”.

“Entonces la fuerza de lo social por supuesto que está ahí presente, es apabullante, incluso las mujeres que podríamos llamar liberadas, yo lo veo en mujeres que por ejemplo, viven en matrimonios modernos, que comparten la responsabilidad de la vida doméstica y la vida pública con sus esposos, cuando nace un hijo, bueno a quienes les dan tiempo de maternidad son a ellas y no a ellos, esa es una condición social, pero el nivel de involucramiento del esposo que incluso ellas mismas lo asumen así, es menor, o sea, a veces son ellas mismas las que no les permiten ciertas cosas, yo todavía escucho de ellas expresiones como: “es que los hombres son muy torpes”, y son mujeres que incluso se dedican a los estudios de género, que ellas mismas se podrían definir como feministas, y yo creo que esto está más allá de la voluntad, no creo que forme parte de la voluntad, forma

parte ya de la conciencia, es decir, ya está construida la persona así, es parte de su identidad y vencerlo es un proceso subjetivo muy intrincado, muy complejo, y es tan complejo que a veces lo social lo rebasa, entonces la persona fácilmente se deja vencer por la fuerza de lo social que la va empujando a que siga manteniendo su rol".

"Entonces, creo que la relación dialéctica individuo-sociedad es muy compleja, depende de lo que la persona pondere, a veces será la fuerza de lo cultural, otras lo individual, o sea la voluntad personal".

De estos diálogos podemos destacar los de los psicólogos URIEL y MIGUEL, pues ellos no contemplan como importantes o influyente a los significados del género en las problemáticas emocionales de las mujeres. Así, creo que del primero podemos argüir lo siguiente:

Primeramente, debemos señalar que el psicólogo parte del hecho de que la mujer tiene una condición biológica más "compleja", "fina" y "delicada" que el hombre, una condición que la ubica en una posición más elevada que este. Sin embargo, tal supremacía otorgada no está en función de ella misma, es decir, no es superior por sí misma, sino porque "puede hacer vida", por ser madre, su superioridad está dada por otro: un hijo. Así, para este entrevistado, la mujer, biológicamente hablando, no tiene una identidad propia, sino que queda identificada con la maternidad, con los hijos.

Por otra parte, me parece que su discurso resulta un tanto confuso y contradictorio, pues por un lado, nos dice que los significados del género, en tanto conformadores de una identidad, no tienen relación alguna con los conflictos emocionales que la mujer pudiera desarrollar, y por otro, nos dice que la condición del cuerpo femenino encierra procesos (menstruación, embarazo y menopausia) que generan "mucha molestia". Es decir, otorga un peso considerable a estos, pero, finalmente, afirma que la mujer no tiene conflictos emocionales por su situación de género sino que es la individualidad de cada una la que la acerca o no a ellos. Cabe preguntarnos aquí ¿qué significa la maternidad, la menopausia y la menstruación en un nuestra cultura? ¿por qué generan tanta molestia?, ¿por qué en los

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

hombres, que según el entrevistado pasan por los mismos procesos, no sucede igual?. Creo que las respuestas van más allá del campo corporal o biológico, es decir, tales procesos, en sí mismos, no son los únicos generadores del malestar sino también su significado cultural. Están indudablemente imbricados con las connotaciones del género.

Si queremos saber lo que significa ser madre en la esfera de la identidad femenina, tenemos que esto apunta a la completud. Una mujer que no llega a ser madre, ha sido mirada, históricamente, por la sociedad como "carente" de algo, en falta, simplemente no está completa. A la mujer, desde niña se le señala jugar con muñecas, se le prepara para ser madre, pero no sólo para gestar un hijo sino para cuidarlo de tiempo completo hasta que cumpla la mayoría de edad, y de pasada se le asigna al cuidado del hogar como su sitio, lo cual, generalmente la lleva a tener que olvidarse de sí misma, de sus intereses propios, de su movilidad individual. La depresión posparto, según algunos autores, está relacionada precisamente con esta condición de sujeción a un otro: el bebé, el marido, y a las tareas domésticas.

Ahora bien, tradicionalmente, la identidad y el cuerpo de la mujer han tenido sentido y razón de ser sólo a partir de un otro, resulta coherente entonces que, llegada la etapa de la menopausia, ese cuerpo pierda valor y feminidad, dado que ya no es generador de vida.

En cuanto al periodo menstrual, quedó señalado ya que los síntomas de este son relativamente molestos, varían según cada mujer y están en estrecha relación con el significado que se les da. Hay madres que con su propio patrón de conducta o de queja enseñan a sus hijas a hacer sufrible la menstruación. Tenemos también a aquellas para quienes esta pasa totalmente desapercibida. Esto nos dice que no hay un estándar de dolor o de molestia, lo que si hay son diferentes formas de vivirla y de construirla. Sin embargo, no está de más mencionar que, para una mujer que posea una identidad de género que la coloque como ser débil, frágil y delicado, tal periodo va a ser motivo de queja y sufrimiento, pues encaja perfectamente con su autoimagen.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

Tenemos así que los procesos mencionados tienen un sentido simbólico, cultural que no pueden desvincularse de los significados del género, no obstante, el autor parece no interpretarlos en ese sentido. Nos señala que lo importante es la manera en que cada mujer se ubique en su situación o condición, las respuestas que se dé acerca de quién es ella como mujer. Así, el psicólogo nos habla de "respuestas", pero creo que no se percató de que uno de los problemas de la mujer es preguntar. A la mujer le da miedo hacerse cuestionamientos como ¿quiero ser mamá?, ¿quiero ser una "buena mujer"? y ello se debe a que está condicionada emocionalmente. Esta es su plataforma psíquica de la que tiene que partir si pretende hacerse preguntas.

Si revisamos la manera en que comúnmente se le ha educado, encontraremos que ha sido para obedecer, para servir y cuidar a otros: padre, esposo, hijos. Para aceptar gustosamente su rol, nunca para preguntarse, analizar ni reflexionar sobre su deber ser, puesto que, el simple hecho de hacerlo la aleja ya de su sitio asignado, de la femineidad. Una mujer que cuestiona, que desobedece, que piensa, no es femenina, en vez de eso se le llama poco femenina, por ejemplo. Este asunto se tornaría aún más difícil para una madre, quien pasa automáticamente a la categoría de "desnaturalizada" de "mala madre", etc. La mujer no se atreve a preguntar, pues los sentimientos de culpa y vergüenza la invaden inmediatamente enfrentándose además al rechazo social, a la falta de afecto. Tenemos entonces que al ser femenina se le condiciona emocionalmente para aceptar su papel, se autovigila, es víctima y verdugo al mismo tiempo y este es el punto de partida, desde el cual, podrá o no ejercer una individualidad, una movilidad y darse respuestas. Es decir, la mujer no parte de cero, ni se encuentra en el vacío a la hora de pensar en preguntarse, pues lleva ya toda una pesada carga cultural que le señala con dedo de inquisidor la línea a seguir.

Pero tal situación parece no ser contemplada por nuestro entrevistado, ya que, mira a la mujer como libre de ataduras, como si únicamente se tratara de una elección personal el hecho de hacerse una pregunta y darse una respuesta, se pasa desapercibido la repercusión que esto tendría en la dimensión de los significados del género, en donde el preguntar equivale a renegar, a rechazar el rol de mujer. De esta manera, no podemos hablar de una

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

absoluta individualidad, pero tampoco de una total sujeción, creo que la relación persona-cultura es muy compleja, varía de sujeto a sujeto. Pero creo también que, para ejercer una individualidad es necesario contar con ciertos recursos que permitan la movilidad, porque somos, ciertamente, sujetos e individuos a la vez.

En el caso del psicólogo MIGUEL, tenemos que la depresión no se vincula en lo absoluto con la condición social de género, sino con una falta de habilidades sociales y de solución de problemas. Pero aquí cabría preguntarnos si la educación tradicional que ha recibido la mujer, le ha proporcionado tales habilidades. ¿Qué habilidades puede tener una persona cuya identidad y valía personal está en función de otro: un marido y los hijos?, ¿cómo podría solucionar problemas una persona a la que, culturalmente, no se le permite siquiera plantearse preguntas acerca de sí misma, pues con ello se vería amenazada su aceptación social?

Ante la postura de la psicóloga MIRIAM, creo que, si bien es importante la existencia de un desfase entre el deber ser y el querer ser, me parece que no siempre resulta absolutamente necesario que la mujer "se de cuenta" de su condición de género para entrar en conflicto, porque podemos encontrar casos en los que no tiene muy clara su situación. "no se da cuenta" de ella con detalle, no hace siquiera un análisis profundo de sí, y, sin embargo, entra en crisis como consecuencia de dicho desfase. O bien, sucede que, no encuentra la permisividad social para cuestionar su propio quehacer como sujeto de género. Esto nos habla de una enajenación, dado que, por un lado, hay una separación entre lo que se quiere y lo que se tiene o se hace en la vida, y por otro, porque no hay una concientización de la propia situación, no hay una respuesta a las propias preguntas. Es como el trabajador explotado que produce riqueza pero no es rico y como resultado, experimenta frustración ante su trabajo.

Asimismo, pienso que la condición de género de la mujer puede traducirse en conflicto no sólo cuando esta no encuentra una identidad propia sino también al momento en que se enfrenta a la falta de un otro que le proporcione una identidad de mujer, es decir,

cuando no tiene quién le refleje su feminidad, es entonces cuando deja de existir y sobreviene el malestar, la queja.

Por otra parte, considero que lo sostenido por el psicólogo ISMAEL es importante, pues el parte del hecho de que los significados del género sugieren una identidad, pero sin pensar este proceso linealmente, dado que no nos habla de una absoluta sujeción a aquellos, sino que se inclina hacia la forma particular en que el individuo maniobre entre lo cultural y lo individual, así como en lo ponderado por este.

Otro punto importante que se observó en las entrevistas realizadas fue que los psicólogos de mayor experiencia clínica (entre 10 y 22 años) declararon ante la interrogante ¿Predomina algún género en su consulta? que la mayor parte de sus pacientes son mujeres.

“Sí, por lo general son mujeres” (LILIANA, 5 años de experiencia clínica).

“Sí, la mayoría son mujeres” (PATRICIA, 14 años de experiencia clínica).

“Sí, son más mujeres” (ESMERALDA, 4 años de experiencia clínica).

“...de hecho, el 90% de mis pacientes, son mujeres” (JOSE, 22 años de experiencia clínica).

“...yo tengo un 80% de pacientes que son mujeres, hombres son muy pocos...” (URIEL, 17 años de experiencia clínica).

“...de hecho en mis consultas tengo, en general, más mujeres que varones...” (MIRIAM, 20 años de experiencia clínica).

“...en mi experiencia clínica he atendido fundamentalmente a mujeres...o sea ellos cubren un 30% de mis pacientes y ellas el restante...” (ISMAEL, 11 años de experiencia clínica).

"...pues generalmente, lo que yo he atendido son mujeres..." (MIGUEL, 10 años de experiencia clínica).

Como vemos, estas afirmaciones constatan lo sostenido por Guevara (1996) y Castilla, C (1992) en relación a la mayor tendencia de las mujeres a reportar estados depresivos. Sin embargo, esto no debe interpretarse en el sentido de que son ellas las que más padecen de depresión o que en los varones no es común tal padecimiento, pues si revisamos las cifras de suicidios por género, vemos que la mayor parte son cometidos por hombres. Esto nos dice que la construcción social de una identidad de género, puede marcar una forma de queja, encubierta o explícita, e incluso una forma de morir. Las mujeres cuentan con más permisividad cultural para expresar sus sentimientos, su dolor o tristeza, a diferencia de los hombres. Estos verían cuestionada su hembra si mostrarán comportamientos depresivos constantes como llantos, abatimiento, sentimientos de inutilidad, etc.

5.2 Eje 6: Concepción actual de mujer.

La coexistencia actual de valores en nuestra cultura, relacionados con el rol de género femenino, es un punto que ha sido asociado a la condición de angustia o depresión que experimentan las mujeres en estos días. Así, resulta importante revisar y analizar la postura que guardan los psicólogos ante esta cuestión. Para ello la pregunta planteada fue la siguiente.

"Como Ud. sabe, en tiempos pasados, había una concepción del ser femenino como dual, por un lado estaba la "mujer buena", sumisa, tierna, etc. y por otro lado, la "mujer mala", esta concepción a su vez marcaba un deber ser. En estos días, ¿cuál cree Ud. que sea la concepción de mujer en nuestra sociedad?"

1. "Yo creo que está en transición, así lo dejaría. Hay mujeres ahora que ya no se ven ni buenas ni malas sino que son mujeres y ya" (URIEL, 17 años de experiencia clínica).

2. "Yo creo que está en cambio, está cambiando" (ISMAEL, 11 años de experiencia clínica).
3. "Bueno, es una definición que está cambiando, definitivamente, pero sigue acompañada de una actitud de subordinación y minusvalía. Muchas mujeres tienen, todavía una imagen muy devaluada de sí mismas" (JOSE, 22 años de experiencia clínica).
4. "Pues, una mujer con las mismas oportunidades y capacidades que tiene un hombre. Bien, y ¿cree que esto se lleve a la práctica realmente o solo se quede en teoría? no, no creo que se quede en teoría, de hecho ahora la mujer trabaja muchísimo más que el hombre y hay casos en que es el hombre el que está en casa, ¡ah! y de que ejerce su sexualidad de una manera más libre, claro que sí (PATRICIA, 14 años de experiencia clínica).
5. "Yo siento que sigue habiendo cierta marginación hacia las mujeres, y que en cierta medida sigue esa dualidad. Si vas a ser sumisa, entonces debes estar en tu casa, no vas a trabajar, como que se evita el éxito fuera de casa, de alguna manera" (LILIANA, 5 años de experiencia clínica).
6. "Yo creo que ese concepto de mujer buena o mala ya ha cambiado mucho (se ríe). Yo creo que la mujer debe valer como persona, sea hombre o sea mujer, todo ser humano merece un respeto y un valor. Ahora la imagen de la mujer moderna es como muy versátil, atractiva, que está a la vanguardia, pero yo no veo este concepto como un deber ser porque por ejemplo, a mí, para entrar a trabajar a este hospital, no me pidieron una talla en especial, ni que me vistiera muy moderna o cosas así, entonces yo creo que no hay tanto un deber ser" (ESMERALDA, 4 años de experiencia).
7. "Bueno, en primer lugar, no creo que ya haya cambiado mucho, creo que cambiaron las formas en las que se supone que debes de ser mujer, tal vez ya no dedicándote a ama de casa, pero todavía se dedican a profesiones que están estereotipadas para mujeres, tal vez ya no se necesite una mujer que sea madre abnegada religiosa, pero sí se necesita una mujer moderna en el supermercado. Cambiaron un poco las formas específicas de expresarse

como mujer pero el patrón general en sí de ser mujer creo que es el mismo que había antes” (IGNACIO, 1 año de experiencia clínica).

8. “Pues, que está en un momento de cambio” (MIGUEL, 10 años de experiencia clínica).

9. “Yo creo que es una concepción que está cambiando, está en un proceso, sin embargo, todavía se mantiene esto de que hay mujeres para la cama y mujeres para ser las madres, las esposas, pero a partir de la década de los sesentas cambia mucho esa concepción, empieza el cambio, y ahora el cambio es muy notorio, pero yo creo que va a faltar todavía un siglo para que cambie totalmente” (MIRIAM, 20 años de experiencia clínica).

10. “En cuanto a lo emocional, o sea las características de ser sensibles, detallistas, tiernas, yo creo que es difícil que nos las quitemos, yo soy así (se señala ella) soy mujer, soy así, y, pues, yo sí diría que estas características las mujeres sí beben, bueno no deben, mas bien que las tenemos como mujeres, compartimos algunas características a lo mejor aprendidas a lo mejor heredadas también de carácter. Pero también diría que una mujer debe ser algo independiente, no algo, totalmente independiente económicamente, y en cuanto a ya no pedirle permisos al marido, que tenga derecho a trabajar, a llegar a puestos directivos, gerenciales, debe de tomar decisiones también” (LORENA, sin experiencia clínica).

“Crees que esta igualdad en cuanto a derechos, realmente se lleve a cabo en estos tiempos y en esta sociedad? Pues no, porque, te lo voy a poner a nivel de familia, en mi familia, por ejemplo. Mi familia es muy tradicional en donde la mujer es la bonita, la que tiene que hacer el quehacer, la comida, en donde llega el hombre y “haber, yo te sirvo” y yo no estoy de acuerdo en esas cosas, yo le digo a mi mamá: “¿sabes qué? ellos, mis hermanos, ya están grandes, tienen manos y se pueden hacer solos sus cosas” yo sí he tratado de cambiar esto en mi familia, pero me enfrento a esto de que veo que mi mamá, o mis tías cuando llegan mis primos, empiezan ¿no? de que ‘haber te sirvo, haber que quieres’. Entonces, como que es difícil que la mujer de un momento a otro cambie este tipo de cosas”.

Como podemos ver, en estos diálogos predomina la postura de que la concepción actual de mujer está en un momento de transición. Sin embargo, también hay opiniones que parecen contradecir o cuestionar tal cambio, como la de los psicólogos IGNACIO, LILIANA y JOSE, pues creo que nos hablan de un "cambio" acompañado de paradojas y señalan puntos que confirman lo que anteriormente sostuve: lo antiguo sigue vigente, de una manera muy matizada y poco transformada, creando a su vez, un falso panorama de "opciones" que pretende hacer creer a la mujer que en estos tiempos modernos ya tiene alternativas.

El diálogo de la psicóloga LORENA, merece una reflexión aparte, pues podemos notar en este que la concepción señalada por la entrevistada comprende la coexistencia de valores tradicionales y actuales que se han venido mencionando. Pero lo interesante de esto es que, al parecer, la misma psicóloga cae en el conflicto de "lo antiguo y lo nuevo", revisado anteriormente. Con frases como "...una mujer debe ser algo independiente, algo, totalmente independiente..." y "...yo diría que estas características las mujeres sí deben, bueno no deben, más bien que las tenemos como mujeres..." parece evidenciar, su propia incertidumbre respecto a cómo debería de ser una mujer en estos tiempos, y a cómo compaginar lo tradicional con lo moderno.

Obsérvese que la entrevistada parece mostrar inconformidad con las diferencias jerárquicas entre los géneros, sin embargo, notamos que ella se señala como una mujer tradicional en cuanto las características emocionales, de hecho afirma que es difícil cambiarlo. Esto confirma lo sostenido anteriormente por el entrevistado ISMAEL, quien nos dice que tanto la identidad como el rol de género en una persona van más allá de su voluntad, de manera que resulta difícil cambiar la forma de actuar como sujeto de género de un momento a otro, con sólo desearlo.

Ahora bien, respecto a si dicho proceso de cambio puede tener alguna repercusión negativa en la mujer, como confusiones o problemas emocionales, observamos lo siguiente:

1. "Sí, porque se teme a hacer otras cosas, además de las tradicionales, se teme al éxito, a ser más independiente, a valorarse más como persona, entonces se evita el éxito por el temor a las consecuencias negativas que puedan tener las decisiones que se toman, y entonces entra en conflicto, aún en la actualidad" (LILIANA, 5 años de experiencia clínica).
2. "Pues a menos que sea muy intelectualizada, pero las que no son así, creo que no tienen ningún problema" (URIEL, 17 años de experiencia clínica).
3. "Pues, es como te decía, va a depender de lo que la persona pondere, o sea, entran en juego tanto la individualidad como lo cultural" (ISMAEL, 11 años de experiencia clínica).
4. "Yo creo que sí, las mujeres están en un fuerte conflicto, por un lado con sus papel de madres y el papel de profesionistas en cuanto a cómo integrarlos, cómo vivirlos, o compaginarlos, por otro lado, el rollo este de la sexualidad, hasta qué punto pueden ser libres, qué tan libres, qué significa ser libres sexualmente hablando, y entonces tenemos a mujeres que caen en la promiscuidad, y tenemos a mujeres que no, y que van viendo que pueden ser libres hasta cierto grado, y también tenemos a mujeres que toman la postura del varón, de bueno yo soy libre y me puedo acostar con quien yo quiera, incluso se dan casos interesantes, que he tenido en la consulta, de mujeres que se comportan como varones mientras el hombre está en casa haciendo las labores domésticas, por cuestiones económicas, que no tiene un trabajo, ellas están trabajando y empiezan a ser infieles y eso sí les causa mucho conflicto porque no saben qué hacer, no saben si es lo correcto lo que están haciendo o aquellas que buscan otro marido porque el que tienen no les satisface sexualmente, lo viven con mucha culpa, se conflictúan" (MIRIAM, 20 años de experiencia clínica).
5. "Pues no, yo creo que no, la imagen de mujer moderna, no" (ESMERALDA, 4 años de experiencia clínica).

6. "Si yo creo que sí, porque una como mujer tiene muchas ganas como de salir de lo tradicional porque ya son otros tiempos ¿no?, pero como que la sociedad también te reprime, como que te dice, "espérate, cálmate, bájate de tu nube, todavía no es total el cambio". Entonces esto, yo creo que si nos puede llevar a una depresión o a lo mejor no tanto a una depresión pero sí a una angustia o a un conflicto interno de decir "¿quién está mal? ¿ellos o yo?" (LORENA, sin experiencia clínica).

7. "Pues, yo creo que la respuesta iría en el mismo sentido de lo que mencionaba hace un momento, porque, por ejemplo, yo conozco muchas mujeres que no presentan conflictos de este tipo, pero hay otras, como algunas de mis pacientes, te podría decir, que bueno se conflictúan por toda una serie de cosas que si podrían estar relacionadas con este rollo cultural pero también con su falta de habilidades, con no poder clarificar qué es lo que quiero y qué es lo que tengo que hacer" (MIGUEL, 10 años de experiencia clínica).

8. "Sí, como dirían los investigadores sociales, desde alienación que es cuando te sientes extraño respecto a lo que haces, sientes que es distinto lo que estás haciendo de lo que realmente eres, hasta depresión, confusión, descontento, llegar a roles o comportamientos falsos como materialismo, cosas así" (IGNACIO, 1 año de experiencia clínica).

9. "Silencio, sí, con sus parejas, yo creo que socialmente no, pero con sus parejas sí. **¿Qué conflictos?** pues, que el esposo la cele porque ella se va a trabajar y eso genera conflictos, y además muchas mujeres se sienten culpables por abandonar el hogar" (PATRICIA, 14 años de experiencia clínica).

10. "Sí, claro, una mujer puede incluso tener mucho éxito como, no sé, ejecutiva, profesionista, pero a lo mejor ya en una relación de pareja, puede seguir presentando actitudes de sumisión, dependencia, etc." (JOSE, 22 años de experiencia clínica).

Tenemos que la mayor parte de los entrevistados (LORENA, MIRIAM, IGNACIO, JOSE, PATRICIA y LILIANA) contestó afirmativamente, señalando como punto de conflicto precisamente esa coexistencia de valores que hoy en día se presenta en nuestra

sociedad. Con estas declaraciones se reafirma lo sostenido por Becker 1989 (cit. en Sharfman y García 1993) quien habla de una disyuntiva, entre lo antiguo y lo nuevo que vive la mujer actual.

"...se encuentra encubierto el miedo de si van demasiado lejos, es decir, si se alejan mucho de las normas establecidas corren el peligro de no ser amadas. Por lo que la mujer, hoy en día, siente incertidumbre con respecto a cómo debería vivir..." (Etiología del conflicto emocional en la mujer. García y Sharfman. 1993. pp.63.)

Tal sentimiento de inseguridad, como ya sostuve antes (capítulo 2) "es bastante comprensible, dada la mezcla tan desconcertante y absurda de valores tradicionales y contemporáneos que nos presenta nuestra sociedad en estos días. Podemos citar como ejemplo a la cantante Britney Spears, mujer estadounidense de gran popularidad quien afirma ser virgen y la importancia de mantenerse así hasta el matrimonio. Este valor tradicional contrasta con su "imagen de objeto de deseo sexual y promiscuidad" (calificada así por ella misma) promovida en sus videos y actuaciones.

Por otro lado, los entrevistados ESMERALDA, URIEL Y MIGUEL parecen no otorgar peso importante a tal momento de cambio en la esfera emocional de la mujer. La postura del psicólogo Uriel, llama la atención, pues nos dice que solamente las mujeres "intelectualizadas" podrían presentar conflictos ante esta circunstancia. Sin embargo, los planteamientos de la psicóloga MIRIAM, cuestionan su opinión, ya que nos argumenta que ha tenido pacientes no intelectualizadas, que apenas cuentan con la educación elemental, experimentando conflictos de la mencionada índole.

Lo dicho por el psicólogo ISMAEL, muestra gran particularidad, pues él resuelve esta cuestión afirmando que ello va a depender de lo ponderado por la mujer, que bien puede ser lo cultural o lo individual.

Como podemos notar, el asunto tratado aquí es bastante complejo, parece que no podemos dar respuestas absolutas, hay una sujeción a la cultura pero también hay

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

elecciones individuales, no obstante, debemos señalar que tales elecciones se llevarán a cabo a partir y sólo a partir de un condicionamiento social. Este es un proceso muy intrincado que cada individuo enfrenta de diferente manera.

5.3 Eje 7: Casos de mujeres deprimidas.

Veamos ahora cómo es que todas estas conceptualizaciones acerca de la mujer, se articulan con la manera en que son escuchadas y atendidas en el consultorio por parte de los psicólogos. Para esto, expondremos algunos casos de mujeres deprimidas que los mismos entrevistados han abordado

CASO 1 (Paciente atendida por el psicólogo Uriel, de 17 años de experiencia clínica).

Ud. seguramente ha atendido el caso de una mujer deprimida. Si.

¿Le podría hacer unas preguntas al respecto? Si.

“¿Cuál era la queja de esta mujer? ¿una deprimida? sí. Bueno, la queja fundamental es que está deprimida porque su marido la maltrató o la engañó o porque sus hijos, ya grandes, no le dan atención, o sea, puede variar ¿no?, he tenido mujeres que están ya grandes, señoras de 60 años que están deprimidas porque sus hijos no las buscan, o sea, no tienen gratitud con su madre, y una mujer de 27, 30, 40 años, que su marido la engañó, anda con otra y eso le genera depresión y otras que están deprimidas porque no saben qué hacer con sus vida, entonces varía, no sé cuál quiere que le cuente”

El que Ud. quiera. Bueno el de la mujer de 60 años.

n) Queja

Bien, ¿cuál era la queja de esta mujer? que sus hijos no le saben dar afecto, no la buscan.

b) Demanda

¿Qué demandaba de la terapia? como superar, y enfrentar esto.

c) Tratamiento

¿Cómo trató el caso? la traté con acupuntura, y después platicamos de cómo hacer un acercamiento con los hijos, y funcionó.

d) Duración de la terapia

¿Por cuánto tiempo la atendió? no más allá de cuatro sesiones.

e) Evolución de la paciente

¿Cómo vio Ud. su evolución? bien, podríamos decir que la di de alta

“Ella entonces terminó... sí, o sea, mandé llamar a los hijos, a un hijo, le planteé la situación, ya él se encargó de los demás hijos, de que le dieran atención, y la señora ya está bien, su depresión ya la superó”

“Entonces, la recuperación y el tratamiento que recibió la señora estuvieron en función de que sus hijos le dieran atención? si, es que las formas de vivir o los estilos de vivir se relacionan con otros, no somos solos, ese es el principio de armonía. Entonces si el principio de armonía se rompió porque nadie me quiere, nadie me busca, nadie me da atención ni nada, entonces yo voy a sentir un gran vacío, me voy a deprimir, y la única solución es que llenen ese vacío con afecto, con palabras agradables para ella, con caricias, con reconocimiento para ella. Ella dio todo pues, o sea son relaciones enfermizas, esta es una relación enfermiza, porque la mamá dio toda su vida para sus hijos, entonces, al final se necesita una recompensa, la mamá se sacrificó (señala comillas para esta palabra) por ellos, abandonó su cuerpo, su salud, aguantó al marido alcohólico, golpeador, aguantó los desaires de los hijos, las groserías, todo aguantó, para que alguien le diera un poco de afecto, pensando que esa era una inversión a futuro. Pero como no tienen gratitud los hijos, son muy ingratos, eso jode mucho a la mamá, entonces ¿cuál es la solución? llamar a los hijos y que tengan un poquito de gratitud con la mamá. La gratitud es el principio que

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

permite decirle a ella que sí valió la pena todo el trabajo, eso es lo que necesitaba. La mamá no necesitaba dinero, no necesitaba comida, no necesitaba coche nuevo, lo que necesitaba era una reconocimiento a su trabajo, y afecto obviamente”

“Bueno, entonces se podría pensar que si sus hijos no le dan afecto, la señora no podría superar su depresión?” muchos se mueren de tristeza, he tenido pacientes que se mueren de tristeza, los hijos son unos ingratos. La ingratitud es un elemento que casi no aparece en ningún tratamiento, pero para mí es un factor importantísimo, mire, parto de este principio la única manera de que alguien esté en este planeta y que sepa qué está haciendo en este planeta es tener gratitud con la tierra, decir, “aquí es mi casa”, aunque no tengamos casa, pero esta tierra es todo, es tener gratitud con ella, porque ella es la madre, la segunda madre es la mamá biológica porque ella me dio afecto, atención, los primeros siete años de vida, sin pensar en nada, lo hizo desinteresadamente. Nosotros somos los únicos seres humanos que si nos dejan a esa edad nos morimos porque necesitamos cuidados, necesitamos que nos cambien, que nos den, que nos cuiden, y ese es un acto de amor de todas las madres, claro que hay madres desnaturalizadas que matan a los hijos, que los abandonan. Ese es otro asunto, tiene que ver con su condición pero estoy hablando de las mamás en general, de esas que se abnegaron, que se entregaron, que dieron todo sin esperar nada, nada, nada más porque amaban al hijo o lo veían bonito. Pero resulta que ese monstruo creció y es muy ingrato, entonces eso, no tener gratitud, hace acabar con el otro, y luego de pasada, llegan a la casa y reniegan por la sopa, por la comida, es como la gata de la casa, hay mucha ingratitud a su trabajo, no hay respeto a su vida, a su trabajo. Eso es un aspecto muy importante que no tiene mucha gente y esa ingratitud enferma a las madres, a muchas madres, yo veo a 80% de pacientes que son mujeres, mujeres grandes que se llevan muy bien con mígo, porque les hago ver ese aspecto y porque las escucho y les digo qué pueden hacer”.

“Pero, no pueden hacer mucho porque todo está en función de sus hijos, o los otros. Sí, pero ellas tienen mecanismos, tienen maneras de llamarlos, tienen formas para buscarlos, ellas saben cómo, siempre tienen un hijo o dos que son los que más se acercan y pueden decirles oye que mira... y ya los otros se ocupan, o sea hay muchos mecanismos”

Aquí, tenemos varios puntos que merecen analizarse:

1. Me parece que lo que tendríamos que aclarar primero es, qué es esa "falta de atención de los hijos" que refiere la paciente, qué hacen ellos que molesta a la madre, porque, creo que si los hijos no tuvieran ni la más mínima atención o interés por ella, sencillamente, no se hubieran presentado en el consultorio cuando fueron llamados. Tal vez, no la han abandonado afectivamente, como describe el entrevistado, sino simplemente, sucede que han crecido, que se han independizado y están demasiado ocupados haciendo su vida. Esto, para una mujer que dedicó todo su tiempo a cuidarlos, y a servirlos, obviamente resulta muy doloroso. Ahora, ¿a quién cuido?, ¿qué hago?, ¿qué soy sin ellos?, seguramente se preguntará. Debemos de tomar en cuenta además que, desde la perspectiva de la paciente, una mujer deprimida que atraviesa por la etapa del nido vacío, los hechos se van a interpretar muy dolorosamente, puede decir: "mis hijos ya no me quieren" cuando puede no ser así. Hay que aclarar qué es lo que ella quiere de sus hijos, si quiere que ellos sigan siendo unos niños a quienes cuidar y proteger, si quiere seguir teniéndolos en su casa. ¿qué es lo que les demanda?. Parte de esta respuesta no la encontremos en su discurso consciente, y creo que no es esencial buscarla, las preguntas que si resultan esenciales son: ¿quién es ella fuera del rol de madre, de esposa y de mujer tradicional? ¿qué quiere ser ahora? ¿qué debe de encontrar en ella y en el mundo para superar y aceptar su nueva situación?

2. Para el psicólogo, lo que enferma a esta mujer es la ingratitud de los hijos, pero yo creo que la problemática va mucho más allá. Desde mi punto de vista, la queja de la mujer, su molestia, radica en que no tiene una identidad propia, vivió de acuerdo al rol tradicional de mujer que le hizo existir, ser solamente a partir de otro, fue como afirma la psicóloga entrevistada MIRIAM, "una mujer mutilada del yo", fue hija de, esposa de, madre de, pero nunca yo, y hasta el presente no cuenta con ese yo, y este es su principal conflicto. Antes no lo veía, porque estaba otro que le reflejaba una identidad, ahora no hay nadie, y por eso se mira vacía y se deprime. Así, creo que lo que enferma a las madres, no es la ingratitud en sí, sino el no tener ante sí mismas un valor o un reconocimiento como personas, primero y luego como madres, pues se identifican por completo en este rol, de

modo que parecen agotarse en él y cuando alguien las despoja de su maternidad, lógicamente viene la depresión. Entonces el asunto radica en vivir para otros, en no tener diversas esferas de satisfacción en la vida, lo cual, es muy característico de las mujeres tradicionales.

3. El entrevistado propone que la mujer busque un acercamiento con sus hijos para que le den afecto, afirmando que "ellas saben cómo, las madres tienen muchos mecanismos para llamarlos". Pero si esto es así, entonces ¿por qué buscó ayuda la paciente? ¿por qué llegó hasta el consultorio? Podemos pensar que uno de estos "mecanismos" sería el chantaje o la manipulación psicológica del otro mediante sentimientos de culpa, lo cual me parece bastante enfermo y denigrante tanto para la mujer como para los hijos, es una falta de respeto a estos y a ella misma.

4. Algunas verbalizaciones que merecen resaltarse, son las siguientes:

"...la segunda madre es la mamá biológica porque ella me dio afecto, atención, los primeros siete años de vida, sin pensar en nada, lo hizo desinteresadamente. Nosotros somos los únicos seres humanos que si nos dejan a esa edad nos morimos porque necesitamos cuidados, necesitamos que nos cambien, que nos den, que nos cuiden, y ese es un acto de amor de todas las madres, claro que hay madres desnaturalizadas que matan a los hijos, que los abandonan. Ese es otro asunto que tiene que ver con su condición, pero estoy hablando de las mamás en general, de esas que se abnegaron, que se entregaron, que dieron todo sin esperar nada, nada, nada más porque amaban al hijo o lo veían bonito..."

Parece ser que para el entrevistado, el instinto maternal es absolutamente natural. Es inherente a la condición femenina, pues al señalar un supuesto des-interés de las madres abnegadas que cuidan y aman a su hijos, hace a un lado el peso que tiene la cultura en ello: la construcción de una identidad maternal, y el condicionamiento social del afecto que ello conlleva. Concluyendo, por lo tanto, que aquellas que no siguen los lineamientos establecidos para su género son entonces "desnaturalizadas". Al respecto, Fernández, A. (1993) hace un comentario sumamente interesante que parece explicar, en una buena parte, la necesidad de recurrir a la categoría de instinto maternal:

“¿Por qué se hace imperioso apelar a la noción de instinto como soporte de todo lo que acontece en una mujer con respecto a sus hijos? Parecería que pensarnos como hijos del instinto nos da cierta ilusión de fuerte anclaje, mientras que pensarnos hijos del deseo... El deseo, algo tan evanescente y errático. Hijos del instinto nos remite a la ilusión de estar inscritos en un orden necesario-natural. Hijos del deseo nos enfrenta a la contingencia en la que se inscriben los hechos del orden humano.” (La Mujer de la Ilusión. pp. 171)

Creo que el enfrascarnos en una discusión sobre si es el instinto o la cultura, nos acercaría demasiado a un pensamiento lineal. Desde mi opinión, el asunto es más complejo, pues la forma en que cada individualidad personal “dialoga” por así decirlo, con lo cultural, encierra dinámicas particulares. Sin embargo, no podemos ignorar que existen factores sociales presentes en la constitución de los sujetos.

5. Un pregunta que nos surge es ¿cómo presentó el psicólogo, el conflicto de la madre ante sus hijos? ¿qué les dijo en el consultorio y cómo se los dijo? Si suponemos que fue algo similar a los argumentos que aquí expone, creo que probablemente, los hijos pudieron haberse sentido culpables, dado su vínculo afectivo y familiar, lo cual sugiere, implícitamente, que estos son responsables de la salud de la madre. Tenemos entonces que el psicólogo parte de un presupuesto: la mujer tiene un papel pasivo ante depresión, no es responsable de sí misma, pues la enferman los otros, y estos otros deben curarla.

6. Para el psicólogo, la intervención de los hijos es indispensable para la recuperación de la mujer. No concibe a esta como capaz de enfrentar y superar su depresión desde ella misma, valiéndose sólo de la ayuda de la terapia. La justificación de esto, según él, está en “el principio de armonía”, el cual se ha roto porque “nadie me quiere, nadie me busca, nadie me da nada”. Aquí tenemos algo muy interesante, la “falta de atención de los hijos” como una falta de atención de todo el mundo, de todas las personas que habitan este planeta. Ese “nadie” parece denotar una excesiva generalización, que si lo analizamos detenidamente, lo que parece decirnos, es que el mundo de una madre, son los hijos. Por lo tanto, la solución debe provenir directamente de estos, no se contemplan a otras personas, todo el panorama es abarcado por ellos. Creo que esta manera de percibir el mundo de la

paciente es bastante aporética es un síntoma de encierro psicológico característico de mujeres tradicionales que no han salido nunca de su casa. Lo que el terapeuta hace es encasillar a la mujer en un único lugar, en el *sitio* que se le ha designado históricamente. Esto no resulta extraño, pues si nos remitimos a su concepción de mujer, definida anteriormente, vemos que esta queda absolutamente identificada con la maternidad, con un valor o supremacía corporal frente al hombre dada únicamente por su posibilidad de gestar hijos, por un otro. Es la mujer, sencillamente, un ser carente de identidad propia

7. Creo que la depresión de esta mujer puede resultar muy constructiva en vez de destructiva, pues puede des-cubrirse a si misma, enseñarle que puede tener una identidad independientemente de que otros la sostengan. Pero para esto es necesario que tanto ella como el psicólogo, conciban la posibilidad de replantear su forma de vivir, en el sentido de que el mundo de una madre no lo constituye únicamente los hijos, que tiene otros caminos de interacción, por la sencilla razón de que esa madre también es un ser humano, una mujer con intereses propios, los cuales no se agotan desempeñando el rol de mamá. Existen por ejemplo, grupos de la tercera edad, en el IMSS, los cuales realizan diversas actividades como bailes, excursiones, paseos, etc. Las personas que integran estos grupos son generalmente muy entusiastas, tienen amigos, pareja, y una vida social que les permite disfrutar de esa etapa de la vida. Asimismo, la meditación Zen es altamente recomendable y eficaz para las personas que se sienten solas y deprimidas. Estas son sólo algunas alternativas para el caso de esta mujer, pienso que sus posibilidades de vidas sin sufrimiento son reales y están a su alcance, pero no puede verlas porque ha sido educada para vivir y existir mediante un marido, unos hijos, para no salir de su *sitio* asignado. Me parece que es aquí donde debe intervenir el psicólogo haciéndole ver que este estilo de vida no es funcional para su salud y que en vez de ayudarle, la deprime. Debe presentarle otro panorama de la vida que le provoque ganas de vivir, ya no apegada necesariamente a sus hijos y no mantenerla en el encierro psicológico típico de estas mujeres tradicionales al sugerirle formas de acercamiento con sus hijos, lo cual creo que agudiza el conflicto.

Pero, ¿a qué se debe que el psicólogo no otorgue importancia a la condición de género en los conflictos emocionales de la mujer? creo que esto se explica por el hecho de

que él mismo, en tanto hombre, se haya sujeto de género. Esto concuerda con lo afirmado por Lamas (1996) quien dice: hombres y mujeres percibimos el mundo de diferente manera de acuerdo a nuestra identidad, a nuestra constitución como sujetos de género. Por tal motivo él no "ve" el otro lado de la moneda, es decir, no alcanza a comprender la situación y problemática de la mujer, pues se haya sujeto a otra percepción, a su panorama masculino, a su condición de hombre. Esta visión lo lleva a afirmar cosas como "...las mujeres que he conocido son muy raras las que reniegan de su condición femenina." A pesar de que sus propias pacientes se encuentren experimentando conflictos en los que intervienen, indudablemente, los significados del género en nuestra cultura.

CASO 2. (Paciente atendida por el psicólogo Ismael, de 11 años de experiencia clínica).

¿Recuerda algún caso de una mujer deprimida de modo que le pueda hacer algunas preguntas? si.

a) Queja.

"¿Cuál era la queja de esta mujer? ella llegó a la consulta porque no podía tener hijos, ya había intentado incluso métodos de implantación artificial, y era una mujer con mucho dinero, bueno, su marido. Ella venía de una familia de dinero, su marido tenía mucho dinero y entonces ella quería saber qué estaba pasando porque ella sabía que ella era la culpable, decía, porque además todo el diagnóstico médico la culpaba a ella. Entonces llegó con esa queja y en la medida en que fue pasando el proceso psicoterapéutico, yo me fui percatando y ella también de que estaba muy deprimida, por esa situación, pero no nada más por eso, sino por que, en realidad, lo que estaba sucediendo es que su esposo, que era mayor que ella, la veía como una incubadora, y se casó con ella porque era una mujer atractiva y quería tener un hijo, o sea, lo que él deseaba era un hijo, no la deseaba a ella, y entonces ella se estaba resistiendo a darle un hijo por todos estos motivos, poco a poco, esto, ella lo fue encontrando en la terapia, pero estaba muy triste por eso, muy deprimida, porque yo creo que si hay una diferencia entre tristeza y depresión, la tristeza es como más circunstancial y la depresión es más constante. Alguien te puede dar una cara bien y puede

estar deprimido por dentro, y eso es diferente a la tristeza, esta se ve, la depresión, no, no es tan fácil de observar”.

Lo primero que llama la atención de este discurso es que, la queja de la mujer es *no querer* --querer disfrazado de *no poder*-- satisfacer el deseo de otro: tener un hijo. Situación que no sólo le genera molestia sino culpa, se mira a sí misma como culpable. ¿De dónde proviene esa culpa? Para abordar esta interrogante, primero debemos contestar otra: ¿qué significa que una mujer no tenga hijos, en nuestra cultura? Como señalamos anteriormente, por tradición, una mujer sin hijos es una mujer en falta, incompleta o más precisamente, no es mujer, puesto que, esta ha sido identificada históricamente con la maternidad. Así, de acuerdo con Tubert, S. (1996)

“ A partir de una posibilidad biológica --la capacidad reproductora de la mujeres-- se instaura un deber ser, una norma, cuya finalidad es el control tanto de la sexualidad como de la fecundidad de aquellas. No se trata de una legalidad explícita sino de un conjuro de estrategias y prácticas discursivas que, al definir la femineidad, la construyen y la limitan, de manera tal que la mujer desaparece tras su función materna, que queda configurada como su ideal ” (Figuras de la madre. p.p. 7)

Merece resaltarse entonces que en este caso, la mujer no sólo anula el deseo de ese otro sino que también se anula a sí misma, porque acaba con su valía social. He aquí la razón inmediata del conflicto, pues su queja implícita: *no quiero tener un hijo*, contrasta con su demanda, veamos cómo:

b) Demanda

¿Qué demandaba esta mujer de la terapia? ella concientemente, decía que quería embarazarse y hacía todo lo que le decían que tenía que hacer, pero cuando ella empezaba a hablar y analizaba en su discurso, las cuestiones que tenían que ver con su relación con su marido, ella comenzaba a negar toda la relación con él: “no es que estamos mal aquí, no es que no nos llevamos bien acá, es que no hay comunicación”. Toda su insatisfacción en la relación, y entonces al ir construyendo esa insatisfacción que tenía que ver con su no poder

embarazarse, ella descubre, dice: "pues es que yo voy a ser sólo una incubadora, él lo que desea es un hijo, y yo no quiero ser una incubadora" Entonces ella, después de varias sesiones, como diez, doce, recuerdo que dijo: "es que yo más bien estoy triste porque él a mí no me quiere, yo estoy deprimida." Cuando analizábamos si lo que le sucedía era tristeza o depresión ella decía: "es depresión porque permanece durante todo el tiempo, todo me parece gris, todo me parece incompleto, todo me parece sin sentido, y cualquier cosa que él haga, no me satisface." Y entonces, ella misma concluye que esto debe ser lo que le impide embarazarse. Pero en un principio, cuando llegó al consultorio su demanda concreta era saber por qué no se embarazaba, porque físicamente era sana, era una mujer de 29 años

Tenemos aquí una condición psicósomática muy interesante, lo que constata una vez más que, eso que llamamos psicológico, se impregna concretamente en el cuerpo (López, S. 1997). Hay una resistencia no sólo verbal sino también corporal respecto al embarazo. Parece ser que, con esto, la paciente reclama una identidad propia, es decir, ser querida y valorada por sí misma, no mediante un hijo.

También vemos que, se reafirma lo declarado por Sharfman y García (1993), respecto a que, en la mujer, se manifiesta un vacío entre lo que debe y lo que quiere hacer y ser. Vacío que lleva a la depresión, pasando por la frustración.

La pregunta que surge de todo esto es ¿por qué la paciente continúa con una relación tan insatisfactoria para ella?. Veamos cómo es que aborda el caso el psicólogo, y si clarifica nuestra pregunta.

c) Tratamiento

"¿Cómo trató el caso? Bueno, yo trabajo bajo los enfoques humanistas, el enfoque centrado en la persona que es en el que yo me formé, de origen, entonces bajo ese marco lo que trato de hacer es, pues escuchar a la persona y ayudarla a que vaya viendo aspectos de su vida que no ha clarificado bien, y paulatinamente, cada persona va requiriendo determinadas cosas, entonces, en el caso de ella fue mucha escucha, mucha comprensión y

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ayudarla a centrar las cosas dispersas, el rompecabezas que ella tenía y que no había podido armar, entonces yo la fui siguiendo. Creo que si apliqué mucho lo que era el enfoque centrado en la persona pero también hice uso de algunas cuestiones que tienen que ver con la terapia familiar, porque me dediqué mucho tiempo a analizar con ella su situación familiar, porque como que estábamos al principio en un atolladero, porque nada más estábamos viendo la relación uno a uno pero qué pasaba con su contexto familiar, con su relación con su marido, con sus antecedentes personales en relación a su propia crianza como hija, todas estas cosas yo las provoqué para analizarlas. Se dio mucho lo de la escucha activa, fundamentalmente”.

d) Duración de la terapia

“¿Cuánto tiempo duró la terapia? 9 meses, si y es que mira yo no creo en las terapias largas, entonces establezco esto con la persona y también tengo que ver si puedo trabajar con ella, imagínate si a mi me hace corto circuito algo de su personalidad, no la voy a poder ayudar, más bien, me voy a estar fijando en eso, o si lo que ella está diciendo tiene mucho que ver con cosas que yo no he resuelto y no sólo que no he resuelto sino que todavía no puedo manejar, pues no podría atenderla. Entonces a partir de esos dos principios, yo digo, bueno O K vamos a trabajar, ahora tú cómo te sientes también ¿no? conmigo, si llegamos a ese acuerdo de que estamos bien los dos, iniciamos el proceso y les digo: “no creo en las terapias largas, por lo tanto te pido que si a la séptima sesión, tú no has experimentado algo que digas: esto me está enriqueciendo a mi, entonces yo puedo canalizarte o podemos reestructurar la relación”, porque hay gente que es muy concreta y quiere que le des recetas. Ella y yo fuimos analizando esto cada siete sesiones y en la primera evaluación fue que ella decía “pues mira avances no tengo pero necesito a alguien que me escuche, no tengo a nadie que me escuche” entonces definimos otras siete sesiones, pero además de la escucha establecimos que íbamos a analizar qué onda con tu familia. Aquí fue donde yo empujé por ahí y a la catorceava sesión fue cuando ella empezó a sentirse más deprimida por lo que estaba descubriendo, además como te digo, se concentraba nada más en lo negativo y pues era peor, todo lo veía negro, así se fue dando hasta que ella empezó a ver la luz y a experimentarse diferente y entonces en ese momento, ella definió que quería la terapia con

el marido y cuando llega a descubrir, que es la parte culminante de la terapia, esta cuestión de que se siente una incubadora, así fue su palabra, ni siquiera fue una palabra mía, ella dijo: "es como si yo fuera una incubadora" a mí también me cayó el veinte, porque para mí también era un rompecabezas. Yo no iba ciega pero tampoco iba, ¡ha!, lo que pasa es esto, no. Cuando ella lo dijo yo lo creí y lo asumí y por ahí me fui con ella, con esto de la incubadora. Cuando llegó a resolverlo, a estar en paz con ella, empezamos a vernos cada quince días, ya no cada ocho, y fue ella en un momento la que dijo: "bueno, pues es que yo ya sé lo que me pasa, ahora lo que me falta es resolverlo, y ahora lo tengo que resolver con él" y entonces dijo, voy a continuar con la terapia de pareja. Continuó un tiempo con la terapia de pareja, pero muy poco porque él era un hombre muy ocupado y no pudieron mantenerla, y después de seis meses, fue que ella regresó y me pidió una cita para comunicarme que estaba embarazada y cómo ella había armado todo el rompecabezas".

“¿Cómo terminó su terapia, dejó de asistir, ella dijo que ya no la necesitaba, cómo fue? La terapia se terminó porque ella concluyó o encontró el por qué no se podía embarazar, y ella dijo: “bueno, pues ya lo sé, ya sé lo que me está pasando.” Dejó de intentar de tener al hijo, luego habló con el esposo, empezaron una terapia de pareja que ya no les proporcioné yo y después de seis meses se embarazó. Pero ella misma, cuando fue a decirme que estaba embarazada, aunque yo ya no le estaba dando terapia, como te digo, me dijo que cuando dejó de preocuparse y cuando pudo hablar con él, pudo embarazarse. Entonces yo me di cuenta, y ella también, cómo ella estaba insatisfecha en su relación con él y eso no le permitía, permitirse embarazarse, su organismo la alejaba de eso, aunque su cabecita le dijera “sí embarazate, estas en edad, tienes una buena posición, tienes un hogar, ya puedes hacerlo ”

Aquí encontramos un primer punto para analizar, después de 7 sesiones, la paciente dice que no tiene avances, pero que necesita a alguien que la escuche porque no cuenta con nadie para ello. Me parece que este punto es muy importante, pues nos dice que la mujer está aislada del mundo, no tiene relaciones sociales satisfactorias pero tampoco tiene la iniciativa de buscarlas porque prefiere pagar a un profesional que relacionarse con alguien en una amistad. ¿Qué nos dice esto? pues, pienso que es una mujer que se ha abandonado,

que busca a otro para que le solucione la vida: su esposo, y el psicólogo. No ve a estos como personas con las que puede caminar, sino como muletas a partir de las cuales podría andar. No se mira a sí como capaz de tomar el control de su vida, esto lo observamos también cuando dice "...nada de lo que él hace me satisface." Espera de otro la satisfacción, las respuestas y la identidad que no encuentra en sí misma. Me parece que el psicólogo debió profundizar en esto y confrontárselo. Asimismo, cuando dice " bueno, yo ya sé lo que me pasa, ahora tengo que resolverlo, y ahora tengo que resolverlo con él" Cabe preguntar, ¿por qué tiene que resolverla con él? si el conflicto es de ella, si desde su perspectiva, él no la quiere, ni encuentra satisfacción alguna con él. Con esto no quiero decir que no sean importantes las terapias de pareja sino que en este caso, creo que es la paciente la que tiene que clarificar primero su identidad como propia, tomar el control de su vida, aprender a encontrar satisfacción en ella misma antes que en los otros y finalmente relacionarse con un hombre que acepte y respete tales aspectos.

e) Evolución de la paciente

"¿Cómo vio su evolución? A mí me parece que el nivel conductual es lo que te va dando varios indicadores, uno que es muy claro, es el cuidado personal. Te digo que ella era una mujer muy guapa, con dinero, pero era muy descuidada en la forma de vestir. Aproximadamente, al mes de las sesiones, comencé a ver que se vestía diferente, que tomaba más cuidado, se arreglaba los zapatos, combinaba más la ropa, caminaba diferente ya no lo hacía encorvada, su mirada, la velocidad a la que hablaba, hacia más contacto visual conmigo, ya no era todo el tiempo estar agachada o tener la mirada perdida, no mirar al otro. Luego otra cosa de la que me fui percatando fue que al principio se concentraba totalmente en cosas negativas, luego cada vez más negativas, porque entre más descubría más se hundía y poco a poco iba viendo las dos caras de las cosas que le pasaban, entonces ya yo oía otro discurso, como que la sentía más activa, menos apática. Tomaba decisiones al principio en la terapia y no las ejecutaba y se venía para abajo. Ya en la parte media y al final de la terapia, tomaba decisiones e iba y las hacía, por ejemplo, hablar con el esposo fue algo que le tomó bastantes meses, para decirle lo que te dije, que ella se sentía como una incubadora. Estos fueron los principales indicadores, su propia autodescripción, en la parte intermedia de la terapia, cuando decía. "es que ya me he sentido mejor, ya soy más

clara al hablar, ya me gusta estar más con la gente." El indicador más grande fue hablarle al esposo, conseguir la terapia de pareja, que él aceptara ir, y embarazarse. Yo he seguido en contacto con ella porque la conozco y, pues, con los problemas de toda la gente, pero ha logrado fortalecer mucho su asertividad para su relación con el marido, a veces se pone triste pero ya no tan crónicamente".

Lo interesante de este apartado es que el psicólogo menciona que "el indicador más grande" [de su evolución] fue hablarle al esposo, conseguir la terapia de pareja, y embarazarse." La interrogante que surge ante esto es ¿y dónde quedó ella? su evolución está en función de otro y más aún, nótese con qué palabra verbaliza el psicólogo el suceso de la terapia de pareja: "conseguir". Se consigue algo por lo que se ha trabajado, si consultamos un diccionario común tenemos que tal verbo denota: "lograr, alcanzar lo que se desea" Pero ese "logro" me parece que, en este caso, significa un triunfo ¿para quién? para ella, solamente. El marido no demanda la terapia, de hecho, está demasiado ocupado como para involucrarse realmente en el proceso, por lo tanto, el triunfo y la ventaja son sólo de ella. Amén de esto, tenemos al embarazo, que se "logra" pese a la posición devaluada que tiene la paciente dentro del matrimonio.

Lo más importante de todo esto es que, con base en los cuestionamientos expuestos, la problemática de la paciente encierra diversos aspectos derivados de la condición social de género, que si bien, no abarcan todo el caso, si interfieren considerablemente en la queja y demanda, tanto consciente como inconsciente de la mujer. Asimismo, el psicólogo no confronta a la paciente con su situación de género, como por ejemplo, con el significado de ser madre en nuestra sociedad, que se vincula con su demanda de "querer embarazarse", así como la ausencia de una identidad y valía propia que permean la conflictiva.

Todo ello, a pesar de que en argumentos anteriores, habla de la importancia de los significados del género en las problemáticas femeninas, y aunque no les da un peso determinante o rotundo, si las concibe como considerables.

Esto nos dice que, al parecer, el entrevistado no "ve" con profundidad, en el caso concreto de su paciente, la compleja problemática de género. La conoce en teoría, pero en la práctica no hay una consecuencia de tal conocimiento. En relación con esto, recordemos lo que él mismo menciona:

"...Entonces la fuerza de lo social por supuesto que está ahí presente, es apabullante, incluso las mujeres que podríamos llamar liberadas, yo lo veo en mujeres que por ejemplo, viven en matrimonios modernos, que comparten la responsabilidad de la vida doméstica y la vida pública con sus esposos, cuando nace un hijo, bueno a quienes les dan tiempo de maternidad son a ellas y no a ellos, esa es una condición social, pero el nivel de involucramiento del esposo que incluso ellas mismas lo asumen así, es menor, o sea, a veces son ellas mismas las que no les permiten ciertas cosas, yo todavía escucho de ellas expresiones como: "es que los hombres son muy torpes", y son mujeres que incluso se dedican a los estudios de género, que ellas mismas se podrían definir como feministas y yo creo que esto está más allá de la voluntad, no creo que forme parte de la voluntad, forma parte ya de la conciencia, es decir, ya está construida la persona así, es parte de su identidad y vencerlo es un proceso subjetivo muy intrincado, muy complejo, y es tan complejo que a veces lo social lo rebasa, entonces la persona fácilmente se deja vencer por la fuerza de lo social que la va empujando a que siga manteniendo su rol."

Se puede decir que se vuelve a constatar lo argumentado por Lamas, M. (1996) pues, somos sujetos de género, hombres y mujeres percibimos el mundo de diferente manera.

Pero acaso, ¿esto significa que una mujer no puede someterse a terapia con un psicólogo varón por la limitante de éste, en tanto hombre, para entender la condición de género de aquella? y que ¿estamos condenados a ver el mundo sólo desde nuestro lugar de género? yo creo que no. Me parece que sólo quien tenga la disposición de ver más allá, tendrá que someterse a un proceso de reconstrucción que requerirá de tiempo, y un compromiso con la reflexión profunda respecto de la situación del otro, lo cual a su vez, implica necesariamente la perspectiva de ese otro. Así, por ejemplo, los psicólogos varones que atiendan a mujeres, deberían de solicitar la opinión y retroalimentación de uno o más

**FALTA
PAGINA**

21 8

vivir sin alegría, sin ilusión, simplemente diciendo: "yo creo que la vida así es, así se tiene que vivir", y justamente era una estudiante de psicología, que a la hora de venir, de hacer su práctica clínica, de escuchar discursos alternativos, de que había mucha gente que a veces tomaba decisiones, si es que así se le puede llamar al casarse cuando finalmente, se esta embarazada y que fue una decisión muy obligada por la familia y todo esto, pues que estas decisiones se terminaban pagando y que bien podía, ya pasado el tiempo, y al encontrar que había desesperanza, desilusión pues, bueno podía contar con las habilidades y las capacidades para cambiar la vida, para tomar, ahora sí, decisiones propias y llegar a donde ella en verdad quisiera llegar, ella decía

"vivo así, no me gusta vivir así, pero tampoco se que hacer" y eso le producía todo un cuadro que podíamos etiquetar como depresión y que una primera parte de la terapia consistió en clarificar cual era el problema que tenía y cómo eso era lo que estaba provocando la depresión y en hacerle ver que su problema, si ella quería, tenía solución. Entonces a partir de que ella pudo concebir y se atrevió, porque en este caso particular, había una gran carga de factores culturales que impedían que ella pudiera siquiera abiertamente verbalizar y decir "yo no amo al hombre con el que vivo", "a mí no me gusta ser mamá" por ejemplo que es algo que en la sociedad en donde vivimos, ¿cuándo!, o sea, ¡perversa!, ¡mala persona!, ¡cómo no quiere ser mamá!, ¡cómo no quiere a la hija!, esto no quiere decir que no la quiera pero a ella no le gusta tener que desempeñar todo ese tipo de atenciones, ella por ejemplo decía "yo estoy convencida de que hay gente que nace para ser mamá y hay gente a la que no nos gusta ser mamá y que, efectivamente, que por haber cometido un error, tuve que pagar el precio, pero a mí no me gusta".

"Y de hecho, a partir de que la chava empezó a clarificar, empezó a tomar decisiones. En la actualidad, la chava se divorció y la tutela del hijo la tiene el padre y la chava se encuentra desarrollándose plenamente, terminó la carrera, tiene un trabajo y una relación de pareja y por supuesto que hoy, los reportes que tiene es que aprendió, ella misma así lo dice "aprendí a vivir de una manera diferente, el día de hoy soy feliz, y he recuperado la alegría y la esperanza con la vida y por la vida".

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Nótese cómo expresa la paciente, al principio de la terapia su queja y demanda: "vivo así, no me gusta vivir así, pero tampoco sé qué hacer". Parece que aquí no encontramos una demanda bien definida, pero creo que esto no significa que, en realidad, no la tuviera o que no supiera qué hacer, sino que no se atrevía a verbalizarla por miedo a la descalificación social. Esto nos muestra la angustia que puede producir el rechazo al deber ser de la mujer. Rechazo muy paradójico, pues, por un lado, tenemos una resistencia y, por otro, una subordinación o resignación al papel tradicional, lo cual a su vez, le genera una perspectiva del mundo bastante confusa y llena de incertidumbre. Confirmando las aseveraciones de Basaglia (cit en García y Sharfman 1993. Etiología del conflicto emocional de la mujer. pp. 64) tenemos que una mujer no conforme con su rol se enfrenta a las siguientes disyuntivas:

"...si quiere existir como persona, no será más mujer; si quiere ser sujeto de su propia historia, no será más mujer; si quiere actuar en la realidad social, no debe ser mujer ni madre; si quiere personalizarse en una relación, no existirá para ella ningún tipo de relación en la que ella pueda ser uno de los sujetos. Estas alternativas absolutas e imposibles conllevan a la exigencia de elegir entre un todo ilusorio --entre la adhesión total a la imagen ideal-- y la nada que es ella misma."

También observamos que, posteriormente, la paciente verbaliza su abyección al rol de madre y deja la tutela del hijo al padre. ¿Significa esto que la mujer no siente afecto ni interés por su hija? Yo creo que no necesariamente. Pienso que la mayor responsabilidad que se le ha otorgado a la mujer le ha provocado un agotamiento físico y psicológico, que en casos como este, en donde el descontento es extremo, la persona llega a pensar que no nació para ser madre. Sin embargo, aquí cabría preguntar ¿si las labores del cuidado y crianza de los hijos estuvieran equilibradas por ambos padres, las mujeres seguirían sintiéndose exhaustas y sin interés por la maternidad? creo que muy probablemente no.

c) Tratamiento

"¿Cómo trató el caso? yo creo que hubo varias cosas, una fue a que aprendiera a que uno no tiene que ver la vida necesariamente o blanca o negra y que hay puntos intermedios, esa fue una. El problema habría primero que clarificarlo para poder resolverlo."

“¿Cómo hizo Ud. para hacerle ver esto? bueno, pues yo me valgo de algunos de los pasos de la terapia de la solución de problemas, pero obviamente, matizados muy a mi estilo ya muy particular. Después de haber hecho esto, otra cosa importante fue, el que ella aprendiera que era capaz de cambiar su vida, que ella tenía el control sobre su vida, que ella era la única responsable de su vida, que entendiera que sólo de momento, esta vida que está teniendo aquí es la única que probablemente tenga y si hay otra, únicamente es la continuación de esta y que no tendría que esperarse hasta esa otra para poder sonreír y que ella se revalorara, porque ella era un cero a la izquierda ante sí, recuerdo que no sonreía, caminaba como si estuviera jorobada, todos los días se vestía de negro, invariable, y no por moda, porque no pertenecía a ninguna secta que la obligara a vestir así, sino, yo creo que era una forma de su tristeza. La otra parte fue el tener que adquirir el valor para poner en tela de juicio las cuestiones morales con las que había sido formada, esas cuestiones sociales a las que yo me referí hace un momento cuando decía el que ella asumiera que no le gusta ser mamá, fue una bronca porque ella en un primer momento decía: ¡no! ¿y mi hija?, ¿cómo se va a quedar él a su cargo?, ¿y mi hija?, ¿y mi hija?. Pero cuando le hice algunas preguntas quizá muy fuertes como: haber, ¿qué pasaría?, trata de hacer contacto contigo en verdad y contesta lo siguiente ¿cómo sería tu vida más fácil, con hijo o sin hijo? Este tipo de preguntas no eran tendenciosas, simplemente era ponerla a que viera cosas que ella no había visto, porque ella tenía comprado el concepto de que, bueno yo soy madre, y ahora soy madre para toda la vida y el ser madre sólo se puede vivir de una sola forma que es estando junto al hijo y ¡no! ella sigue siendo madre pero en una condición que en la sociedad mexicana es poco frecuente encontrar, porque ¿cómo en el hombre sí se vale, y no es mal visto? el papá es padre se divorcie o no se divorcie y desde ese momento hasta que se muere. ¡La madre igual! pero culturalmente no y el peso de la familia le imponía mucho, ella decía: “no puedo, no puedo” y yo le decía: “si tú quieres, claro que puedes”. Esta labor de acompañamiento de mi parte en el sentido de decir, pues yo estoy contigo en esto y si la familia se pone en contra de ti, nosotros acá vamos a estar trabajando para que tú aprendas a ser firme en tus decisiones, para que tengas la fortaleza para enfrentar al mundo, que sin duda va a ocurrir: “¡mala madre!, ¡mala esto!, ¡mala aquello!! y bueno, pues crear todas las situaciones, todos los simulacros, de enseñarla a visualizar todo lo que iba a ocurrir, o sea muchas técnicas imaginativas: haber, estás aquí y vas a platicar con la madre y le vas a

decir la decisión que tomaste, entonces tenía que adoptar yo el papel de la madre y de todo el discurso que le iba a verter en contra y de estar afinando todas las estrategias para decir, ante este y este argumento, hay este y este de tu parte”.

“Entonces fueron mil y una cosas, hasta muchas de esas otras, que dudo quizá pueda decir, jugaron parte y yo no te las podría describir porque coincidentemente, en una clase que ella tomaba con migo fue donde ella empezó ver como la posibilidad de que había otras alternativas, esos contenidos que yo solamente ponía como ejemplos para el tema en cuestión de ese día, fueron los que le empezaron a dar a ella vueltas en la cabeza y fueron los que la llevaron finalmente, a que ella se acercara con migo a pedir el apoyo psicológico y bueno ¿por qué con migo y no otro si está en un mundo lleno de psicólogos? quien sabe”.

Tenemos un aspecto sumamente interesante en este apartado. De acuerdo a lo afirmado por este psicólogo en puntos anteriores, vimos que no otorgaba un papel importante a los significados de género, en tanto conformadores de una identidad y posibles agentes de conflicto, en el caso de la mujer. Así, pudo pensarse que el entrevistado no tomaría en cuenta tales factores culturales como condicionantes del conflicto de su paciente. Sin embargo, su forma de intervención nos muestra una postura totalmente opuesta, veamos de qué manera:

En primer lugar, nos menciona que le hizo ver a la paciente que “no todo en la vida era necesariamente blanco o negro, que hay puntos intermedios”. Este señalamiento, me parece que es fundamental, para este caso, donde la mujer, como sostuve anteriormente (capítulo.3) tiene una perspectiva aporética y dicotómica de la realidad, que la coloca ante una trampa de opuestos, en un encierro psicológico, en un panorama de falsas opciones que la obligan a “elegir” entre caminos totalmente excluyentes entre sí: ser o no madre, satisfacer o no mis intereses personales, tomar o no decisiones propias, sentirse o no feliz. Esta situación no sólo nos muestra una dificultad para “decidir” sino que revela aún la angustia por la subordinación al rol tradicional, un miedo de salirse del camino asignado. Parece ser que en este primer paso, el psicólogo intenta desvanecer la incertidumbre y el temor a decidir que gobiernan a la paciente, lo cual me parece absolutamente acertado.

El psicólogo nos señala que la paciente se miraba a sí como "un cero a la izquierda". Por lo que el enfrentarla con el hecho de que sólo ella tiene el control de su vida y por lo tanto, es responsable de lo que le sucede, parece colocarla en otra posición respecto a sí misma: con más valía personal. Señalamientos como estos creo que son esenciales para una mujer que no ha tomado decisiones propias.

Cuestionar y confrontarla con su deber ser, a mi parecer, fue un punto central para que la terapia tuviera éxito. Interrogantes como: ¿cómo sería tu vida más fácil, con hijo o sin hijo? y ¿cómo en el hombre sí se vale y no es mal visto? Creo que sacudieron no sólo toda la ideología adquirida alrededor del ser femenino, sino que replantearon un estilo entero de vivir, y apuntaron a la adopción de una nueva actitud ante la vida.

d) Duración de la terapia.

"¿Por cuánto tiempo atendió a esta mujer? 6 meses, y bueno la terapia terminó con muchas cosas, porque fue un proceso muy interesante, dado que, se vivió la ayuda terapéutica junto con la ayuda legal, entonces, cuando ella empezó a tomar decisiones, ella se contactó con el abogado, empezó los trámites de su divorcio y en ese mismo tiempo, la terapia seguía y en esta encontró también el apoyo de cómo poder enfrentar al esposo para el divorcio, dado que, era una situación de mucho chantaje, ella había sido una persona muy manipulada por su compañero durante cinco años, entonces, ella tenía un terror tremendo de enfrentar al marido y se le dio el apoyo para eso, se le empezó a preparar para que ella pudiera afrontar las situaciones de cuando venían las sesiones donde se tenían que ver, y todas esas cosas. Entonces, el proceso se llevó muy de la mano, la cuestión legal con la cuestión terapéutica, siguió avanzando, se concluyó el divorcio que se realizó de una manera muy rápida".

"En un primer momento, cuando se culminó esto de lo del hijo y que el padre se quedó con la tutela, vino un momento muy importante porque la familia de ella se puso como loca y se volcó en contra de ella y a favor del marido. Entonces, eso llevó a una relación bien particular, donde en la actualidad, la familia de ella apoya al esposo con el cuidado del hijo

y a ella la veían así, casi, casi, como que te moriste ¿no?. Ella habló con la familia y no obtuvo necesariamente el entendimiento de la misma, pero el tiempo ha pasado, ya la vuelven a aceptar, ya la fiesta está en paz en ese sentido y ella terminó muy contenta, muy satisfecha con la terapia diciendo por ejemplo que gracias a esta había podido encontrar la fortaleza y ver la luz que ella no tenía, porque ella se dibujaba sí misma como una persona totalmente débil, dependiente, etc. “.

“Siente que está conociendo cosas que no hubiera podido conocer si hubiera vivido este proceso y el día de hoy se siente una mujer libre, feliz, capaz de muchas cosas que estaban en contraposición con todos esos sentimientos que ella tenía antes de la terapia, y lo más importante para ella fue haber podido tomar decisiones que cambiaron, aquí si podemos hablar de un giro de 180 grados en su vida con los cuales ella está muy contenta, ella así lo describe: “ahora soy feliz.”

e) Evolución de la paciente

“¿Cómo vio su evolución? a veces ya se iba ganando en cuestión del estado de ánimo, de verla ya sonreír, pero venía el día de afrontar las cosas que le costaban trabajo y bueno, un día o dos nos veíamos antes y la mujer estaba otra vez convencida de que no iba a poder y venía todo el apoyo y cuando libraba la situación, al ver que sí podía, volvía a estar bien. Pero después venía cada que iba a visitar a la madre y le armaban ahí consejos de guerra, pues otra vez regresaba toda mal pero fue entendiendo que eso era un proceso natural de la misma situación que tenía que vivir y que además, no le pasaba nada. Ese miedo infundado de no poder enfrentar a la familia, simplemente al darse cuenta de que lo iba pudiendo hacer y que esa era la forma de hacerlo, la fue llevando”. bsérvase cómo los roles de género, en nuestra cultura, específicamente en la familia de esta paciente, no aceptan un performance atípico. Es decir, parece ser que sólo hay una forma de ser madre: viviendo con y al pendiente en todo momento del hijo. Asimismo, existe una sola manera de desempeñar la paternidad: guardando cierta distancia en los cuidados y crianza de los hijos. No hay negociación alguna, se es o no madre, se es o no mujer.

Por otro lado, cabe señalar un dato muy interesante: al parecer, en este caso, no fue esencial la concientización de la problemática social del género femenino, por parte del psicólogo, pues creo que su intervención satisfizo integralmente la demanda de la paciente, contribuyendo a la formación de una nueva actitud ante conflictos futuros de la persona. ¿Significa esto que no es importante, al momento de dar una terapia, estar al tanto de los significados de género en nuestra cultura, en tanto posibles influyentes de una identidad y de la problemática del paciente? Creo que la respuesta a esta pregunta puede desarrollarse de la siguiente manera:

Pienso que la funcionalidad de esta terapia, en particular, descansó en dos puntos esenciales: 1) La capacidad del psicólogo para detectar el meollo del conflicto de la mujer: su rechazo al papel tradicional de su género, y 2) La ausencia de reprobación por parte del profesional ante este hecho. Esto es, parece ser que el entrevistado se abstuvo de juzgar moralmente a la paciente, o bien, su propia ideología aceptaba o respetaba la postura de la mujer. Así entonces, ¿qué nos dice esto? creo que el simple hecho de que los psicólogos tengan un conocimiento teórico o empírico acerca del papel de los significados de género en la identidad o conflictiva de los pacientes de nuestra cultura, no garantiza por sí mismo que se aborden, se señalen y se confronten tales cuestiones como parte importante de la terapia, sino que ello dependerá de su postura personal al respecto, de sus propios valores. De manera que no podemos decir que un psicólogo "ve" o no dichos aspectos en su práctica clínica sino más bien, deberíamos decir que su propia idiosincrasia le permite o no interactuar con esos asuntos. Por ejemplo, si el caso de esta mujer hubiese sido abordado por otro psicólogo cuya postura moral contrastara con el rechazo de la paciente al rol de madre, muy probablemente la terapia hubiese tenido otra dirección.

CASO 4 (Paciente atendida por la psicóloga Miriam, de 20 años de experiencia).

¿Recuerda el caso de una mujer deprimida de manera que pueda hacerle algunas preguntas? si.

a) Queja.

“¿Cuál era la queja de esta mujer? el problema de ella, te voy a hablar de una paciente que tengo ahorita, es que su pareja decide ya no estar con ella, ella es divorciada, tiene 24 años y tiene un novio después del divorcio, es más, durante el matrimonio ella tiene a este novio, después se divorcia, tiene un hijo de su matrimonio, pero este novio ya no quiere estar con ella y bueno lo que él dice es que no es la prioridad para él ya, entonces él ya no quiere estar con ella y ella se deprime terriblemente, porque pues lo pierde ¿no?, está pasando por un proceso de pérdida, de duelo, y sin embargo, algo interesantísimo es que, aquí y ahora, en el consultorio, ella puede contactar con su depresión y contacta que esta depresión lo que le está enseñando es a cuidarse más, a quererse más, a entregarse menos, a tener menos expectativas en los otros. Entonces, lo rico de esa depresión en ella es que le permite hacer eso, le permite crecer, le permite darse cuenta de que la depresión está aquí para enseñarle algo”.

Al parecer, la psicóloga entiende la depresión de esta mujer debido a un proceso de duelo, de pérdida. Tal interpretación, a pesar de ser bastante razonable, creo que encierra otros factores vinculados a los significados del género femenino que debemos destacar.

Desde una perspectiva de género, es importante preguntar ¿significa lo mismo para un hombre y para una mujer la pérdida de una pareja? ¿expresan ambos de la misma manera el dolor de duelo?.

Para abordar estas preguntas es necesario tener presente el siguiente punto: ¿qué significa ser mujer en nuestra cultura? Hemos visto ya que el deber ser tradicional de este personaje social, carece de individualidad, de identidad propia. De hecho, la esencia de la femineidad, no es la mujer en sí, sino un otro. Recordando lo afirmado por Fast Julius, 1972 (cit en Careaga, 1979. Mitos y Fantasías de la clase media en México. pp.113) tenemos que:

“...la femineidad no se expresa a partir de la mujer misma sino necesariamente, a partir de su relación con un hombre, así, ella es femineina cuando un hombre la ama, cuando un hombre

la posee, cuando un hombre la admira, incluso cuando ella domina o manipula a un hombre. Para la mayoría de los varones, la feminidad no es una cualidad en sí misma, sino una actitud reflectiva, una reacción hacia los hombres. Por consiguiente, una mujer no puede ser femenina cuando está sola, pues no tiene dónde reflejar su feminidad."

Lo interesante de la feminidad, resulta al compararla con la masculinidad, pues entonces vemos que en esta, el actor principal no es una mujer.

"No se puede entender el machismo a través de las relaciones entre los hombres y las mujeres. Es esto y mucho más. El machismo no es exclusiva o principalmente una manera de estructurar las relaciones de poder entre los hombres y las mujeres. Es una manera de estructurar el poder *entre los hombres*. Así como beber, apostar, arriesgar, imponerse, y pelear, la conquista de mujeres, constituyen hazañas que se desempeñan con dos públicos en mente: el primero, los otros hombres, a quienes se necesita *probar constantemente la masculinidad y virilidad*, el segundo, el hombre mismo, que también necesita mostrarse todos los signos de masculinidad." (Lancaster 1992 cit. en Gutmann, M. 1996. Reflexiones sobre los aportes y dilemas de etnografías recientes acerca de la masculinidad. pp. 76. Cursivas mías.)

Remitiéndonos a lo que señalé antes (capítulo 2), podemos decir que la hombría no es únicamente una construcción reflectiva dada desde lo opuesto, no se encasilla en la relación con la mujer. El hombre, a diferencia de esta, participa en la validación de su propia identidad de género. Aquel arbitrea tanto la feminidad como la masculinidad, ya que, no se alcanza la primera si él no entra en escena, y la lucha por la segunda no se emprende si él mismo está ausente. Por otro lado, la mujer no es la legitimadora oficial ni definitiva de la masculinidad, no valida ni siquiera su propia feminidad, pues como ya se dijo, esta es un rostro que sólo puede reflejarse en el espejo de un hombre. La mujer no espera que otra mujer la reconozca y le otorgue el título de "femenina", por 'muy mujer' que esa otra sea. Una madre puede pedirle a su hija que sea femenina; una mujer puede arreglarse para otras mujeres con la intención de sorprenderlas con su belleza, pero ello no se efectúa solamente en un sentido de reconocimiento, sino de competencia, es una lucha

por ser la más bonita, la más decente, la más agradable, en fin, la más mujer, ya que por medio de esto se atraerá a los hombres. El objetivo de la feminidad es tener a un hombre, el objetivo de la masculinidad es tener poder.

Pero esto no significa que un hombre no se deprima con la pérdida de una pareja, sino que, al menos en el plano discursivo, su masculinidad no se verá quebrantada, dado que las mujeres son sólo una parte en su identidad de género.

Entendemos entonces que para la paciente, la depresión por la que atraviesa no se debe únicamente a la pérdida de su pareja, sino porque ve amenazada su feminidad, su esencia y valor como mujer, espacio en el que parece agotarse.

Pienso que es indispensable que este punto se exponga a la mujer, hablar sobre el significado de su género señalando qué de ello está implicado en su problemática con el fin de confrontarlo y manejarlo.

b) Demanda

¿Qué demanda esta mujer de la terapia? ser escuchada, por un lado, y por otro, saber qué hacer con su dolor, saber cómo quitarse la depresión. En todas las personas que vienen con mígo, la demanda, cuando logran ver dónde está el problema, es bueno O.K. ahí está el problema, ahora ¿cómo lo soluciono? Si tengo una depresión, ¿qué hago con ella? Y lo primero que yo les digo es ¿ya te diste cuenta de que estás deprimido? me dicen sí, y ahora ¿qué hago con ella? y aquí es donde yo tengo que ayudarlos y sugerirles que pueden hacer.

c) Tratamiento

“¿Cómo está tratando el caso? Bueno una estrategia que yo utilizo, es que no se cómo se llama específicamente pero es a través de la meditación y la relajación, que es el contactar con sus sentimientos, contactar con su depresión, es una estrategia gestáltica en donde la persona tiene que ubicar la depresión en su cuerpo, darle forma, peso, figura, fondo, todo a esa depresión, entonces la persona contacta con ella y descubre, convirtiéndose ella en la

depresión misma, como en un juego de roles, entonces ella dice: yo soy la depresión y estoy aquí para...y aquí es donde ella descubre que la depresión está aquí para enseñarla a crecer. **¿El concepto de meditación que Ud. maneja deviene del pensamiento Budista?** Un poco, pero principalmente viene de la parte gestalista, en donde se trata de cerrar, de encontrar el cierre a un todo, en un principio, la persona no encuentra el cierre, no encuentra el camino, y cierra cuando contacta con sus depresión y descubre qué es lo que está haciendo su depresión en su cuerpo, y para qué está aquí, y entonces se da cuenta de que es bueno estar deprimida, pero eso no nos lo enseña esta cultura, nos dice que es algo que tenemos que evitar, y no es cierto, pero hay que saber qué hacer con ella. Esta estrategia no está, en ningún lado descrita puramente, ni institucionalizada, ni alguna corriente en particular se podría apropiarse de ella, sino que yo he estado moldeándola a mi estilo, trato de encontrar una manera que valla con el paciente”.

“¿Podríamos decir que un punto central, en la meditación que Ud. maneja, es la reflexión en el sufrimiento? sí, pero también es una manera de usar la imaginación, de ubicar algún pensamiento en especial, pero ¿por qué no es nada más imaginación? porque primero el paciente tiene que estar relajado y después dejar que las imágenes lleguen a él, entonces no nada más es que yo las imagine sino dejar que fluyan en mí ”.

d) Duración de la terapia

¿Cuánto tiempo lleva tratándola? 8 meses

e) Evolución de la paciente

“¿Cómo ha visto la evolución de esta paciente? está en el proceso, pues de llorar porque no puede cambiar al otro, de aceptar todavía no lo ha cerrado pero en eso está y va bien, yo creo que va bien, porque últimamente, ya no está reportando algo así como una queja sino más bien anda en la búsqueda de hacia dónde puede guiar su vida y lo interesante es que cada vez ella vive este proceso más tranquilamente, sin tanto drama, sin tanta culpa, sin tanta victimas y el problema de la depresión va disminuyendo y empieza a darle sentido a su vida y le queda claro que nadie se lo va a dar más que ella”.

Un aspecto interesante de estos diálogos es que la psicóloga parece mostrar cierta movilidad en el tratamiento que emplea, basándose, claro está, en un marco teórico, el gestalt, pero sin ser lineal y tomando en cuenta la singularidad de cada paciente. Pienso que el permear con un estilo personal la práctica clínica resulta muy importante, pues el terapeuta adquiere un papel activo y creativo, lo cual le permite rebasar lo establecido, ver más allá de la rigidez de los paradigmas, que desgraciadamente, en varias ocasiones se llegan a tomar como verdades absolutas e incuestionables, que en vez de enriquecer al psicólogo lo limitan en su ejercicio profesional. Asimismo creo que dicha movilidad pudo haberse generado tras una práctica clínica en la que la aplicación lineal de modelos teóricos aprendidos en la universidad, no daba cuenta ni satisfacía las demandas de los pacientes, inclinándolo entonces a la profesional hacia la búsqueda de formas distintas de intervención.

CASO 5 (Paciente atendida por el psicólogo Ignacio, de 1 año de experiencia).

¿Alguna vez ha atendido el caso de una mujer deprimida? sí, pero no como problema principal sino como problema secundario.

a) Queja

“¿Cuál era la queja de esta mujer? que tenía problemas familiares, había abandonado a su familia, entonces volvemos a lo que decíamos, ella quería hacer algo y desgraciadamente se le decía que fuera madre de familia y ella estaba en un conflicto porque había abandonado a su familia y empezado una nueva vida y tenía depresión por abandonar su papel social.

“¿Ella abandonó a sus hijos y a su esposo? sí, a toda su familia por otro hombre. Tenía un bebé con esta nueva pareja y los remordimientos le venía muy fuertes por haber dejado a su anterior familia”.

“¿Cómo fue que los abandonó? Pues porque su esposo no era cariñoso con ella, y además le pedía sexo anal. Eso a ella no le gustaba, entonces un día el marido la obligó a que

tuvieran relaciones vía anal y esa fue la gota que derramó el vaso. Desde ese momento, ella empacó sus cosas y se salió de su casa, sin despedirse de nadie, ni de sus hijos. Fue en un momento en que no había nadie en la casa. El hombre con el que se había relacionado era creo que su compadre, decía que pues él sí era cariñoso, y que sí lo quería”.

b) Demanda

“¿Qué demandaba esta mujer de la terapia? no tenía demanda porque ella inicialmente no iba a terapia psicológica, la canalizaron en ginecoobstetricia porque la vieron triste. Entonces, cuando llegó con migo, lo que hice fue hacerle ver las causas reales de su estado de ánimo y decirle que tratara de llegar a un acuerdo con lo que ella quería y lo que le exigía su familia”.

e) Tratamiento

“¿Cómo trató el caso? pues, haciéndole ver lo que estaba pasando, dejándole claro lo que ella deseaba de sí misma en esta nueva etapa de su vida y qué era lo que había dejado pendiente en la anterior y hasta qué punto ella podía flexibilizar las dos para que disfrutara su vida nueva sin remordimientos de su vida anterior”.

“¿Cómo hizo esto? Esto lo hice presentándole un esquema o mapa de la situación: en una hoja de papel coloqué dos columnas, de lado izquierdo estaban las exigencias de su familia anterior, y en el derecho estaba ella, sus deseos personales, sus intereses presentes, su nueva pareja y bebé. Esta estrategia consistía en estudiar los pros y los contras de una y otra columna, le decía: haber, si se va de este lado ¿qué es lo peor que puede pasar? Si se va de este otro, ¿qué es lo mejor o lo peor?. El caso es que ella viera, gráficamente toda su situación y tratara de llegar a una solución”.

“¿Qué solución tomó? pues, finalmente regresó con sus vieja familia, por sus hijos principalmente. Lo hizo porque su sentimiento de culpa, y remordimientos eran muy fuertes. ¿Qué decía ella? no recuerdo bien textualmente, pero el punto era ese. Y, ¿Ud. qué le decía al respecto? pues que tratara de dejar a un lado toda esa carga moral y se inclinara por lo que ella realmente quería, que era ya no vivir con sus marido y estar con su

nueva pareja y bebé. Yo hice hincapié en eso de la carga moral, le dije que debía acceder a lo que ella realmente quería porque si no, después se iba a sentir mal otra vez, pero ella prefirió regresar y pues ante eso, yo ya no podía hacer nada porque era su decisión”.

“¿Quién cuidaba de sus otros niños? Una de las abuelas, no recuerdo si la mamá de ella o la de él. Dice que en el esquema estaban la exigencias de su anterior familia, ¿cuáles eran estas? Pues es que sus hijos querían que regresara, preguntaban mucho por ella y su esposo también. Pero ella regresó sólo por sus hijos”.

g) Duración de la terapia.

¿Cuánto tiempo la atendió? muy poco, como un mes, cuatro veces, una cada semana”.

“¿Por qué dice que fue muy poco?, ¿ella dejó de asistir? si dejó de asistir pero yo creo que fue porque ya estaba solucionado el problema. Me llevó como dos sesiones hacer que viera bien el panorama en el que estaba. En otra sesión, le pregunté qué había hecho, y la siguiente vi que ya estaba mejorando, y después se le enfermó su mamá y se iba a ir a Durango y quedamos en que si después se sentía mal que iba a regresar, pero ya no regresó”.

f) Evolución de la paciente.

“Dice que vio que estaba mejorando, ¿cuáles fueron los indicadores que a Ud. le señalaron esto? no sé, tal vez fueron indicadores muy superficiales como su modo de expresarse y de comportarse. En las primeras sesiones era demasiado evidente que traía algo en la cabeza, y las otras veces se veía más tranquila”.

Me parece que antes de comenzar a hacer sugerencias para el caso, debemos de tomar muy en cuenta un aspecto que creo influye mucho en el rumbo de una terapia: la iniciativa y voluntad propia de involucrarse en un proceso psicoterapéutico. Si no hay en la persona la firme convicción de ello creo que no hay razones de peso para abordar un caso. Pienso que la decisión propia es el punto de partida, y también el punto de llegada en la problemática de un paciente. Es él quien en el consultorio elige trabajar algo de su vida,

esta primera elección es trascendental pues, deviene de una previa reflexión de la propia situación y nos dice que la persona ha podido vislumbrar, aunque sea muy vagamente, algo más que dolor, confusión, o molestia, ha logrado ya ver la posibilidad de trascenderlo o manejarlo. Así, al llegar a la consulta por uno mismo, se lleva ya todo un camino ganado. De igual manera, él es punto de llegada, ya que nadie más decide qué hacer con su vida y con sus quejas.

Como podemos ver, este requisito parece no cumplirse del todo en este caso, pues aunque la paciente, una vez canalizada, asiste a las consultas psicológicas, creo que no hubo un involucramiento profundo y responsable con su propia terapia. ¿Por qué pensarlo así si el hecho de acudir a un ginecólogo nos puede hablar de una queja derivada, probablemente, de un estado psicósomático?, y ¿si sabemos que los profesionales de la salud no hemos podido articular las quejas del paciente en una sola? pienso que la respuesta es sencilla: el paciente mismo se divide. Él solicita atención médica de la manera en que le han hecho creer, sabe que para los problemas emocionales, allí está el psicólogo y el médico para los corporales. La persona sólo pondera lo que le interesa en el consultorio, no se ajusta a nuestro deber ser psicológico (López S. 1997). Así, el hecho de haber asistido a la consulta psicológica, pudo haberse dado sólo en respuesta a la orden del ginecólogo o por cumplir un requisito del hospital, nada más.

Ahora bien, bajo este marco, podríamos decir que, aún así, el papel del género permeó hasta el fondo de la situación e incluso decir que el psicólogo no hizo las confrontaciones debidas para que la mujer lograra salir del meollo de la situación. Pero creo que eso es quitarle toda individualidad al sujeto, y no se ajusta a este caso, pues, como vimos, la mujer tuvo la movilidad e iniciativa para "abandonar a su familia", para involucrarse con otro hombre y tener otro hijo con él. Es una mujer que puede hacer cosas, si ella quiere, pero entonces ¿por qué regresó con su marido? creo que ante esta interrogante pueden encontrarse diversas respuestas, pero desde mi perspectiva, las personas que se involucran en relaciones conyugales en extremo violentas y en donde las diferencias de género se hacen marcadamente jerárquicas, devienen de núcleos familiares similares, en donde además de adoptarse estas pautas de comportamiento se introyectan

estilos de vida. Creo que la paciente se ha identificado profundamente con el sufrimiento, tanto que le cuesta trabajo dejarlo. Es una mujer que cree que tiene que sufrir para merecer. Esto no resulta extraño, pues nuestra cultura ha albergado muchas familias con una madre: 'abnegada', 'sufrida' y 'sumisa'; y un padre 'abusivo', 'violento', y 'dictador'.

CASO 6 (Paciente atendida por el psicólogo José, de 22 años de experiencia).

“¿Recuerda algún caso de una mujer deprimida, de manera que pueda hacerle algunas preguntas? si, podría decir que, la mayor parte de mis pacientes mujeres, llegan a consulta en estados depresivos porque tienen problemas con los hijos, con la pareja, principalmente, incluso ellas han planteado la posibilidad de una terapia de pareja pero casi siempre el hombre se niega, o problemas consigo mismas, pero, te voy a hablar de un caso que estoy atendiendo ahorita, que me llamó la atención porque, esta señora, me fue a buscar un domingo en la noche, ya con una gran necesidad de contar los problemas que traía”.

a) Queja

“¿Cuál era la queja de esta mujer? la señora dice tener dolores de cabeza, tiene como tres tipos de dolores de cabeza y náuseas y como un líquido amargo que le recorre de la garganta hacia el estómago. Pero además de eso, cuando los pacientes manifiestan que hay situaciones tristes en su vida, yo trato de que me indiquen en qué parte de su cuerpo las sienten, a algunos se les dificulta pero terminan señalándose su pecho o el abdomen o a veces reportan una tensión generalizada, una debilidad. En cuanto a la percepción del tiempo, este se vuelve, si lo dijera fenomenológicamente, se vuelve, plano, lento, es decir, no hay una periodización del tiempo, es como una especie de fluir constante, constante, donde no hay pausas, en donde las horas y los minutos se pierden. La sensación del espacio es como si este se redujera, como si los espacios en los que se encuentra la persona fueran más pequeños de lo que en verdad son. La tristeza es algo muy característico, hay mucha susceptibilidad para llorar, es curioso esto, porque a veces la persona dice que de cualquier cosa llora, pero en el momento de que narra lo que le pasa y le digo o le pido que lllore, que no lo retenga, no lo hace. Yo interpreto esto, como que la persona no puede llorar a voluntad, sino más bien, sólo cuando le llega un recuerdo o las ganas, pero no porque lo

haya provocado. En la primera consulta, esta señora narró una historia muy triste de su vida, desde su infancia ella fue excesivamente maltratada, excesivamente humillada por su familia que era muy violenta. Además fue objeto de una violación sexual, entonces esta mujer trae una tristeza o depresión de años, en este momento que ya tiene 54 años, dice tener el sentimiento de una profunda soledad. A al esposo le pide cariño pero él se muestra muy frío, no le da atención. Algo interesante de este caso, es que cuando ella me fue a buscar a mi casa aquel domingo en la noche, me comentó que, recientemente, se le había muerto un hijo y pareciera que este suceso era la principal causa de su estado depresivo pero, ya en el consultorio, no lo mencionó. Este tipo situaciones yo las llamo de actualización, que es cuando un suceso dado, la muerte de un hijo, una ruptura sentimental, etc. actualiza la depresión que ya trae la persona desde tiempo atrás, entonces yo interpreto la muerte del hijo, no como el motivo que desencadenó la depresión de la señora sino como uno más en toda la cadena de tristezas que carga desde su infancia. Es por eso que una persona puede experimentar un acontecimiento de su vida de una manera muy dolorosa, pero no por lo que significa el acontecimiento en sí sino por que refuerza la depresión o la desesperanza que ya tenía.

b) Demanda

¿Cuál es la demanda de esta señora? hasta este momento nada, pero que bueno que pregunte eso porque podríamos diferenciar lo que es una queja de una demanda, o de un problema, por lo siguiente, una persona puede llegar y decir: tengo toda esta lista de problemas en mi vida, bla, bla, y esas son quejas quejas y más quejas, pero ahí no hay un problema propiamente dicho. Entonces, lo que yo hago inicialmente en la consulta es tratar de definir un problema, les digo: "de todo esto que a Ud. le sucede ¿cuál es el problema que más le preocupa en este momento?". Esto es un principio de terapia breve y de emergencia, porque si no, la persona se puede perder en veinte mil cosas. Entonces, lo que la señora me dice, a partir de este sondeo que yo hago, es que no puede dormir, que se siente muy triste, "es que tengo miedo de ya no despertar, es que me siento muy sola", pero de todas esas quejas dice uno, bueno y cuál es su problema. Lo que yo veo es que esta mujer todavía no tiene la capacidad de reunir todo esto en un problema o en una demanda, es decir, no ha problematizado aún sus quejas. Una característica importante para definir un problema es

que este tenga un punto a través del cual uno pueda intervenir, una perspectiva a partir de la cual la persona pueda ocuparse en vez de preocuparse, o sea que sólo existe un problema cuando hay un propósito, si no hay propósito no hay problema. hay quejas. Esta mujer, me dice: "es que mi esposo no me quiere, ni yo a él, nunca me hace una caricia, es muy frío con migo, sólo me utiliza sexualmente". Esto podría entenderse como una queja, pero entonces yo le preguntaba, ¿y por qué ha soportado Ud. toda esa indiferencia por tanto tiempo?, con esta pregunta surge la posibilidad de planteárselo como un problema, porque a esta mujer o no le queda claro o no puede decir explícitamente por qué lo ha soportado y la problematización aparece cuando la persona me dice: "de veras, ¿por qué he soportado esto?".

c) Tratamiento

"¿Cómo ha tratado el caso? Pues estamos comenzando apenas, pero yo lo que espero, es que la persona pueda recuperar, en el primer nivel de intervención, digamos una estabilidad emocional, que pueda adquirir la capacidad para regular su estado afectivo y que pueda encontrar un apoyo espiritual para su sentimiento de soledad, porque yo diría que este sentimiento no tiene solución, entonces lo que planteo para la atención de esta mujer es que ella pueda cambiar su actitud al respecto, de aceptación de vivir sola, aceptación de que todos en este mundo estamos solos y que de alguna manera necesitamos afrontarlo, y que no lo viva ella con tanta angustia".

d) Duración de la terapia

"¿Cuánto tiempo lleva atendiendo a esta mujer? como tres semanas".

e) Evolución de la paciente

"¿Cómo ha visto la evolución de la paciente? lo que sucede es que la señora se queja mucho de una serie de malestares físicos, en las noches dice que tiene un frío excesivo y que en el día se siente terriblemente acalorada. Yo lo atribuyo esto a la menopausia, pero la señora no le quiere dar mucha importancia a este aspecto, me dice: "no, no creo que sea por eso, lo que pasa es que yo me siento mal" y se queja mucho, entonces yo le hice la sugerencia de que se hiciera un examen médico, ella dice que los médicos han dicho que

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

está bien, dentro de lo que cabe, de acuerdo a su edad, a su proceso de la menopausia, y que su malestar es psicológico”.

Desde mi punto de vista, el papel del género en la conflictiva de esta mujer, puede estar implicado, pero creo que no es el punto central a tratar en el proceso terapéutico, al menos no el más inmediato, pues pienso que su depresión se debe más a una carencia afectiva profunda e histórica, que ha quedado sin resolver desde la infancia. Así, me parece que lo que debe considerarse en este caso es lo siguiente:

Algo importantísimo que no debemos perder de vista aquí, es el tiempo que lleva la señora con la depresión. Según reporta, su vida ha sido atravesada por acontecimientos muy traumáticos, por lo que al parecer, y de acuerdo con el entrevistado, su depresión proviene de muchos años atrás, desde la niñez. Ante una depresión tan arraigada e incrustada ya en el cuerpo, resulta lógico la ausencia de demanda o de “problematización” que se señala, pues en la paciente se han acumulado, por muchos años, profundos estados de dolor, carencias afectivas, y un abandono corporal. Así, la paciente, como dirían los gestaltistas, ha perdido la figura y el fondo de su situación, se ha perdido en sus quejas, en su dolor. Tiene tantas cosas pendientes, en su pasado, en su presente, y aún en la percepción de su futuro, que no puede ponderar una sólo demanda, pues se ha formado todo un cúmulo de insatisfacciones que requieren ser atendidas conjunta e inmediatamente. Considero, por lo tanto, que en este caso de depresión tan crónico, se hace urgente abordar el cuerpo, pues como vemos, las quejas físicas son altamente verbalizadas por la mujer. Más aún cuando se sabe que “uno puede morir por una pena profunda” (Damisio 1996 cit. López, S. 2002) dado que la tristeza y la ansiedad debilitan el sistema inmunológico y generan, a largo plazo, algunos tipos de cáncer. Asimismo, trastornan el ciclo menstrual, el impulso sexual y el funcionamiento de las hormonas sexuales. La aparición de una enfermedad psicósomática implica un proceso paulatino de construcción, el cual es diferente en cada individuo, según su estilo de vida, alimentación y su manera de somatizar.

Se vio también que el uso de antidepresivos no tuvo efectividad alguna en la paciente por lo que yo creo que, la Medicina Tradicional China podría dar una respuesta a

su cuerpo sin los agresivos efectos secundarios de los medicamentos. La meditación, que forma parte de esta, me parece muy pertinente para el caso, pues a través de ella la persona puede desprenderse de pensamientos del pasado que la mente ha vuelto repetitivos y dolorosos, se deja de sentir angustia por el tiempo inexistente (pasado y futuro) dando mayor importancia al aquí y ahora.

CASO 7 (Paciente atendida por la psicóloga, Liliana, de experiencia clínica).

“¿Alguna vez ha atendido el caso de una mujer deprimida? Si”.

a) Queja

“¿Cuál era la queja de esta mujer? que se siente triste, cansada, que ya no aguanta más, que en su casa no se le valora, que siente un opresión en el pecho, que le duele el brazo, que le duele el cerebro. Es una persona que es empleada, y es casada con hijos, pero siente que trae mucho estrés y que se está volviendo muy agresiva con sus hijos, dice que su marido no la apoya mucho ni económica ni afectivamente, él es taxista, y pues siempre trae problemas como que se le descompone en taxi, que lo choca, etc., entonces ella es el sostén principal y más seguro en la familia. **¿Está atendiendo actualmente este caso? Si”.**

b) Demanda

“¿Qué demanda esta mujer de la terapia? dice: “me quiero sentir bien”, quiere saber cómo le hace para manejar su tensión, y sobre todo controlar su desesperación con sus hijos porque ya los está maltratando. **¿El cuidado de los hijos está a cargo solamente de ella?** sí, no hay el apoyo del marido, ella ha hablado con sus esposo, le ha dicho que cada uno va a tener una obligación en la casa, que uno va a lavar y el otro a planchar y cosas así, y el marido le dice: “no, para eso estás tú.”

Al parecer, tenemos aquí el caso de una mujer que padece el “síndrome de la supermujer”. Es una persona totalmente exhausta, estresada y con sentimiento de culpa por maltratar a sus hijos.

c) Tratamiento

¿Cómo ha tratado el caso? pues, yo aplico terapias de relajación, he tomado cursos de estos, hay uno que tomé sobre sofrología, que es manejo del estrés e inteligencia emocional. Lo que hago es, para empezar que reconozca en qué momento ella también tiene parte de culpa en esa situación, porque, por ejemplo, no es asertiva, muchas veces. También le elevo la autoestima para que empiece a tener seguridad y a ser asertiva, combinándolo con ejercicios de relajación, y bueno ayudan los fármacos también. Cuando la gente está acostada, o sea yo los voy guiando, y se están relajando, empiezan a preguntarse, ¿por qué esto?, ¿por qué lo otro?, empiezan a reflexionar en su situación de una manera más tranquila, y eso les ayuda a ser más objetivos y no tan viscerales.

c) Duración de la terapia

¿Por cuánto tiempo ha atendido el caso? estoy con ella desde hace dos meses, pero por causas de su trabajo, ella a veces no viene, las citas más cercanas son cada quince días, ella tiene muy poco tiempo, la veo dos veces al mes.

d) Evolución de la paciente

“¿Cómo ha visto su evolución? ya está más tranquila, ya empieza a querer acercarse a sus hijos cariñosamente, a reconocer que estaba actuando igual que su madre que la trataba mal de niña, está siendo más asertiva con su esposo y de hecho ya entre los dos están haciéndose cargo de los hijos.

Al parecer, la evolución de la paciente responde a su propia demanda. El involucramiento del marido al cuidado de los hijos, pudo ser producto de la asertividad adquirida por parte de la mujer. Aunque los resultados de la terapia tienden a ser satisfactorios, creo que podemos sugerir la práctica de la meditación, a fin de que la paciente encuentre un estado de tranquilidad mental y corporal de una manera más profunda. Además de que esto le daría la posibilidad de no depender de la terapeuta para relajarse, pues podrá lograrlo por sí misma cuando así lo crea necesario, a cualquier hora y en cualquier lugar. El señalamiento los significados del género como factores influyentes en la situación, creo que debería abordarse si ella continuase quejándose de su marido, además

de que se haría necesaria una terapia de pareja, pues la dinámica familiar no sólo está en función de ella. Si el marido no aceptase participar en ello, creo que se debería de confrontar a la paciente con aspectos de su identidad de género, como por ejemplo ¿por qué continúa viviendo con alguien que no respeta ni valora su persona? ¿por qué ha asumido tal situación con tanta victimas?

CASO 8 (Paciente atendida por la psicóloga Patricia, de 14 años de experiencia clínica).

¿Alguna vez ha atendido el caso de una mujer deprimida? si. ¿Puedo hacerle unas preguntas al respecto? si.

a) Queja.

“¿Cuál era la queja de esta mujer? que ya no quería vivir, porque el marido la abandona, y entonces ella intenta suicidarse. Su discurso, en un principio era: “yo no quiero saber nada de hombres, yo lo quiero a él”, al esposo. Este caso lo sigo atendiendo hasta el momento”.

b) Demanda.

“¿Cuál es la demanda de esta mujer? ella demanda de manera consciente o en su discurso manifiesto, superar esta situación, pero ya de manera más inconsciente como que no hay el deseo de sentirse bien, como que quiere seguir con la idea de tener cerca a su esposo”.

c) Tratamiento

“¿Cómo ha tratado el caso? bueno, aquí en este hospital trabajamos de manera multidisciplinaria, están: la trabajadora social, el psicólogo, el psiquiatra, el nutriólogo. Ella, en un inicio, llegó a la clínica de medicina familiar que le corresponde, con el médico general él la canaliza a este hospital por intento de suicidio, y entonces se le interna”.

“¿Cuántas veces ha estado internada por intento de suicidio? unas seis veces aproximadamente y estuvo después internada en dos ocasiones más pero ya no por intento

de suicidio sino por la ideación de quererse morir, entonces para su protección, la internaron. Yo he estado trabajando con ella, a través de reforzamiento del yo”.

“¿Ud. ha trabajado un reforzamiento del yo con ella? sí. ¿y cómo se hace esto? se hacen señalamientos e interpretaciones de, digamos, esas partes positivas o sanas de la persona. ¿Son como cuestionamientos? no, no sólo se le señalan cosas positivas que ella haga o diga, por ejemplo, si ella menciona que salió con un hombre y que la pasó bien, yo le señalo eso, le digo: “te sientes bien saliendo o teniendo una cita” ¡ha! ¿se le enfatiza? sí. Pero, entonces Ud. ¿no la orienta? no, porque eso sería sugerirle o indicarle lo que tiene que hacer, sería apuntar a lo que yo quiero, y eso no es ético, aquí de lo que se trata es que sea la persona misma, la que elija su propia orientación, mi trabajo es sólo señalarle o hacerle más clara su o sus partes sanas o positivas, por eso se llama reforzamiento del yo”.

c) Duración de la terapia.

“¿Cuánto tiempo lleva atendiéndola? seis años”.

d) Evolución de la paciente.

“¿Cómo ha visto su evolución? satisfactoria, creo que no lo mencioné, ella no es una persona muy inteligente, pero dentro de sus capacidades, ha podido mejorar.

“¿Por qué dice que no es muy inteligente? porque tiene un CI bajo, ¿de cuánto?, no recuerdo que sea menos de 90, yo creo que anda en un 109, que es normal bajo ¿y no se le han hecho estudios del cerebro, por ejemplo? sí pero hace muchos años. Y, ¿qué señalaban estos estudios? lo ignoro. ¿No se ha sugerido investigar por qué tiene un CI bajo? silencio. ¿Cree que detrás de esto haya una causa biológica o genética? sí yo creo que sí, creo que nació con poquito y con poquito se va a quedar. ¿Ella es conciente de que tiene un CI bajo? no, no sabe que no es muy lista. En cuanto a sus avances, ella ya empezó a tener amigos varones, y empezó a establecer algunas relaciones de noviazgo e incluso relaciones sexuales, que en un inicio ella experimentaba con mucha culpa, pero después superó esa culpa, esto también fue uno de sus logros, ¿culpa por qué? ella decía que cómo iba a tener relaciones sexuales si estaba casada”.

“¿Cuál es ahora su queja, o como Ud. dice, su discurso manifiesto? pues, ella insiste, a veces, en que “para qué vivir” de qué sirve que ella trabaje, que salga o que haga alguna actividad si la vida para ella no tiene mucho sentido, lo ideal para ella sería tener una vida de pareja, con sus esposo, aunque por otro lado, ella llega a manifestar que ya no le gustaría regresar con él porque él es alcohólico. Yo creo que ella tiene mucho miedo a una relación, a involucrarse”.

Según vemos, la paciente insiste en llevar una “vida en pareja”, pero por otro lado, dice no querer restablecer la relación con su marido debido al alcoholismo de este. De acuerdo con la psicóloga, la actitud de la paciente está permeada de miedo a involucrarse en otra relación. Desde mi perspectiva, creo que los significados del género podrían darle un sentido más amplio a la situación.

Pienso que se hace necesario formularnos la siguiente pregunta ¿qué papel tiene una pareja o un hombre en la vida de una mujer?. Anteriormente referimos un punto clave: “la esencia de la feminidad es un hombre”. Más aún si se trata de una mujer que no tiene otras áreas de desenvolvimiento o de construcción en su vida, como por ejemplo, que no cuente con un trabajo o una profesión que le provea de satisfacciones personales y de un desarrollo profesional. Lo cual, puede conducir a que la mujer centre todas sus expectativas de éxito, felicidad, crecimiento personal o como se le quiera llamar, en una vida en pareja, interés muy cercano al tradicional.

Al igual que el caso de la paciente atendida por la psicóloga MIRIAM creo que aquí, tenemos a una mujer cuya depresión parece estar influenciada por la connotación de la feminidad, que le señala a la paciente aquello que no es, aquello que no tiene, reflejándole, por lo tanto, una imagen de sí carente de valor y sentido.

Supongo que es menester que este rubro se dialogue con la paciente, a fin de confrontarlo y manejarlo en la dinámica de su conflictiva. No obstante, parece que la entrevistada no le otorga la importancia debida, y al parecer ni siquiera lo contempla.

CASO 9 (Paciente atendida por la psicóloga Esmeralda, de 4 años de experiencia clínica).

¿Alguna vez ha atendido a una mujer deprimida de manera que le pueda hacer unas preguntas? si.

a) Queja.

“¿Cuál era la queja de esta mujer? ella tiene un conflicto de pareja. Ella se queja de que se siente vacía, siente que no vale nada, siente que no la toman en cuenta, siente que no le dan el afecto que ella necesita, siente que el marido es muy distante, que no hay comunicación. Ella tiene muchos resentimientos, enojo, temor a relacionarse con otras personas, se aísla. Esta conflictiva, la paciente no la puede manejar y por eso se deprime”.

b) Demanda.

“¿Cuál es la demanda de esta mujer? que aprenda a manejar la situación”.

c) Tratamiento.

¿Cómo ha tratado el caso? pues lo principal es que las expectativas que ella tenga de la terapia se vean cumplidas, se habla acerca de eso, y de a qué nivel se puede dar esa ayuda porque a veces los pacientes tienen la idea de llegar a consulta y de que el psicólogo les resuelva la vida. Yo les dejo muchas tareas, que pongan en práctica lo que se habla en el consultorio.

“Este caso específico, ¿cómo lo ha tratado Ud.? pues es que las técnicas que se utilizan son variantes, a lo mejor traemos un enfoque sistémico, conductista, psicoanalítico. Yo más que nada, estoy enfocada, hice un área de especialización en terapia familiar sistémica. Pero ya en psicoterapia, yo creo que se debe de agarrar de todos lados”.

“¿Se utilizan diferentes modelos teóricos? si, y a lo mejor también de la terapia conductual, de reforzamiento, de extinguir conductas”.

“En el caso de esta mujer, ¿qué ha trabajado con ella? pues he manejado principalmente el conflicto de pareja, le he dado un espacio para que ella pueda expresarse libremente, para ser escuchada, yo creo que este es uno de los principales objetivos de la terapia que yo manejo, porque los pacientes vienen con muchas emociones encontradas, entonces al permitir que ellos hablen, ellos pueden controlar su conflicto”.

“Entonces, ¿podríamos decir que su trabajo con ella se ha enfocado en la escucha? sí, en que exprese la conflictiva que trae y de ahí ya se van haciendo señalamientos, se van dejando tareas”.

d) Duración de la terapia

“¿Cuánto tiempo lleva atendiendo a esta mujer? dadas las características que tenía ella, primero se le canalizó a terapia de grupo, los grupos son muy eficaces para encontrar la ayuda, pero a veces los pacientes no trabajan lo que deben de trabajar y entonces siguen los conflictos, no aprenden cómo manejar su situación”.

“¿Con base en qué los asignan a grupos, en qué características se basan? pues más que nada, cuando el problema no es muy grave, si han habido intentos de suicidio, por ejemplo, o que ya el paciente lleve mucho tiempo en depresión pues se le manda a terapia individual también. Entonces lleva aquí, viniendo a este hospital 2 meses a terapia grupal, y con migo, a terapia individual tengo como tres sesiones con ella”.

“¿Qué se hace en la terapia grupal? pues es igual, los psicólogos manejamos las dinámicas de grupo, los pacientes externalizan sus conflictivas, pero se dan la ayuda entre ellos, se interrelacionan, se identifican, son muchos puntos, es como aprenderse a conocer, hablan de sí mismos, se cuestionan entre ellos, se señalan las fallas para que se puedan corregir entre ellos mismos”.

e) Evolución de la paciente.

“¿Cómo ha visto la evolución de esta paciente? sí ha tenido una mejoría, ¿Qué indicadores le señalaron a Ud. esto? pues que a lo mejor ya no lloraba tanto, que es un

buen indicador, que a lo mejor ya maneja mejor la conflictiva de la pareja, pero la evolución en sí no se dio como se esperaba porque en un principio sí se veía la mejoría, pero después como que decayó otra vez, pero ya en esta última sesión que tuve con ella estuvo también su pareja entonces parece que eso la levantó porque pudimos llegar a algunos acuerdos”.

De estos diálogos, pueden señalarse los siguientes puntos:

1. Como podemos ver, la entrevistada no nos expone de manera concreta y clara el tratamiento que empleó con la paciente, tampoco profundiza en describir la situación depresiva de la misma. Primero nos habla de una praxis ecléctica, luego afirma que se ha centrado en escuchar a la paciente. También menciona que hace “señalamientos” y que deja “tareas”, pero no nos dice de qué tipo, ni en que consisten, ni nos da un breve ejemplo. Obsérvese que se le preguntó tres veces, de diferente manera, su forma de intervención, pero nunca respondió con precisión. Esto puede interpretarse en el sentido de que no se sabe o no se tiene un panorama claro de lo que se está haciendo con el paciente ni de su condición y por lo tanto, ni de lo que necesita en realidad para resolver su conflicto.

2. En cuanto a la terapia grupal de la que habla, se presupone que son los pacientes los que no responden o no “aprenden” de la “terapia”, pues esta es funcional. Así, ellos están haciendo mal las cosas, pero si reflexionamos sobre las características de tal terapia vemos que, en realidad, no se recibe una asesoría directa por parte de los terapeutas, son los pacientes mismos sus propios “psicólogos”.

3. Se homogeneiza a la población esperando que todos y cada uno responda como lo espera la técnica utilizada, no hay lugar para las diferencias individuales.

4. Se parte del presupuesto de que estas personas, con todo y sus conflictos, están en condiciones de ayudar a otro, lo cual resulta irrisorio, pues, no han superado la propia condición depresiva.

5. Se parte del hecho de que su situación no es muy grave o importante de atender, dado que, no han intentado suicidarse, esto es, se le resta importancia a la queja de la persona. Aquí se cree que el paciente sólo tiene una forma de morir, el suicidio premeditado, directo y rápido, vía objetos punzo cortantes, sobredosis de medicamentos, etc. Se ignora que hay otra manera de hacerlo, es decir, una persona puede emprender un suicidio lento pero constante desde el primer día de su depresión --debido a los efectos somáticos del padecimiento, que ya mencionamos-- ya que, esta es un proceso de autodestrucción, si no se le da el manejo adecuado.

6. Lo que los pacientes hacen en la terapia grupal, no creo que contribuya mucho al manejo de su situación, no va más allá de una plática con un otro con el que quizá haya una identificación. Me parece que una verdadera asesoría sólo la puede dar aquel que no padece de lo mismo que el que la recibe, asimismo, no se trata de escuchar solamente sino de confrontar a la persona con aquello que no ve de sí.

7. Creo que una de las funciones, premeditadas o no, de este tipo de estrategias utilizada en tal institución, es mantener entretenidos a los pacientes mediante un simulacro de "terapia" que en el mejor de los casos, no va más allá de provocar un efecto analgésico y efímero, que muchos están dispuestos a tomar, tal vez porque no encuentran algo mejor.

Ahora bien, en relación a papel que tienen los significados del género en este caso, yo creo que si intervienen, pues se trata de una mujer sin valía propia y que pese a que reporta como muy insatisfactoria su relación de pareja, continúa con ella. Esto nos habla de la necesidad de tener a un hombre a lado, en las condiciones que sean, para tener valor como mujer y como persona, un interés común en las mujeres tradicionales.

CONCLUSIONES

CONCLUSIONES

Hablar del concepto de depresión implica al mismo tiempo considerar una determinada concepción de hombre y de realidad. El significado que se le otorgue estará en estrecha relación con la manera en que nos situemos en el mundo, a la forma en que pensemos lo psicológico y lo ubiquemos en el otro: el paciente. Así, detrás de una definición, se halla todo un megaparadigma con presupuestos implícitos que abarca dimensiones culturales e individuales.

Con base en las definiciones presentadas a lo largo de este trabajo, podemos decir que el término depresión encierra una relatividad en cuanto a las causas que la producen, ya que, cada una de las posturas mostradas, nos hablan sobre formas diversas de explicarla y de abordarla. Vimos que las condiciones entendidas como necesarias para desencadenar el estado depresivo en un contexto --una perspectiva cultural e individual- se tornan inválidas en otro, de modo que no podemos proponer una etiología inamovible, pues esta siempre estará en función de la manera en que se aprehende la realidad.

De igual manera, la sintomatología presenta una gran variedad y labilidad de un sujeto a otro y de un modelo teórico a otro. En este sentido, no podemos hablar de "cuadros puros" pues cada persona construirá de particular manera su forma de padecerla. Incluso, en algunos casos, ni siquiera la tristeza se hace presente en tal experiencia. Pero, entonces, ¿qué es la depresión? creo que no podemos dar una respuesta absoluta, puesto que, ella por sí misma no se describe sino se construye de acuerdo a la historia cultural e individual del sujeto, condición que además se encuentra en movimiento. Lo que sí podemos afirmar es que hay diversas formas de sentirla o para ser más exactos, diversos estilos de sufrir, de morir, de vivir y de gozar. Modos distintos de relacionarse con la vida, con los otros, con el planeta, con el cuerpo y si se quiere, también con el espíritu.

A pesar de la heterogeneidad de las perspectivas de depresión expuestas, tenemos que, todas ellas tienen en común una característica o dicho de otro modo, se hayan articuladas dentro de un megaparadigma: presuponen que mente y cuerpo están separados, ya que, dejan de lado los trastornos somáticos implicados en este padecimiento, enfocando su atención sólo a aspectos psicológicos. Asimismo, los psicólogos entrevistados, a excepción de uno, comparten tal idea, pues definen a la depresión como un estado psicológico, la colocan en la mente del sujeto, amén de considerar su condición psicosomática como un proceso jerarquizado, unidireccional y fragmentado, en donde lo psicológico va a determinar el estado corporal. Por lo tanto, el tratamiento ha de enfocarse únicamente en aquella instancia para controlar las somatizaciones.

Los estilos de intervención de la mayor parte de los psicólogos se derivan así, de su conceptualización de depresión, la cual, le otorga al padecimiento un carácter principalmente psicológico, pues lo encierra en la "conciencia", en las "cogniciones", en la "mente", etc. La terapia psicológica resulta entonces el tratamiento más utilizado. En este sentido, parece ser que el cuerpo no tiene ningún control o influencia sobre el estado psicológico o psicosomático, pues se halla totalmente subordinado a la mente. La única dirección de tratamiento que se contempla es de mente a cuerpo, pero no viceversa.

Esta forma de mirar al paciente como escindido, parece generar, en los psicólogos entrevistados, una actitud de distancia respecto al cuerpo, se mira ajeno a su área de trabajo, como algo que no puede ser tocado por ellos, queda prohibido y es sólo accesible a los médicos. Dicha actitud puede derivarse del hecho de que no se conoce, no se sabe cómo funciona y mucho menos su funcionamiento en relación a lo simbólico, a lo emocional, es decir, a lo psicosomático. Pero creo que también se debe al ego de los profesionales, pues estos parecen mirarse a sí mismos como omnipotentes quienes no necesitan saber sobre cuestiones de fisiología, anatomía, medicina, etc., ya que, la terapia psicológica es más que suficiente para resolver cualquier caso, llámesele psicológico o psicosomático, porque a fin de cuentas, "todo está en la mente".

Resulta, sin embargo, que el estado en que llegan los pacientes al consultorio nos muestra otra cosa: que lo psicológico se entreteteje con el cuerpo, no hay una separación real o bien definida. Así, haciendo eco de los planteamientos de López, S. (1997) parece ser que, esa línea imaginaria que han trazado los profesionales de la salud respecto a lo psicológico y lo corporal es sólo eso, una línea imaginaria, existente sólo en la teoría.

Podemos decir que tal conceptualización es heredera del antiguo pensamiento cartesiano, el cual, sostiene que mente y cuerpo se hallan escindidos y en donde la instancia hegemónica del binomio es la mental. Tenemos así, que la lógica de Descartes continúa vigente en nuestros días, pues, permea la manera de aproximarse al paciente en el consultorio, lugar en donde el sujeto queda identificado con lo psicológico.

Asimismo, esta óptica recuerda la antigua lógica aristotélica en donde "o es A, o es B, pero no ambas". Con el surgimiento de la física moderna, este estilo lineal de pensamiento se volvió insuficiente para explicar diversos fenómenos, como por ejemplo, la naturaleza dual de la luz. No obstante, para los psicólogos parece tener aún validez, al menos para los aquí entrevistados, pues parten del hecho de que sólo deben atender problemas psicológicos, no corporales.

Por otro lado, un aspecto interesante que se encontró fue que, los psicólogos de mayor experiencia clínica privada, no aplican con rigidez los modelos teóricos que utilizan y "crean", por así decirlo, sus propias técnicas de tratamiento. Es decir, y de acuerdo con ellos mismos, desarrollan "muy a su estilo" la dirección de la terapia. Esto nos dice que un determinado marco teórico-metodológico, no se lleva a la práctica por sí mismo sino que se reconstruye a partir del terapeuta que lo aplica. Este es un dato muy importante, pues cuestiona a los autores López, S. (1996) y Lara, J. (1996) quienes critican y desacreditan a los psicólogos que supuestamente "se casan con su teoría" y no ven más allá de lo que ella les dicta.

Creo que si bien se puede refutar o cuestionar cualquier teoría psicológica, no se puede pretender lo mismo con el trabajo de un psicoterapeuta, ya que, resulta muy complejo evaluar su praxis, debido a que, la relación terapeuta-paciente, así como la dinámica del proceso psicoterapéutico encierran una intersubjetividad alcanzable sólo para los implicados en ella, esto es, resulta inatrapable y difícil de calificar desde la postura de espectadores.

Lo anterior también nos dice que los mismos psicólogos que se dicen suscritos a un determinado marco teórico, trascienden tal paradigma al momento de involucrarse en una terapia, ya que en esta se confrontan ellos mismos, adoptando actitudes y opiniones que no pueden dejar de hallarse atravesadas por la cultura en la que se constituyeron, a miedos, anhelos, y deseos propios conscientes e inconscientes que transgreden la lectura de realidad que les dicta su teoría a seguir.

No puede haber entonces un seguimiento absoluto por parte de los terapeutas a sus teorías, aunque así lo pretendan, pues se infiltrará implícitamente, toda una gama de valores e ideologías. Asimismo, esto será el principal paradigma, desde el cual, se escuchará al otro: el paciente.

Lo anterior cobra gran trascendencia al analizar el papel que otorgan los psicólogos a los significados del género en las problemáticas de sus pacientes, pues se encontró que ello guarda relación, principalmente, con su propia postura como sujetos de género, esto es, con sus propios valores sobre lo que significa y debe ser un hombre y una mujer. Y no necesariamente con sus conocimientos intelectuales, formación especializada u opiniones acerca del tema, ya que la mayor parte de los entrevistados manifestó, explícitamente, que los significados del género en nuestra cultura permean los conflictos emocionales de la mujer y la minoría sostuvo que aquellos no tienen peso considerable en tales conflictivas. Pero no siempre se observó una coherencia entre sus concepciones al respecto y su intervención e interpretación de casos clínicos.

De manera que, pudimos encontrar diálogos que se inclinaban hacia la importancia de considerar los aspectos del género en la conflictiva de las pacientes, pero vimos que al momento de la intervención terapéutica y de la interpretación de casos específicos, en algunas ocasiones, se dejaban de lado. También se observó la misma situación, pero en sentido inverso.

Así, se confirma lo argumentado por los estudios de género: una identidad de género puede marcar, en cierta medida, una forma particular de percibir el mundo y al otro. Pero, ¿significa esto que un psicólogo varón no puede alcanzar a entender la condición o problemática de género de su paciente mujer? yo creo que el asunto no es tan lineal sino que está asociado con la actitud del propio profesional ante la situación de la paciente, la reflexión y la autocrítica. Aunado a esto, creo que otra manera de recortar la distancia de género dentro de la relación terapeuta-paciente podría ser el solicitar retroalimentación a colegas del mismo sexo que el paciente.

Como podemos ver, el tomar conciencia del papel que tienen los significados del género en la identidad de los sujetos resulta menester en el área de la salud, sin embargo, llama la atención el hecho de que para el año 2000, una gran cantidad de psicólogos hayamos egresado de la universidad sin haber estudiado las implicaciones de una perspectiva de género en el consultorio. Ha sido hasta estos escasos años transcurridos del nuevo milenio que se señala importante la implementación de tales temas a los planes de estudio de las universidades como asignaturas básicas.

Lo señalado hasta aquí invita a la reflexión y apunta a una interrogante ¿por qué hasta ahora es que se contemplan dichos aspectos en las aulas? ¿por qué aún en fechas recientes podemos encontrar asignaturas en donde se trabaja con ratas de laboratorio? ¿será verdad eso que dicen algunos: que los planes de estudio de las universidades obedecen más a una ideología que a la condición real de los pacientes?.

Lo cierto es que han pasado más de 30 años desde que la voz del movimiento feminista salió al aire, pero es hasta nuestros días que se hará escuchar ante profesionales de la salud. Varios años han transcurrido también desde que la física moderna tambaleó con sus nuevos principios a la ciencia clásica señalando la insuficiencia de una lógica lineal de explicación para diversos fenómenos naturales y el sueño frustrado de la objetividad entre el objeto observable y observador, no obstante, esa añeja cientificidad aún pretende imponerse en algunas aulas de los futuros psicólogos.

Cabe recordar que en la Facultad de Estudios Profesionales Iztacala, el plan de estudios contempla asignaturas en donde se trabaja con ratas de laboratorio. Desde mi punto de vista, esto es una pérdida de tiempo y una burla muy ofensiva a aquellos pacientes que están esperando la orientación de un profesional debidamente autorizado y preparado para atenderlo. Resulta muy ingenuo pensar que una caducada lógica de pensamiento positivista puede aproximarse siquiera a una condición tan compleja como es la humana. Así, ¿qué tiene que hacer un psicólogo con una rata? esto no va más allá de darle un rato de diversión o de aburrimiento. Pienso que ese espacio tan valioso, debería ocuparse mejor en una formación académica que contemple los aspectos culturales que conforman la identidad de nuestra gente, sus problemáticas principales, así como los procesos psicosomáticos implicados en sus diferentes padecimientos.

Podemos decir entonces que parte de lo que hemos aprendido los psicólogos en la escuela, no se encuentra articulado con las problemáticas y demandas específicas de nuestra sociedad ni con la ideología cultural de la misma. Esto lo podemos ver si lo relacionamos con el hecho de que la depresión es una condición ascendente, no sólo en nuestro país, sino en varias partes del mundo y que va cobrando cada vez un número mayor de muertes por suicidio. Me parece que el punto a resaltar es que algunos de los elementos implicados en este padecimiento, no son abordados detenida ni profundamente en las aulas universitarias. Quizá porque no se consideran dentro de los límites de la razón o porque se hayan fuera del área de estudio. Aspectos tales como:

- a) La condición espiritual del sujeto. Para algunos depresivos es lo más ponderado y afirman que su desarticulación con esta cuestión es la causa de su depresión, quejas como: "me siento muy alejado de Dios", "creo que necesito creer en algo divino", "necesito sentirme abrazado por Dios", "necesito encontrarle un sentido a la vida que vaya más allá de la razón", etc.
- b) Complejos procesos psicosomáticos. La interrelación mente-cuerpo no obedece a una lógica dual ni lineal de pensamiento. Aquello que se considera lo simbólico o psicológico se hace objetivable en el cuerpo y este a su vez repercute en la mente, no hay límites bien definidos. Esta afirmación es especialmente relevante en el caso de la depresión, desde la cual, el sujeto inicia un proceso paulatino de autodestrucción, un suicidio silencioso, pues se sabe que el sistema inmunológico se vuelve deficiente, abriendo con ello la posibilidad de experimentar cualquier tipo de enfermedad. Sin embargo, la óptica fragmentaria de la medicina alópata y de la psicología no han logrado articular en una sola las quejas del paciente. Esta actitud no abre la posibilidad de explorar nuevas "lecturas" del cuerpo humano que trasciendan lo instituido, pues se presupone que el conocimiento occidental es el único que tiene validez, convirtiéndose así la ciencia en la Santa Inquisición de la actualidad.
- c) Una cultura que nos persuade sutilmente a relacionarnos con la vida y con los otros bajo las cláusulas del control y la posesión. Hay gente que se deprime por no poder controlar a los otros, al esposo, a los hijos, etc.; por no tener un carro, ropa bonita, etc. y la depresión los consume en una sociedad de consumo. Aquí estudiar los aspectos culturales en la identidad de los pacientes se vuelven de vital importancia, sin embargo, no siempre se estudian en profundidad, pues el hacerlo llevaría a cuestionar hasta la médula el estilo de vida que llevamos, incluyendo la misma enseñanza de la psicología.
- d) Los significados culturales del género. Lo señalado por los estudios de género resulta esencial para cualquier profesional de la salud, sobre todo cuando se sabe que hay diferencias de género en los reportes de depresión, en el consumo de medicamentos, en los medios elegidos por los suicidas para quitarse la vida, en la incidencia de pacientes

que consultan al psicólogo, etc. Pero a pesar de todo esto, el estudio de este tópico no ha sido de los más ponderados ni la tradición en las aulas de los psicólogos. Sin embargo, irónicamente, tales aspectos son bien conocidos por los antropólogos.

- e) La contaminación y alteración de la naturaleza. El impacto que tiene la devastación de la naturaleza en el individuo es un aspecto que no ha cobrado mucho espacio en las aulas de la psicología, sin embargo, la Medicina Tradicional China, nos dice que ello repercute negativamente tanto en el cuerpo como en la mente del sujeto, ya que la interrelación de este con la naturaleza es tal, que puede presentar un desequilibrio energético y emocional, como por ejemplo, el predominio de la ira.

Pienso que el no tomar en cuenta conjuntamente estos puntos puede ser uno de los motivos por los que, en varias ocasiones, los casos de depresión no se abordan eficazmente por parte de los psicólogos, dado que la poca trascendencia que comúnmente se les ha dado, ha conllevado a la fragmentación de la condición del sujeto.

No obstante, considero, al igual que López, S. (1996) que un plan de estudios que se pretenda innovador, alternativo o plural, debe contemplar tanto lo instituido como lo no instituido en el área de la salud.

Por último, cabe señalar que el análisis de diálogos que se llevó a cabo en este trabajo, así como las argumentaciones y conclusiones que de él se derivaron fueron construcciones de las verbalizaciones de los psicólogos respecto al tratamiento de la depresión. Pero sería importante realizar un análisis cualitativo de las declaraciones de pacientes deprimidas acerca de la atención que reciben en el consultorio ¿cómo consideran que es abordada su problemática de género por el terapeuta?, ¿cómo se aproxima el terapeuta a su condición psicosomática?. Para tener así, una perspectiva más concreta, de parte de los usuarios de los servicios de salud, pues pienso que su opinión es, finalmente, la crítica o retroalimentación más importante de nuestro trabajo.

REFERENCIAS

Aguilar, C. (1993). **Análisis crítico de la situación de opresión y transición, así como, su inserción de la estructura psíquica de la mujer.** Tesis de licenciatura. Facultad de Estudios Superiores, Iztacala. UNAM.

Amuchástegui, A. (1996). El significado de la virginidad y la iniciación sexual. En: Lerner, S. y Szasz, I. (compiladoras), **Para comprender la subjetividad.** (137-172). México: El Colegio de México.

Amuchástegui, A. (2001). **Virginidad e Iniciación Sexual en México.** México: UAM.

Ayuso, J. y Carulla, L. (1992). **Manual de Psiquiatría.** México: Interamericana-McGraw Hill.

Blanco, S. y García, M. (1998). **Etapas del ciclo vital de la familia y la pareja.** Tesis de licenciatura. Facultad de Estudios Profesionales, Iztacala. UNAM.

Bleichmar, H. (1988). **La depresión: un estudio psicoanalítico.** Buenos Aires: Nueva visión.

Bodak, G.; Levente, Z. y Masiones, J. (1987). **Medicina Bucal.** México: Limusa.

Borges, G.; Rosovsky, H.; Gómez, C. y Gutierrez, R. (1996). **Epidemiología del suicidio en México de 1970 a 1994.** (En red) Disponible en: www.insp.mx/salud/38/383-5s.htm.

Bucla, G. y Caballo, V. (1991). **Manual de Psicología Clínica Aplicada.** México: Siglo XXI.

- Carcaga, (1979). **Mitos y Fantasías de la clase media en México**. México: Cal y Arena.
- Castañeda, M. (1995). **Construyéndonos: identidad y subjetividad femeninas**. En: Riquer, F. (compiladora), **Bosquejos...Identidades Femeninas**. (11-25). México: Universidad Iberoamericana.
- Castilla, C. (1992). **Introducción a la Psiquiatría**. México: Alianza.
- Chetley, A. (1995). **Medicamentos problema**. Perú: Health Action International.
- Cinencio, F. (1997). **El Zen en la mirada**. En: López, S. (coordinador), **Zen, Acupuntura y Psicología**: (25-46). México: Plaza y Valdés.
- Conze, E. (1997). **El budismo**. México: Fondo de Cultura Económica.
- Cucchiari, S. (1996). **La revolución de género y la transición de la horda bisexual a la banda patrilocal: los orígenes de la jerarquía del género**. En: Lamas, M. (compiladora), **El género: la construcción cultural de la diferencia sexual**. (181-264). México: Porrúa.
- Davison, G. y Neal, J. (1983). **Psicología de la conducta anormal**. México: Limusa.
- Ehrlich, M. (1989). **Los esposos, las esposas y sus hijos**. México: Trillas.
- Fernández, A. (1993). **La Mujer de la Ilusión**. México: Paidós.
- Ferrater, J. (1986). **Diccionario filosófico**. México: Alianza.
- Fontanot, G. (1995). **El des-cubrimiento de Creta**. En: Riquer, F. (compiladora) **Bosquejos....Identidades femeninas**. (38-51). México: Universidad Iberoamericana.
- Fromm, E. (1990). **¿Tener o ser?**. México: Fondo de Cultura Económica.

- Fromm, E. (1996). *El amor a la vida*. México: Paidós.
- Gaarder, J. (1999). *El mundo de Sofía*. México: Patria-Siruela.
- García, E. (1992). *¿Es cristiano ser mujer?*. España: Siglo XXI.
- García, J. (2001). *La NTC: una alternativa en el campo de la psicología y la salud*. Tesis de licenciatura. Facultad de Estudios Profesionales, Iztacala. UNAM.
- García, V. y Sharfman, G. (1993). *Etiología del conflicto emocional en la mujer*. Tesis de licenciatura. Facultad de Estudios Profesionales, Iztacala. UNAM.
- Guevara, A. (1996). *Manual de terapéutica médica*. México: McGraw Hill-Interamericana.
- Gutmann, M. (1996). "Reflexiones sobre los aportes y dilemas de etnografías recientes acerca de la masculinidad". *Acta sociológica (México)*, 16, 71-83.
- Harris, M. (1985). *Vacas, Cerdos, Guerras y Brujas*. Madrid: Alianza.
- Herrera, A. (1996). La planeación de la carrera de psicología en México: un espacio. En: *Alternativas para la formación de psicólogos en México*. México: Amapsi
- Lamas, M. (1996). Usos, dificultades y posibilidades de la categoría género. En: Lamas, M. (compiladora), *El género: la construcción cultural de la diferencia sexual*. (327-366). México: Pomúa.
- Lamas, M. (1996). La antropología feminista y la categoría género. En: Lamas, M. (compiladora), *El género: la construcción cultural de la diferencia sexual*. (97-125). México: Pomúa.

- Lara, J. (1996). La transformación curricular de la carrera de psicología en México: su contextualización en la civilización occidental. En: **Alternativas para la formación de psicólogos en México**. México: Amapsi
- Lewontin, R. ; Rose, S. y Kamin, L. (1996). **No está en los genes**. Barcelona: Grijalbo.
- López, S.(1996). Alternativas de formación profesional en los psicólogos. En: **Alternativas para la formación de psicólogos en México**. México: Amapsi.
- López, S. (2002). El cuerpo y las enfermedades psicosomáticas. En: López, S. (coordinador), **Lo corporal y lo psicosomático**. (23-34). México: Plaza y Valdés.
- López, S. (1997). Familia y cuerpo humano. En: López, S. (coordinador), **Zen y cuerpo humano**. México: Terdehambo.
- López, S. (coordinador). (1997). **Zen Acupuntura y Psicología**. México: Plaza y Valdés.
- Mardones, J. (1996). **¿Hacia dónde va la religión?**. México: Universidad Iberoamericana.
- Molina, C. (1996). **Dialéctica feminista de la Ilustración**. Madrid: Antrhopos.
- Nieto, H. (2001). Incidencia de la patología mental. En: **Boletín de temas de salud de la asociación de médicos municipales de la ciudad de Buenos Aires**. (En red). Disponible en: www.medicos-municipales.org.ar/bts0301.htm.
- Nietzel, M. y Bernstein, A. (1982). **Introducción a la psicología clínica**. México: McGraw Hill.
- Norberto, G. (1997). **Algunos modelos sobre depresión, desde la perspectiva cognitivo-conductual**. Tesis de licenciatura. Facultad de Estudios Profesionales, Iztacala. UNAM.

Oliveira, O. (1998). Familia y relaciones de género en México. En: Solís, L. (coordinadora), **La familia en la ciudad de México**. (29-49). México: Porrúa.

Pérez, A. (2002). Depresión: una posibilidad de crecimiento. En: López, S. (coordinador), **Lo corporal y lo psicosomático**. (127-139). México: Plaza y Valdés.

Phares, J. (1992). **Psicología clínica**. México: Manual Moderno.

Ravelo, P. (1996). "En busca de nuevos paradigmas: Algunas reflexiones en torno a la categoría de género". Acta sociológica (México), 16, 11-39.

Rimm, D. y Masters (1987). **Terapia de la conducta**. México: Trillas

Rodriguez, R.. (1995). **Vademécum Académico de medicamentos**. México: McGraw Hill.

Salazar, C. (1999). **Espacio y vida cotidiana en la ciudad de México**. México: El Colegio de México.

Salles, V. y Tuirán, R. (1997). Mitos y creencias sobre la vida familiar. En: Solís, L. (coordinadora), **La familia en la ciudad de México**. (59-72) México: Porrúa.

Selby, H.; Murphy, A.; Lorenzen, S.; Cabreda, I.; Castañeda, A. y Ruiz, I. (1994). **La Familia en el México Urbano**. México: CONACULTA.

Secretaría de Salud (s/f). La salud mental en México. En: **Boletín especial de salud mental**. (En red). Disponible en: www.ssa.gob.mx/unidades/conadic/salmen.htm.

Seler, E. (1983). Quetzalcóatl. En: Portilla, M. (compilador), **De Teotihuacan los Aztecas**. (537-545). México: UNAM.

Tubert, S. (1991). **Mujeres sin sombra**. España: Siglo XXI.

Tubert, S. (1996). **Figuras de la madre**. España: Cátedra Universidad de Valencia.

UNAM, (2000). **Boletín informativo**. (En red). Disponible en:
www.dgi.unam.mx/boletin/2000-507.htm.

Wolgemuth, C. (1981). **Gramática Nahuatl del municipio de Mecayapan, Veracruz**. México: Instituto Lingüístico de Verano.

ANEXOS

ANEXO I

CARACTERÍSTICAS DE LOS ENTREVISTADOS

Nombre	Género	Experiencia clínica	Lugar de trabajo (público o privado)
Patricia	Femenino	14 años	Hospital psiquiátrico de mujeres. Institución perteneciente al Estado.
Liliana	Femenino	5 años	Hospital psiquiátrico de mujeres. Institución perteneciente al Estado.
Miriam	Femenino	20 años	Consultorio privado
Uriel	Masculino	17 años	Consultorio privado
José	Masculino	22 años	Consultorio privado
Ismael	Masculino	11 años	Consultorio privado
Miguel	Masculino	10 años	Consultorio privado
Lorena	Femenino	Cero	
Esmeralda	Femenino	4 años	Hospital psiquiátrico de mujeres. Institución perteneciente al Estado.
Ignacio	Masculino	1 año * Cabe mencionar que en este tiempo, el entrevistado. Solamente atendió a 2 pacientes mujeres.	Clinica de salud perteneciente al estado.

ANEXO 2

FORMATO DE ENTREVISTA

1. Definición de depresión
2. Opinión de cómo debe abordarse la problemática psicosomática de los pacientes.
3. Opinión del uso de antidepresivos.
4. Explicación de por qué las mujeres reportan más los estados depresivos.
5. Papel otorgado a los significados del género en los conflictos emocionales de las mujeres.
6. Prevalencia de género observada en la práctica clínica.
7. Concepción actual de mujer.
8. Casos de mujeres deprimidas.
 - a) queja
 - b) tratamiento
 - c) duración de la terapia
 - e) evolución