



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA**

**Elementos simbólicos de la identidad femenina que
predisponen a las mujeres a manifestar
síntomatología depresiva**

Tesis aplicada

Para obtener el grado de Licenciada en Psicología presenta:

Dulce María Colula Hernández

Dirección de asesoría: Dra. Oliva López Sánchez

Dr. Sergio López Ramos

Mtra. Irma Herrera Obregón



TLALNEPANTLA, EDO. DE MÉXICO, 2006.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central

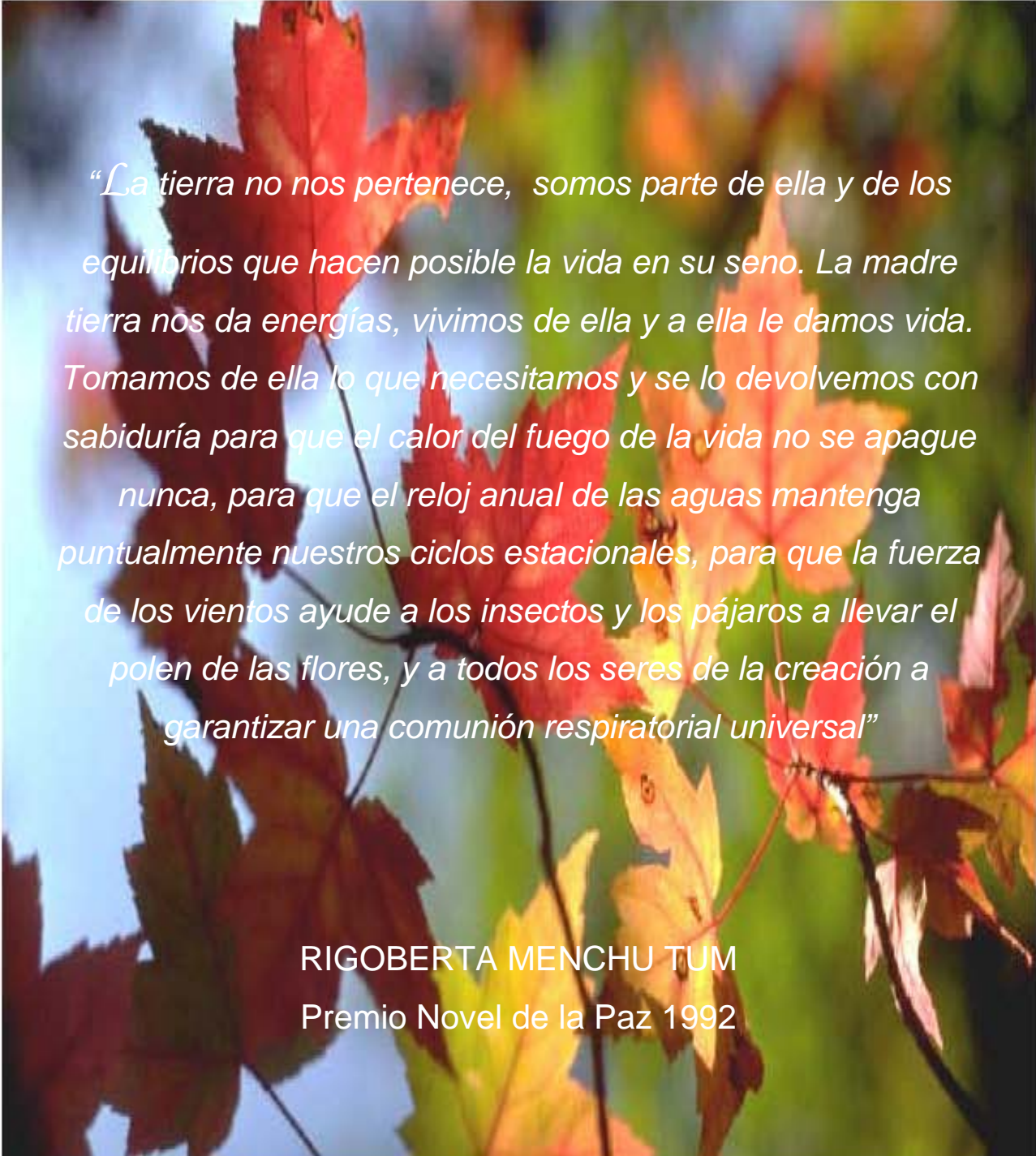


UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

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.



“La tierra no nos pertenece, somos parte de ella y de los equilibrios que hacen posible la vida en su seno. La madre tierra nos da energías, vivimos de ella y a ella le damos vida. Tomamos de ella lo que necesitamos y se lo devolvemos con sabiduría para que el calor del fuego de la vida no se apague nunca, para que el reloj anual de las aguas mantenga puntualmente nuestros ciclos estacionales, para que la fuerza de los vientos ayude a los insectos y los pájaros a llevar el polen de las flores, y a todos los seres de la creación a garantizar una comunión respiratoria universal”

RIGOBERTA MENCHU TUM
Premio Nobel de la Paz 1992



*A **Abril** porque su presencia, sus grandes ojos y su sonrisa, han provocado grandes cambios en mis vivencias como mujer, haciéndome cada vez mas consciente de la grandeza de la vida y de la importancia de asumirla dignamente.*

A familiares, amigos y maestros, gracias, por darme la oportunidad de crecer con ustedes en este fantástico mundo de ilimitadas posibilidades.

INDICE

CONTENIDOS	PAGS
RESUMEN.....	1
INTRODUCCION.....	2
CAPITULO I	
Aproximaciones Teóricas al estudio de la Depresión	
1.1 Conceptos de Salud-Enfermedad.....	8
1.1.2 Conceptos de Salud y enfermedad Mental.....	9
1.2 Tipos y Síntomas de Depresión	10
1.2.1 Episodio depresivo mayor.....	10
1.2.2 Transtornos bipolares.....	11
A) Episodio Hipomaniaco.....	11
B) Episodio Maniaco.....	11
1.2.3 Etapas de la Fase depresiva.....	12
A) Depresión moderada.....	12
B) Depresión grave.....	13
C) Depresión retardada.....	13
D) Estupor.....	14
1.2.4 Depresión de tipo cíclico o mixto.....	14
1.3 Aproximaciones teóricas al estudio de la Depresión	
1.3.1. Enfoque Psiquiátrico.....	15
A) Concepto de Depresión.....	15
B) Fisiología.....	15
C) Tratamiento.....	17
1.3.2 Enfoque Psicoanalítico	
A) Concepto de Depresión.....	18
B) Origen y dinámica de la Depresión.....	18
C) Tratamiento.....	19
1.- Asociación Libre.....	20
2.- Terapia Simbólica.....	20
3.- Interpretación de los sueños.....	21
4.- Transferencia y Contratransferencia.....	21
5.- Técnicas para el análisis de las resistencias.....	22
6.- Intervenciones terapéuticas no psicoanalíticas.....	23

1.3.3 Terapia Cognitivo Conductual de Aaron T. Beck	
A) Concepto de Depresión.....	25
B) Tratamiento.....	26
1.- Planificación de actividades.....	27
2.- Técnica de maestría y agrado.....	27
3.- Comprobación de Predicciones o Hipótesis.....	27
4.- Técnica de Triple Columna.....	27
Reflexión.....	28

CAPITULO II

Identidad femenina y salud mental

2.1 La salud mental desde un enfoque de género.....	33
2.2 La construcción de la identidad.....	36
2.2.1 Identidad de género.....	39
2.2.2 Identidad femenina.....	42
1.- La maternidad, un elemento de la identidad femenina.....	43
2.- Erotismo femenino.....	46
3.- El concepto de Amor de las mujeres.....	48
2.2.3 Identidad femenina y salud mental.....	49
A) Modelo psicopatológico.....	50
1.- Depresión premenstrual.....	51
2.- Depresión post-parto.....	51
3.- Depresión en el climaterio.....	51
4.- Depresión post-maternal.....	53
B) Modelo Emotivo-Sensible.....	54
C) Modelo Tensional Conflictivo.....	55
REFLEXION.....	60

CAPITULO III

FEMINEIDAD Y DEPRESION: HISTORIAS DE VIDA

1.- Objetivo General.....	64
2.- Objetivos específicos.....	65
3.- Método.....	65
4.- Sujetos.....	66
5.- Situación y escenario.....	66

6.- Instrumentos.....	66
7.- Procedimiento.....	67
8.- Resultados y tablas.....	69

3.2 Análisis cualitativo. Identidad femenina y depresión

1.- “Las niñas buenas, no buscan problemas” Ocuparse de los Otros Caso América.....	80
2.- “Las niñas calladitas, se ven más bonitas” Prohibida la clara, directa y abierta expresión del coraje Caso Erika.....	89
3.- “Lo más importante para una mujer, es que la amen” El amor femenino Caso Maribel.....	98
4.- “Las madres siempre tienen la razón” La madre como reproductora de estereotipos Caso Yolanda.....	108
5.- “La vida de las mujeres es difícil, sufren más” El sufrimiento como una forma de vida Caso Soledad.....	123
6.- “Las mujeres son las reinas del hogar” Cuidar a los otros y olvidarse de sí misma Caso Ana.....	135
7.- “A las mujeres no hay que entenderlas, solamente quererlas” El deseo de ser hija y madre simultáneamente Caso Lulú.....	144
8.- “Las mujeres de hoy, no se complican la vida” Ir en contra del modelo de feminidad Caso Silvia.....	156
9.- “Las mujeres somos más enfermizas” La enfermedad como medio para obtener satisfactores Caso Alma.....	165
10.- “Las mujer, híbrido de ternura y fortaleza. De inteligencia e incoherencia, de duda y decisión, De guerra y de paz...” Caso Martha.....	178

Reflexión final capítulo III.....	191
Conclusiones.....	198
Bibliografía.....	203

RESUMEN

La depresión es un problema de salud mental que estadísticamente va en aumento tan solo en el Distrito Federal alcanza una prevalencia del 66% entre la población que acude a tratamiento. Asimismo en el Centro de Salud mental de la UNAM (Universidad Nacional Autónoma de México) el síndrome depresivo ocupa el primer lugar entre todos los demás diagnósticos con un porcentaje del 48% (Caraveo, Colmenares y Saldivar, 1999).

En el año 2000 la 1ª. Encuesta Nacional de Epidemiología Siquiátrica (ENEP) reporta que en este año 11 millones de mujeres y 7 millones de hombres han presentado cuadros depresivos, la prevalencia sigue siendo dos mujeres por cada hombre, (INEGI, 2004)

En el año 2002 la OMS reconoce que a nivel mundial 450 millones de personas tienen depresión y en México entre el 15% y el 20% de los habitantes está en riesgo de padecerla ya que casi 18 millones de mexicanos han sufrido algún padecimiento depresivo, (INEGI, 2004).

La bibliografía revisada muestra que la Psiquiatría, el Psicoanálisis y el enfoque Cognitivo-conductual abordan el problema de la depresión dirigiéndose a la parte corporal, o a la comportamental, o a los conflictos internos o a la parte racional. Ninguno de estos explica este problema de salud mental desde su origen, como un proceso corporal que es construido social y culturalmente.

La prevalencia de cuadros depresivos se presenta en dos mujeres por cada hombre. ¿A que se debe esta diferencia? A la manera como se construye y se vive la identidad femenina.

Por lo que el objetivo de este trabajo fue identificar y analizar los elementos simbólicos de la identidad femenina que predisponen a las mujeres a manifestar sintomatología depresiva.

Los datos se obtuvieron a través de una entrevista en profundidad aplicada a 10 mujeres con diagnóstico de depresión.

Las historias de vida muestran que el discurso acerca de la femineidad contiene puntos contrapuestos que generan modos de vivir conflictivos que llevan a las mujeres a la depresión. Se concluye que la depresión es un modelo de femineidad actual, por lo tanto, este malestar es una construcción sociocultural.

INTRODUCCION

La depresión es uno de los trastornos mentales que estadísticamente va en aumento, por ello se ha convertido en objeto de estudio de muchas disciplinas como la Sociología, la Medicina, la Antropología, la Antropología Médica y la Psicología, entre otras.

En 1998 el INEGI (Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática) reporta que los trastornos mentales son la 12^a. Causa de morbilidad tanto en hombres como en mujeres. Sin embargo, estudios más específicos, muestra que algunos cuadros psicopatológicos como fobias, la histeria y las depresiones se consideran como propias del sexo femenino, (Burín, 1987).

En lo que respecta a las depresiones, los estudios realizados por Caraveo, Colmenares y Saldivar (1999) reportan que: en la Ciudad de México la depresión ocupa el cuarto lugar entre las enfermedades más discapacitantes; la prevalencia del síndrome es de dos mujeres por cada hombre; los episodios depresivos de leve intensidad son ligeramente más frecuentes en las mujeres mientras que los episodios moderados lo son en los hombres y los casos severos se presentan en igual proporción en ambos sexos.

En el año 2000 la 1^a. Encuesta Nacional de Epidemiología Siquiátrica (ENEP) reporta que en este año 11 millones de mujeres y 7 millones de hombres han presentado cuadros depresivos, la prevalencia sigue siendo dos mujeres por cada hombre, (López, 2004)

Debido a que la depresión es considerada como un malestar propio del género femenino, el objetivo de este trabajo consistió en identificar y analizar los elementos simbólicos de la identidad femenina que predisponen a las mujeres a manifestar sintomatología depresiva.

¿Por qué se deprimen más las mujeres que los hombres?, ¿Qué particularidades poseen, que las hacen mas vulnerables?, ¿qué se ha hecho al respecto?, ¿qué propuestas se han dado para solucionar el problema de depresión en mujeres?

Para contestar estas preguntas se hace necesaria la revisión teórica de la manera como se ha abordado este problema de salud mental y para lo cual está destinado el primer capítulo de este trabajo.

En el capítulo I se hizo la revisión teórica de tres perspectivas que abordan el problema de la depresión. El primero de ellos lo constituyen los modelos psicodinámicos, el segundo los bioquímicos- biológicos y el tercero los psicológicos- de aprendizaje, (Kendall y Norton Ford, 1988). Para cumplir el

objetivo sólo se retomaron el enfoque psiquiátrico, el Psicoanálisis de Sigmund Freud y la teoría Cognitivo-Conductual de Beck.

Cada uno de estos enfoques ha abordado a la depresión como una psicopatología, un estado conflictivo, o un estado de ánimo alterado al cual han llegado las personas, no han incluido el cómo es que estas personas (específicamente las mujeres) han llegado a este nivel. Ciertamente es que se han contemplado los factores de riesgo como son los eventos traumáticos, las pérdidas económicas y afectivas, enfermedades, etc., pero estos no dejan de ser factores desencadenantes y no hablan de el origen de la depresión.

Para abordar el problema de la depresión como un malestar que se construye, que tiene un origen y un desarrollo es necesario incluir elementos analíticos que permitan explicar a la depresión desde su origen, no como el estado final en el que la mujer padece alteraciones psicomotoras, cognitivas y conductuales, sino como un proceso corporal que es construido social y culturalmente. Este tipo de elementos necesariamente requiere la inclusión de la construcción de la identidad femenina.

En el capítulo II se abordan los elementos socioculturales que conforman la identidad femenina para responder las siguientes cuestiones: ¿Porqué las mujeres son más propensas a la depresión? ¿Qué hace diferentes a hombres y mujeres?

La simbolización que cada cultura elabora en torno a la diferencia sexual, se le ha nombrado género, el cual hace referencia a lo que se considera propio para mujeres y para hombres, de cómo vestirse, que actividades realizar, qué pensar, que sentir, qué vivir cómo hacerlo, mediatizado por instituciones económicas, sociales, políticas y religiosas (Lamas, 1994).

El género, al ser una simbolización de lo que es “ser hombre” y “ser mujer” conforma un pilar importante para la construcción de la identidad de los mismos. En el caso de las mujeres, su identidad se construye en relación directa con los roles que en la sociedad ejerce, de esta manera ser mujer es ante todo ser madre, esposa y ama de casa, pero a su vez se hacen necesarias ciertas condiciones afectivas para llevarlas a cabo, el rol de esposa requiere de comprensión, generosidad y docilidad; en el papel maternal se hace necesaria la amorosidad, y el altruismo; finalmente, para ser ama de casa se hacen indispensables el servilismo y la receptividad, (Burín, 1993).

Independientemente de que las mujeres decidan o no dedicarse a la maternidad y al matrimonio, desde pequeñas son educadas para la maternidad, se les enseña a permanecer más tiempo en casa y ayudar a la mamá en los quehaceres del hogar y/o atender a los hermanos o simplemente reproducir actividades que se consideran propias de la mujer, a través del juego (jugar a las muñecas, hacer la comida, etc.).

De este modo, los OTROS (hijos, pareja, padres, etc.) forman parte central en la vida de la mujer. A los otros los alimenta, los cuida, los protege, los defiende, los impulsa, etc. y los triunfos o fracasos de los otros los vive como propios y mientras más se fusiona con los demás, más es la pérdida de contacto consigo misma, con sus deseos, sus necesidades y sus satisfacciones.

Esta manera de relacionarse de las mujeres con los Otros genera que vivan condiciones de dependencia, sometimiento, frustración y falta de reciprocidad, entre muchas otras, las cuales a su vez, se convierten en la base para la manifestación de la depresión.

Así pues los aspectos simbólicos que conforman la identidad, no se quedan en lo abstracto, sino que se materializa en el cuerpo, es decir, que existe una estrecha relación entre el cómo se vive la identidad y la queja del cuerpo (depresión).

Los aspectos simbólicos que conforman la femineidad y la manera como éstos se relacionan con la manifestación del síndrome depresivo, constituyen el segundo capítulo de este trabajo, el cual nos permite relativizar la supuesta "naturaleza femenina" a la cual se le han atribuido muchos comportamientos de las mujeres, cuando en realidad se deben a aspectos socio-culturales. De esta manera se puede decir que la enfermedad mental en las mujeres más que deberse a una "naturaleza" débil, inestable y enfermiza se debe a una educación que no favorece su desarrollo como personas independientes y con capacidad de decisión.

En el capítulo III, se analiza la relación existente entre la presentación de síntomas físicos, emocionales, comportamentales y cognitivos, y la manera en que se estructura y se vive la femineidad, analizando las historias de vida de 10 mujeres depresivas.

La historia de vida de estas mujeres muestra que las características de debilidad, sumisión, indecisión, miedo, dulzura, tranquilidad, amor, generosidad, altruismo, etc., que se han catalogado como naturales, como propias de la mujer, en realidad son aprendidas de acuerdo con los lineamientos morales de cada familia.

De igual manera reflejan que el vivir la femineidad o no vivirla de manera estereotipada conduce a la depresión, pues es evidente que cada una de estas mujeres no se siente conforme con su vida y no encuentra la manera de armonizarla pues la presión social y cultural (a través de sus padres y principalmente la madre) ejercen poder sobre ellas.

Como reflexión final se puede decir que El discurso acerca de la femineidad contiene muchos puntos contrapuestos que generan modos de vivir conflictivos que llevan a las mujeres a la depresión. En este sentido se puede afirmar que la depresión es una construcción sociocultural.

Este problema de salud mental cobra grandes dimensiones ya que si consideramos que en México 11 millones de mujeres son depresivas ¿cuál es el modelo de femineidad que están inculcando? Sin lugar a dudas, la depresión es el modelo de femineidad actual.

Capitulo I

Aproximaciones teóricas al estudio de la depresión





APROXIMACIONES TEORICAS AL ESTUDIO DE LA DEPRESION

La depresión es uno de los trastornos mentales que estadísticamente va en aumento, por ello se ha convertido en objeto de estudio de muchas disciplinas como la Sociología, la Medicina, la Antropología, la Antropología Médica y la Psicología, entre otras.

En 1998 el INEGI (Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática) reporta que los trastornos mentales son la 12^a. Causa de morbilidad tanto en hombres como en mujeres. Sin embargo, estudios más específicos, muestra que algunos cuadros psicopatológicos como fobias, la histeria y las depresiones se consideran como propias del sexo femenino, (Burín, 1987).

En lo que respecta a las depresiones, los estudios realizados por Caraveo, Colmenares y Saldivar (1999) reportan que: en la Ciudad de México la depresión ocupa el cuarto lugar entre las enfermedades más discapacitantes; la prevalencia del síndrome es de dos mujeres por cada hombre; los episodios depresivos de leve intensidad son ligeramente más frecuentes en las mujeres mientras que los episodios moderados lo son en los hombres y los casos severos se presentan en igual proporción en ambos sexos.

En el año 2000 la 1^a. Encuesta Nacional de Epidemiología Siquiátrica (ENEP) reporta que en este año 11 millones de mujeres y 7 millones de hombres han presentado cuadros depresivos, la prevalencia sigue siendo dos mujeres por cada hombre, (INEGI, 2004)

En el año 2002 la OMS reconoce que a nivel mundial 450 millones de personas tienen depresión y en México entre el 15% y el 20% de los habitantes está en riesgo de padecerla ya que casi 18 millones de mexicanos han sufrido algún padecimiento depresivo, (INEGI, 2004).

Por otra parte, los estudios realizados en torno a la utilización de servicios especializados en este padecimiento han encontrado que las mujeres buscan más ayuda que los hombres y son también quienes emplean más remedios para lidiar con sus estados depresivos, (Caraveo, Martínez, Rivera y Polo, 1997; y Medina-Mora, 1997).

Otro de los estudios sobre las necesidades de atención y utilización de servicios de salud mental muestran que: los hombres con mayor frecuencia tienden a considerar su salud mental como excelente; en cuanto a la experiencia de haber



presentado problemas emocionales no hay diferencia en ambos géneros, sin embargo, la busca de ayuda fue mayor en el caso de las mujeres (García, 1997).

Debido a que la depresión es un padecimiento que tiene altos índices de incidencia se hace necesaria la revisión teórica y metodológica de la manera en que ha sido abordado dicho malestar desde diferentes enfoques, lo que permitirá reconocer los alcances y las limitaciones de cada propuesta y al mismo tiempo, buscar alternativas que den solución al problema en cuestión.

Para introducirnos al tema de la depresión, es importante conocer los conceptos que se tienen en torno a la salud y la enfermedad ya que nos proporcionan un panorama de la manera en que ha sido abordado este problema de salud mental.

1.1. CONCEPTOS DE SALUD Y ENFERMEDAD

Hablar de Salud y Enfermedad es adentrarnos a un campo en el que las definiciones de ambos términos todavía no quedan claras ni unificadas. Así que diferentes autores han recurrido al uso de las palabras como “normalidad” (San Martín, 1981), “adaptación” (Beck, Lewinsohn y seligman, citados en: Kendall Y Norton-ford, 1988), “equilibrio” (San Martín, 1981; Freud, 1972) entre otras, para hacer referencia a la salud y a los opuestos en el caso de la enfermedad.

Algunas concepciones en torno a la salud indican que esta es: “un estado de equilibrio orgánico entre en medio interno y el medio externo del individuo. Dicho estado toma en cuenta las diferencias genéticas entre los individuos y las diferencias en las condiciones de vida” (San Martín, 1981. P9).

Millon Terris (citado en San Martín, 1981) considera que la salud es un estado completo de bienestar físico, mental y social y de capacidad para la función y no solo la ausencia de enfermedad o invalidez. De esta manera la salud engloba aspectos subjetivos (bienestar mental y social, alegría de vivir), aspectos objetivos (capacidad para la función) y aspectos sociales (adaptación y trabajo socialmente productivo).

Por su parte la enfermedad es un estado de desequilibrio ecológico en el funcionamiento del organismo vivo, tomado éste como una unidad biológica-psicológica-social, (San Martín, 1981). De esta manera un individuo sano es aquel que muestra y demuestra una armonía física, mental y social con su ambiente.

Los conceptos anteriores hablan de que hay elementos internos (individuales) y externos (ambientales) que necesitan estar en equilibrio para mantener la salud. Asimismo hacen alusión a tres aspectos importantes (físico, mental y social) que conforman al individuo y que es necesaria la concordia entre ellos para una buena salud.



Siendo la depresión un problema de salud mental, es importante también conocer las definiciones referentes a la salud y enfermedad mental.

1.1.2 CONCEPTOS DE SALUD Y ENFERMEDAD MENTAL

Los conceptos en torno a la salud y enfermedad mental, son muchos, sin embargo, aquí se retomaran solamente los elaborados por la OMS (Organización Mundial de la Salud), el DSM (Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales) y un Manual de Terminología Psiquiátrica.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), define a la Salud Mental como “un proceso sujeto a fluctuaciones debido a los factores biológicos, psicológicos, sociales, axiológicos y ecológicos que capacitan a las personas para satisfacer sus necesidades instintivas, que son potencialmente conflictivas, en armonía con su medio ambiente, también para establecer, mantener e integrar vínculos amorosos, para ejercer el propio liderazgo y participar activamente en los cambios constructivos de si mismo y de su entorno físico y social” (citado en: García y Andrade, 1994. P41).

Por otro lado, de acuerdo a un glosario de terminología psiquiátrica, la salud mental es “un estado de bienestar emocional en el que la persona es capaz de funcionar confortablemente dentro de su sociedad y en el que sus características y alcances personales le son satisfactorios” (citado en: García y Andrade, 1994. P41).

En cuanto a la enfermedad mental se refiere, en el DSM IV (1995) se describe como trastorno mental cuya definición es la siguiente: “síndrome o patrón comportamental o psicológico de significación clínica, que aparece asociado a un malestar (p.ej. dolor), a una discapacidad (p.ej. deterioro en una o más áreas de funcionamiento) o a un riesgo significativamente aumentado de morir o de sufrir dolor, discapacidad o pérdida de libertad. Además este síndrome o patrón no debe ser meramente una respuesta culturalmente aceptada (p.ej. la muerte de un ser querido), ni el comportamiento desviado (p.ej. político, religioso o sexual), ni los conflictos entre el individuo y la sociedad son trastornos mentales”.

En los conceptos anteriores se puede notar que existe una manera de ver al individuo de forma atomizada, es decir, por fragmentos. Se considera que la salud es el resultado del bienestar de sus partes (física, mental y social) en el que la salud mental hace referencia a lo psicológico, lo emocional o al comportamiento y que está asociado con la parte física y repercute en la vida social de la persona.

Estos son los parámetros bajo lo cuales se ha estudiado a la depresión y de acuerdo con el DSM-4 (Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos mentales, 1995) los tipos y son tomas son los siguientes:



1.2 TIPOS Y SINTOMAS DE DEPRESION

De acuerdo al origen de la Depresión, puede ser de tipo endógeno, a la que se le atribuyen causas de tipo interno como son los cambios bioquímicos, hormonales o genéticos, (Colom, 1986). Las de tipo exógeno y reactivo cuyo origen se encuentra en factores externos como pueden ser las pérdidas (monetarias, divorcios, muertes, etc.).



Aunque algunos autores, generalmente hacen esta división, otros como Freden (1986), reconocen que no es posible trazar límites causales claros entre los distintos tipos de depresión, sino que más bien existe una escala continúa de causas internas y externas.

Por otra parte, por su duración y sus características se han reconocido dos variantes de depresión: a) involutivas, unipolares o depresiones mayores; b) maniaco-depresivas o trastornos bipolares. Entre las primeras se encuentran las psicosis depresivas únicas, recurrentes o con inicio en determinados periodos de la vida. En lo que respecta a los maniaco-depresivos, éstos pueden ser de tipo maníaco, de tipo depresivo y maniaco-depresivo circular, (Kolb, 1998).

De acuerdo al DSM-IV (Manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, 1995), los síntomas que se encuentran en cada uno de los distintos tipos de depresión, son los siguientes:

1.2.1 EPISODIO DEPRESIVO MAYOR

- La persona se reporta como deprimida, triste, desesperanzada, desanimada.
- Pérdida de interés y de capacidad para el placer. La persona deja de hacer algo que le gusta mucho.
- Pérdida o ganancia de peso.
- Alteración del sueño: despertarse durante la noche y tener problemas para volver a dormir; despertarse demasiado pronto y ser incapaz de volver a dormir; problemas para conciliar el sueño; exceso de sueño.
- Cambios psicomotores; agitación (incapacidad para permanecer sentado, dar paseos, frotarse las manos y pellizcar la piel, ropa o algún otro objeto); enlentecimiento (bajo volumen de voz, mutismo, pensamientos y movimientos corporales enlentecidos).



- Falta de energía, cansancio y fatiga.
- Sentimiento de inutilidad y/o culpa.
- Capacidad disminuida para pensar, concentrarse o tomar decisiones. La persona se distrae con facilidad.
- Existen pensamientos de muerte, ideas suicidas o tentativas suicidas.
- Incapacidad o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes en la actividad del individuo.
-

1.2.2 TRASTORNOS BIPOLARES

En los trastornos bipolares existen dos fases: maníaca o hiperactiva y una fase depresiva. A su vez el periodo maníaco se divide en hipomanía, manía aguda y manía delirante; por su parte en la fase depresiva se encuentran la depresión moderada, depresión aguda y estupor.

A) EPISODIO HIPOMANIACO

Periodo delimitado durante el cual hay un estado de ánimo anormal y persistentemente elevado, expansivo o irritable que dura al menos cuatro días. Este estado de ánimo va acompañado de al menos tres de los siguientes síntomas:

- Exageración de autoestima, carente de crítica.
- Descenso de la necesidad de dormir. La persona puede despertarse varias horas antes de lo habitual y sentirse lleno de energía.
- El discurso es más enérgico y rápido de lo habitual, pero en general no es difícil de interrumpir.
- La fuga de ideas es rara, pero si se da, es muy breve.
- Distractibilidad por los cambios rápidos del discurso o la actividad en respuesta a los estímulos irrelevantes.
- Aumento de actividad intencionada, lo que implica la participación en múltiples actividades.
- Pueden presentarse actos impulsivos como compras desmesuradas, conducción temeraria o inversiones económicas poco razonables.

Cabe mencionar que todas las actividades antes mencionadas suelen estar bien

Organizadas por lo que no dan lugar a un deterioro social o laboral, y no requieren hospitalización. Sin embargo los cambios del estado ánimo y de la actividad son observables por otras personas, (DSM IV, 1995).

B) EPISODIO MANIACO

Periodo en el cual el estado de ánimo es anormal y persistentemente elevado, expansivo o irritable que debe durar al menos una semana, La alteración del



estado de ánimo debe ir acompañado de al menos tres síntomas, entre los que se encuentran:

- Exagerada autoestima que va desde la confianza en uno mismo, carente de autocrítica hasta la grandiosidad que puede alcanzar proporciones delirantes.
- El lenguaje es verborreico, fuerte, rápido y difícil de interrumpir. La persona puede hablar durante horas sin importar los deseos de comunicarse con los demás. El lenguaje puede estar compuesto por chistes, juegos de palabras e impertinencias divertidas y cantos. La elección de las palabras puede estar más dominada por los sonidos que por las relaciones conceptuales significativas. Si el estado de ánimo es más irritable que expansivo, el discurso puede estar marcado por quejas, comentarios hostiles o peroratas furiosas.
- En ocasiones los pensamientos son más rápidos de lo que pueden ser verbalizados y debido a esto hay fugas de ideas, lenguaje acelerado y cambios bruscos de tema. Cuando la fuga de ideas es grave el lenguaje es desorganizado e incoherente.
- Existe Distractibilidad que se da por la incapacidad de apartar los estímulos externos irrelevantes.
- Hay aumento en la actividad intencionada lo que implica una excesiva participación en múltiples actividades.
- La expansividad, el optimismo inmotivado, la grandiosidad y el empobrecimiento del juicio conducen a una implicación imprudente en actividades placenteras como compras desmesuradas, conducción temeraria, inversiones económicas poco razonables y comportamientos sexuales inusuales que pueden tener consecuencias graves.
- La alteración es lo suficientemente grave como para ocasionar un importante deterioro social o laboral, o para precisar hospitalización, o caracterizarse por la presencia de síntomas sicóticos, (DSM IV, 1995).

1.2.3 ETAPAS DE LA FASE DEPRESIVA

A) DEPRESION MODERADA

Esta fase depresiva se puede presentar en dos formas. Puede ser como un periodo de fatiga y desanimación, o bien como un periodo durante el cual la persona presenta molestias físicas para las cuales no existe una base orgánica.



De acuerdo con Kolb (1998), en esta fase se pueden presentar los siguientes síntomas:

- La persona carece de confianza en sí misma.
- Pierde el gusto por la vida.
- Se siente inadecuado y cansado. Muestra aversión hacia la actividad. Se le empieza a dificultar el cumplimiento de sus obligaciones habituales.
- Experimenta dudas y miedos. Con frecuencia se preocupa excesivamente por su familia.
- El pensamiento se vuelve difícil. El contenido ideatorio y el habla se limita.
- No busca el contacto social con otras personas.
- Se puede presentar malhumor, irritabilidad, sensibilidad, necesidad e inconsideración por los demás.

B) DEPRESION GRAVE

El principio de este periodo es semejante al que se mencionó anteriormente, pero en poco tiempo se convierte en un estado de sufrimiento afectivo profundo. Los síntomas que se pueden presentar son los siguientes:

- El cuerpo está encorvado, la cabeza flexionada, la frente arrugada y la mirada hacia abajo. Entre las cejas aparecen profundas líneas verticales. Los pliegues nosolabiales se acentúan y los ángulos de la boca están desviados hacia abajo.
- El individuo adelgaza, la sudación y otras secreciones disminuyen.
- Baja el tono muscular, se presenta constipación, el deseo sexual disminuye y en casi todos los casos el varón presenta impotencia.
- La pauta del sueño se altera.
- Aparecen sentimientos de irrealidad.
- Hay miedos indefinidos y sentimientos de desastre inminente.

C) DEPRESION RETARDADA

En este periodo se inhibe el curso del pensamiento y la actividad psicomotora. El individuo presenta los siguientes síntomas:

- El habla es lenta. La persona da respuestas breves, monosilábicas y en voz baja. Con frecuencia comienza una respuesta pero no la termina, o quizá apenas mueva los labios pero no emite ninguna respuesta inteligible.
- Hay lentitud para iniciar las acciones y ejecutarlas.
- Las ideas delirantes se caracterizan por auto desprecio, ideas de culpa, remordimientos, auto acusación e hipocondría.



D) ESTUPOR

Es la forma más intensa de la fase depresiva. Consiste en la inhibición profunda, en la cual prácticamente no hay actividad motora espontánea. Los síntomas que se presentan son los siguientes:

- Existe una inmovilidad casi completa, con un mínimo de respuestas ante los estímulos externos.
- El paciente está mudo.
- Se presentan ideas de muerte con alucinaciones de tipo onírico.
- Su cara es como una máscara o muestra una expresión rígida de angustia.
- Algunos individuos son alimentados a través de una sonda y otros orinan y defecan sin quitarse la ropa.

1.2.4 DEPRESION DE TIPO CICLICO O MIXTO

De acuerdo con del DSM-IV (1995), la depresión de este tipo se caracteriza por un periodo de tiempo de al menos una semana de duración, en el que casi cada día se cumplen los criterios tanto para un periodo maníaco como para un episodio depresivo mayor.

Los estados de ánimo se alternan con rapidez y los síntomas de presentación suelen incluir agitación, insomnio, alteración de apetito, síntomas psicóticos e ideación suicida. La alteración debe ser lo suficientemente grave como para provocar un deterioro social o laboral, o para precisar hospitalización.

Cabe señalar que de acuerdo al DSM-IV (1995), todos los episodios depresivos antes mencionados no deben atribuirse a los efectos fisiológicos de las drogas, a los efectos secundarios de los medicamentos, a la exposición de tóxicos o a los efectos fisiológicos directos de ninguna enfermedad médica.

Por otro lado, si los síntomas empiezan a transcurrir a partir de la pérdida de un ser querido y no persisten mas allá de dos meses, generalmente este estado es considerado como un duelo, a menos que estén asociados a un deterioro funcional o incluyan preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o enlentecimiento psicomotor, es considerado como episodios depresivo mayor.



1.3 APROXIMACIONES TEORICAS

Según Kendall y Norton-Ford (1988) se pueden mencionar al menos tres diferentes enfoques que han abordado el tema. El primero de ellos es el bioquímico-biológico, que destaca la influencia de los cambios bioquímicos sobre el humor de los organismos.

El segundo enfoque lo integran los modelos psicológicos y los de aprendizaje quienes consideran la importancia de la cognición, los índices bajos de reforzamiento y la indefensión aprendida para que aparezcan síntomas de depresión.

El tercer grupo lo conforman los modelos psicodinámicos, que ponen especial énfasis en los conflictos psíquicos internos.

En este capítulo se abordará el modelo psiquiátrico, el enfoque cognitivo de Beck y el psicoanálisis de Freud, en torno al tema de la depresión. Cabe señalar que el objetivo no es hacer un estudio en profundidad de todos y cada uno de los enfoques, sino más bien, destacar los elementos que son retomados para explicar la aparición de síntomas depresivos en el ser humano, y analizar los límites y los alcances de cada enfoque.



1.3.1 ENFOQUE PSIQUIATRICO

Dicho enfoque ha revisado las evidencias respecto a la hipótesis de que los cambios bioquímicos en el metabolismo de las Catecolaminas están relacionados con los cambios de humor.

A) Concepto de Depresión

Desde este enfoque la depresión es considerada como una psicosis afectiva. Este trastorno de la conducta se caracteriza principalmente por aumento o disminución de la actividad y del pensamiento, expresándose a través del estado de ánimo, el cual puede ser depresivo o exaltado, (Kolb, 1998).

B) Fisiología

La depresión ha sido considerada como una enfermedad desde hace mucho tiempo y en los estudios al respecto se ha encontrado la influencia de los neurotransmisores en la generación de este síndrome.



Dichos neurotransmisores son la noradrenalina y la serotonina cuya función es activar la transmisión de impulsos de alerta de los sistemas vitales, las respuestas en el área intelectual, las actividades musculares, vasculares y cardíacas; y los sistemas digestivo y genito-urinario. De lo contrario, si se producen alteraciones en el metabolismo en estos neurotransmisores, la respuesta del organismo en todas las áreas antes mencionadas es más lenta y abatida, (Lammoglia, 1995).

Los cambios bioquímicos que se han encontrado en personas depresivas son prueba de que las alteraciones en estos procesos influyen en el estado de ánimo de las personas.

Algunos ejemplos de dichas fluctuaciones son las siguientes:

- Las personas deprimidas excretan cantidades mucho menores de premetoxi-4-hidroxifenilén glicol (MHPG) por la orina en comparación con personas normales. Se considera que el MHPG es el principal proceso metabólico de la noradrenalina cerebral.
- Las personas que excretan cantidades bajas en MHPG responden bien al tratamiento con clorhidrato de disimipramina o clorhidrato de isimipramina, mientras que aquellos individuos que excretan cantidades normales de MHPG no responden bien al tratamiento con los medicamentos antes mencionados.
- Los trastornos de electrolitos acompañan también a los trastornos bipolares pues se han encontrado que durante la depresión hay una retención de sodio y se altera su distribución. Existe también una alteración en la excreción de potasio y agua, pues aumenta durante la depresión y disminuye durante el periodo de elación.
- Por otra parte, también se ha encontrado que los depresivos unipolares, particularmente mujeres postmenopausicas, secretan mucho menor cantidad de hormona del crecimiento, que las personas sanas o deprimidos bipolares.

Cabe destacar que todavía no queda clara la influencia que ejercen los cambios metabólicos en el síndrome depresivo, ya que los estudios no muestran claramente si los procesos psicológicos preceden a los cambios en el comportamiento y el metabolismo de ciertos neurotransmisores, o si éstos últimos desencadenan los cambios en los procesos psicológicos, (Kolb,1998) (Kendall y Norton-Ford,1988).

Por el momento no es el objetivo poner a discusión el tema, sino más bien señalar que existe un continuo de antecedentes. De lo contrario se podría pensar que el estado de ánimo del ser humano es el producto del funcionamiento de sus neurotransmisores, sus hormonas, etc. De hecho aunque algunos autores señalan la posibilidad de transmitir la predisposición a padecer depresión por vía genética, esto no está totalmente comprobado, (Kendall y Norton-Ford, 1988).



C) TRATAMIENTO



En general el tratamiento de las depresiones bipolares es a partir de litio; en el caso de los padecimientos bipolares, éstos son tratados con compuestos tricíclicos, inhibidores de la mono-oxidasa. Como último recurso se emplea los electrochoques para los pacientes mas graves.

En el periodo maníaco el tratamiento empieza con litio y algún neuroléptico, de preferencia haloperidol. Aunque cabe destacar que el litio está contraindicado en pacientes con trastornos en la función del riñón o con cardiopatías, epilepsias o en ancianos. Un síntoma de que el litio ha sido tóxico para el organismo lo constituye el temblor de las manos. Si el temblor es muy fuerte se agrega propanolol.

La psicoterapia también constituye parte del tratamiento en los estados leves de depresión e hipomanía, ayudando a la persona a adaptarse socialmente mejorando su actividad laboral, y su capacidad para comunicarse.

En el caso de los pacientes bipolares, el proceso psicoanalítico no ha dado buenos resultados. En estos casos el análisis va enfocado a tranquilizar constantemente al enfermo mencionándole que se recuperara y hablándole abiertamente de su problema.

En el caso de las depresiones involutivas, éstas deben ser atendidas en un hospital psiquiátrico y la forma más efectiva de tratamiento este basado en electrochoques. El paciente puede recibir de 12 a 20 tratamientos.

De acuerdo con Kolb (1998), el noventa por ciento de los pacientes depresivos se recuperan por completo ya que los medicamentos antidepresivos se han generalizado.

De acuerdo con Arieti y Bemporá (1993), la terapia con psicofármacos produce mejorías de lo síntomas pero no en los más severos, además de que no modifican las estructuras básicas de la personalidad que originan la vulnerabilidad del paciente a la depresión. Por lo tanto es importante que la psicoterapia sea simultánea a los psicofármacos.

Los datos anteriores muestran que la administración de medicamentos va enfocado a corregir la producción de neurotransmisores que permitan a la persona recuperar su salud. El suministro de las medicinas se ha generalizado para todos los tipos y todos los casos de depresión, sin embargo, ¿se obtendrán resultados favorables para las depresiones de tipo exógeno?



Las observaciones hechas en este sentido muestran que los pacientes que viven situaciones angustiosas y de constante conflicto, responden mal al tratamiento con fármacos. Por otra parte también se ha encontrado que los hombres que padecen de depresión bipolar se recuperan más rápido que las mujeres, (Arieti y Bemporá, 1993). ¿A qué podrá atribuirse? ¿Será por la constitución física de las mujeres? ¿Las mujeres son más débiles? ¿Son más enfermizas?

1.3.2 ENFOQUE PSICOANALITICO

A) CONCEPTO DE DEPRESION

En general los modelos psicodinámicos coinciden en que la depresión es una "ira interiorizada", un deseo de castigarse a sí mismo en lugar de expresar el enojo hacia otras personas; y en el que las necesidades de dependencia juegan un papel muy importante para que en una persona aparezcan ideas de que ella no merece afecto.

Las dos disposiciones anteriores se combinan con las pérdidas que el ser humano tiene en el transcurso de su vida, como pueden ser el fallecimiento de un familiar, la pérdida de su trabajo, etc. (Kendall y Norton-Ford, 1988).

Sigmund Freud fue el primer psicoanalista en ocuparse de la depresión, refiriéndose a ésta como melancolía. Freud (1972) señala ciertas analogías entre el duelo normal y la melancolía y concluye que: los dos estados de ánimo surgen como reacción de la persona ante la pérdida de un ser amado, un ideal, etc., la diferencia entre ambos consiste en que en el duelo, la pérdida del objeto es real, mientras que en la melancolía, la pérdida es emocional.

El estado de ánimo de las personas es similar tanto en la melancolía como en el duelo, existe un desinterés por el mundo exterior, hay una inhibición de las actividades y una incapacidad para amar, pero en la melancolía se agregan los sentimientos de culpa y humillación, (Colom, 1986).

B) ORIGEN Y DINAMICA DE LA DEPRESION

De acuerdo con Kolb (1998), desde un enfoque psicoanalítico, el origen de la depresión está relacionado con la angustia que se presenta en las personas que mantienen metas o enlaces personales de una manera compulsiva, con el fin de mantener un sentimiento de seguridad. A grandes rasgos, tres son los grupos de comportamiento por medio de los cuales se busca la seguridad: a) el deseo de ser digno y por lo tanto amado y respetado, y como consecuencia no sentirse inferior ni que haya una falta de respeto por parte de los demás; b) el deseo de ser fuerte, superior y seguro; c) el deseo de ser bueno y amar, y no ser agresivo, odiado o destructivo.



Como consecuencia del conflicto que hay entre las aspiraciones y el potencial real o fantasioso, aparecen los síntomas de depresión.

Las depresiones, de esta manera, son consideradas como regresiones de conductas propias de la etapa infantil ya que ocurren en aquellas personas que no han creado defensas contra los estados afectivos que surgen a partir de las separaciones parciales o las deprivaciones de afecto, características que se viven en las primeras etapas de la infancia, (Kolb, 1998)

En el caso de las personas maniaco-depresivas se ha notado que tienen gran capacidad para establecer relaciones sociales, ello puede deberse a un contacto satisfactorio con la madre en los primeros años de vida, sin embargo, por alguna razón el individuo no logra controlar por completo su capacidad para aceptar las separaciones. Así los individuos con episodios depresivos mantienen una fijación en esta etapa y se comportan de manera compulsiva respecto a la importancia de la relación con un objeto u objetivo que les asegure amor, respeto y poder, (Kolb, 1998).

Por otra parte, las teorías psicodinámicas explican que el cambio de depresión a elación que se presenta en las depresiones bipolares, está relacionado con un proceso de vacilación ante la identificación de las figuras paternas. De esta manera, durante la fase de depresión el individuo identifica la figura materna, posteriormente en la fase de elación niega la sumisión y muestra impulsos intensos, adquisitivos y sádicos, como si imitara a la figura paterna.

C) TRATAMIENTO DESDE EL ENFOQUE PSICOANALÍTICO



Desde esta postura se considera que toda persona que llega a la edad adulta suele estar afectada de una personalidad infantil, por lo que el objetivo de la psicología analítica es eliminar todo restos de infantilismo persistente y reforzar el "Yo", constituyendo la personalidad adulta, (Daco, 1980).

Un "yo" "en buen estado", permite flexibilidad y adaptabilidad máxima sin temores a las realidades de la vida, lo que permitirá trascender el estadio infantil para acceder a la fase adulta.

El Yo se "debilita" por la fuerza ejercida del "Super-Yo patológico" que se caracteriza por las represiones hacia el Yo, lo que conduce a la formación de complejos y éstos a problemas como neurosis o depresiones.



El Super-Yo es un residuo de la educación convertido en inconsciente, comprende las normas, las costumbres, los tabúes, prohibiciones, las actitudes permitidas y no autorizadas, prejuicios, y en general todo lo que reglamenta la vida humana.

La formación del Super-Yo empieza desde las primeras manifestaciones instintivas del niño con el propósito de que se adapte a la vida social, para que se respete a sí mismo y a los que le rodean, pero la manera como se logra esto determina que una persona pueda construir un Yo fuerte o débil.

Generalmente en el proceso de socialización al niño se le lesiona, restringe, se le inspira miedo y angustia, temor del juicio moral, todo esto perneado con sentimientos de culpabilidad, (Daco, 1980).

La psicoterapia psicoanalítica es el proceso a través del cual los sentimientos, pensamientos y necesidades inconscientes se hacen conscientes a través de diferentes técnicas, las cuales son: asociación libre, la interpretación de los sueños, el análisis de la transferencia y de las resistencias.



Fotografía: Ricardo Ramírez y María Silvia Torres.
En Menchú T. R. 2002 "Hacia una cultura de paz"
México, Lumen. Pag 22.

1.- LA ASOCIACION LIBRE consiste en expresar sin discriminación todos los pensamientos que vienen a la mente ya sea a partir de un elemento dado (palabra, número, imagen de un sueño, etc.) o de forma espontánea, (González y Rodríguez, 2002). Por lo general el paciente se tiende en un diván, el analista toma asiento detrás del paciente, por lo que el analizado no puede ver ninguna de las reacciones del terapeuta. Las intervenciones del especialista son prácticamente nulas durante un periodo largo del tratamiento. El

paciente es invitado a decir todo lo que le pase por la imaginación, todo lo que le venga en gana según el momento. Solo después de cierto tiempo el analista interviene para deducir del material facilitado por el paciente las interpretaciones que conduzcan a una toma de conciencia, (Daco, 1980).

2.- LA TERAPIA SIMBOLICA permite reconstruir al Yo usando arquetipos (emoción condensada que se aloja en el inconsciente colectivo que impulsan al hombre hacia pensamientos y concepciones, acciones y realizaciones, prejuicios y movimientos de masa... a la manera de un invisible viento que sopla sobre una flota de veleros) y de símbolos (modo de representación indirecta y figurada de una idea, de un conflicto o deseo inconsciente), (González y Rodríguez, 2002).



El método simbólico se puede utilizar cuando la persona es incapaz de emprender un análisis estricto. Estas técnicas permitirán que el paciente no se vea envuelto en largos silencios o bloqueos.

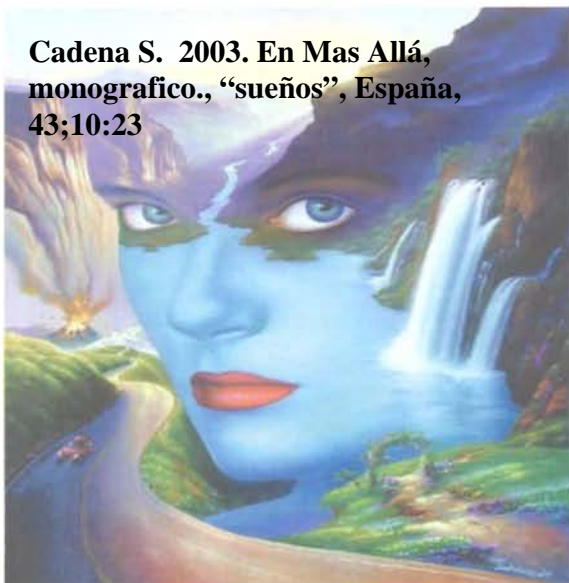
Una forma de llevarlo a cabo es utilizando la imaginación. El psicólogo va sugiriendo imágenes o situaciones (reales o simbólicas), que ayudarán al paciente a penetrar en su inconsciente. Por ejemplo puede pedir al paciente que se imagine una situación de su vida cotidiana como si estuviera asistiendo a ella en calidad de espectador. Otra forma de terapia simbólica es la asociación de ideas en las que el terapeuta le pide al paciente que exprese lo que se le ocurra cuando se pronuncie una palabra (la cual es tomada de su parloteo anterior).

Las técnicas simbólicas pueden ser un fracaso sobre todo en personas que no juzgan mas que a través de la razón y la lógica pues considerarán que tal o cual situación es absurda al no corresponder con el mundo real, en tales casos se requiere de que el paciente sea entrenado para “dejar volar su imaginación” y considere que sus imágenes son tan reales como un sueño nocturno, (Daco, 1980).



Fotografía: Ricardo Ramirez y María Silvia Torres. En Menchú T. R. 2002 “Hacia una cultura de paz” México, Lumen. Pag 22.

3.- LA INTERPRETACION DE LOS SUEÑOS Interpretar un sueño significa traducirlo. Los sueños poseen la capacidad de evocar asociaciones que traen a la conciencia una experiencia olvidada y la emoción correspondiente, por ello constituyen un medio útil para revelar la etapa de desarrollo y el tipo de fijación a la que está ligada la psiquis.



Cadena S. 2003. En Mas Allá, monográfico., “sueños”, España, 43;10:23

En esta técnica se le pide al paciente que intensifique su atención para sus percepciones psíquicas y procure evitar la crítica de los pensamientos que le afloran, esto se logra con mayor facilidad en una posición de reposo y con los ojos cerrados. Al eliminar la crítica resaltan una multitud de ocurrencias que dejan entrever los deseos que originaron el sueño.

4.- LA TRANSFERENCIA Y CONTRATRANSFERENCIA



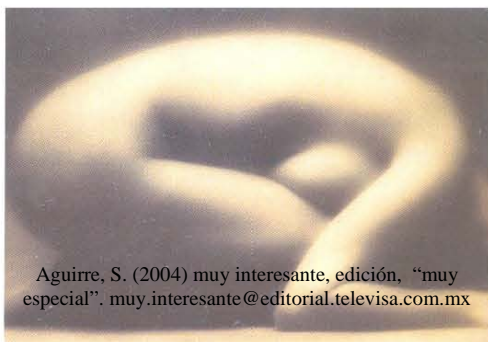
La transferencia consiste en pulsiones, sentimientos, actitudes, fantasías y defensas actuales que son la repetición de reacciones formadas respecto a personas importantes de la primera infancia, convertidas inconscientemente en figuras actuales.

Las reacciones transferenciales pueden ser reacciones impropias de amor, odio, envidia, celos, o competencia hacia el analista. En el intento de revivir y reactualizar situaciones reales o imaginarias y satisfacer necesidades pretéritas durante el análisis psicoterapéutico presente, la transferencia se convierte en un fenómeno regresivo, a la que se le debe dar un sentido curativo.

La contratransferencia consiste en proyectar sobre el paciente sentimientos que no le corresponden. Son sentimientos que el analista experimentó con otras personas en el pasado.

El psicoterapeuta necesita el insight sobre sí mismo y sobre la situación psicoterapéutica para llegar a la contratransferencia consciente y disciplinada. De esta manera la contratransferencia se convierte en un instrumento para retroalimentar al paciente acerca de su problemática haciendo uso de las confrontaciones, clarificaciones e interpretaciones.

5.- TECNICAS PARA EL ANALISIS DE LAS RESISTENCIAS



Aguirre, S. (2004) muy interesante, edición, "muy especial". muy.interesante@editorial.televisa.com.mx

La resistencia se define como cualquier manifestación del paciente en oposición a los intentos del analista de influir en él. La resistencia constituye el obstáculo para el esclarecimiento de los síntomas y para el avance del tratamiento. Existen cuatro pasos en el análisis de las resistencias.

ACLARACIÓN "es la intervención verbal no esperada por el paciente, que puede ser sorpresiva, mediante la cual se capta en ese momento la conducta del paciente y que pretende organizar todas las partes del material verbal y a veces no verbal que ha proporcionado el paciente y que resulta incompleto o confuso. Esta intervención es el primer paso a nivel cognoscitivo del discurso del paciente. Se discute en una forma no cuestionada para descubrir el grado de entendimiento o confusión respecto a lo que permanece poco claro" (González y Rodríguez, 2002. p 363).

CONFRONTACION Intervención que dirige la atención del paciente hacia situaciones, pensamientos, relaciones o afectos escindidos. Es explicar al paciente la cadena secuencial de su vivencia y además que la aclare para sí mismo. En esta forma se da cuenta de su proceso personal y promueve el cambio.



INTERPRETACION Traducción, deducción por medio de la investigación analítica, del sentido latente existente en las manifestaciones no verbales u de comportamiento de la persona. La interpretación saca a la luz las modalidades del conflicto defensivo, las cuales son comunicadas a la persona con el propósito de hacerle accesible este sentido latente.

TRANSLABORACION Es el trabajo que se hace después de haber obtenido un insight y que conduce a un cambio estable de comportamiento o actitud. Es el proceso mediante el cual el paciente, a partir de una elaboración, una confrontación y una interpretación, inicia un trabajo terapéutico que redundará en el cambio.

6.-INTERVENCIONES TERAPEUTICAS NO PSICOANALITICAS

Es importante utilizar terapia de apoyo de manera adjunta al psicoanálisis en caso de ser requerido. De acuerdo con González y Rodríguez (2002) éstas técnicas pueden ser:

GUIA O CONDUCCIÓN Promueven ayuda activa a la persona en aspectos tales como educación, Empleo, salud y relaciones interpersonales. Caen dentro de este rubro casos de consejería y técnicas educacionales.

MANIPULACIÓN AMBIENTAL El trabajo social ha estructurado el sistema de manipulación ambiental, en donde los servicios prestados incluyen, la mediación de financiamiento, alojamiento, trabajo, recreaciones, rehabilitación, y tratamiento de problemas maritales y familiares.

EXTERNALIZACION DE INTERESES Es empleado cuando el paciente se ha visto tan absorbido por sus problemas internos que ha perdido interés en su realidad externa. Se pretende que el paciente se interese hacia el mundo exterior enfocándose hacia las artes, la música, juegos, deportes, recreaciones o hobbies.

INDUCCION A LA TRANQUILIDAD La inducción a la tranquilidad es utilizada en todas las psicoterapias. El hecho de entrar a psicoterapia proporciona tranquilidad al paciente de que no es incurable y está destinado a la locura.

TECNICAS SUGESTIVAS El propósito de las técnicas sugestivas es la eliminación de síntomas y lograr un adecuado funcionamiento de los órganos corporales y una restauración de las actitudes emocionales normales. Estas técnicas son: Sugestión hipnótica, sugestión por prestigio y autosugestión.

PRESIÓN Y COERCIÓN Son medidas autoritarias calculadas para llevar al paciente a soportar premios y castigos con el fin de orientarlo hacia ciertas acciones.



PERSUACION Técnica basada en la creencia de que el paciente tiene en sí mismo el poder de modificar sus procesos emocionales patológicos mediante la fuerza de voluntad a través de la utilización del sentido común.

CATARSIS EMOCIONAL Y DESENSIBILIZACIÓN La confesión o el hablar de cosas en una relación de amistad o con un profesional son métodos comunes para liberarse de la tensión.

RELAJACIÓN MUSCULAR La tensión muscular acompaña a los problemas emocionales por lo que pueden contribuir a exagerar los problemas del paciente al operar como foco de nuevas ansiedades.

HIDROTERAPIA Con el baño continuo se disminuye el tono muscular y puede inducir al sueño, lo que provoca relajación en la persona y disminución de estados de ansiedad.

SHOCK Y TERAPIA CONVULSIVA El choque insulínico frecuentemente es utilizado en la esquizofrenia. El tratamiento de subcoma insulínico es aplicado en estados agudos de ansiedad severa, en condiciones de confusión tóxica (delirium tremens). A menudo el paciente se tranquiliza con la insulina y esto permite que se pueda trabajar con psicoterapia.

TERAPIA FARMACEUTICA En ésta se emplean narcóticos para el tratamiento de problemas emocionales, para controlar la excitación, la tensión y la ansiedad. Los más conocidos son los sedantes y los estimulantes.

NEUROCIURUGIA. La cirugía de cerebro es utilizada, en tratamiento de problemas mentales severos.

TERAPIA GRUPAL INSPIRACIONAL Se caracteriza por tener un líder quien se establece a sí mismo como personaje omnipotente a quien se espera que el paciente obedezca. Los resultados satisfactorios se obtienen mientras el paciente sea capaz de sostener una imagen del mismo como poderoso y protector.

MUSICOTERAPIA Con la música se pretende que el paciente libere energía psíquico, para estimular sensaciones de placer, para provocar sueños diurnos y fantasías, para contrarrestar tensiones, para regresar a la persona de vuelta a la realidad y para disminuir la fatiga.

El procedimiento psicoanalítico ortodoxo con el uso del diván y asociaciones libres no está indicado para pacientes con depresión profunda, ni siquiera en los intervalos no depresivos, (Arieti y Bemporá, 1993).

La interpretación de los sueños suele ser muy útil para comprender mejor los principales conflictos, así como el pesimismo predominante, aunque muchos pacientes con depresiones profundas les cuesta trabajo recordar sus sueños.



El tratamiento de los episodios hipomaníacos es opuesto al que se emplea en los episodios depresivos. Se busca provocar la rabia e irritación del paciente, por ejemplo, insistiendo en que omita detalles o indicándole que debe hablar de determinados temas (aquellos que son capaces de inducir depresión), en este caso una depresión leve es conveniente a los fines terapéuticos. Cabe señalar que el tratamiento de los episodios hipomaniacos es problemático debido a la fuga de ideas que impide todo contacto significativo, (Arieti y Bemporá, 1993).

Como se puede observar Freud y otros psicoanalistas recalcan la importancia de los conflictos psíquicos internos como causantes de la depresión. Pero ¿por qué surge dicho desequilibrio? ¿Será que son parte de la naturaleza humana?

Sin lugar a dudas los procesos psíquicos en pugna son producto de una relación real con las figuras paternas, vivida en una etapa temprana del desarrollo, lo cual significa que son construidos, tienen una base real y se interiorizan posteriormente.

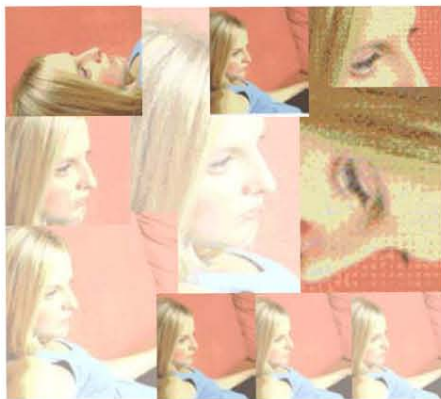
Ahora bien, ¿los conflictos internos con las figuras paternas se viven y se manifiestan de igual manera en hombres y mujeres?, si esto es así, ¿porqué son mas propensas las mujeres a la depresión?

1.3.3 TERAPIA COGNITIVA-CONDUCTUAL DE AARON T. BECK

A) CONCEPTO DE DEPRESION

Entre los modelos conductuales se considera que la depresión es el resultado de un acceso limitado a las acciones que pueden proporcionar un refuerzo, posiblemente porque el sujeto no es capaz de ejecutar una acción que le brinde refuerzos.

Por su parte Seligman (citado en Freden, 1986), observó que la indefensión aprendida es parecida al estado depresivo, ambas conductas son el resultado de la pérdida de control sobre los medios para obtener un refuerzo, ya sea positivo o negativo. En consecuencia, El individuo ve el triunfo y el fracaso sin relación con sus acciones.



De acuerdo con Beck, quien aborda la depresión desde un enfoque cognitivo-conductual, las conductas depresivas son el resultado de modelos anormales de pensar, por ejemplo, tener ideas exageradas del deber y la responsabilidad, pensamientos absolutistas y anticipaciones negativas (Colom, 1986). En dicho enfoque se reconoce la interdependencia

entre la cognición, afecto, fisiología y conducta, sin embargo, se recalca un



especial énfasis en el proceso cognitivo ya que la manera como los individuos perciben el ambiente y los hechos que le rodean, influyen para que se presenten problemas como la depresión, aunque cabe destacar que por sí mismas las cogniciones no son suficientes para que se presente dicho desajuste emocional.

Las actitudes negativas tienen que interactuar con las experiencias aversivas de la vida para crear el tipo de pensamiento negativo que es característico de la depresión, (Dobson y Franche, citado en Caballo, 1991).

De este modo, Beck (citado en Buela-Casal y Caballo, 1991) determina que, la manera en que los pacientes perciben y, en consecuencia, estructuran el mundo, es lo que determina sus emociones y su conducta.

A) TRATAMIENTO



Teniendo como sustento teórico la importancia de los modelos de pensamiento negativo, Beck enfoca el tratamiento de la depresión, a las cogniciones negativas, sin embargo, esto no quiere decir que no se busque el cambio en las áreas de afecto y conducta, durante la terapia cognitiva.

La terapia cognitiva de Beck se caracteriza por los siguientes aspectos: se sigue un modelo educativo, es breve y con límite de tiempo, se basa en un esfuerzo colaborador entre paciente y terapeuta, emplea el método socrático, como condición necesaria se requiere de una buena relación terapéutica, es estructurada y directiva, orientada hacia los problemas, basada en el método científico, tiene gran importancia el trabajo en casa, (Caro, 1991).

La secuencia del tratamiento es básicamente el siguiente:

SESIONES 1 A 5

1. Se ofrece la justificación y la base de la terapia
2. Entrenar al paciente en áreas de auto-registro.
3. Emplear, cuando es necesario, estrategias de activación conductual.
4. Entrenar al paciente en la identificación de cogniciones o pensamientos automáticos.



SESIONES 6 A 17

1. Comenzar a reconocer el mundo cognitivo del paciente y explorar los supuestos subyacentes.

SESIONES 17 A 20

1. Preparar al paciente para terminar la terapia y evitar las recaídas haciendo un seguimiento.

TECNICAS COGNITIVAS Y CONDUCTUALES PARA EL TRATAMIENTO DE LA DEPRESION

1.- PLANIFICACIÓN DE ACTIVIDADES

El objetivo principal es luchar contra la pérdida de motivación y la carencia de actividad, así como evitar que las personas se preocupen por las ideas negativas que le asaltan. Esta técnica consiste en elegir actividades con una alta probabilidad de éxito, dichas labores servirán para contrarrestar las ideas negativas como “soy un inútil”, “no soy capaz de emprender nada”, etc.

2.- TECNICA DE MAESTRIA Y AGRADO

Se refiere a la sensación de ejecución, y de logro al hacer una tarea y a las sensaciones agradables asociadas a la realización de la misma. Este tipo de ejercicio servirá para competir contra los pensamientos absolutistas como: “no puedo hacer nada”, “nada me distrae”, etc. Lo que el paciente debe registrar es el nivel de agrado que le causa la actividad que está realizando.

3.-COMPROBACION DE PREDICCIONES O DE HIPOTESIS

Esta técnica consiste en convertir en hipótesis cualquier idea negativa para posteriormente comprobar dicha hipótesis. Por ejemplo: “los demás son más interesantes que yo”; enseguida se anotan aspectos a favor (“suelen hablar de más cosas”, “no se ponen nerviosos”, “están seguros de lo que dicen”) y en contra (“yo también lo he hecho”). Finalmente se plantea un experimento para comprobar la hipótesis.

4.- TECNICA DE LA TRIPLE COLUMNA

Este trabajo tiene como finalidad que el paciente cuestione la veracidad de sus cogniciones y descubra sus errores cognitivos. Consiste en entrenar al paciente en el uso de unas hojas con tres columnas en las que registrará las ideas que le producen malestar. De izquierda a derecha las columnas son: a) situaciones, b) pensamientos negativos, y c) respuesta racional.



Beck ha establecido que las emociones y el comportamiento del ser humano están determinados por la manera como éste percibe y estructura el mundo.

Efectivamente, un aspecto importante en la salud de los individuos es el tipo de pensamientos que las personas tienen acerca de lo que les rodea, sin embargo, al plantear el problema de la depresión este autor lo aborda como si fuese un asunto “mental” solamente (haciendo alusión al dualismo mente-cuerpo), y el cambio de tipo de pensamientos (de negativo a positivo), da como resultado la recuperación de la salud. Pero el asunto no es tan sencillo ¿de dónde surgen las cogniciones negativas que predisponen a la depresión?, ¿Todos los sujetos están propensos a manifestar cogniciones negativas?, Luego entonces, ¿por qué son las mujeres más depresivas que los hombres?, ¿Cómo perciben y estructuran el mundo las mujeres que las hace vulnerables a la depresión?

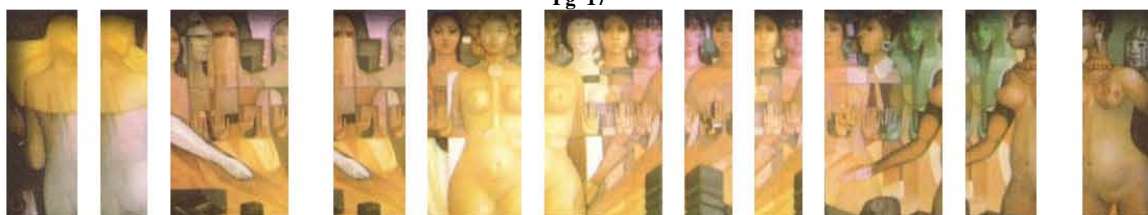
Sin lugar a dudas los patrones de pensamiento negativo no aparecen de repente, sino que se construyen en el diario vivir y en estrecha relación con el ámbito social y cultural. De esta manera cada persona elabora formas de sentir, pensar, comportarse y enfermar.

Cuando una persona ha interiorizado formas de pensar éstas no se quedan en lo abstracto, sino que se materializan en el cuerpo (entendido holísticamente), ya su vez, a través de ese cuerpo expresa lo que ha aprendido. ¿Qué han interiorizado las mujeres que las hacen más propensas a la depresión?

REFLEXION

Fotografía: Ricardo Ramirez y María Silvia Torres. En Menchú T. R. 2002 “Hacia una cultura de paz” México, Lumen.

Pg 17



La revisión teórica de las diferentes aproximaciones deja entrever al menos dos aspectos. El primero de ellos referente a la separación mente-cuerpo y el segundo en torno a las características del concepto salud-enfermedad.

La depresión ha sido abordada como una enfermedad cuyo objetivo primordial para recuperar la salud, varía dependiendo del enfoque teórico en cuestión. La Psiquiatría se ha ocupado del aspecto físico (aunque no deja de lado la psicoterapia), encaminando su metodología al equilibrio en la segregación de neurotransmisores y hormonas, que se cree está relacionada con el estado de ánimo de la persona. El psicoanálisis se enfoca al aspecto emocional, analizando



los conflictos internos de amor y odio. Y la terapia cognitivo-conductual se dirigen a la parte mental, buscando un equilibrio en el comportamiento y el pensamiento.

Estas aproximaciones hacen creer que, la enfermedad puede ser física o psicológica y que para cada una existe algún tratamiento. Sin embargo, el síndrome depresivo ha mostrado que la separación mente y cuerpo resulta complicada en la vida práctica. Las molestias físicas acarrearán sentimientos y pensamientos de inutilidad, a su vez éstos provocan malestares físicos. Todo en conjunto interfiere en la dinámica familiar y social, y ésta en los malestares físicos y psicológicos. Resulta pues más complicado de lo que aparenta.



Los fundamentos científicos apoyan esta falsa creencia con respecto a la Salud Mental. De acuerdo con un glosario de terminología psiquiátrica, la salud mental es “un estado de bienestar emocional en el que la persona es capaz de funcionar confortablemente dentro de una sociedad y en el que sus características y alcances personales le son satisfactorios” (citado en García y Andrade, 1994).



Esta noción atomizada hace creer que es posible hacer fragmentaciones en el individuo. Que es factible hablar de una salud física, psicológica o social. Resulta difícil vislumbrar que lo uno esté contenido en lo otro, que el ser humano es indivisible, que lo que ocurra en su entorno social (familia, grupo de amigos, pareja, etc.), repercute en su bienestar emocional y físico, y viceversa. Como lo destaca Lowen (1982), es ilusorio hablar

de una enfermedad mental “solamente”, pues necesariamente tiene que estar enfermo el cuerpo. La perturbación emocional implica el aspecto físico y mental.

A manera de ejemplo se pueden citar algunas observaciones hechas por Herrera (1998), quien encontró que “en las familias donde hay maltrato físico o la negación y la represión de pautas emocionales y corporales de la sexualidad, se generan contracturas musculares identificándolas por el hundimiento del cuello, ensanchamiento del pecho y en general deformaciones a nivel estructural de los huesos”, (p.53).

En este caso resulta evidente que los factores sociales se involucran con los emocionales para repercutir en el aspecto físico de las personas. Pero el asunto no para allí porque a su vez éstas manifestaciones físicas seguramente tendrán un impacto en el aspecto emocional, creando nuevas formas de vida, hábitos,



costumbres, etc., de tal manera que generan círculos en los que difícilmente se puede ver el inicio y el final, dónde se delimita lo físico, lo psicológico y lo social.

Hasta el momento se han hecho estas separaciones solo para fines didácticos, pues como se ha mencionado, en el ámbito práctico lo uno está contenido en lo otro, es decir, la manera de pensar y sentir se concreta en una manera de comportarse (enferma o sanamente) y a su vez esto repercute en un nivel orgánico. En este sentido, el ser humano es un todo que no puede ser fragmentado. El ser humano constituye un cuerpo, pero no en el sentido atomizado, (parte física o biológica de la persona) sino como lo describe López (1997), quien menciona que el cuerpo es el resultado de una herencia genética y cultural.

El cuerpo se construye con ritos, hábitos y costumbres establecidos dentro de una cultura. Estos modifican maneras de sentir y de pensar, concretándose en formas de vivir y de enfermar. Se debe entender al cuerpo no solamente como aquella estructura compuesta por órganos y aparatos, sino como el resultado de la interacción de la persona con el ambiente social y cultural (Pérez-Rincón, 1994).

De acuerdo con el concepto que se ha tenido de “cuerpo” (atomizado, dividido), se puede ver también que el concepto de salud y enfermedad apoya y se ve apoyado por un enfoque de fragmentación. Así la salud mental en específico, se enfoca a recuperar el bienestar emocional del individuo.

En la bibliografía que se revisó para este capítulo, muestra que cada uno de los enfoques teóricos retoma el concepto de salud y enfermedad de una manera atomizada. Al abordar el problema de la depresión cada enfoque se ocupa de la parte corporal, o de la comportamental, o de los conflictos internos o de la parte racional. Esta manera de visualizar dicho malestar no ha dado solución a éste ya que las estadísticas indican que los casos de depresión son cada vez más frecuentes y su prevalencia es de dos mujeres por cada hombre. ¿A que se debe esta diferencia?, la respuesta es bastante amplia y para ello está dedicado el siguiente capítulo, por ahora es importante remarcar que existen diferencias significativas entre hombres y mujeres y que aun dentro del género femenino existen desigualdades que hacen imposible pensar que un tratamiento debe ser administrado a cualquier tipo de persona, es decir, que no puede ser generalizado, sin tomar en cuenta la historia de vida del individuo, pues como ya se mencionó la manera de vivir influye en la manera de enfermar.

Desde otra postura se puede conceptualizar a la salud y la enfermedad como entidades construibles en el proceso de la vida. Las aproximaciones teóricas revisadas las han considerado como dos condiciones en las cuales se puede encontrar un ser humano. En el caso de la depresión, los estudios se enfocan a analizar y a tratar los síntomas que presentan las personas depresivas, pero muy pocas teorías se preguntan el cómo fue que dicha persona llegó a esa situación, qué fue lo que hizo o dejó de hacer para estar en una situación de enfermedad.



Todo tiene un origen y en este sentido ¿cuál es el de la depresión?, ¿Cómo se construye?, ¿Por qué hay mas casos de mujeres que hombres depresivos?

En ocasiones creemos que son obvias las diferencias que existen entre hombres y mujeres, pero lo que no se considera es que la manera de pensarse a sí misma (o), de pensar al otro y a lo que rodea se elabora de manera diferente. Es decir, que la subjetividad se construye de manera diferente. Es de creencia popular que el hombre es mas fuerte, inquieto, hábil, arriesgado, etc.; y la mujer es mas dulce, tierna, tranquila, amorosa, etc.; y que cada uno tiene estas y muchas otras cualidades por naturaleza, sin embargo habría que cuestionar que tan relativa es esa supuesta naturaleza, ya que la femineidad y la masculinidad son el resultado de las características biológicas y los roles sociales que les son asignados a hombres y mujeres de acuerdo a la cultura en la que se encuentren inmersos, y con ello construyen también formas distintas de vivir y enfermar.

Como puede notarse, se hace necesaria la inclusión de elementos analíticos que permitan explicar la depresión desde su origen, como un proceso corporal que es construido social y culturalmente. Este tipo de elementos necesariamente requiere la inclusión de la construcción de la identidad.

El enfoque cuyos elementos analíticos permite visualizar a la salud y la enfermedad mental como construcciones culturales, corresponde al género, ya que proporciona recursos como el análisis y la comprensión de que los comportamientos y problemáticas en hombres y mujeres mas que tener un origen natural, son construidos social y culturalmente, de tal manera que los roles de género que son asignados en forma distinta a hombres, hacen posible las pautas de comportamiento de la masculinidad y la femineidad (Burín, 1993), y con ello formas distintas de vivir y enfermar.

Entender que la depresión es un malestar construible posibilita la oportunidad para buscar nuevas alternativas que den solución a dicho padecimiento, que en concreto, tendrá que incluir el mejoramiento de la calidad de vida.

La forma de conceptualizar a la salud y la enfermedad de Langer y Lozano (1998), permiten visualizarlas no como polos extremos, para dichos autores la “salud individual y colectiva es un proceso dinámico que resulta de la compleja e intrincada relación entre una base biológica y factores socioeconómicos, culturales, psicológicos y conductuales que influyen sobre ella y la modifican”

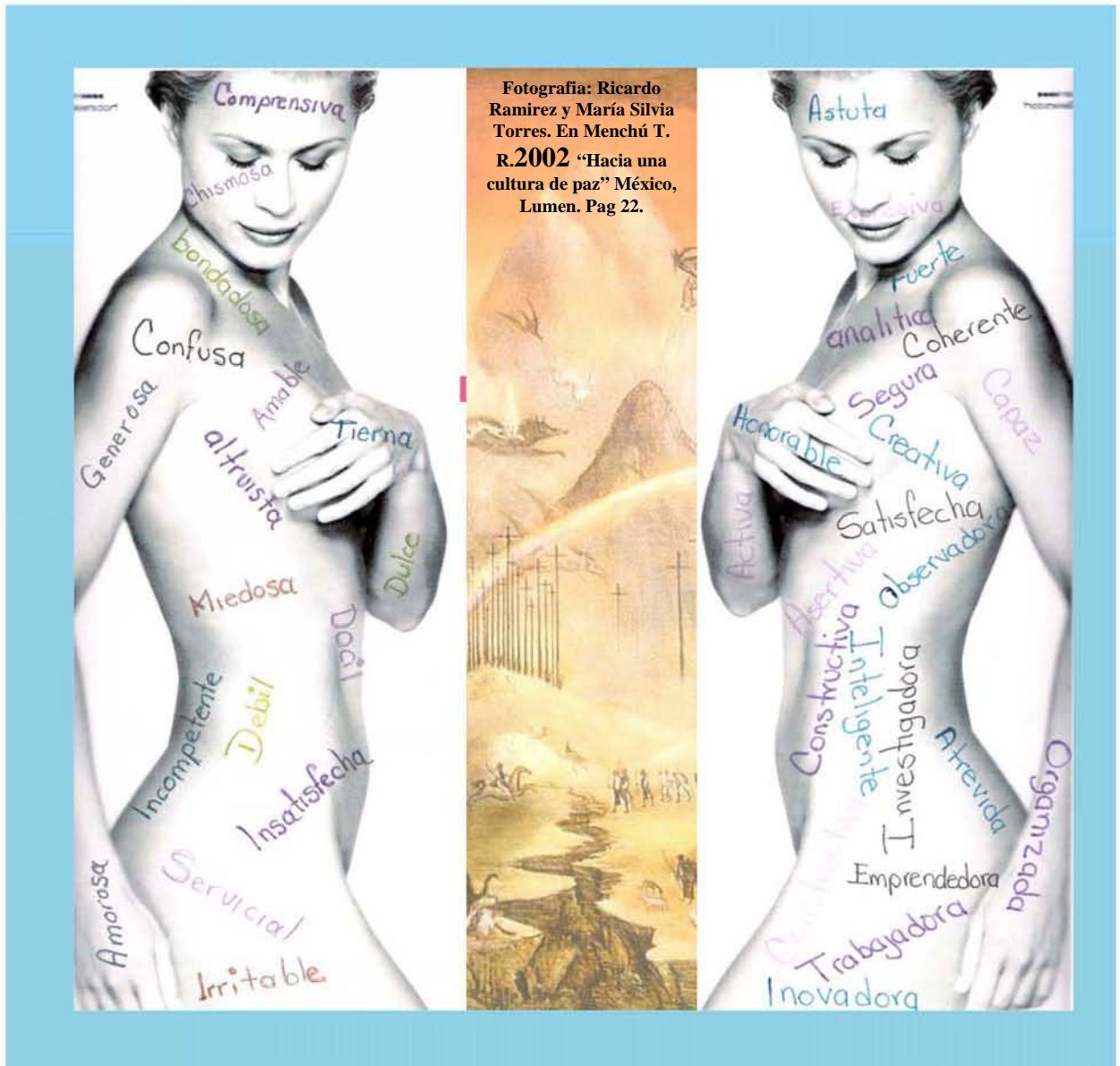
Esto significa que la salud no es un hecho biológico e individual, sino que se conforma, dentro de una colectividad y en un determinado momento histórico.

¿Cuál es la manera en que se relacionan los factores biológico, psicológico y social, en la construcción de la salud, y específicamente en la conformación de la salud mental?



CAPITULO II

IDENTIDAD FEMENINA Y SALUD MENTAL





2.1 LA SALUD MENTAL DESDE EL ENFOQUE DE GÉNERO

Desde este enfoque, la concepción que se tiene de cuerpo no hace referencia a la noción de mente-cuerpo en un sentido dualista y atomizado que rige todo el concepto de salud-enfermedad, en el que el cuerpo es la parte física del individuo y lo mental hace referencia a lo psicológico, lo emocional, cognitivo o conductual. Desde esta postura, cuerpo es el resultado de la interacción de la persona con el medio social y cultural, (Alvear, 1982).

Por consiguiente, el concepto de Salud Mental no hace referencia a psicopatología (como lo hacen los enfoques antes revisados), por las razones que más adelante se describirán, sino que se prefiere emplear el término de malestar.

Burín, Moncazar y Velásquez (1990, quienes se han dedicado al campo de la salud mental desde un enfoque de género han revalorado las conceptualizaciones que hasta ahora se han hecho en torno a este ámbito.

Dichas autoras hacen las observaciones siguientes, con respecto al concepto de salud mental que la OMS refiere: “un proceso sujeto a fluctuaciones debido a los factores biológicos, psicológicos, sociales, axiológicos y ecológicos que capacitan a las personas para satisfacer sus necesidades instintivas, que son potencialmente conflictivas, en armonía con su medio ambiente, también para establecer, mantener e integrar vínculos amorosos, para ejercer el propio liderazgo y participar activamente en los cambios constructivos de sí mismo y de su entorno físico y social” (citado en: García y Andrade, 1994. Pág. 41)

En primer lugar, consideran que es más adecuado emplear los termino de “estados conflictivos” que “fluctuaciones” en segunda instancia, consideran que al hacer referencia a “factores biológicos, psicológicos y sociales” plantean un supuesto dualismo que en realidad no existe; como siguiente punto, ¿a que se refiere con necesidades instintivas?, al ¿odio- amor?, al ¿instinto de vida- instinto de muerte?



En el segundo concepto (retomado de un glosario de terminología psiquiátrica), la salud mental “es un estado de bienestar emocional en el que la persona es capaz de funcionar confortablemente dentro de su sociedad y en el que sus características y alcances personales le son satisfactorios” (citado en García y Andrade, 1994. Pág. 41)

En éste se hace referencia a que la salud mental es “un estado”, pero cabe preguntarse ¿bajo qué condiciones se llega a ese estado? Para Mabel Burín



(1987), la salud mental tiene dos características básicas: a) es un proceso, y b) es construible.

De igual manera Burín, Moncazar y Velásquez (1990) hacen los siguientes señalamientos: ¿qué quiere decir “funcionar confortablemente”? Se refiere a ¿cumplir o actuar de buena manera?, ¿A que se refiere con “sus características”? a ¿las que tiene o cree tener?.

Continuando con el mismo estilo de análisis, respecto al tercer concepto obtenido del DSM IV (1995), “síndrome o patrón comportamental o psicológico de significación clínica, que aparece asociado a un malestar (p.ej. dolor), a una discapacidad (p. Ej. Deterioro de una o más áreas de funcionamiento) o a un riesgo significativamente aumentado de morir o de sufrir dolor, discapacidad o pérdida de libertad. Además este síndrome o patrón no debe ser meramente una respuesta culturalmente aceptada (p. ge La muerte de un ser querido), ni el comportamiento desviado (p. Ej. Político, religioso o sexual), ni los conflictos entre individuo y la sociedad son trastornos mentales”.

Se pueden hacer las siguientes observaciones: los términos “síndrome” o “patrón” nuevamente hablan de una situación a la que se ha llegado, ¿cómo se llega a ella?; “comportamental o psicológicos” hace referencia a una división del ser humano en biológico, psicológico y social que mas tarde se reafirma cuando se escribe “aparece asociado a”, como si se estuviera hablando de situaciones muy distintas que en algún momento pudieran llegar a coincidir, como si la persona estuviera dividida; “de significación clínica, ¿bajo que parámetros se mide la salud mental?, “pérdida de libertad” ¿cuál?, ¿de que tipo?.

Estas concepciones referentes a la salud y la enfermedad mental descritas por la OMS, DSM IV y el glosario de terminología psiquiatría, dejan entrever un supuesto dualismo “mente- cuerpo”, en la que el cuerpo es la parte física de la persona y el aspecto mental reside en la cabeza, en el comportamiento, y que tal vez, en algunas ocasiones puedan coincidir ambas partes.

Asimismo, estas definiciones proponen pensar en un cuerpo sin historia, como si la enfermedad mental fuera el resultado de un mal funcionamiento en el organismo individual.

En cambio el enfoque de género considera que es importante el estudio de la historia de la persona ya que en ella se encontrarán el origen y desarrollo del malestar (enfermedad mental).

Concebida a la enfermedad mental como un “estado”, una “situación” o una “condición”, el objetivo central de los profesionales de la salud, es proteger y recuperar la misma, dirigiendo el tratamiento a disminución o eliminación de los síntomas que la persona presenta en el momento, pretendiendo que la persona vuelva a estar dentro de los parámetros de la normalidad.



Ejemplo de ello son el enfoque cognitivo-conductual, el Psicoanálisis de Freud y la Psiquiatría, ya que abordan el problema de la depresión como un “estado” al cual las personas han llegado, una situación en la que las personas han perdido su salud. No se considera que haya un proceso de construcción de una vida sana o enferma mentalmente.

Además se considera a la persona como un ente pasivo que requiere de alguien (un profesional de la salud) para recuperar su bienestar.

Desde una perspectiva de género, la “enfermedad mental” es concebida como una “situación de conflicto”, resultado de las representaciones simbólicas ofrecidas a las mujeres, que se han construido en torno a la mujer-madre, mujer-esposa y mujer-domestica, (Burín, 1987; Burín, 1990), es decir, se considera que la enfermedad mental se construye dentro de un ámbito social y cultural.

La situación de conflicto, explica J. Bleger (citado en Burín, 1987) es la coexistencia de conductas contradictorias, incompatibles entre sí. Son parte de la vida misma y es significativo como elemento propulsor en el desarrollo de la persona o bien puede constituir una situación patológica. Para este autor lo ideal no es la ausencia de los conflictos sino el destino de los mismos y la posibilidad de resolverlos. Los conflictos psicológicos son el reflejo o la asimilación por parte del sujeto, del conflicto que se da en la estructura cultural.

Bleger describe la tipología de los conflictos de la siguiente manera: 1) conflicto



atracción-atracción, en el que el sujeto se encuentra a dos objetos atractivos o que desea pero que son incompatibles entre sí; 2) conflicto rechazo-rechazo, en este el sujeto se ve obligado a escoger entre dos situaciones desagradables, peligrosas o rechazantes; 3) conflicto atracción-rechazo, aquí el sujeto se enfrenta con tendencias o actitudes contradictorias dirigidas hacia el mismo objeto. Este último conflicto es

denominado como conflicto de ambivalencia y provoca gran tensión y ansiedad, acompañado de depresión y culpa.

Cuando el conflicto no es resuelto, es el punto de partida a todas las situaciones conflictivas y de las conductas defensivas que tienden a reducir o resolver la tensión o la ansiedad que acompaña al conflicto.

Asimismo los conflictos pueden ser vividos de forma consciente o inconsciente, en este último caso la persona puede sentir la ansiedad o la tensión pero no conoce las causas conflictivas y de las conductas defensivas que tienden a reducir o resolver la tensión o la ansiedad que acompaña al conflicto.



Pero ¿por qué es preferible hablar de crisis o conflicto en lugar de psicopatología? Cuando se habla de una psicopatología, se hace referencia a una enfermedad y esta a su vez nos remite a un “estado” o a una “condición” en la cual se encuentra la persona. Además se enfoca al malestar como un proceso individual y biológico.

Ahora bien, en el caso del conflicto, este hace referencia a una crisis la cual resulta de la conciencia que el sujeto tiene de vivir en condiciones perturbadoras. Además estas vivencias están moldeadas por elementos simbólicos creados dentro de una sociedad.

Como se puede observar, el concepto de salud mental rebasa a las nociones simplistas, en las que se muestra una tendencia a considerar que esta debe ocuparse únicamente de lo psicológico. Desde un enfoque de género se considera que la salud y la enfermedad mentales se construyen en la vida cotidiana.

Ahora bien, si la enfermedad mental se construye dentro de un ámbito social y cultural, es lógico pensar que la depresión se construye en la vida cotidiana de quien la padece.

Siendo las mujeres la población en la cual se presentan más casos de depresión, cabe preguntarse cómo se conforma la vida de las mujeres, qué es lo que las ha llevado a vivir su vida de tal manera, que las predispone a este malestar.

Para responder a estas cuestiones es necesario hacer una revisión de la conformación de la identidad femenina ya que ello permitirá entender la manera como las mujeres se perciben a sí mismas, a los otros y a lo que les rodea, pues en definitiva de ello depende el modo como se conducen por la vida, y la forma de vivir está estrechamente relacionada con la manera de enfermar.

2.2 LA CONSTRUCCION DE LA IDENTIDAD

La identidad hace referencia a todas aquellas características que describen a una persona como puede ser el género, la nacionalidad, la clase social a la que pertenece, particularidades físicas, profesión, lengua, etc.

Todas estas cualidades diferencian a los individuos unos de otros, pero al mismo tiempo los hace semejantes entre sí. Es decir, que por una parte hay cualidades que los individuos comparten, pero éstas características tal vez no sean similares a las de otro grupo, por lo tanto, en este sentido son diferentes.



El núcleo de la identidad lo constituye el SER. Si nos cuestionamos ¿quién soy? o ¿quién es ella?, los elementos que ayudan a describir al ser, son aquellos relacionados con el sexo, la edad, nacionalidad, clase social, religión, características físicas (estatura, color de la piel, color del cabello, etc.) y en general todo aquello que identifique al individuo.

La identidad de una persona, la constitución de su ser, tiene al mismo tiempo características y variaciones como las que menciona Lagarde (1992):

1. La primera de ellas es que la identidad tiene la propiedad de no ser estática, la identidad de los individuos cambia de acuerdo a como éstos van viviendo, existen variaciones de acuerdo con la edad de las personas, y también con la edad se tiene un modo de vida determinado.
2. Otra de las características de la identidad lo constituye su carácter sociocultural histórico, ya que las identidades no surgen de la nada sino que están estrechamente relacionadas con el desarrollo y las necesidades de una sociedad. Así las sociedades construyen entidades en los sujetos que son necesarios para reproducir esa sociedad.
3. Asimismo, las identidades son producto de un sistema de clasificaciones propias de cada sociedad y cultura, y como consecuencia de ello, todos los individuos son afirmación y negación al mismo tiempo, pues si nos reconocemos como parte de un grupo, negamos la identidad de otro. De igual manera, si somos semejantes a otros, ello implica un reconocimiento en esos otros.
4. De este modo, si nos reconocemos como mujeres, nos desconocemos como hombres. El ser hombre o el ser mujer está delineado por varias condiciones que se establecen de acuerdo a la cultura en la que se encuentren.
5. Otro de los lineamientos es la condición jurídico-política de la territorialidad, pues cada nación tiene sus leyes y lineamientos que delimitan el ser mujer o el ser hombre.





6. De igual manera el sistema social que organiza al territorio moldea a la identidad, ya que si se organiza en clases como en América Latina, la clase a la que pertenezca el individuo modifica sus formas de vivir.

Ahora bien, la identidad masculina y femenina se forma y se moldea por los factores antes mencionados y la vivencia de ser mujer y ser hombre implica tener derechos y obligaciones acordes con lo que es considerado femenino o masculino en determinada sociedad y en algún momento histórico.



Así que la identidad está estrechamente relacionada con las condiciones sociales y culturales, moldeando el pensar, el sentir, el comportamiento, las maneras de relacionarse, la comunicación, y las formas de ejercer el poder, entre los individuos.



Hablando específicamente de las mujeres, cabe preguntarse bajo qué condiciones se ha construido su identidad, cuáles han sido los factores sociales y psicológicos que han moldeado su ser y han modificado su vivir, la percepción hacia ellas mismas y hacia lo que les rodea, es decir, cómo son pensadas por los otros y cómo ellas se piensan a sí mismas y de qué manera piensan a los otros.



Sin lugar a dudas responder a estas cuestiones es una tarea laboriosa ya que hay que considerar que debido a las condiciones sociales, económicas, jurídico-políticas y psicológicas, no todas las mujeres viven de igual manera su identidad. Sin embargo, hablando en un sentido genérico existen ciertas condiciones que atraviesan la vida de las mujeres de nuestra sociedad y que dan contenido y expresión a su identidad.



Así pues, en lo sucesivo se abordarán los elementos que construyen la identidad de las mujeres, cuyo contenido mostrará la relatividad de la supuesta "naturaleza" femenina, la cual a su vez las ha llevado a tener una condición de vida predestinada.



Pero para adentrarnos en el tema es necesario mencionar cómo es que se elabora la identidad de género, ya que esta es una de las primeras clasificaciones a las que se ve sometido el ser humano y que a partir de ella se van moldeando las formas de vida de hombres y mujeres a través de la socialización, pues a partir de la anatomía del recién nacido (sexo), se le va entrenando para que se comporte femenina o masculinamente.





2.2.1 IDENTIDAD DE GÉNERO

A través de la familia como institución, los individuos transmiten su cultura (conocimientos, modos de organizarse económicamente, formas de relacionarse, ideología, etc.), de una generación a otra. En el proceso de transmisión cultural cambian ideologías, religión, ritos, costumbres, hábitos, etc.

El elemento que juega un papel importante en la enseñanza y cambio cultural es el pensamiento simbólico.

El pensamiento simbólico es definido por Lamas (1994. P 5) como “el núcleo inicial y fundador del aparato psíquico y que no está determinado por la historia”, a través de él, el ser humano crea una serie de signos y símbolos para interpretar y explicarse lo que le rodea (medio ambiente, relaciones interpersonales, etc.).

En otras palabras se puede decir que el pensamiento simbólico es la capacidad que el individuo posee para interpretar los fenómenos, objetos, eventos, etc. que existen a su alrededor. El resultado de esta traducción es la creación de signos y símbolos que representan los fenómenos.

El significado de los signos y símbolos sólo son entendibles para quienes comparten el mismo código, esto quiere decir, que cada grupo o cada sociedad crea su propio código proporcionándole a cada significado (manera como se ha de entender un símbolo), un significante (signo).

Las representaciones o conjunto de signos empleados por cualquier grupo de personas son producto de la manera en que piensan dichos individuos, de tal manera que hombres y mujeres a través de sus representaciones simbólicas le dan sentido al mundo que les rodea, construyen la manera de ver, captar y entender al mundo.

Los códigos de signos, símbolos e imágenes han buscado su expresión mediante el lenguaje, convirtiéndose éste en un elemento fundamental para que el ser humano se estructure psíquica y socialmente, lo cual significa que así como el individuo crea su cultura a través del pensamiento simbólico, la cultura también lo moldea a él, y en este sentido el lenguaje juega un papel muy importante.

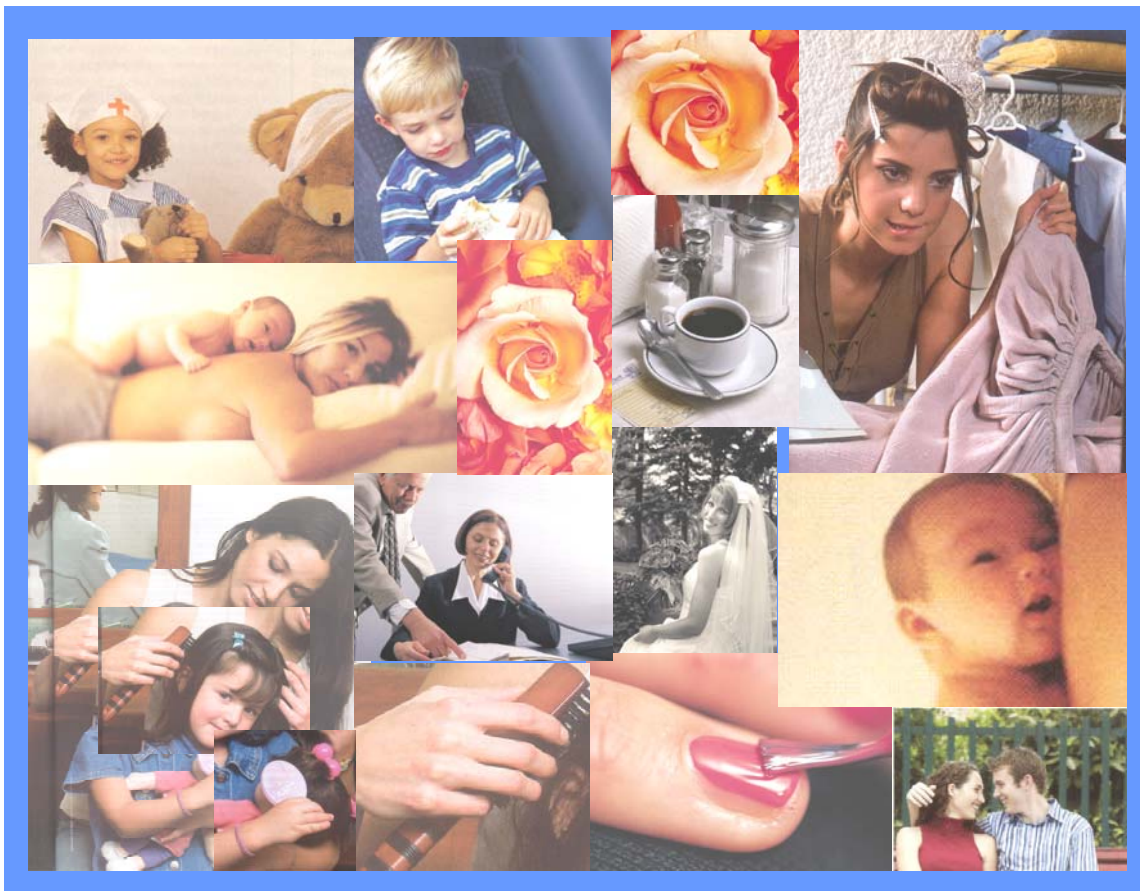
El lenguaje constituye un código de signos que tiene sus propias características, una de ellas es el ser binario, esto quiere decir que producimos información a partir de la afirmación y/o negación de elementos mínimos como son: noche/día, frío/caliente, dentro/fuera, débil/fuerte, blanco/negro, hombre/mujer, femenino/masculino. Este tipo de lenguaje determina el tipo de representaciones que el individuo realiza para entender su entorno, (Lamas, 1996).

En el terreno de lo humano la oposición hombre/mujer surge a partir de la diferenciación de las características biológicas a la que le nombramos diferencia



sexual. A dicha diferencia se le ha dado una interpretación (se ha simbolizado). El contenido de esta simbolización da origen a lo femenino y lo masculino.

El contenido de lo femenino y lo masculino varía de un lugar a otro y de un tiempo a otro, pues la interpretación que se le da a la diferencia sexual varía de una sociedad a otra y de una cultura a otra, esto debido a que los símbolos y las imágenes (interpretaciones), no son en sí la realidad sino que son proyecciones y reflexiones sobre los mismos, como consecuencia la simbolización no siempre corresponde a la realidad (Lamas, 1994).



La simbolización que cada cultura elabora en torno a la diferencia sexual, se le ha nombrado género. Stoller (citado en Lamas, 1996), hace referencia a tres instancias básicas del género para la formación de la identidad: la primero es la asignación, que tiene su inicio a partir de que nace el infante y es evidente la apariencia externa de sus genitales; la segunda es la identidad de género, que se adquiere mas o menos entre los dos y los tres años, cuando los niños se comportan con actitudes de niño o niña, saben diferenciar comportamientos, juegos, etc., Y el tercero corresponde al papel del género y conforma el conjunto de normas y prescripciones que dicta la sociedad y la cultura sobre el



comportamiento masculino o femenino, a través de instituciones de tipo económico, sociales, políticas, médicas y religiosas.

Es así como lo simbólico cobra importancia en la construcción de la identidad, pues con base en la diferencia biológica entre hombres y mujeres se crean toda una serie de normas y lineamientos que delimitan el comportamiento de cada uno.

A grandes rasgos, a las mujeres se les educa para ser dulces, amables, pacientes, tranquilas, comprensivas, generosas, para desempeñar el papel de madre, esposa y ama de casa. En cambio a los hombres se les impulsa para ser activos, investigadores, atrevidos, arriesgados, para ser el sexo fuerte, el proveedor y el que sabe manejar y resolver las situaciones adversas.

Aún cuando todos los individuos (hombres y mujeres) nacen con el mismo potencial para desarrollar todas sus capacidades (intelectuales, afectivas, etc.), pronto la vida de las mujeres y hombres toma caminos diferentes u opuestos, (Colom, 1986).

A partir del sexo biológico de las personas se empiezan a moldear costumbres, hábitos, actividades, etc., lo que moldea el pensar, sentir y el vivir de hombres y mujeres.

En el caso de las mujeres, se ha considerado que su identidad se construye en relación directa con los roles que en la sociedad ejerce, de esta manera, ser mujer es ante todo ser madre, esposa y ama de casa, pero a su vez se hacen necesarias ciertas condiciones afectivas para poder llevar a cabo los roles antes mencionados, por ejemplo en el papel de esposa se requiere de comprensión, generosidad y docilidad; en el papel de madre se hace necesaria la amorosidad y el altruismo; y finalmente para ser ama de casa se hacen indispensables el servilismo y la receptividad (Burín, 1993).

Las características afectivas antes mencionadas se han catalogado como parte de la "naturaleza" femenina, es decir que se ha simbolizado a la mujer con una serie de atributos inherentes a ella.

Se ha considerado que biológicamente la mujer está dotada de toda una serie de características que la hace comportarse de una determinada manera. Sin embargo, es importante señalar que la mujer vive dentro de una sociedad y una cultura y que éstas delimitan comportamientos, sentimientos y pensamientos, por lo tanto, la supuesta "naturaleza" femenina no existe, lo que hay es una serie de normas y reglas que dan origen a lo femenino, que delimitan el SER MUJER.

Lo que la mujer piensa, siente y hace acerca de sí misma, de los otros, de lo que le rodea, forman el contenido de su identidad, la cual se encuentra delimitada por una serie de normas culturales como a continuación se puede observar.



2.2.2 IDENTIDAD FEMENINA



La identidad femenina se puede estudiar desde dos enfoques dentro del feminismo contemporáneo, el primero de ellos es el que se encuentra basado en la "diferencia", dedicándose a aislar la esencia común en todas las mujeres. Considera que SER MUJER es una condición que se caracteriza principalmente por la subordinación que la mujer vive con respecto al hombre. La valoración que se hace de la mujer gira en torno a los atributos que la sociedad le ha demandado. Desde esta postura se ha conceptualizado a la mujer como mujer-madre, mujer-esposa y mujer-ama de casa, sin posibilidad de desarrollarse en otros ámbitos que no sean estos para los cuales fue hecha.

Sin embargo, desde dicha postura dice Tarrés (1993), se corre el riesgo de llegar a un punto en el que se constate que efectivamente la mujer es un fantasma del hombre y que esto le ocasione quedar atrapada en unan condición de desigualdad, marcándole un destino.

En la actualidad la mujer se está convirtiendo en protagonista en otros terrenos como el laboral, el político, y el científico. Es por ello que Riquer (s/f), De Oliveira (1993) y Riquer (1993), consideran que la identidad femenina debe considerarse como dinámica, que se construye en la vivencia diaria de la mujer con los otros y que está en estrecha relación con los cambios que surgen en la modernidad.

Aunque se han mencionado estos dos enfoques con relación a la identidad femenina, el propósito no es iniciar un debate sobre cómo entender y estudiar dicho tema, sino mas bien visualiza que las condiciones sociales (entre ellos los procesos de modernidad), tienen un impacto en el vivir de las mujeres, y su conceptualización hacia sí mismas y de lo que les rodea.

En todo caso la idea es, rescatar la concepción de que la identidad es algo fluctuante y no algo concluido, y reafirmar que la mujer no tiene como destino una posición de desigualdad con respecto al varón sino que su forma de pensar y de sentir (identidad), será moldeada de acuerdo a la posición de subordinación o equidad que ocupe en los distintos ámbitos en los que se desenvuelve.

CONTENIDO DE LA IDENTIDAD FEMENINA

Como ya se ha mencionado una parte de la identidad la conforma la identidad asignada, lo que la sociedad espera de una mujer y para lo cual la educa (a través de la institución familiar); otro ámbito lo constituye la subjetividad, la cual se refiere a la forma en que las mujeres viven, piensan y sienten toda la gama de atributos que les son otorgados social y culturalmente.



Es decir, que como género deben cumplir con las expectativas relacionadas al ser mujer, a su vez, estas demandas moldean la forma de vivir de las mujeres, influyendo en las formas de relacionarse con los otros y las otras, así como también creando formas particulares de visualizar lo que les rodea. Es decir, se conforma su subjetividad.

De esta manera la subjetividad se encuentra en estrecha relación con los códigos y sistemas simbólicos que los individuos han creado en torno a la femineidad dentro de la sociedad. Dichas significaciones propician que las mujeres se piensen y se imaginen de una manera específica frente al mundo (Rivas, 1996).

La identidad femenina tienen como eje central la sexualidad y se especializa en dos áreas: la maternidad y el ejercicio sexual, (Lagarde, 1992; Flores, 2000)

1.- LA MATERNIDAD, UN ELEMENTO DE LA IDENTIDAD FEMENINA

La identidad genérica de las mujeres se construye a partir de su capacidad biológica de procrear. SER MUJER es ser madre ante todo. Pero el ser madre no solo involucra el parir hijos, sino también cuidarlos para su sobrevivencia: alimentarlos, protegerlos del ambiente que puede ser dañino para su salud, proporcionarles



seguridad emocional, mantenerlos en condiciones higiénicas etc.; por otra parte también incluye la manera como ésta madre se dirige hacia los que tiene que cuidar y a partir de esta relación se puede calificar a una mujer como “buena” o “mala” madre.

Una buena madre debe cumplir con ciertas características afectivas que garanticen el bienestar de quienes van a ser cuidados, estas condiciones son el amor, la bondad, el altruismo, la generosidad, la comprensión, la renuncia y la entrega, siempre vinculadas a la capacidad de dar; todos estos con el propósito de satisfacer la necesidad de los OTROS (Nájera, et, al. 1998).

Los atributos antes mencionados no se encuentran incluidos junto con la capacidad biológica de procrear, las mujeres no nacen con el “instinto maternal” que supuestamente las caracteriza.

Independientemente de que procreen o no, desde pequeñas las mujeres son formadas para ser madres y en este sentido la maternidad no es una opción libre y



voluntaria sino una imposición como mencionan Garza y Cárdenas (1997). Es un constructo social, (Herrero, 1998).

Desde temprana edad a las mujeres se les enseña a cuidar a las muñecas, a hacer la comidita, a limpiar la casita, etc.; para que posteriormente se convierta en la ayudante de mamá en el cuidado de todos los demás (hermanos, papás, casa, etc.), al mismo tiempo, muy poco se inculca a las niñas el deseo de investigación, la exploración, el cuestionar, el buscar, esas socialmente no son consideradas actividades de niñas.

A las mujeres se les prepara y se les especializa para ser madres, convirtiéndose la maternidad en una parte fundamental en la identidad femenina,. Una vez que se han identificado en el papel de madres no solo buscarán el bienestar de sus hijos biológicos, sino también el de los simbólicos (hermanos, padres, abuelos, esposo, amigos, amigas, novio, etc.). Por lo tanto la maternidad no es una cualidad “natural” de la mujer, sino que se construye en el proceso de la vida, (Rodríguez, 2001).

Los OTROS toman gran importancia en la vida de las mujeres. Como menciona Lagarde (1992), a partir de la maternidad las mujeres tienen la idea de ser dueñas de sus hijos y ese sentimiento se extiende a los otros que también maternizan. Así, el cuidar a los otros se convierte en una forma de vida, y aún cuando las personas que tiene que cuidar se encuentren físicamente lejos, con sus pensamientos se sigue ocupando de ellos.

La maternidad es vivida por las mujeres como algo que las despersonaliza, las hace ver como sacrificadas y víctimas; pero también hay que reconocer que a través de la maternidad hay una serie de satisfacciones y gratificaciones. Se cree que el estado materno es el estado adulto en el que las mujeres se sienten realizadas.

Al estar educadas para la maternidad, las mujeres sienten cierta satisfacción hacia los hijos, pues éstos permiten que la necesidad de las mujeres de maternizar a todos se cumpla en ellos. Además de que todo el tiempo que la madre le dedica a su hijo (s) se ve recompensado con la compañía, el amor y la sensación de felicidad que éste le brinda a aquella.

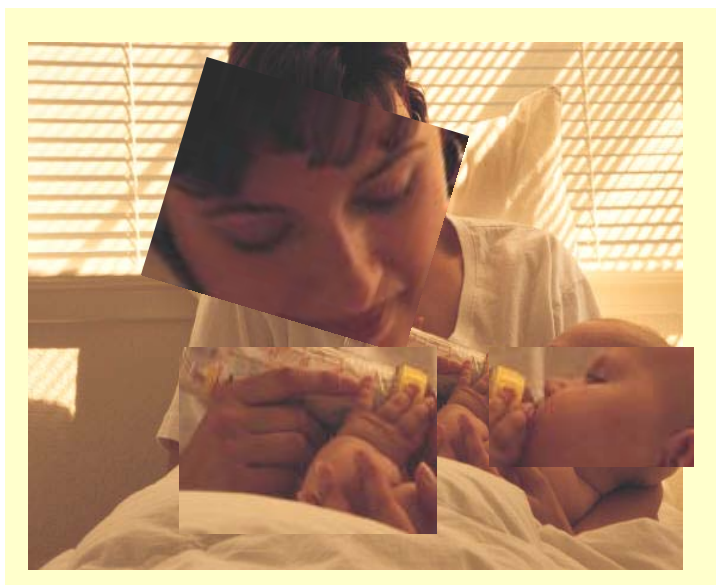
También los hijos representan una motivación para obtener éxitos y realización, y el sentir que los hijos son la prolongación de ella misma.

De igual manera, la valoración que la sociedad da a la maternidad favorece a la mujer, colocándola en cierto estatus. Tener hijos legitima a las mujeres y las hace merecedoras de prestigios frente a los demás, como señala Lagarde (1992), “las mujeres somos cuando cumplimos con la identidad asignada”.

Otra de las satisfacciones que obtiene la mujer a través de la procreación de los hijos, es la sensación de construir un lazo muy fuerte entre ella y su pareja.



Hasta el momento podemos ver cómo a partir de una cualidad biológica (capacidad biológica de procrear) se crean toda una serie de condiciones sociales y culturales que regulan la vivencia de la maternidad. Esta es vivida por las mujeres casi como una obligación ya que por lo general no son ellas quienes deciden si quieren ser madres o no, se les educa para ello. Aún cuando decidan no procrear hijos, siempre habrá a quienes cuidar.



Además de que ciertas instituciones no les permitirán ejercer su derecho de decisión. Una de ellas la conforma el cuerpo médico y su poder no se puede pasar por alto; si por ejemplo, una mujer en edad fértil decide operarse para no tener hijos, la respuesta del médico es “no”, “es usted muy joven”, “piénselo bien” etc. Su respuesta es afirmativa solo si la mujer ya ha tenido algunos hijos.

Por su parte la familia (otra institución) presiona para que la mujer cambie de opinión, pues no se concibe a la mujer sin ser madre. La presión se ejerce a través de comentarios como “cómo que no quieres hijos, por lo menos ten uno para que te realices”, “que pasó, para cuando el heredero”, “te vas a volver amargada”, etc.

En este sentido se ha entendido que la maternidad es el destino de las mujeres, por el simple hecho de estar capacitadas biológicamente para procrear y se les discapacita para desarrollarse en otras áreas como la investigación, la política, la economía, la ciencia, etc. Se ha considerado natural lo que en realidad es social, (Barranco, 1998).

Subjetivamente, la maternidad genera un sentimiento de omnipotencia. Para resolverle la vida a los demás (proporcionar alimentación, seguridad, consejos, etc.), la mujer se muestra hábil, imaginativa y creativa. Sin embargo, cuando le toca resolver problemas de sí misma simplemente no puede, no porque realmente no pueda, sino porque no se atreve a enfrentar el miedo que le ocasiona realizar actividades para sí misma.

La maternidad ocupa la mayor parte del tiempo de la vida de una mujer, cuidando no solo de los hijos que procrea, sino también a los simbólicos (hermanos, padre, amigos, amigas, novio, etc.). De esta manera la mujer se



responsabiliza de la vida de los demás, aún cuando esos otros se encuentren lejos, con su pensamiento los seguirá recreando. Esta forma de vida se convierte en un estado normal en las mujeres y no pueden salir de ella porque no han aprendido a vivir de otra forma.

Otra forma de vivir la maternidad la conforma la conyugalidad. La esposa generalmente trata a su cónyuge como un hijo más (está pendiente de su comida, de su ropa, de su salud, etc.) se esmera en los tratos hacia él para que se sienta a gusto con esta relación, pero paradójicamente el marido en lugar de acercarse más a ella, se aleja. Como menciona Lagarde (1992), entre más materniza la relación de pareja más se pierde el erotismo en la relación y subjetivamente el esposo es remitido a la infancia, a vivir una relación con su madre. Por consiguiente, él prefiere buscar otra relación. Para la mujer vivir el abandono de ese otro es catastrófico por varias razones: en primer lugar, porque son los otros quienes le dan su razón de ser; en segundo, porque socialmente una mujer es reconocida cuando vive al lado de un hombre (es respetada); en tercera, porque además de la dependencia emocional hacia él, también existe una dependencia económica; y en cuarto, porque la mujer está hecha para establecer afectos y si la pareja se le va quiere decir que ha fracasado en su especialidad (las relaciones afectivas)

Aunque cabe destacar que aun cuando la mujer sea económicamente independiente, la dependencia emocional difícilmente llega a superarla porque esto tiene que ver también con la manera como vive el amor. En el amor también se encuentra la característica de “ser para otros”, así que entre más enamoramiento más pérdida de sí misma. La mujer se funde en el otro, lo que le proporciona a la mujer sentimientos de seguridad, cercanía, confianza en sí misma y en el mundo.



2.- EROTISMO FEMENINO

La otra área de la identidad femenina la conforma la sexualidad. El erotismo y el ejercicio sexual son regulados por normas que han surgido de acuerdo con la manera como se ha simbolizado el cuerpo femenino.

El erotismo, que a grandes rasgos conforma el placer de la satisfacción sexual, está integrado por el deseo, por el objeto de deseo (aquello hacia lo que se orienta el deseo), y por todo aquello que se realiza para satisfacer el deseo (acciones, pensamientos, sentimientos, imaginación, etc.) (Lagarde, 1992).

Todos los sujetos, mujeres y hombres, tienen la energía del erotismo, pero la forma de manifestarla y el destino que se le da, son aprendidos. Cada sociedad canaliza y organiza este potencial de los individuos, estableciendo normas.



Ana Amuchastegui (1996) y Nájera, et al. (1998), consideran que el reconocerse como sujetos de sexualidad varía entre hombres y mujeres. En el caso de los primeros se valoran (tanto por ellos mismos como por las mujeres) como sujetos de sexualidad casi de manera natural (aunque de hecho no lo es); mientras que las mujeres no lo son, no porque no posean el potencial del erotismo sino porque la manera de acceder a su cuerpo y dirigirlo hacia el placer no les está permitido, o lo está bajo ciertas restricciones.

En nuestra sociedad el erotismo en la mujer tiene el estigma de negativo y está reservado solamente a cierto tipo de mujeres (a las putas) a aquellas que son sujeto de sexualidad y por ello acceden a la seducción y al placer. La belleza de dichas mujeres gira en torno a la sensualidad de su cuerpo y no se les reconoce ninguna cualidad espiritual. El vínculo que se establece con los hombres es el de convertirse en objeto de su deseo (de los hombres), pues en muchos casos no se les reconoce como sujetos con individualidad.

Por ello una mujer difícilmente reconocerá que siente deseo sexual, en primera porque ella está hecha para los sentimientos (como parte de su identidad) y no para el placer; y en segunda, porque le es difícil enfrentar a las críticas y a la descalificación de los demás, pues hay que recordar que los otros son de suma importancia en la vida de la mujer.

Pero el erotismo en la mujer se puede purificar simbólicamente y esto se logra a través de la maternidad y la conyugalidad. La mujer no es sujeto de deseo más que con reacción a la reproducción y la manera de mostrar su deseo no es a través del erotismo sino mediante características como son la ternura, la pureza y el pudor. En este otro tipo de mujeres la belleza se refiere al espíritu y ello las hace merecedoras del matrimonio o de una pareja estable.

Por lo tanto, la vida sexual no parece ocupar un lugar central en la identidad de las mujeres, como menciona Nájera, (1998), a las mujeres se les ve como objetos de deseo exclusivamente y pocas veces como sujeto activo. Se les conceptualiza como madres pero sin erotismo.

Estas construcciones subjetivas están en estrecha relación con las ideas religiosas en las que se niega la necesidad del erotismo femenino y se enaltece la sexualidad reproductiva. Así, las relaciones sexuales no constituyen un ejercicio en el cual las mujeres busquen placer, sino la satisfacción del placer de su pareja.

Al ser negado el erotismo en las mujeres, Basaglia (citada en Nájera, 1998) considera que el cuerpo femenino es un "cuerpo para otros", ya que su comportamiento está destinado a proporcionar cuidados vitales, así que ser mujer no se asocia con el goce y el placer sino con el amor, el compañerismo o la obligación de cuidar a otros.



En la actualidad, los medios de comunicación muestran que las mujeres gozan más de la liberación de su sexualidad haciendo uso de sus dotes de seducción, sin embargo, la misma autora señala que ésta también es otra forma del control del cuerpo pues en una cultura en la que se exalta (de manera exagerada) el aspecto sexual en la vida de una mujer sin tomar en cuenta otras cualidades a desarrollar, impide que esta sexualidad sea verdaderamente la suya.

De esta manera el cuerpo de la mujer es concebido como el medio para proporcionar placer (objeto de deseo) y para procrear, pero no para experimentar deseo y placer para sí misma. El placer y el deseo se buscan a través de otros medios como lo es el amor, rodeado de pureza, ternura y pudor. Pero el amor también tiene sus lineamientos, hay comportamientos aceptados y rechazados.

3.- EL CONCEPTO DE AMOR DE LAS MUJERES

En común considerar que el amor es uno de los sentimientos que es muy propio y muy particular de cada persona. Cuando escuchamos “esa es la forma de amar de ella”, nos hace suponer que cada individuo tiene una forma especial de querer, sin embargo, las formas de amar cambian de acuerdo con los distintos momentos históricos, lo que indica que también el amor no escapa a la normatividad, a formas permitidas y no permitidas de amar al otro o a la otra.



En la actualidad se han establecido normas en las prácticas amorosas, como las que menciona Lagarde (1992):

- Amar espiritual y carnalmente a una sola persona.
- En el amor, el deseo erótico de cada uno debe ser mutuo y exclusivo, además de que el erotismo va ligado a la espiritualidad (incluyendo la comprensión), así que quienes se aman deben comprenderse.
- El amor entre los cónyuges tiene que ver con el amor a los hijos, de esta manera el amor se convierte en uno de los elementos de reproducción de la familia, pues se ama para tener hijos con el otro (otra).
- Se ama para formar una familia que dure para toda la vida, porque el amor es para toda la vida.
- El amor incluye el erotismo pero solo en función de una familia, la maternidad y la paternidad.
- En el amor, dejar de amar a alguien o que alguien deje de amarnos se considera una tragedia y más cuando ocurre en una institución como en matrimonio, para remediar el desamor se recurre a practicar una doble moral, por ejemplo, en una pareja aún cuando no se dirijan la palabra entre



sí, ante los demás se mostrarán tan amorosos y fingirán que nada negativo ocurre entre ellos.

- El amor se vive como un deber y quien no ama está mal, está en un error y ello le produce infelicidad.

Estas normas que delimitan la vivencia de amor crean formas diferentes de vivir, las practicas amorias para hombres y para mujeres. Porque aún cuando las reglas son impartidas para ambos sexos, existe una norma que no se dice pero que se hace, “poligamia para hombres y monogamia para mujeres”, lo que lleva a que cada uno viva de manera diferente el asunto del amor.

En el caso de las mujeres, el amor constituye una de las prácticas que tiene mucho que ver con su identidad ya que la mujer no es hecha para encontrar satisfacción en otros ámbitos (los conocimientos, la aventura, el riesgo, etc.) sino que son construidas para ser felices en el amor.

El amor en la vivencia de las mujeres se caracteriza por la necesidad del otro. Desde niñas las mujeres son educadas con el deseo de que cuando crezcan serán amadas por los hombres, se casarán y tendrán hijos para formar una familia. Para cuando una mujer llega a su adolescencia ya ha sido preparada como un ser que requiere del hombre para ser aprobada y reconocida dentro de una sociedad.

Ahora bien, las normas en cuanto a la maternidad, el ejercicio sexual y el amor, son aspectos que rodean desde muy temprana edad a las mujeres, creando un fuerte sentimientos de insatisfacción.

Ya se hablaba anteriormente que al ser la mujer “ser, para los otros”, los otros se convierten en el medio principal para que la mujer se afirme, obtenga su existencia creando una serie de dependencias en diferentes aspectos (dependencia económica, política, afectiva, jurídica, psicológica). Estas dependencias convierten a la mujer en un “ser incompleto”, de aquí surge la ideología de la necesidad de conseguir la media naranja o de procrear un hijo para que una mujer se “realice” como tal.

El ser “para los otros” significa trabajar para los otros, pensar para los otros y sentir lo que sienten los otros; de esta manera las mujeres siempre están dando (tiempo, trabajo, afecto, etc.), pero la práctica de la dádiva nunca es suficiente y subjetivamente la mujer se percibe como un ser carenciado e insatisfecho.

2.2.3 IDENTIDAD FEMENINA Y SALUD MENTAL





Según los datos, antes de que las Naciones Unidas diera inicio a “la década de la Mujer” en 1976, y la iniciativa para “una maternidad sin riesgos” lanzada en 1987, la salud de la mujer era entendida como el vehículo para controlar el crecimiento demográfico y controlar la salud infantil (Langer y Lozano, 1998).

Por lo cual, cuando se habla de salud mental en la Mujer, inmediatamente es relacionada con aquellas cuestiones estrechamente vinculadas a su papel de madre y esposa. De esta manera, los temas aquí contemplados son: psicoprofilaxis obstétrica, depresión puerperal, ansiedades de la lactancia, trastornos psíquicos de las mujeres menopausicas, etc., (Burín, 1993).

Al respecto, Burín, Moncazar y Velázquez (1990), destacan la existencia de tres modelos de comprensión sobre la salud mental en las mujeres:

A) MODELO PSICOPATOLOGICO

Su idea central es “todas las mujeres son un poco locas”, y se basa en el criterio de lo “normal” y “anormal” para definir la salud y la enfermedad. Sus principios son biologicistas, a-históricos, individualistas, a-sociales y esencialistas, ya que se fundamenta en problemáticas como trastornos hormonales, etapas vitales asociadas a la reproducción, la menopausia, etc. De esta manera su modo de intervención es a través de expertos (médicos) que emplean medios coercitivos o farmacológicos para curar.

Desde este modelo, la depresión se ha considerado como un malestar propiamente femenino ya que aparece en determinadas etapas de la vida de la mujer, como son: depresión premenstrual, depresión post-parto, depresión en la mediana edad (menopausia), depresión postmaternal (síndrome del nido vacío).

Se ha creado la idea popular y científica que este tipo de depresiones son inherentes a la mujer por considerarlas parte de la maternidad. Al considerar a la maternidad como parte de la “naturaleza” femenina se ha querido encontrar la razón de estos malestares en las alteraciones biológicas del organismo.

Cuando las mujeres se percatan de sus depresiones (porque algunas ocasiones pasan desapercibidas), buscan ayuda con profesionales que prometen dar solución a sus problemas, y en un ir y venir de un médico a otro se someten a una constante prescripción de hormonas, ansiolíticos, antidepresivos y somníferos.

Existen hipótesis de que hay una mayor frecuencia de fenómenos depresivos en el momento en el cual ocurren cambios hormonales importantes, pero de acuerdo con Burín (1993) esta relación no ha logrado ser demostrada, pues no hay pruebas empíricas convincentes de una relación entre las variaciones hormonales y las del humor.



1.- Depresión premenstrual

Al respecto de la depresión o síndrome premenstrual – el cual constituye un conjunto de variaciones y cambios fisiológicos, psicológicos y de conducta: mal humos, tensión, ansiedad, irritabilidad, hostilidad, los cuales se repiten con regularidad antes del periodo menstrual- Dio Bleichmar (1991), señala que en su experiencia clínica ha observado que cuando las mujeres logran conciliar sus propias contradicciones relativas a su condición femenina, desaparece la tensión y la depresión premenstrual. De manera inconsciente, las mujeres se enfrentan a la condición de su identidad, con cada ciclo menstrual. No es que rechacen su sexualidad o su capacidad reproductora, sino el rol social que les toca vivir. Es decir, que el conflicto social, afecta su sexualidad, su cuerpo, su fisiología.

2.- Depresión post-parto

La depresión post-parto no se diferencia de los otros tipos de depresión ya descritos en el capítulo I y puede alcanzar distintos grados de severidad. Se caracteriza por desgano, llanto, irritabilidad hacia los demás (esposo, hijos, padres, etc.), trastornos del sueño y apetito, así como dificultades en el manejo del bebé. Muchas veces estos estados quedan encubiertos bajo el rotulo de “la guerra que da el bebé” (el niño no duerme bien, se alimenta mal, llora la mayor parte del tiempo, etc.) y no se detectan las verdaderas causas del problema, que permanecerá de seis a ocho semanas o persistir gran parte del año que sigue al post-parto.

De acuerdo con las investigaciones, los datos señalan que las mujeres quienes presentan síntomas de depresión post-parto, no cuentan con apoyo afectivo, tienen serios problemas de comunicación con el marido, y no cuentan con colaboración y ayuda doméstica. Es decir que los factores psicosociales favorecen o no la presencia de síntomas depresivos, (Dio Bleichmar, 1991).

3.- Depresión en el climaterio

Otra etapa en la que se manifiestan síntomas de depresión es en la mediana edad (después de los 40 años). Esta fase de la vida de la mujer se caracteriza por diversos cambios físicos y psicológicos. Uno de los primeros lo conforma el climaterio, el cual hace referencia a “un conjunto de síntomas a partir del momento en el que el funcionamiento ovárico comienza a desencadenar una serie de irregularidades en el sistema hormonal” (Estopier, 1989).

Las mujeres en esta etapa reportan malestares como: irritabilidad, inseguridad, baja autoestima, desgano, dolores de cabeza, dolores de espalda, problemas estomacales y bochornos, entre otros.

Se ha manejado mucho que estos malestares se deben a las variaciones en el sistema hormonal por lo cual se les sugiere a las mujeres la administración de hormonas o algún psicofármaco. Lore Aresti (1988) menciona que las mujeres de



esta edad se enfrentan a la menopausia más como un problema ideológico que como una realidad biológica.

Pero los psicofármacos no dan solución a los procesos psicológicos a los cuales las mujeres de esta edad se tienen que enfrentar y que están estrechamente vinculados a la manera de vivir la maternidad.

Cuando las mujeres han vivido bajo un modelo de femineidad cuyo eje central es la prestación de cuidados, es común que se presente cierto tipo de depresión, o lo que se le conoce como "síndrome del nido vacío". La principal razón de ello es que en esta etapa las mujeres tienen que enfrentarse a la independencia de los hijos aquellos seres por los que paso mucho tiempo cuidando de su bienestar físico y emocional y que ahora parecen ya no requerir de sus servicios.

Dio Bleichmar (1991), reporta que las razones por las que las mujeres piden



ayuda profesional son porque se sienten incomprendidas, no sienten apoyo de su marido e hijos, se sienten abandonadas. Y es que por muchos años ellas se



dedicaron a vivir para los demás (lo que es propio de las mujeres) y se alimentaron de los logros de sus hijos y su pareja, olvidándose por completo de ella misma, porque “una buena madre lo da todo por sus hijos” y además “detrás de un gran hombre hay una gran mujer”. Por ayudar a los otros, es la más fuerte, la más segura, la que se atreve y se enfrenta a muchas situaciones adversas, pero llegada la partida de los hijos se encuentra con aquella persona a la que abandonó por mucho tiempo, a sí misma. Se enfrenta entonces a sus propios temores, fobias, inhibiciones y sobre todo a la falta de recursos para poder enfrentarse a situaciones de la vida que ahora se le presentan.

Las frustraciones, el coraje y la irritabilidad (entre muchos otros estados de ánimo) que presentan las mujeres son explicados como algo natural, es decir, se cree que estos estados de ánimo se deben a los cambios hormonales que son característicos del climaterio, o bien como menciona Dio Bleichmar (1991), todo se lo adjudican a un problema emocional, es decir, no se concibe que los malestares de estas mujeres sean el resultado de muchos factores psicosociales como los que ya se mencionaron, sino como un problema individual, como si algo no funcionara adecuadamente en el cuerpo de las mujeres. Es por ello que las depresiones en esta etapa son imaginadas y vividas como asuntos de la “naturaleza” femenina.

4.- Depresión post-maternal o crisis de la edad madura

Los estudios reportan que en este periodo hay muchos cambios en el ámbito físico, emocional y social, pero esos cambios generalmente se le adjudican a la edad, muchas frases populares así lo indican, una de ellas es “piensa así, porque ya esta viejita”. Es decir, no se explica la manera de pensar a partir de elementos como la identidad, las costumbres, las creencias, etc., sino por la edad. También es común escuchar a los médicos con expresiones como “sus malestares son por la edad avanzada que presenta la paciente”, como si la vejez fuera una enfermedad.

Krassoievitch (1993), considera que el 75 por ciento de los cambios relacionados con la edad, pueden ser atribuidos al envejecimiento social y son producto de nuestras creencias, prejuicios y conceptos erróneos sobre la vejez.

La depresión es un malestar común en esta etapa, y puede explicarse a partir de considerar que la senectud es la “época de pérdidas”. Se pierde la juventud y la belleza física; se pierde el rol de madre; se pierde el trabajo (si es que lo hubo); se pierde la salud y muchas veces el nivel socioeconómico; se pierden ilusiones; desaparecen amigos, familiares y cónyuge, y se aproxima la pérdida de la propia vida.

Aunque son comunes los episodios depresivos en esta etapa no se da en el cien por cien de los casos, lo que indica que existen factores que predisponen al malestar. De acuerdo con Krassoievitch (1993) es, la extrema dependencia



hacia los demás, sobre todo la dependencia afectiva. Las personas que esperan de los demás la gratificación y satisfacción de sus necesidades, son más susceptibles a las críticas y/o a la falta de atención de los demás. De tal manera que la pérdida o el alejamiento del otro la viven como una verdadera mutilación psicológica.

El mayor porcentaje de depresión se encuentra en el género femenino, pues ya se ha visto que una de las características de la femineidad la constituye la dependencia emocional y/o económica.

Como podrá notarse, los malestares en las mujeres (depresiones) que han sido catalogados como un “mal funcionamiento” en la supuesta “naturaleza” femenina, no son más que el resultado de vivir una femineidad tradicional.



B) MODELO EMOTIVO-SENSIBLE

Su base principal es “las mujeres son saludables en tanto puedan mantener su equilibrio emocional y armonizar los afectos entre quienes las rodean”. Su criterio de salud se encuentra en función del equilibrio y armonía, y admite la existencia de conflictos, pero estos deben ser integrados, equilibrados y armonizados con la ayuda de personal capacitado como psicoterapeutas, asesores, etc., quienes ayudaran a

armonizar los problemas de la vida afectiva que ponen en tensión las relaciones familiares y domésticas, así como en la actitud de cuidados y preservación de las necesidades emocionales de cada uno de los miembros de la familia.

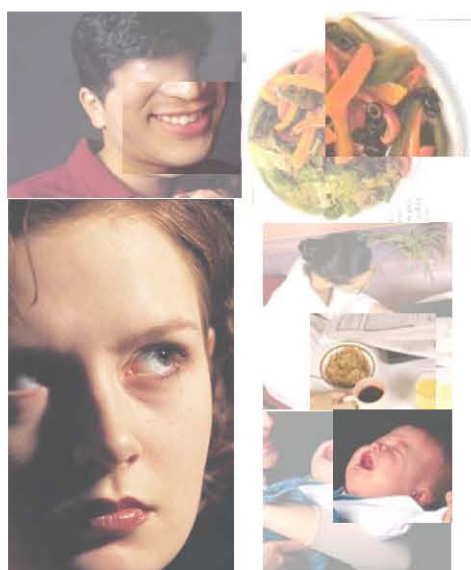
Se ha considerado que la afectividad es un aspecto central en la vida de las mujeres y que ésta es parte de su “naturaleza”.

Menciona Burín (1993, p. 12) que con la división de trabajo, la mujer quedó sujeta al ámbito doméstico y con ello su área de poder la constituyeron los afectos, mientras que para los varones lo fueron, el poder racional y económico. Pero a principios del siglo pasado con la multiplicación de escuelas y espacios recreativos para los niños fuera del hogar, y otros hechos sociales y económicos, los roles de género femenino dejaron de tener valor y sentido social. Surgieron hipótesis psicológicas y psicosociales que adjudicaban a las madres diversos trastornos en la salud mental de sus hijos. Es por ello que la salud mental se enfocó a las “madres patógenas”, “madres esquizofrenizantes”, “abandónicas”, “simbiotizantes”, etc.



Es así como este modelo (Emotivo-Sensible) que es calificado por Burín, Moncazar y Velázquez (1990) como “esencialista”, pone énfasis en que las cualidades “naturales” de la mujer no se desvíen de lo normal puesto que ello equivale a poner en riesgo la salud mental de los infantes y demás personas que la rodean. Por lo tanto, la salud física y psíquica de un bebe pone de relieve que éste ha contado con una buena madre; un hombre de éxito muestra que ha contado con una buena esposa.

C) MODELO TENSIONAL-CONFLICTIVO



Este es un modelo en construcción y de acuerdo con Burín (1993) su formulación es “las mujeres padecen estados de malestar que expresan a través de sentimientos de tensión y de conflicto y cuando estos conflictos se agudizan se construye una crisis”.

A diferencia de los otros modelos (que dicen lo que las mujeres son) en este, las mujeres son definidas como sujetos que se van construyendo en relación con sus modos de existencia concretos. Lo que permitirá conceptualizar a la subjetividad femenina diferente al concepto de MUJER-SER PARA-LOS OTROS, y basarla en la participación social (que tenga otras posibilidades o

campos de acción) y en la ubicación de las mujeres como sujetos sociales (personas capaces de elegir).

Los anteriores modelos (psicopatológico y emotivo-sensible) han preferido emplear el término de psicopatología, en el cual se encierra la idea de que hay parámetros “normales” de comportamiento, por consiguiente, la conducta que es desviada de la norma es considerada como patológica.

Desde el modelo Tensional-conflictivo no se retoma esta postura, se asocia la salud mental de las mujeres al enfrentamiento de los conflictos y destaca los estados de crisis (1.-crisis vitales: infancia, adolescencia, etc. Y 2.- crisis accidentales: embarazo, aborto, etc.), como propiciadoras de transformaciones para la salud mental.

Asimismo, salud mental se va construyendo de acuerdo con ciertos procesos históricos, sociales, económicos, etc. O sea, a través de múltiples entrecruzamientos que la van configurando. Por consiguiente, la salud y la enfermedad mentales no se deben a principios biológicos, a-históricos, e individuales, es decir, los malestares en la mujer no se deben a disfunciones en la



matriz, a desequilibrios hormonales, o a su sistema nervioso débil, sino a las múltiples condiciones sociales y culturales bajo las cuales vive.



¿Qué es lo que deprime a las mujeres? Cada uno de los enfoques analizados en el capítulo anterior menciona las posibles causas de la depresión. La Psiquiatría recurre a destacar la influencia de los neurotransmisores en el estado de ánimo. Por su parte el enfoque psicoanalítico enfatiza los conflictos psíquicos internos y en especial las pérdidas emocionales. Y en lo que respecta al modelo cognitivo-conductual de Beck, éste supone que el

origen de las conductas depresivas se encuentra en los patrones de pensamientos negativos.

Ante estas propuestas cabe cuestionar ¿de dónde surgen los conflictos internos? Y ¿Por qué son las mujeres quienes manifiestan más conflictos? ¿De dónde parten los pensamientos negativos en las mujeres? Y ¿son los cambios bioquímicos los que influyen en el estado de ánimo o viceversa?

La forma de abordar los malestares mentales y en este caso la depresión se hace de una manera homogénea. Es decir, no importa si se trata de una mujer depresiva o un hombre depresivo. Cada una de estas propuestas no ha considerado aspectos importantes como lo es, la identidad de género. Ser Mujer u Hombre determina el contenido de la vida cotidiana. La femineidad y la masculinidad modifican la forma de vivir y de enfermar.

Por lo tanto la salud y la enfermedad son procesos construibles en el transcurso de la vida. La gente no enferma sola (Alvear, 1982) sino en la convivencia con los demás. Para entender a la depresión como un proceso corporal (que es construible), se hace necesaria la inclusión de la historia de vida, en la que se conforma la subjetividad.

¿Por qué son las mujeres quienes se deprimen más? En el transcurso de este capítulo se han abordado las características que moldean la femineidad. El ser mujer está reglamentado por una serie de simbolizaciones que determinan la forma de vida de las mujeres. Aspectos como “el ser para los otros”, el no placer, la dependencia, y la ignorancia son parte de la educación de las mujeres.

La manera de vivir la femineidad está permeada de situaciones que ponen en desventaja a las mujeres con respecto a los hombres. El tener que vivir permanentemente ocupadas de los otros, hace que las mujeres se despersonalicen, se olviden de sí mismas y no vivan sino a través de los otros.



Esto ocasiona que las mujeres no se perciban como sujetos que pueden decidir y actuar conforme a sus deseos, sino como objetos que proporcionan cuidados, placer, bienestar, etc. Estas características de la identidad femenina predisponen a manifestar síntomas depresivos. Brenes, Castro y Pinto (1990) afirman que entre más aceptación tenga la mujer de su rol femenino, es más propensa a la depresión.

¿Qué es lo que deprime a las mujeres?, Concretamente mencionan Burín, Moncazar y Velázquez (1990), es la forma de socialización temprana de las niñas; la represión ejercida sobre el deseo sexual; las prácticas relativas a la maternidad y sus consecuencias; y sus ideales acerca de la pareja y la familia.

Y ¿cuáles son los factores depresógenos? Herrera, Keijzer y Reyes (1993), han encontrado que por ejemplo las mujeres reportan malestares como llanto, soledad, depresión, tristeza, falta de sueño y cansancio en la nuca; cuando se les pregunta por las posibles causas responden que se debe al exceso de trabajo, la necesidad económica, el machismo, el alcoholismo de la pareja, etc.

Aún cuando algunos autores como Sáenz (citado en Colom, 1986) y Sanders (1986), sugieren que la mujer que cuenta con un trabajo remunerado está menos propensa a padecer de depresión, ya que en el ámbito laboral encuentra la satisfacción por su independencia económica, por encontrar compañía y alejarse de las labores domésticas; cabe señalar que muchas veces la mujer no puede dejar de lado las responsabilidades que tiene en su hogar, es decir, que después de su jornada normal de trabajo debe llegar a su casa a hacerse cargo de los niños, el esposo, la comida, la ropa, la limpieza, etc., lo que se traduce en una doble jornada de trabajo que con el tiempo será productora de estrés y posteriormente de depresión.

Además, los estudios realizados por Burín (1993) demuestran que las mujeres se tienen que enfrentar a ciertas situaciones de desigualdad en el ámbito laboral. Estas tienen que ver con las posibilidades que tiene las mujeres para ocupar puestos con mayores responsabilidades, ya que el avance que ellas pueden tener llega a un límite, no porque les falte capacidad para desempeñarse en el empleo, sino porque no cuenta con mayor disponibilidad de tiempo para cubrir horarios hasta muy tarde o porque las condiciones laborales son desiguales para hombres y mujeres. Así que estos factores se convierten en una más de las razones de las depresiones femeninas.

Es aquí donde podemos ver que los factores sociales, culturales y psicológicos se conjuntan para concretarse en un cuerpo. En un cuerpo femenino que siente, piensa y se comporta. Y no lo podemos pensar en una manera fragmentada para abordar sus malestares, como lo proponen los enfoques teóricos revisados en el capítulo uno.



Cabe entonces precisar que la salud y la enfermedad mentales van estrechamente ligadas a las formas de vivir la identidad genérica. Los elementos simbólicos que han construido la feminidad son la base de cuadros psicopatológicos como la depresión cuyas características son: desánimo, pérdida de la capacidad para el placer, sentimientos de inutilidad y de culpa, falta de confianza en sí misma; carencia del gusto por la vida; sentimientos de duda y miedo; irritabilidad, malhumor e ideación suicida, entre muchas otras.

Cómo podrán las mujeres no manifestar sentimientos de inutilidad y de culpa cuando han desarrollado una personalidad dependiente tanto económica como sentimentalmente. Cuando se les ha hecho creer que son las responsables de construir buenas o malas relaciones humanas dentro y fuera de la familia. Cuando han asumido que el desarrollo y crecimiento de los demás son su responsabilidad; si los hijos no están sanos o tienen un buen nivel de aprovechamiento en la escuela, es porque la madre no les ha puesto la suficiente atención; si el esposo no ha destacado en el trabajo, es porque ella no lo ha sabido apoyar, comprender e impulsar.

Cómo pueden las mujeres no estar irritables o malhumoradas, si se percatan que cada vez dan más de sí (tiempo, cuidados, etc.) y no se sienten satisfechas y completas. Porque mientras más se unifica en los otros más tiende a desaparecer como sujeto y más es el temor a perderlos o dejarlos ir. Si finalmente son esos otros quienes le dan sentido a su existir.



Cómo pueden las mujeres no tener pensamientos como “la mujer es la base de la familia, por lo tanto debe cuidar de todos”, “las mujeres siempre deben estar pendiente de lo que necesitan sus maridos, para que no se aburran y las dejen”, “la mujer necesita por lo menos un hijo para que se realice”, “las mujeres somos más sentimentales que los hombres”, “a las mujeres no se les dan las ciencias como las matemáticas la física, etc.” Es decir, cómo no tener pensamientos absolutistas y negativos si forman parte de la educación de las mujeres, cómo evitar los tipos de pensamiento patológico, si son las formas en que las mujeres aprendieron a vivir.

Luego entonces, los elementos simbólicos que construyen la identidad femenina no se quedan en lo abstracto, sino que se depositan en el cuerpo, en un cuerpo que vive y enferma.

De esta manera, la salud no es un estado que se tenga que preservar o recuperar, sino más bien, de construir. Es por ello que el consumo de fármacos (tratamiento psiquiátrico) por parte de las mujeres en muchos casos no ha surtido



efecto en el tratamiento de la depresión ya que de ninguna manera resuelven las problemáticas que las mujeres viven día con día. Solamente calman y tranquilizan a las mujeres para que no sigan gritando a voces sus malestares, y por el contrario continúen cumpliendo con las labores que les han sido designadas.

Por otro lado, las técnicas de psicoterapia y en particular el modelo cognitivo-conductual de Beck se enfoca a los tipos de pensamientos negativos, absolutistas o anticipatorios como causa de la depresión, por lo tanto, parte del tratamiento consiste en cambiar dichos pensamientos, pero en el caso de las mujeres ¿no es pretender cambiar los símbolos que conforman su identidad? Y más aún ¿cambiarlos en solo 20 sesiones?

Indudablemente que es necesario hacer cambios, pero éstos tendrán que estar enfocados a que las mujeres tomen conciencia de su propia existencia. Y de esta manera empezar a autosatisfacer sus propios deseos antes de pedir que otros lo hagan; restar atributos a los demás les permitirá adquirir mas cualidades para sí mismas; que las mujeres dejen de pensar que necesitan ser representadas y representarse a sí mismas. De este modo las mujeres podrán construir una identidad basada en el hacer, el saber, el querer, los deseos múltiples y el poder, como lo propone Lagarde (1992).

De igual manera en el Psicoanálisis se reconoce a las depresiones como regresiones a conductas propias de una etapa infantil y que ocurre en aquellas personas que no han superado las separaciones o deprivaciones. ¿Cómo podrán las mujeres superarlas?, Cuando en realidad siguen viviendo características propias de un infante, y su tutela pasa del padre al esposo. Cómo puede superar la angustia que le cause la separación de ella con respecto a los otros, si no ha aprendido a vivir de otra manera.

Por otro lado, cómo pueden los y las psicoanalistas proporcionar herramientas necesarias para que las mujeres se perciban como seres únicos (que no sean comparadas con el género masculino) y completos, si la teoría psicoanalítica se enfoca al desarrollo psicosexual del ser humano pero tomando al hombre como modelo a seguir. La mujer es conceptualizada como un ser cadenciado ya que se considera que el desarrollo psicosexual de la niña se construye a partir del complejo de castración y la envidia del pene, (Marie-Claire Delgueil, 1993) Además, se considera que esa carencia sólo puede ser llenada por un hijo y que la mujer no puede llenarla a través de sí misma, (Fernández Cazalis, 1978).



REFLEXION

Fotografía: Ricardo Ramirez y María Silvia Torres. En Menchú T. R. 2002 "Hacia una cultura de paz" México, Lumen.



La depresión femenina se está convirtiendo en algo "normal", en el sentido de que es común encontrar síntomas de depresión en la mujer, Pero también, como menciona Ana María Fernández (1993), a la mujer se le ha catalogado como "enferma mental" a través de diferentes momentos históricos. Subjetivamente se ha considerado a la enfermedad mental como parte de la "naturaleza" femenina.

Como se ha demostrado en este capítulo, la supuesta naturaleza femenina no existe. La subjetividad femenina (la manera de sentir, pensar, comportar, vivir y enfermar) es el resultado de toda una serie de atributos que la sociedad demanda de las mujeres, a través de la institución familiar, y que las mujeres cumplen con o sin convicción.

Dedicar gran parte de tiempo (cuidado, trabajo y pensamiento) a los Otros (hijos, cónyuge, novio, etc.) y poco tiempo para sí misma, ha creado en las mujeres, grandes cantidades de estrés y depresión, (Lara, 1991)

La depresión tiene sus orígenes en la vida cotidiana de las mujeres, vivir la femineidad de otra manera les permitirá construir una vida más saludable, ¿Cómo hacerlo?

La respuesta es muy compleja, y el trabajo a realizar es bastante amplio, ya que no solo involucra a los profesionales de la salud (médicos, psicólogos, psiquiatras, etc.), sino también a maestros, educadores, pedagogos, etc. Se requiere de un plan de trabajo intra e interprofesional que incluya la concientización, por parte de los profesionales, del rol de la mujer en la vida cotidiana y su repercusión en la salud mental.

Luego entonces, lo primero que se requiere es la revisión del contenido teórico de los enfoques que abordan el problema de la depresión ya que en dicho contenido se sigue viendo a la mujer como un ser dotado de características "naturales" las cuales predisponen a las mujeres a manifestar determinados problemas mentales. Al considerar que los malestares mentales son consecuencia de la "naturaleza" femenina (cambios hormonales, etapas relacionadas con la



maternidad, inestabilidad emocional, etc.), se pierden de vista los elementos sociales y culturales bajo los cuales nace y se desarrolla el SER MUJER.

Los psicólogos, psiquiatras y psicoanalistas siguen reproduciendo la idea establecida de la mujer como un ser carenciado, incompleto, dependiente por naturaleza, al no considerar las condiciones de desigualdad que viven las mujeres, por el contrario se considera que la recuperación de su salud mental consiste en controlar las hormonas, la segregación de sustancias bioquímicas, en el control de las emociones para que se ajusten dentro de los parámetros de la “normalidad”.

Ninguno de los enfoques teóricos revisados en el capítulo 1, enfocan su tratamiento de manera diferencial (para hombres y para mujeres) pues esto reflejaría que se tiene entendido que hombres y mujeres viven y se enferman de manera diferente. Por el contrario los tratamientos son homogéneos y la salud se mide con parámetros de “normalidad”, en donde lo “normal” engloba una serie de características que una persona sana mentalmente debe poseer. Estas características se consideran positivas si están relacionadas con la autosatisfacción de necesidades, relación de armonía con el medio ambiente, establecimiento de vínculos amorosos, ejercer el propio liderazgo, participación activa en la construcción de sí mismo, del entorno físico y social, (Concepto de Salud mental de acuerdo con la OMS, en García y Andrade, 1994)

Pero como ya se ha visto en este capítulo las características positivas están relacionadas con la figura masculina (independencia emocional y económica), es a partir de ésta que se configura el concepto de mujer y de salud, por lo tanto la desigualdad entre géneros se mantiene en nombre de la ciencia.

Por otro lado, mientras no se considere a la salud y la enfermedad como procesos que se construyen bajo circunstancias de tipo cultural, no se estará en condiciones de proporcionar alternativas de tratamiento que realmente resuelvan las problemáticas con las que cotidianamente se enfrentan las mujeres.

La magnitud del problema de la depresión, la siente quien la vive, y en este sentido nos toca a las mujeres iniciar el cambio hacia una vida más saludable. El trabajo debe ser tanto a nivel individual como social enfocado a promover en las mujeres una mayor escolaridad y el incremento de confianza y seguridad en sí mismas, estas condiciones en conjunto según Lara (1991) predicen menores índices de depresión.

¿Cómo?, con ¿cursos, talleres, pláticas, libros?, como dice Doris Bersing (2000), ahora las mujeres les vamos a decir a otras mujeres cómo deben o no ser, y como consecuencia se agrega más presión a la ya existente. Aunque ahora sea más solidaria, es presión finalmente.

Definitivamente somos las mujeres quienes podemos construir un camino hacia la salud, construyendo una verdadera autoestima (no considerada como algo frívolo que ayude a las mujeres a verse más lindas, o que hagan algo útil),



empezando con el reconocimiento de lo que es “ser mujer”. Necesariamente esto tendrá que ser una experiencia individual en la que cada mujer haga contacto con su “yo” interno y pueda reconocer sus deseos, habilidades, gustos, ambiciones, etc. Que les permita romper con las figuras arquetípicas incluidas en la cultura.

Nuevamente se hace énfasis en que las mujeres tienen que ser conscientes de las situaciones que viven y puedan cambiar aquellas con las que no están de acuerdo.

Que sean ellas quienes tengan el poder para replantear su identidad permitiéndose ser independientes, y que sean ellas quienes decidan bajo qué circunstancias quieren vivir, y de esta manera construir una vida más digna en la que ellas mismas se reconozcan como sujetos y no como objetos.



CAPITULO III
FEMINEIDAD Y DEPRESION:
HISTORIAS DE VIDA



FEMINEIDAD Y DEPRESION

Las condiciones sociales y culturales bajo las cuales han sido educadas las mujeres, no las favorece en su desarrollo físico, emocional y social, lo cual las predispone a padecer desordenes mentales como la depresión.

En el capítulo 1 se planteó que la depresión no es un estado, una situación, en la que se encuentran las mujeres por razones individuales (alteraciones en los neurotransmisores, desajustes hormonales, incapacidad para pensar positivamente, inhabilidad para resolver conflictos internos, etc.) sino que es un proceso que se construye en el diario vivir de las mismas.

Los estudios de Género muestran que el origen de la depresión en las mujeres se encuentra en el núcleo de su identidad. La femineidad está compuesta por toda una serie de cualidades que nada tienen de “naturales” como se ha querido creer, por el contrario, el ser mujer está delimitado por una serie de normas sociales y culturales.

A partir de las características biológicas de las mujeres se han construido condiciones de vida como son el ser madres, esposas, amas de casa y trabajadoras extradomésticas actualmente (pero sin dejar de ejercer alguno de los roles anteriores), lo que ha generado en ellas la manifestación de síntomas depresivos.

La femineidad tiene un eje central y es el “ser- para- los- otros” (Basaglia citada en Nájera, 1998). Cuando las mujeres se asumen como seres para los otros, ellas dejan de ser importantes para sí mismas, dejan de ser sujetos para convertirse en objetos de los otros. Cuando optan por ocuparse más de sí mismas y ocuparse menos de los demás, entonces se sienten culpables. Ambos caminos conducen a la depresión.

En este capítulo, se analizan 10 historias de vida 8 de las cuales pertenecen a mujeres adultas, una adolescente y una niña (todas depresivas), para cumplir con los siguientes objetivos:

OBJETIVO GENERAL

Identificar y analizar los elementos simbólicos de la identidad femenina que predisponen a las mujeres a manifestar sintomatología depresiva.



OBJETIVOS ESPECIFICOS

- 1.- Relacionar y analizar los datos encontrados teóricamente en torno a los elementos simbólicos que integran la identidad de las mujeres y los reportados por el grupo estudiado.
- 2.- Identificar dentro de los procesos corporales negativos los síntomas que corresponden a los malestares depresivos, en cada una de las mujeres del grupo estudiado.
- 3.- Analizar el proceso de desarrollo de los síntomas depresivos en las mujeres del grupo estudiado.
- 4.- Analizar la relación existente entre la presentación de síntomas físicos, emocionales, comportamentales y cognitivos y la forma en que asumieron su identidad las mujeres de la población estudiada.

METODO

Se llevó a cabo un análisis de tipo cualitativo sobre los elementos simbólicos que constituyen la identidad de las mujeres y su relación con la manifestación de síntomas depresivos en las mismas, para lo cual se realizó una revisión teórica sobre el tema (capítulos uno y dos) y en un tercer capítulo se analizaron las historias de vida de 10 mujeres depresivas para ilustrar la relación existente entre el contenido de la identidad femenina y la depresión.

De acuerdo con Conejo (1998) la historia de vida permite realizar una reconstrucción histórica de eventos y circunstancias de un individuo para evaluar la evolución, el porqué de ciertos fenómenos presentes y analizar globalmente los factores que se interrelacionan y determinan una realidad.

La forma en que se obtuvieron los datos fue a través de una entrevista en profundidad que de acuerdo con Alonso (1995), tiene las siguientes características:

- A) es una entrevista abierta sin número límite de sesiones.
- B) Proporciona información de tipo pragmático, es decir, de cómo las personas actúan y reconstruyen el sistema de representaciones sociales en sus prácticas individuales.
- C) La subjetividad es una de las principales características ya que el entrevistado proporciona información de su actitud ante la naturaleza del tema a abordar. En este sentido, se considera al entrevistado no como "realidad objetiva", individualista y racionalizado, sino como un Yo que cuenta historias en las que está incluido un bosquejo del Yo como parte de la historia.
- D) Las preguntas hacia el entrevistado se refieren a los comportamientos pasados, presentes o futuros.



E) Uno de los campos en los que se utiliza la entrevista en profundidad es en el estudio de las representaciones sociales personalizadas: sistema de normas y valores asumidos, imágenes y creencias prejuiciales, códigos y estereotipos cristalizados, rutas y trayectorias vitales particulares, etc.

F) La función metodológica de este tipo de entrevista se enfoca a la reproducción del discurso motivacional de una personalidad típica en una situación social bien delimitada.

SUJETOS

La población que fue entrevistada fueron diez mujeres con diagnóstico de depresión que acudieron a consulta psicológica en Tultitlán Estado de México, con nivel socioeconómico, edad, estado civil y escolaridad variable.

SITUACIÓN Y ESCENARIO

Los datos fueron obtenidos de un trabajo previo con un grupo de mujeres depresivas a quienes se les proporcionó atención psicológica, sin embargo, los elementos que se retomaron son solamente los relacionados con la formación y la vivencia de la identidad y su relación con la manifestación de malestares depresivos. El tratamiento no está incluido.

El escenario fue un consultorio de 3 por 3 metros aproximadamente, sin ventanas y con iluminación artificial, un escritorio, un archivero y una camilla para masajes. Se contó también con música de fondo (generalmente de sonidos de la naturaleza) para relajar.

INSTRUMENTOS

Se empleó una entrevista abierta con los siguientes lineamientos:

- A) **DATOS GENERALES.** Nombre, teléfono, edad, estado civil, escolaridad, estatura, peso, ocupación, religión que practica.
- B) **VIVIENDA.** Domicilio completo, tipo de vivienda, servicios con que cuenta, personas con quienes vive, cómo está distribuida la casa.
- C) **ESTRUCTURA FAMILIAR** (de origen y actual). Número de personas que integran la familia. Edades, estado civil y ocupación de cada uno. Número de hijos (edades y ocupación). Donde nació, dónde nacieron sus padres y sus hermanos. Quién se encargó de su crianza y su educación. Qué opina de la educación que le dieron. Tipo de relación con cada uno de



los integrantes de la familia. Los recuerdos más significativos de su vida en familia. Enfermedades más frecuentes de la familia.

D) **RELACIONES DE GÉNERO.** Desigualdad. Equidad. Subordinación. Maltrato. Respeto. Relación con padre, madre, hermanos, esposo, hijos, novio, amigos, etc.

E) **SEXUALIDAD.** Noviazgo. Inicio de vida sexual activa. Satisfacción sexual. Reconocimiento de deseo sexual. Manifestación de deseo sexual hacia la pareja.

F) **AMOR.** Qué es el amor. Cómo manifiesta el amor. Qué espera de su pareja. Satisfacción en el amor.

G) **ACTIVIDADES.** Las que realiza durante el día (incluyendo sábados y domingos). Las que realiza en compañía de la familia. Las que lleva a cabo en su tiempo libre. Lo que más y lo que menos le gusta hacer.

H) **SUEÑO.** Horas que duerme en promedio. Alteración del sueño (exceso de sueño o insomnio). Sueños tranquilos o con pesadillas o sueños recurrentes.

I) **ALIMENTACION.** Tipo de alimentos que ingiere. Número de comidas al día. Lugar en el que come. Alimentos que ingiere entre comidas. Alteraciones del apetito (inapetencia o exceso de hambre).

J) **PADECIMIENTO.** Tiempo de manifestar síntomas de depresión. Síntomas del malestar. Frecuencia con la que se presenta el malestar. Cómo es un día cuando se siente deprimida. Sentimientos que le produce el malestar (que emoción predomina). Malestares físicos que se presentan. Motivos por los que cree que se originó la depresión. Antecedentes de depresión en la familia. Que tratamiento le dieron y cuáles han sido sus efectos. Desde cuando está bajo tratamiento. Que le motivo a pedir ayuda. Emoción persistente antes de que se presentara la depresión. La manera en que la depresión ha influido en las relaciones interpersonales.

PROCEDIMIENTO

Con los datos obtenidos en la entrevista se realizó un análisis de la construcción de la identidad femenina.

A) PROCREACION

Dentro de este eje se analiza:



- 1.- Que el instinto maternal no existe.
- 2.- La manera en que las mujeres son preparadas para la maternidad a partir de su capacidad biológica de procrear.
- 3.- Que la maternidad no es una elección de las mujeres sino una imposición para las mismas.
- 4.- Cómo las mujeres buscan el bienestar no solo de sus hijos biológicos sino también de los simbólicos.
- 5.- Cómo cuidar a los otros (hijos reales y simbólicos) se convierte en una forma de vida de las mujeres y una fuente de satisfacción para las mismas.
- 6.- Que la maternidad también se practica en la relación de pareja.
- 7.- Que las madres son quienes cuidan de que se siga reproduciendo el rol de madre y esposa.

B) EROTISMO

Dentro de este ámbito se analiza que:

- 1.- La satisfacción sexual en las mujeres toma un valor negativo desde el punto de vista moral, si no tienen como fin la maternidad y la conyugalidad.
- 2.- El erotismo en la mujer esta enfocado a proporcionar placer, no para recibirlo.
- 3.- Al ser negado el erotismo en las mujeres, el cuerpo femenino es un “cuerpo para otros”.
- 4.- La manera como las mujeres muestran su deseo sexual no es a través del erotismo sino a través de sentimientos como la ternura, la pureza, el pudor y el amor.
- 5.- El amor incluye el erotismo pero solo en función de una familia, la maternidad y la paternidad.

B) AMOR

- 1.- El amor ocupa un lugar central en la vida de las mujeres.
- 2.- El amor femenino exalta la necesidad del otro.
- 3.- El amor femenino tiene como objetivo la comprensión y el compañerismo mutuos.
- 4.- El amor femenino se convierte en una reproducción de la maternidad.

La historia de vida se organizó en bloques de la siguiente manera:

- A) FAMILIA DE ORIGEN (estructura de la familia y lugar que ocupa la paciente entre los demás hermanos.
- B) RELACION ENTRE HERMANOS
- C) RELACION DE LA PACIENTE CON SU PADRE
- D) RELACION DE LA PACIENTE CON SU MADRE
- E) RELACION ENTRE LOS PADRES
- F) ESTRUCTURA DE LA FAMILIA ACTUAL
- G) RELACION DE PAREJA
- H) RELACION CON LOS HIJOS



RESULTADOS

En la tabla No. 1 “Ficha de identidad y Salud General” indican que las edades de las mujeres que conformaron la población varían desde los 6 a los 45 años de edad, sus escolaridades van desde primaria hasta licenciatura y sus ocupaciones indican que el común es ser ama de casa, esposa y madre.










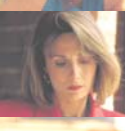

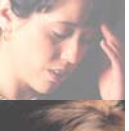

Las enfermedades más comunes son gripas, cefaleas, faringitis, hipotensión, hipertensión, miomas ováricos, gastritis, colitis. En esta tabla se puede observar que la salud física está en estrecha relación con aspectos con la maternidad ya que cinco mujeres presentan quistes ováricos. Lo que les provoca hemorragias, dolor e inflamación en el vientre (Soledad, Ana, Silvia, Alma y Martha), cuatro de las cuales han tenido dos y tres embarazos (Soledad, Ana, Alma y Martha). Ana y Alma han tenido uno y tres abortos respectivamente.

Cinco mujeres han optado por emplear métodos anticonceptivos definitivos (Salpingoclasia y vasectomía), dos emplean preservativo, dos no tienen vida sexual y una no usa algún método, lo que deja ver que el control natal sigue siendo cosa de mujeres.

De las ocho mujeres que tiene vida sexual activa solamente la mitad se siente satisfecha con su relación.



Tabla 1 Ficha de identificación y Salud General

	NOMBRE	EDAD	ESCOLARIDAD	OCUPACION	EDO. CIVIL	NO. DE HIJOS
	AMERICA	6 años	Primer grado de educación básica.	Estudiante		
	ERIKA	16 años	Primer año de Preparatoria particular	estudiante	soltera	- - - -
	MARIBEL	24 años	Lic. en Biología	Tesisista, Ama de casa. desempleada	soltera	- - - -
	YOLANDA	31 años	Lic. en Administración de empresas, Trunca	Ama de casa	Casada 6 años	2 hijas. 5 años y una bebe de 6 meses
	SOLEDAD	36 años	Lic. en Biología	Ama de casa	Casada 13 años	Hija de 11 años hijos de 8 y 2 años
	ANA	37 años	Primer año de preparatoria	Ama de casa	Casada 18 años	2 hijos; 18 y 17 años.
	LULU	37 años	primaria	Ama de casa	Casada 15 años	Hijo de 22 años, 2 hijas de 14 y 13 años.
	SILVIA	37 años	Técnica en Cultura de Belleza	Estilista, negocio propio	soltera	- - - -
	ALMA	41 años	Secretariado técnico	Ama de casa	Casada 14 años	un hijo de 2 años.
	MARTHA	45 años	Secretariado técnico	Secretaria escolar. Ama de casa	Casada 20 años	3 hijas, 18, 16 y 8 años.



ENFERMEDADES	ALTERACION MENSTRUAL	EMBARAZO	ABORTOS	METODO ANTICONCEPTIVO	SATISFACCION SATISFACCION SERSEXUAL SEXUAL
Gripas constantes	-----	-----	Ninguno	Ninguno	
Gripa. Cefalea	ninguno	ninguno	Ninguno	No tiene vida sexual activa.	
cefaleas	ninguno	ninguno	Ninguno	Preservativo	SI
Dolor de garganta. Hernia umbilical. Cefalea. Hipotiroidismo	ninguno	dos	Ninguno	Salpingoclasia	SI
Hipotensión. Gastritis. Várices. Miomas ováricos. Infecciones urinarias	Hemorragias e inflamación del vientre. Cambios de humor	dos	Ninguno	Vasectomía	NO
Miopía. Quiste ovárico. Cefalea. Dolor en rodilla izquierda.	Hemorragias. Dolor de vientre. Alteración del estado de ánimo.	dos	Uno	Salpingoclasia	SI
Estreñimiento crónico. Cefalea. Hipotensión.	Dolor e inflamación del vientre	tres	Ninguno	Salpingoclasia	NO
Quiste ovárico. Parálisis facial.	Hemorragias. Dolor e Inflamación en vientre	ninguno	Ninguno	preservativo	SI
Migraña. Hipertensión. Quiste ovárico. Gastritis. Colitis.	Hemorragias. Dolor en vientre	tres	Tres	ninguno	NO
Hiper glucemia. Tumor en cabeza. Dolor en riñones. Colitis. Gastritis. Quiste mamario y ovárico. Faringitis, Hipotiroidismo Vitíligo.	Inflamación en vientre	tres	Ninguno	Salpingoclasia	NO



En la tabla No. 2 “Motivo de consulta” se puede ver que en 5 casos hay antecedentes de depresión en familiares directos (mamá, tía, hermana). 5 recibieron ayuda de Psiquiatra, Psicólogo y Pediatra y el resto no tuvo apoyo. De las cuales 4 fueron medicadas con antidepresivos y tranquilizantes y solo dos sintieron alguna mejoría. Los sentimientos que prevalecen en la población son nerviosismo, miedo, desesperación, tristeza, llanto, dolor corporal, culpa, ansiedad, desgano y cansancio.

Lo que motiva a 5 de estas mujeres a pedir ayuda está relacionado con su rol de madre ya que quieren entender mejor a sus hijos y orientarlos, dos desean superar su depresión sin ayuda de medicamento, dos son traídas por sus padres y quieren sentirse bien y una mas solo siente curiosidad por conocerse a sí misma. Es decir que la preocupación de las mujeres no es su malestar en sí, sino lo que esto ocasiona en su relación con sus hijos y en su familia en general.











Además de lidiar con sus síntomas físicos (como inapetencia, insomnio, frialdad, sudoración o temblores en manos y pies, dolor de cabeza, opresión en el pecho, dolor de espalda e inapetencia sexual) y sus síntomas psicológicos (llanto, miedo, angustia, irritabilidad, tristeza, tensión, soledad, ideas suicidas, culpa) 4 de las mujeres manifiesta no contar con el apoyo de su pareja en el cuidado y educación de los hijos.



Tabla 2. Motivo de consulta

Nombre	Antecedentes en la familia	Acudió al profesionalista	Tratamiento Recibido	Tiempo	Efectos	Emoción que prevalece
América	Mamá	Pediatra	Malleril	Dos semanas	Ninguno	Nerviosismo
Erika	Mamá	No recibió ayuda anterior	-----	----- --	-----	Miedo y desesperación
Maribel	No reporta	No recibió ayuda anterior	-----	----- ---	----- -	Tristeza y llanto
Yolanda	Tía materna	Psiquiatra	Victam	Dos meses	Tranquilizante	Miedo y nerviosismo
Soledad	No reporta	Psicóloga	Escuela para padres	Un año	Orientación	Tristeza y llanto
Ana	No reporta	Psiquiatra	Ribotril	Un año	Ninguna mejoría	Llanto y desesperación
Lulú	Hermana menor se suicida	Psiquiatra	Tafil, Ceroproan y Robaxisal	5 meses	Tranquilizante	Dolor corporal generalizado y Culpa
Silvia	No reporta	Ninguno	- - - - -	- - - - -	- - - - - - -	Ansiedad
Alma	No reporta	Ninguno	- - - - -	- - - - -	- - - - - - -	Desgano y cansancio
Martha	Mamá	Ninguno	- - - - -	- - - - -	- - - - - - -	Cansancio y desgano.



 Motivo de solicitud para la Psicoterapia	Síntomas físicos	Síntomas Psicológicos	Relaciones Interpersonales
 Nerviosismo Pesadillas.	Inapetencia, insomnio	Llanto, miedo, angustia, irritabilidad	No quiere ir a la escuela.
 Depresión, no quiere vivir.	Insomnio, frialdad en pies y manos. Palidez en la piel. Inapetencia	Deseos de llorar, miedo, angustia, deseos de no levantarse de la cama. No quiere quedarse sola.	No quiere ir a la escuela. Discute constantemente con sus familiares. No quiere salir con amigos.
 Tristeza por problemas con padres y pareja.	Dolor de cabeza y opresión en el pecho.	Tristeza, llanto frecuente, desgano, no quiere salir de la cama.	No hay buena relación con sus padres. Se siente incomprendida por su novio.
 Nerviosismo, no quiere que su pareja se vaya del país.	Insomnio, sudoración de manos y pies, frialdad en los pies.	Llanto, tensión, miedo, angustia, no quiere salir de la casa, dificultad a levantarse de la cama, e irritabilidad.	Les grita a sus hijas. No siente apoyo de su pareja en la educación de sus hijas. Es crítica de su madre y su pareja.
 Tristeza, quiere que su familia la vea feliz.	Insomnio, cansancio, dolor de cabeza, inapetencia.	Tristeza, llanto constante, sentimiento de soledad.	Quiere sentirse bien para cuidar a su familia. No quiere que su esposo la vea llorar.
 Depresión, quiere cumplir con sus labores dentro de la familia.	Cansancio, pérdida de apetito.	Desgano, ganas de llorar sin motivo aparente, miedo, despierta sobresaltada, angustia, desesperación y culpa.	Considera que sus hijos y sus esposo cumplen con lo que les corresponde y ella no, por lo que, se siente culpable.
 Malestar general. No sabe orientar a sus hijos.	Insomnio, dolor de cabeza y cuerpo en general, temblores en manos y piernas, inapetencia sexual.	Falta de concentración, olvidos, desgano, ideas suicidas, nerviosismo, insatisfacción, siente que ha fallado como madre.	Siente que no tiene apoyo de su pareja en lo referente a la educación de sus hijas. Siente que no puede ejercer la autoridad con sus hijas.
 Quiere saber más sobre sí misma	Sobrepeso de 30 kilogramos. Exceso de apetito sexual.	Ansiedad que se refleja en la ingesta desmedida de alimentos.	Piensa que la relación con sus familiares es buena. Quiere tener amigos (hombres) pero
 Desgano, irritabilidad con el hijo	Cansancio, dolores de cabeza y de espalda. No tiene apetito sexual.	Irritabilidad, miedo, ideas suicidas, deseos de quedarse en la cama todo el día, y culpa.	No se siente apoyada en la educación de su hijo. No se siente comprendida por su pareja.
 Preocupación por su hija	Cansancio y pesadez en las piernas.	Desgano, sensación de soledad, presión, ganas de llorar	No hay comunicación con la pareja y no se siente apoyada por ésta. Sus hijas y su pareja la califican de exagerada.



En la tabla 3 “Familia de origen”, se muestra que a excepción de Silvia quien es hija única todas las demás mujeres tienen de un hermano hasta nueve. 5 son la hermana mayor, tres son de las más pequeñas (antepenúltimas, penúltimas y últimas de los hermanos) y una es la mediana. 5 de estas mujeres se convierten en la ayudante de mamá para cuidar a los hermanos ya sea trabajando en la casa o fuera de ella (no todas son hermanas mayores).

Las figuras paternas que educaron a estas mujeres presentan rasgos como inseguridad, nerviosismo, irritabilidad, sumisión, dominio, enojo, chantaje, hermetismo, inexpresividad, y violencia. 9 son amas de casa y 7 además trabajan fuera del hogar como empleadas o como comerciantes. Las madres solteras que trabajan fuera del hogar son complacientes para comprarles objetos a sus hijos. 5 de los padres son calificados como irritables, enojones, gritones, agresivos prepotentes, dos de los cuales además son alcohólicos, tres son padres ausentes por muerte y dos son considerados como personas tranquilas.

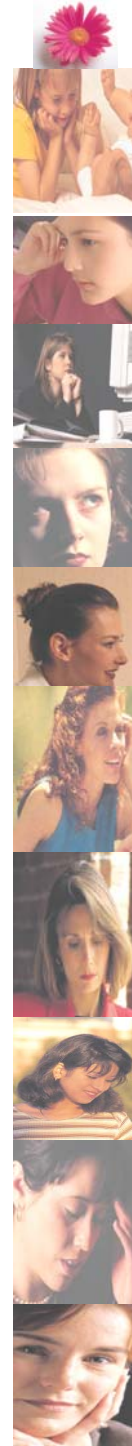
Lo que se puede observar es que estas mujeres han vivido en ambientes poco saludables emocionalmente pues de sus padres y hermanos escucharon calificativos negativos como desobediente, barbera, enfermiza, floja, rebelde, teatrera, miedosa, indecisa, dependiente, malagradecida, triste, pobre, seria, callada, miedosa, tonta, idiota, tarada, buscona, sucia, fea, y a su vez, estos calificativos generaron sentimientos de coraje, nerviosismo, llanto constante, rabia, lástima, indecisión, soledad, miedo, tristeza, vergüenza, culpa y abandono, que como podrá notarse, son los mismos sentimientos que actualmente viven estas mujeres cuando presentan malestares depresivos (tabla No. 2 “Motivo de consulta”).

Las expectativas de vida de estas mujeres no estuvo alejada de la maternidad y el matrimonio ya que 8 pensaron en enfocar su vida a estos aspectos 5 de ellas además querían estudiar (una de ellas es adolescente que todavía está en proceso de formación académica), una no cumplió su objetivo, otra realiza su tesis y las otras dos aunque terminaron su carrera no ejercen.



Tabla 3. Familia de origen

Nombre	Integrantes de la familia	Características de la madre	Características del padre
AMERIC	Padre, madre y dos hermanas. América es la mayor.	Ama de casa. Insegura, nerviosa, irritable.	Irritable y en algunas ocasiones ha golpeado a América.
ERIKA	Padre, madre y tres hermanas. Erika es la mediana.	Trabaja dentro y fuera del hogar. Es sobreprotectora, fuerte, responsable y crítica.	Enojón, gritón y pocas veces es complacido con lo que sus hijas hacen.
MARIBE	Padre, madre y dos hermanas. Maribel es la mayor.	Profesionista y ama de casa. Permite que su esposo le grite y la insulte. Estricta con Maribel	Agresivo y prepotente con su familia y amable y servicial con los demás.
YOLAND	Madre, tía y dos hermanos. Yolanda es la mayor.	Trabaja fuera del hogar. Complaciente para comprar cosas. Dominante, enojona, y chantajista	El señor muere cuando Yolanda tenía dos años.
SOLEDA	Padre, madre y 7 hermanos. Soledad es la penúltima.	Ama de casa. Seria, hermética, estricta, violenta.	Ausente por mucho tiempo. Alcohólico agresivo. Distante de la familia cuando estaba sobrio.
ANA	Padre, madre, 5 hijos (tres varones y dos mujeres). Ana es la mayor de las mujeres.	Ama de casa y comerciante. Inexpresiva, callada, no se quejaba.	Empleado en fábrica. Alegre, alcohólico, enfermizo.
LULU	Padre, madre, 5 hermanos. Lulú es la mayor	Queda viuda y se relaciona con tres parejas más que la golpean. Trabaja fuera de casa. Es violenta con sus hijos, los golpea hasta sangrarlos.	El señor murió cuando Lulú tenía 7 años. Lo recuerda como una persona tranquila.
SILVIA	Madre, abuela y Silvia.	Se dedica a trabajar fuera del hogar. Es madre soltera. Es complaciente.	Padre ausente.
ALMA	Padre, madre y 10 hermanos. Alma es la antepenúltima.	Ama de casa y comerciante. Estricta, no solía golpear a sus hijos, callada.	Generalmente era tranquilo pero enojado era muy violento. Distante y poco cariñoso. Muere cuando Alma cumple 15 años.
MARTH	Padre, madre, 4 hermanos. Martha es la más pequeña.	Enferma mental. En ocasiones era agresiva o se mostraba pasiva y callada. Hablaba sola.	Campesino que después se empleo como vigilante. Callado y tranquilo. No presentó nunca adicción.



Femineidad y Depresión: Historias de vida



Roles de la paciente	Calificativos	Sentimientos	Expectativas de vida
América adoptó la tarea de detener los pleitos entre sus padres. Considera que su madre y su abuela pelean por su culpa.	Desobediente. Buena	Coraje. Nerviosismo. Llanto	-----
La familia considera que Erika es la más agresiva, respondona y antisocial de las hermanas.	Barbera. Enfermiza	Tonta	Estudiar, Trabajar, casarse y tener hijos
Maribel ayuda en el cuidado del hogar y la familia. Es intermediaria en los problemas de sus padres.	Floja. Desobediente. Rebelde. Teatrera	Rabia. Tristeza. Lástima	Estudiar, trabajar, casarse y tener hijos
Yolanda es sobreprotegida por su madre y su tía.	Miedosa. Indecisa. Dependiente. Malagradecida	Coraje. Indecisión	Estudiar, casarse y tener hijos.
Todos los hermanos trabajaban, Soledad se quedó como ayudante de mamá.	Triste. Pobre. Seria. Callada.	Soledad. Llanto	Estudiar. Casarse y tener hijos
Ana ayuda a su madre en el cuidado de la casa y la familia.	Enfermiza. Miedosa.	Miedo.	Casarse y tener hijos
Lulú se dedica a cuidar de la casa y sus hermanos. A los 10 años empieza a trabajar para ayudar a su madre.	Tonta. Idiota. Tarada. Buscona. Inutil	Tristeza. Vergüenza. Culpa. Miedo	Casarse
Silvia quiere ser diferente a su madre. No quiere que los hombres la hagan sufrir.	Solitaria. Consentida	Enojo	Trabajar. No casarse ni tener hijos
Alma trabaja fuera del hogar para ayudar a su familia. Cuida de la salud física de su madre.	Enfermiza. Callada	Rechazo. Coraje. Responsabilidad	Casarse.
Martha era cuidada por las hermanas mayores, también cuidaban de la casa y la familia.	Tonta. Sucia. Enfermiza. Fea	Tristeza. Vergüenza. Soledad. Abandonada	Estudiar. Casarse para evitar la soledad.



Tabla 4. Familia actual

Nombre	Sentimiento con cada integrante	Actividades de ella para la familia	Actividades de los otros para la familia	Actividades para sí misma	Autoconcepto
América	Papá- distante. Mamá-Autoridad. Hermana-rivalidad	Solamente estudia	Papá aporta dinero. Mamá las labores del hogar y educación	Ninguna aparte de estudiar.	Desobediente, nerviosa, miedosa, llorona, enojona, desesperada.
Erika	Papá-temor. Mamá-coraje y cariño. Hna. May-admiración	Estudia y ocasionalmente hace aseo	Papá aporta dinero y ayuda en el aseo. Mamá da dinero, aseo y educación	Ninguna además de estudiar	Enfermiza, enojona, gritona, chillona, caprichosa, impaciente, tímida, insegura, inteligente, responsable y desobediente.
Maribel	Papá-coraje. Mamá-desilusión. Hno.- coraje	Hace aseo de casa y comida para todos.	Papá aporta dinero. Mamá aporta dinero y hace aseo	Pasea con su novio.	Impulsiva, cariñosa, detallista, me gusta dar lo mejor de mi, celosa, miedosa, desconfiada, soñadora, protectora con los demás, rencorosa,
Yolanda	Esposo-Coraje Hija may-preocupación. Hija men. Preocupación	Cuida y educa a sus dos hijas. Aseo, lava, plancha, cocina para todos.	Esposo aporta dinero.	Ninguna no tiene tiempo. No tiene amigas.	Soy miedosa, indecisa, no se tomar decisiones, nerviosa, dependiente, insegura, tonta que no sabe hacer bien las cosas
Soledad	Esposo- amor. Hija-preocupación. Hijo-tranquilidad	Aseo, cocina, plancha, lava para todos. Educa.	Esposo aporta dinero.	Ocasionalmente dibuja.	Chillona, triste, callada, dejada, miedosa, no se defender lo que pienso
Ana	Esposo-cariño. Hijos-comprensión	Aseo, cocina, plancha y lava para todos.	Esposo aporta dinero	Caminatas con el esposo y Yoga.	Soy enfermiza, miedosa y chillona. No cumplo con lo que me toca. Soy una carga para mi familia, no los apoyo lo suficiente. No se resolver problemas.
Lulú	.Esposo-coraje. Hijas- impotencia.	Aseo, cocina, plancha y lava para todos. Educa	Esposo aporta dinero. Hijas no cooperan	. . Ninguna no tiene tiempo	Soy tonta, no tengo memoria, no pongo atención, soy mala hermana, no se educar a mis hijos. Todo lo hago mal.
Silvia	Madre-cariño. Abuela-amor, admiración y respeto	Aporta dinero. Cuida del aseo de su persona y su espacio	Mamá aporta dinero. Abuela asea y cocina	Salé con amigas o novio. Va a fiestas. Va a deporte	Fuerte, independiente económica y emocionalmente, extrovertida, no le gusta sufrir por un hombre, es desobediente y no piensa en el matrimonio
Alma	Esposo-coraje y desesperación. Hijo-desesperación	Aseo, cocina, lava, plancha para todos. Educa.	Esposo aporta dinero	Asiste a misa dominical.	Soy enfermiza, una persona negativa que siempre piensa en lo peor, irritable, injusta, aprovechada.
Martha	Esposo-incomprensión. Hijas Apoyo y preocupación	Aporta dinero, aseo, cocina. Educa.	Esposo aporta dinero. Ayuda en el aseo.	Ninguna no tiene tiempo	Soy sentimental, miedosa, sobreprotectora, sin ánimo de hacer actividades



En la tabla No. 4 “Familia actual” se describen los sentimientos que predominan entre las mujeres con cada integrante de la familia encontrándose que la relación de las hijas con el papá es distante, de temor y coraje (en ningún caso se reporta, seguridad, tranquilidad, gusto, alegría o amor); en la relación con el esposo sólo dos casos reportan amor y cariño, el resto manifiesta sentir coraje, desesperación e incompreensión pues no se sienten apoyadas en el cuidado y educación de los hijos (tabla 2. relaciones interpersonales); en la relación con la madre se reportan sentimientos de respeto a la autoridad, temor, coraje, desilusión y cariño; con los hermanos predominan sentimientos de rivalidad, admiración y coraje; con los hijos se reportan sentimientos de preocupación, impotencia e incompreensión.

Es importante señalar los sentimientos que prevalecen con los diferentes miembros de la familia ya que por lo general las mujeres se califican como enojonas, gritonas, chillonas, confusas, nerviosas, etc. (como lo indica el apartado del autoconcepto), como si estos sentimientos, actitudes y comportamientos fueran el resultado de las características propias de su personalidad y nada tuvieran que ver con el tipo de relación (equidad, subordinación) que mantienen con los demás.

Las mujeres no son enojonas, gritonas, etc. por “naturaleza” su problemática se deriva de las relaciones de género que viven en la cotidianidad.

Por otro lado, las actividades dentro de la familia está, divididas como en la familia de origen, las madres se dedican a las labores del hogar y a cuidar y educar a los hijos (Yolanda, Soledad, Ana, Lulú, Alma y Martha) y Martha además tienen un empleo como secretaria. Yolanda, Soledad y Alma no ejercen su carrera profesional.

En general, los hombres se dedican a aportar dinero y solamente en un caso (esposo de Martha) el señor apoya en las labores del hogar. Por su parte, los hijos no realizan actividades para la familia. Todo ello contribuye a que las mujeres reporten no tener tiempo para realizar actividades para sí mismas. Soledad ocasionalmente dibuja, Ana realiza caminatas y practica Yoga y Alma asiste a misa dominical.

Si comparamos las tablas 3 “la familia de origen” y 4 “Familia actual” se podrá notar que no existen muchas diferencias entre los roles que estas mujeres ejercían cuando eran niñas y ahora que son adultas.

Tampoco han variado mucho los sentimientos hacia las personas que las rodean y los sentimientos hacia sí mismas, mas aún se han identificado con las etiquetas que han escuchado hacia su persona, ahora lo afirman diciendo “Soy tonta”, “Soy enfermiza”, “todo lo hago mal”, etc. como lo indica la parte destinada al autoconcepto en la tabla No. 4.



"...LAS NIÑAS BUENAS NO BUSCAN PROBLEMAS"

América

Generalmente a las mujeres se les enseña desde pequeñas que parte de sus deberes consiste en cuidar a los otros. Las niñas son quienes ayudan a su madre a hacer el aseo de la casa, a hacer la comida, lavar los trastes, etc. A través de estos comportamientos se les va entrenando para que consideren que su campo de acción es el hogar y las actividades que allí realicen tiene el principal objetivo de servir a los demás.

La educación que reciben las niñas no tiene como fin el autocuidado y la independencia, sino el cuidado de los demás. El cuidar a los otros se puede manifestar de distintas maneras, puede ir desde hacerse cargo de las necesidades físicas de los demás (aseo, comida, ropa, etc.) en donde se realizan actividades como las antes descritas, hasta hacerse responsable de las necesidades emocionales (seguridad, paciencia, comunicación) de los otros (Lara, 1997)

El caso de América ejemplifica este último rubro. Los padres de esta niña no mantienen una buena comunicación, cada uno cree tener la razón y quiere imponerse ante la opinión del otro, lo único que puede parar sus discusiones es la presencia de América. Por otro lado la relación entre su madre y su abuela presenta dificultades ya que ambas siguen manteniendo el rol de madre e hija y cuando una quiere independizarse, la otra se siente abandonada. América se ha dado cuenta que cuando se abstiene de comunicar a su abuela, lo que su madre hace (gritar a sus hijas, quejarse de lo que tiene que hacer como madre, etc.) y que no está acorde con las creencias de su abuela, las discusiones disminuyen. América ha creído que la armonía entre madre e hija depende de ella.

A los seis Años América se ha convertido en la responsable de mantener la armonía de su familia, ello la lleva a manifestar nerviosismo y tristeza al grado de medicarla. De seguir con esta forma de relacionarse con los demás (estar al pendiente de que no peleen, que mantengan armonía unos con otros) América llegará a ser una "buena" madre (no solo de los hijos biológicos, sino de los simbólicos) que esté al pendiente de los demás antes que de sí misma. Su comportamiento será aceptado como "normal" ya que se considera que es natural que las mujeres estemos al pendiente de la seguridad emocional de los otros.



Tiene de 6 años de edad. Vive con sus padres y una hermana de 5 meses de edad. Su padre tiene 31 años y es empleado de una empresa particular. Su madre tiene 30 años y se dedica al cuidado del hogar y las hijas. Ambos estudiaron la Lic. En Administración de empresas aunque la señora no terminó el último semestre por haberse embarazado y nunca ha ejercido.

MOTIVO DE CONSULTA

Asisten a consulta porque América presenta comportamientos como: morderse las uñas, arrancarse los pellejitos de los dedos, pasar continuamente los dedos sobre los muebles (principalmente la televisión). No quiere dormirse, manifiesta miedo cuando llega la noche, y pide ver películas infantiles para mantenerse despierta. Se asusta fácilmente con las noticias que ve en la televisión. Duerme unas horas en la madrugada (de 3 a 6 o 7), pero despierta asustada y llorando. La niña menciona que sueña monstruos que le dan miedo. No come bien y no quiere ir a la escuela. Menciona que se siente triste y llora fácilmente por cualquier motivo.

Los síntomas antes descritos se intensificaron dos semanas atrás por lo cual el Pediatra le recetó un relajante, el cual la ha tenido somnolienta, pero los síntomas no han disminuido.

HISTORIA DE VIDA

América es una niña que nació a término. La madre no tuvo complicaciones durante el embarazo. Nació por parto natural. No tuvo complicaciones postnatales.

La niña no fue planeada por sus padres pero sí fue deseada. El embarazo de Yolanda (mamá de América) apresuró el casamiento con su pareja. La madre de Yolanda le reprochaba a ésta el haberse embarazado sin casarse, sin embargo, ella (Yolanda) se siente contenta porque es lo que quería.

Antes del nacimiento de la segunda hija, Yolanda convivía casi todo el día con América. Ella no quería otro hijo y así se lo hizo saber a su pareja, aunque este no compartía los sentimientos.



América no quería un hermanito y eso lo hizo saber a sus padres. Desde que nació su hermana se acerca poco a ésta. Cuando la niña llora América le dice a su madre “está llorando tu hija”. América quiere jugar con su madre (como antes lo hacía), pero Yolanda se encuentra ocupada con los cuidados que requiere la hija pequeña. América reclama que Yolanda le dedica más tiempo a la hermana pequeña. La madre le contesta a su hija “cuando tú estabas de la edad de Caro (hermana menor), también te dediqué el mismo tiempo y te di los mismos cuidados”. América insiste en lo mismo hasta que Yolanda se siente desesperada y le grita que se calle (con groserías). Después de esto la niña se va llorando a su cuarto y prende la computadora para jugar.

América vive cambios importante en su vida, el paso del Jardín de niños a la Primaria representa una alteración en sus horarios, actividades, responsabilidades, etc. Sin embargo, sus calificaciones son buenas y no hay quejas por parte de las maestras por mala conducta dentro del salón de clases. También ha logrado establecer relaciones de amistad con dos niñas de su grupo.

Por otro lado, el nacimiento de su hermana lo vive como algo drástico, sobre todo porque el deseo de ser hija única era algo que compartía con su madre. No estaba en la convivencia de ambas, conversaciones sobre un posible hermanito. Se siente desplazada y traicionada y los reclamos hacia su madre son constantes. Considera que a su hermana le brindan más atenciones y tiempo.

Ambos acontecimientos representan una amenaza a su persona, ya no es tratada como antes (la mamá hacia todo por ella y para ella), ahora su madre le pide ayuda para cuidar a su hermana, a lo que América se niega y contesta “es tu hija, tu cuídala”. Inmediatamente a esto viene un regaño (con grito) de su madre. La madre que antes la protegía, ahora la ataca y la considera una niña desobediente, grosera, irritante, necia, berrinchuda, difícil de tratar y comprender.

Evidentemente Yolanda no sabe cómo manejar la situación, por un lado tiene que estar al pendiente de una bebita de 5 meses, (la cual sólo la tuvo para darle gusto a su marido) y por otro lado están los constantes reclamos de América, pero no por ello deja a un lado la responsabilidad de cuidarlas y educarlas de acuerdo a lo que ella cree. No recibe apoyo por parte de su esposo y eso la desespera pero no se atreve a reclamarle porque sabe que con él es difícil llegar a un acuerdo, así que se desahoga con los gritos que le da a su hija. Muy probablemente Yolanda haya presentado depresión post-parto pues de acuerdo con las investigaciones, los datos señalan que las mujeres quienes presentan síntomas de depresión post-parto, no cuentan con apoyo afectivo, tienen serios problemas de comunicación con el marido, y no cuentan con colaboración y ayuda domestica. Es decir que estos factores psicosociales favorecen la presencia de síntomas depresivos, (Dio Bleichmar, 1991).



Lo que América está aprendiendo es que el enojo, la desesperación y la irritabilidad son sentimientos y formas “normales” de comunicarse con los otros. De hecho esa es la forma en que manifiesta sus inconformidades pero a ella se le reprime constantemente para la edad que tiene esto es “anormal” y sobre todo no es una niña tierna, dulce, amable, paciente, obediente y cariñosa como se supone que son las mujeres.

Yolanda considera que la relación con su pareja es buena en algunos aspectos como el sexual (siente que hay acoplamiento y satisfacción para ambos), pero no pueden ponerse de acuerdo cuando él quiere ir a la casa de su madre. Ella no se lleva bien con la suegra por lo cual no quiere asistir a la casa de ésta. El esposo no quiere ir solo, le pide a Yolanda que haga un esfuerzo para poner buena cara (estar con facciones alegres, contestar con un buen tono de voz cuando se le pregunte algo, y no hacer caso de las groserías de la suegra), cuando vayan con su madre. En ocasiones en las que Yolanda se ha negado a ir a casa de su suegra, su esposo se enoja y no le dirige la palabra por uno o dos días hasta que discuten y se gritan groserías.

Por lo general América está presente cuando la pareja discute. Ante esta situación la niña se queda quieta en un solo lugar sin llorar y sin decir una sola palabra. Cuando la pareja se percató de la presencia de la niña, éstos se callan y cada uno se va a un lugar de la casa.

América se ha percatado que cuando ella observa a sus padres sin decir nada, ellos dejan de discutir. De alguna manera entiende que ella es la única que puede hacer que sus padres no peleen. No necesita decir algo, sólo estar presente.

La niña no alcanza a entender que los problemas entre sus padres se debe a la falta de habilidades por parte de ambos para comunicarse (lo que implica decir la opinión con asertividad, saber escuchar y tomar decisiones), canalizar sus enojos y sus frustraciones y sobre todo compartir las responsabilidades con respecto a la educación de las hijas.

América solo entiende que necesita estar pendiente de sus padres para que no discutan. La responsabilidad que ha adquirido América dentro de su familia (evitar discusiones o detenerlas) la mantienen estresada (inquieta, camina de un lugar para otro, está pendiente de lo que hacen sus padres, se muerde las uñas, no quiere dormir, etc.)

“La relación de América con su padre no es muy estrecha, de él se desespera fácilmente con sus hijas, a América le grita y en ocasiones él la ha golpeado”.

Eliminado: hecho Yolanda menciona que



En su padre ve a una persona a la que hay que temerle, no solamente porque la agrade a ella sino también a su madre. La enseñanza para América es que las mujeres son débiles y los hombres fuertes, son quienes tienen el poder de gritar o manifestar lo que desean en cambio a las mujeres se les reprime o simplemente se les ignora. Al identificarse América con su madre la coloca en una posición de desventaja, de inferioridad pero identificarse con su padre tampoco es posible ya que éste se mantiene distante o se enoja con ella o la golpea.

Yolanda manifiesta que ha hecho a su hija muy dependiente de ella, no la ha enseñado a pedir algo a alguien que no sea de la familia, a ir sola con algún primo a jugar, piensa que se ha convertido en una intermediaria entre su hija y los demás, ya que ella pide a los demás lo que la niña quiere.

A los seis años de edad América no ha aprendido a relacionarse con la gente pues su madre se ha encargado de proporcionarle los satisfactores necesarios. De este modo es como inicia la dependencia emocional, pues como se puede ver, no es que la niña esté incapacitada para relacionarse con los demás y aprender a pedir lo que necesita, sino que su madre no le ha permitido desarrollar esta capacidad. El nacimiento de la hermana ponen en crisis a América porque al no haber tiempo suficiente para que Yolanda siga protegiéndola, América tiene que aprender a ser mas independiente y aprender a hacer muchas cosas sola (inventar juegos, vestirse, darse de comer, etc.)

Con formato: Sangría:
Izquierda: 0 cm, Derecha:
0.03 cm

Yolanda se dio cuenta de que a su hija la está educando como la educaron a ella, por lo que ahora le resulta difícil relacionarse con los demás y le da miedo salir o buscar trabajo. Esto no lo quiere repetir por lo que en algunas ocasiones ha pedido a América que pida algo en la tienda, o cuando van a comer invita a la niña a que ordene al mesero su comida, pero ésta no lo hace y en lugar de ello, llora.

Esto ha ocasionado problemas entre Yolanda y su madre, ésta le dice que es una desgraciada porque hace sufrir a la niña, le remarca que parece una madrastra y no una madre. Le grita que debería darle gracias a Dios por tener una hija tan buena como América.

Eliminado: de esa manera

Todo esto se lo dice frente a la niña. Si Yolanda trata de explicarle el porqué de los hechos, su madre le dice “cállate, soy tu madre, no soy tu amiga ni tu vecina”, “me gustaría decirles a mis conocidas la clase de hija que tengo, cuando me dicen, que buena hija tiene”.

América llora cuando hay discusión entre su madre y su abuela. La abuela la abraza y trata de tranquilizarla diciéndole “ya, ya todo pasó, entiende cómo es tu madre”.



América no alcanza a percibir que su madre no ha querido dejar de ser hija y que su abuela no ha querido dejar de ser madre. La abuela descalifica a Yolanda en su calidad de madre y considera que es ella (la abuela) quien tiene que corregirla pues no la puede ver (a Yolanda) mas que como una hija desobediente y altanera.

América toma de manera personal los altercados que hay entre su madre y su abuela, creyendo que es ella (América) quien provoca los pleitos, pues observa que su abuela se enoja cuando considera que Yolanda no ha actuado de manera "correcta" con su hija (no la protege, la hace sufrir al querer que América sea independiente, etc.).

Por lo tanto, inconscientemente se ha dado a la tarea de evitar problemas. La abuela de América ha depositado en la niña la responsabilidad de comprender la situación (que comprenda que Yolanda es una hija respondona y desobediente).

Por otro lado, nuevamente Yolanda queda descalificada ante los ojos de América. Para la niña Yolanda no es mas que otra niña a la que constantemente están regañando (su esposo o su madre). La imagen de una madre fuerte y protectora se derrumba cada vez más.

América no ha aceptado a su hermana, la considera chillona y causante de problemas porque cuando ella quiere salir, su mamá le dice que está nublado y que Caro no puede salir, o tienen que regresar pronto a la casa porque es pesado cargar todo el tiempo a la niña. América en ocasiones le grita a la niña.

La manera de dirigirse de América hacia su hermana es el reflejo de lo que ha aprendido, ha asimilado que siempre hay alguien mas "débil" al que se le maltrata, se le grita, se le insulta. También ha aprendido que ante una frustración hay que descargar la ira sobre el supuesto culpable, pues la dinámica de la familia gira en torno a no hacerse responsable de los propios actos y siempre se busca culpar al otro, es como cuando un niño se cae y la madre de este dice "piso malo, porque le pegaste a mi niño".

Yolanda ha pensado en dejar que América se vaya de vez en cuando a la casa de su prima y pase una noche con ella, para que no se sienta tan encerrada y sola, pero Arturo no está de acuerdo en que la niña pase un día o una noche fuera de casa si no está la mamá junto a ella.



América afirma que se siente triste porque su mamá le grita mucho y siente que quiere más a su hermana Caro porque pasa más tiempo con ella.

Cuando Yolanda regaña a América, ésta le dice muchas groserías mentalmente aunque sabe que eso no se debe hacer, porque ella es una niña “buena” (como se lo dice su abuela), pero siente que de esa manera se le pasa más rápido el coraje y la tristeza.

América vive sentimientos encontrados hacia su madre. Por un lado, demanda tiempo y cuidados, pero por otro, la odia y quisiera darle un castigo (le dice muchas groserías mentalmente).

La abuela de América es ese alguien quien puede castigar a su madre. La madre de Yolanda sigue tratando a ésta como una hija. Quiere dirigir sus actos como persona, esposa y madre. Quiere seguir ejerciendo su poder como madre. Esta actitud de la abuela minimiza la imagen de Yolanda ante su hija.

Para América Yolanda es una imagen fuerte (la ayuda a hacer actividades que la niña no puede), firme (da indicaciones en la casa), independiente (salen a la calle, conduce su auto, etc.), pero ante la presencia de la abuela o del padre de América, Yolanda es un ser indefenso, inferior, débil, sin opinión, que no sabe hacer las cosas, que no sabe decidir, y por lo tanto debe recibir indicaciones de su esposo y su madre.

América sabe que cuando es atacada por su madre (la regaña por desobedecer) tiene la opción de acusarla con la abuela pero esto provoca que se generen discusiones entre ellas lo que América no puede permitir ya que las niñas “buenas” (como se lo remarca su abuela) quieren el bien para los demás.

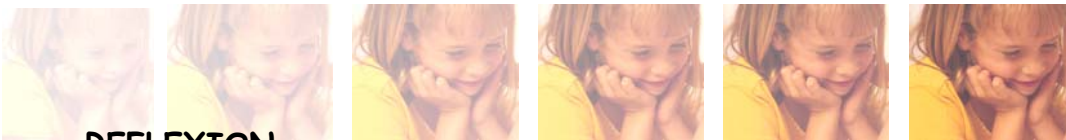
El coraje que América siente hacia su madre cuando ésta le grita, se lo tiene que aguantar y la única manera en que disminuye es diciendo groserías (simbólicamente) hacia su madre, aunque ello probablemente también le genere culpa pues las niñas “buenas” tampoco dicen groserías y menos hacia su madre, a la madre se le debe respetar, eso es lo que le ha enseñado la abuela (que la mamá siempre tiene la razón porque es la mamá).

Yolanda ha pensado que su hija heredó el “nerviosismo” de la familia materna. Una tía presenta Episodios de Depresión Mayor, por lo que se encuentra medicada. Un tío presentó miedo extremo que lo incapacitó para trabajar durante un año. La mamá de Yolanda es nerviosa y se preocupa mucho por los demás, al grado de que se le altera la presión arterial. Y Yolanda tuvo que tomar medicamento durante su segundo embarazo porque se sentía angustiada y sin deseos de hacer actividades.



Ante la pregunta de porqué América manifiesta problemas de salud mental, Yolanda encuentra una respuesta en la herencia genética. En su familia es común que se presenten alteraciones en el estado de ánimo y pareciera que la medicación es cada vez a una edad más temprana. Cuando, lo que en realidad esta pasando es que la niña se está haciendo responsable de la inmadurez emocional de los adultos que la rodean. Se encuentra en un ambiente insalubre.

Arturo culpa a Yolanda de que América no este bien de salud pues considera que el malestar de la niña se debe a que Yolanda constantemente le está gritando. Considera que no es necesario que la niña sea llevada con un psicólogo, piensa que con el tiempo se le pasará.



REFLEXION

El caso de América muestra cómo desde pequeñas las mujeres empiezan a estar pendiente del bienestar emocional de los demás.

Generalmente se cree que el “instinto maternal” es lo que provoca en las mujeres el deseo de cuidar a los demás como si fueran sus hijos. Se considera que una mujer se define a través de sus sentimientos y de la calidad de sus relaciones, por lo que se preocupan por la armonía y la cooperación afectuosa (Gray, 2000). La vida de una mujer está dedicada a promover el crecimiento físico, espiritual, la salud, y en general todo lo que pueda estimular la vida.

El caso de América muestra que en realidad es una actitud aprendida. A los seis años de edad, América ya se ha formado una imagen de sí misma como una personita responsable de la seguridad emocional de su familia.

Se ha dado la tarea de vigilar constantemente a sus padres para que no discutan y procura no “acusar” a su madre con su abuela para no generar conflictos entre ellas.

La actitud de los adultos refuerza los comportamientos de la niña, ya que por un lado, sus padres no son capaces de hablar tranquilamente y resolver sus



problemas, y aún cuando saben que su hija los ha observado en repetidas ocasiones no dejar de actuar de la misma manera. Las discusiones siguen y ninguno de los dos las para, pues ya saben que a América le toca esa labor. Es más fácil dejarle la responsabilidad a la niña que asumir la propia.

Por otro lado, los comentarios de la abuela como “ya ves como es tu madre” o “entiende a tu madre”, le mandan un mensaje a la niña como “tu madre esta mal, tu estas bien (eres niña buena), te toca a ti comprenderla”. Como si la niña tuviera la obligación y la capacidad emocional e intelectual de entender lo que sucede entre madre e hija y resolver sus conflictos.

Seguramente América mantendrá esta manera de relacionarse con los demás (queriendo resolver sus problemas) durante su vida y nadie notara (ni siquiera ella misma) alguna anormalidad en ella, ya que finalmente la vida de una mujer está dedicada a cuidar a los otros. En todo caso América será una “buena madre”.

Por otra parte se considera hasta cierto punto lógico que ella manifieste problemas de salud mental ya que en la familia existen varios antecedentes sin embargo la herencia genética de la depresión no está comprobada (Kendall y Norton-Ford, 1988).

Lo que si queda claro es que América esta siendo educada en un ambiente poco saludable y sobre todo está al cuidado de una mujer que no ha sabido actuar como tal sino como una niña más.





**“ . . . LAS NIÑAS CALLADITAS,
SE VEN MAS BONITAS. . . ”**

Erika

La docilidad es una cualidad que la mujer debe desarrollar desde pequeña. Esta característica hace referencia a la ausencia de agresión, pues ésta es mas bien una característica masculina e implica faltar el respeto al otro o provocar a los demás, por consiguiente, es un atributo que va en contra de lo que una mujer debe ser, (cuidadora de los otros).

Existe una prohibición social para la clara, directa y abierta expresión de la rabia por parte de las mujeres, (Lara, 1997).

Con la creencia de que las mujeres son más tranquilas, se les educa para que así lo sean desde pequeñas, y para cuando son adolescentes ya han introyectado gran parte de los atributos que supuestamente caracteriza a las mujeres. En caso de que la adolescente muestre comportamientos agresivos como manifestar sus inconformidades, hacer muecas de desacuerdo, llorar (haciendo berrinche), gritas, azotar las cosas, etc. Provocan cierta preocupación en los padres quienes buscan la manera de que la chica se comporte de una manera más “normal” (dócil, tranquila, obediente, dulce).

Este es el caso de Erika, una adolescente que al sentirse utilizada por sus padres como medio de comunicación entre ambos (la utilizan de mensajera), y como medio para realizar lo que ellos no son capaces de hacer, manifiesta su inconformidad y se rehúsa a hacer lo que sus padres le piden. Como consecuencia, los padres de esta chica la califican de desobediente y rebelde y buscan por diferentes medios (regaños, castigos, críticas) que Erika sea como la hermana mayor quien generalmente no protesta y hace lo que se le pide aunque no esté de acuerdo.

Las continuas críticas de sus padres hacen creer a Erika que ella está mal, que no es buena hija y por consiguiente no es buna persona, cree que no se merece lo que sus padre le dan (comida, ropa, escuela), se siente culpable y la culpa la lleva a la depresión.



ERIKA

16 años, estudiante de preparatoria. Vive con sus padres y es la mediana de tres hermanas, la mayor de 18 años y la menor de 8 años. Su familia pertenece a una clase socioeconómica media.

MOTIVO DE CONSULTA

Erika se siente deprimida. Tiene miedo, no quiere salir a la calle sola y no quiere ir a la escuela. Lloro la mayor parte del día sin motivo aparente. Por las noches no duerme, se despierta varias veces y se duerme en la madrugada. Se levanta tarde y no tiene deseos de hacer actividades. No tiene apetito y la familia reporta que ha bajado de peso. Se muestra callada y sus movimientos son lentos para caminar.

Se muestra nerviosa desde hace más de un mes pero su estado se agudizó desde hace dos semanas.

Erika se siente culpable porque no sabe hacer “bien” las cosas. No sabe comportarse como una chica madura (aceptar lo que se le dice y aguantar), no es obediente, dócil y callada. No sabe ser buena hija porque sólo genera conflictos entre sus padres. No sabe cuidarse sola en la calle, por eso su madre tiene que hacerlo físicamente o vía telefónica.

HISTORIA DE VIDA

De acuerdo con su padre, Erika ha tenido transiciones en su vida, de pequeña era sociable, platicadora, alegre y de sonrisa fácil, “de carácter bonito”. Al entrar a la pubertad dio un giro radical en su forma de ser, era más agresiva, respondona, antisocial y encerrada en su pequeño círculo de amigas, sin importarle mucho su futuro. En este último año su carácter ha sido más explosivo, iracundo y toma las cosas como diciendo “me vale”, se ha vuelto hermética y antisocial, callada y reservada.

La transición del carácter de Erika de ser una niña alegre a respondona, agresiva y antisocial hasta hermética y explosiva muestra que seguramente cuando Erika, la niña tierna y de carácter bonito, empezó a ir en contra de este modelo, manifestando sus inconformidades, recibió represiones constantemente (se le calificó de respondona y agresiva) hasta que decidió no responder ni alegre ni agresivamente, simplemente se ha vuelto hermética aunque cuando hay algo que le moleste su reacción es explosiva.

Que una niña sea alegre, barbera, coqueta, etc. se considera como algo “normal” pero que sea agresiva, iracunda y explosiva es algo que preocupa a los



padres. Generalmente para éstos lo preocupante del caso no es no saber cómo hacer que su hija manifieste de manera asertiva lo que le molesta, sino cómo controlarla para que modere su carácter.

El señor no encuentra alguna razón por la cual la adolescente empieza a manifestar síntomas de depresión. Considera que siempre la han tratado bien dentro de la familia (igual que a las otras hijas), e incluso a Erika a veces se le compraban cosas extras (discos, ropa, etc.) ya que se portaba “barbera” con su padre.

Las razones de la depresión en esta chica no se deben a eventos traumáticos en su vida (aparentemente) o a factores de tipo endógeno (alteraciones en neurotransmisores, alteraciones hormonales, herencia genética), sino a factores psicosociales. El motivo de la depresión en esta chica se encuentra en la convivencia diaria con sus padres quienes tratan de moldear el carácter de Erika a como era antes muy probablemente recriminando, desaprobando, insultando o golpeándola.

La madre de Erika (Martha) tampoco recuerda algún motivo que haya precipitado la depresión en su hija, sin embargo comenta que Erika siempre ha sido muy enfermiza por lo que se le han tenido que dar más cuidados que a sus hermanas.

A Martha le preocupa que Erika haya heredado el problema mental de su abuela (esquizofrenia de tipo paranoico), pues curiosamente la chica se parece físicamente a la madre de Martha.

Aparentemente Erika no tiene motivos para estar depresiva. En su vida no hay eventos traumáticos como accidentes, ataques violentos hechos a su persona, ni ha vivenciado muertes de familiares, aunque sí vive al abandono de sus amigas de lo cual se hablará mas adelante.

¿Qué es lo que predispone a Erika a la depresión? La etiqueta de enfermiza que le atribuyen los padres y el parecido que la chica tiene con su abuela originan que los padres pongan especial atención en Erika. Proporcionando más cuidados de los requeridos movidos por su temor de que así como la chica heredó rasgos físicos, también haya heredado la enfermedad mental de la abuela.

El padre de Erika, la califica como “de carácter bonito” durante la infancia de ésta. El carácter bonito incluye características como alegre, sonriente y sociable (y al mismo tiempo hay ausencia de enojos, berrinches o gritos), las cuales son esperadas y aprobadas en el comportamiento de una niña, se considera que son parte de la “naturaleza” femenina.



El carácter agresivo (enojos berrinches, gritos) está permitido para los varones y es un medio para obtener lo que desean. En el caso de las niñas la seducción (la barbería, la coquetería) se convierten en herramientas para obtener los éxitos. A Erika como a cualquier otra niña le inculcaron esa forma de comportarse.

Todos los miembros de la familia coinciden en que Martha es una madre sobreprotectora y lo hace principalmente con Erika ya que cuando ésta se enferma se le permite que falte a la escuela o que no ayude en las labores de la casa (lavar los trastes). En cambio a la hermana mayor (Lizbeth) se le encomienda más responsabilidades como cuidar de las hermanas, ayudar a la mamá en las labores de la casa, hacer sus tareas escolares, etc. Incluso Martha considera que Lizbeth es su “brazo derecho”

Se puede ver que Erika obtiene beneficios tanto con el padre como con la madre por los comportamientos derivados de las características de personalidad que le asignaron (los padres). Por un lado, con el poder de la seducción, consigue que su padre le compre más cosas que a la hermana mayor. Por otra parte el ser la débil y la enfermiza le permiten recibir las consideraciones de su madre y evitar el trabajo en casa y en la escuela.

Tanto Erika como sus padres aprendieron a relacionarse ejerciendo los roles que ellos mismo establecieron la seductora (Erika), el seducido (padre), la enfermiza (Erika) y la sobreprotectora (la madre), todos actuando dentro de los parámetros de la “normalidad”, ya que cada uno actúa de acuerdo a lo que se espera de su género. Pero ¿cómo es que todo empieza a descontrolarse llevando a Erika a la depresión?

De acuerdo con los reportes de los padres de Erika, ésta chica empieza a tener cambios en el estado de ánimo entre los 13 y 15 años (periodo en el que cursaba la secundaria)

Erika recuerda que en estos años no se siente a gusto en su casa. Sus padres discuten por problemas económicos y siente que se desquitan con las hijas, les hablan de una manera poco amable y con caras serias.

Siente que su padre no sabe pedir las cosas. Cuando él se enoja grita, por lo que Erika le tiene miedo.

Erika considera que su padre siempre ha tenido mal carácter recuerda que cuando estaba pequeña (4 o 5 años), su padre llegó alcoholizado a la casa, discutió con su madre, él le dio un golpe y le sacó sangre de la nariz a la señora.

Actualmente las peleas entre sus padre siguen y ellas son utilizadas como mensajeras para saber lo que necesita cada integrante de la pareja.



Constantemente escuchan mensajes como: “pregúntales a tu papá si va a comer”, “dile a tu mamá que no”, “dile a tu papá que necesitas comprar algo de la papelería”, “dile a tu mamá que no tengo dinero”, “si necesitas dinero pídeselo a tu padre”, etc.

Esta situación le molesta a Erika y en ocasiones se niega a servir de mensajera, y entonces viene la frase de su madre “eres una desobediente”. Si los padres vuelven a pelear porque Erika no se prestó de mensajera Martha le dice “ya ves lo que ocasionas”.

Erika cree que su madre es una persona que se “traga” lo que le molesta de su pareja, guarda rencor y le cuesta trabajo perdonarlo, y por aguantarse llega un momento en que explota y se desquita con las hijas.

La falta de comunicación, de asertividad y de tolerancia para resolver los problemas de pareja provoca que los padres de Erika depositen en sus hijas la responsabilidad de que sean ellas quienes sostengan su relación marital.

Erika es la única hija que protesta negándose a dar los mensajes que le fueron encomendados por lo que sus padres (principalmente su madre) la califican de desobediente. La desobediencia no es una cualidad propia de las mujeres y menos de las niñas.

Erika empezó a romper con el esquema de la niña dócil, sonriente y aunque antes también desobedecía (no iba a la escuela ni se ocupaba de sus labores en la casa) al menos no lo manifestaba de manera agresiva (provocando el enojo de los padres), en lugar de ello se enfermaba.

Erika considera que su madre es muy aprensiva y que hasta cierto punto está bien que cuide a sus hijas pero a ella muchas veces la hace sentir como “tonta” porque con sus cuidados (la acompaña a todos los lugares donde tenga que ir; si se desvela por los trabajos de la escuela, Martha constantemente le indica que le va a hacer daño; si está sin suéter, le dice que se va a enfermar, etc.) Erika siente que su madre no confía en ella para poder resolver sus problemas siente que la cataloga como indefensa, inútil y enfermiza.

En las ocasiones en que Erika se ha enfermado (generalmente de vías respiratorias), su madre constantemente le pregunta “¿estas bien?”, lo que la hace sentir peor como si tuviera algo más grave. Después de varias veces de escuchar la misma pregunta Erika responde con coraje que si esta bien. Después de esto vienen comentarios sobre su mal carácter.

Erika no se atreve a decirle sus inconformidades a su madre ya que considera que ésta no acepta sus errores “siempre piensa que lo que ella hace está bien”.



La adolescencia marca una etapa en el desarrollo en el que el individuo generalmente demanda más independencia de la madre. Erika intenta alejarse un poco del núcleo familiar (al que percibe como problemático) e involucrarse más con su núcleo de amigos, sin embargo para ella resulta un poco complicado ya que sus padres empiezan a notar este cambio y lo consideran como negativo (su padre comenta que Erika se encierra en su pequeño círculo de amigas). Pues se espera que las mujeres permanezcan más tiempo dentro del hogar y al pendiente de la familia. Este es otro punto en contra de Erika que se agrega a su desobediencia, la falta de interés por los miembros de la familia. Los padres de Erika perciben que a ésta sólo se interesa por sí misma y no es como la hermana mayor quien ayuda en el cuidado de los demás.

Por otro lado, los cuidados de la madre le están mandando a Erika el mensaje de que necesita de alguien que la esté cuidando en todo momento, que no es capaz de hacerse responsable de sí misma y que hay algo en ella que no funciona bien y por eso es enfermiza. De esta manera se está formando en Erika una de las cualidades más sobresalientes de la femineidad, la dependencia emocional, la cual se caracteriza por sentimientos de incapacidad, carencia, insatisfacción.

Ante el cuidado excesivo de su madre Erika trata de defender su persona de la manera en que ella cree que es correcto (enojándose y haciendo muecas al contestar), pero nuevamente es recriminada ya que el enojo no es una cualidad bien vista en las mujeres.

Actualmente Erika no se considera amiguera, le cuesta trabajo confiar en la gente. Cuando estaba en la secundaria (13- 14 años) tenía tres amigas con quienes convivía mucho, pero siente que la defraudaron. Recuerda que no sentía la confianza con sus padres para platicarles acerca de cómo se sentía en su casa y con su familia. Intentó conversar con sus amigas, pero siente que a ellas sólo les interesaba hablar de fiestas y de otras cosas que Erika califica como materiales. Las amigas le comentaron que las asfixiaba y que ya no querían que se juntara con ellas.

Erika se sintió triste y rechazada. No quiso arriesgarse nuevamente para establecer una nueva relación de amistad. Siente que su forma de ser no les gusta a las demás personas.

La madre de Erika opina que ésta es miedosa, tímida, insegura, responzona, explosiva, preocupada, antisocial, reservada, quejumbrosa, caprichosa, enfermiza, y floja. Inteligente y responsable en sus estudios y de noble sentimientos. En ocasiones es cariñosa con su hermana menor. Cuando está de buenas hace reír a la familia y tiene una risa muy pegajosa.



Su hermana menor piensa que es una persona seria, algo enojona, que debe de convivir más con la familia, es algo divertida y algo delicada (se enoja fácilmente).

Su hermana mayor la considera como una chica nerviosa y con muchos miedos. Considera que Erika no quiere enfrentar al mundo ni a su realidad. Es insegura, quiere que la acompañen a todos lados, es dependiente de los demás. Es impaciente, quejumbrosa, arrogante y caprichosa. Es ocurrente e imaginativa.

Los padres coinciden en que Lizbeth es una jovencita responsable, seria honesta, reservada y dedicada. Es la mano derecha de la madre. Es “aguantadora” (se guarda muchas cosas). También es distraída, olvidadiza y pierde la concentración.

Con su hermana pequeña pelea más, la considera berrinchuda, enojona, y sensible. Entre ellas existen ocho años de diferencia. Aunque Mariana (hija menor) no fue planeada la familia reporta que Erika le agradó la idea de tener una hermanita. Cuando nació Mariana, Erika la trataba bien.

Todos coinciden en que Mariana es una niña cariñosa, alegre, responsable dedicada y sociable. Aunque últimamente se muestra berrinchuda, iracunda y explosiva.

Erika considera que Mariana es perfeccionista y cuando algo no le sale bien, es muy fácil que haga berrinche. También es imaginativa y cuando está de buen humor es divertida.

Todos los miembros de la familia, incluyendo a Erika concuerdan en que ésta tiene un carácter “feo” (berrinchuda, impaciente, irritable, enojona, etc.) además de ser insegura y dependiente de los demás.

Erika considera que a nadie le gusta su forma de ser, por ello no quiere arriesgarse para formar vínculos afectivos (es antisocial) pues teme ser rechazada, ya que se percibe como una adolescente llena de defectos, pues así se lo hacen notar los miembros de su familia.

El sentirse llena de defectos le hace sentir vergüenza y culpa, por no poder ser diferente, por no poder ser más obediente, alegre y social como la hermana mayor, siente coraje, rabia, pero no hacia los demás, sino hacia sí misma. La baja autoestima de Erika le provoca su depresión.

Detrás de la depresión de Erika (desgano, ganas de llorar todos el tiempo, sentimiento de inutilidad, sentimiento de querer morir, incapacidad para disfrutar sus logros, etc.) se esconde el coraje hacia sus padres.



Erika ha observado que su padre no corrige o da sugerencias de buena manera. El se enoja y grita y en otras ocasiones solamente guarda silencio y no le dirige la palabra a nadie. Esa es una señal de que está molesto. Nadie se atreve a decirle algo al señor por temor de que se enoje peor, ni siquiera Martha quien se queja por el mal carácter de su pareja.

Para Erika resulta injusto que su padre le exija que cambie su manera de ser, pero él no se da cuenta que se encuentra en la misma situación (no sabe comunicar lo que quiere y no sabe canalizar su enojo). Para la chica resulta contradictorio que el padre le exija respeto hacia su hermana menor (que no le grite o la golpee) si él ha golpeado a su pareja; también le pide a ella que no grite cuando él sí lo hace.

Es evidente que las ventajas que tiene el padre, son, que además de tener este rango (padre), es hombre. Los hombres y la agresión están bien identificados y bien vistos, en cambio Erika por ser mujer y ser hija “tiene la obligación” de no ser agresiva y ser obediente. Así que su rabia se la calla, pero con el tiempo esa rabia se vuelca contra ella.

En esta familia las mujeres no manifiestan su coraje, su rabia, de una manera clara, directa y abierta. Los enojos de Martha por ejemplo, (por problemas en el trabajo y diferencias con el esposo) los canaliza con los gritos que les da a sus hijas pues considera que éstas no obedecen de inmediato. De esta manera los gritos de Martha son “aparentemente” justificados ya que están enfocados a la educación de sus hijas.

De aquí surge el coraje de Erika hacia su madre, pues con el trato de Martha (sobrepotección) Erika siente que constantemente está recibiendo el mensaje de “tu no puedes” “no eres capaz” de resolver tus conflictos, pero al mismo tiempo se percata de que su madre tampoco es capaz de solucionar sus problemas pues constantemente se está quejando de los problemas de su trabajo y de los defectos de su pareja. Al igual que su padre, su madre le pide que haga lo que ella no hace.

Por otra parte, el coraje de Lizbeth (cuando siente que son demasiadas labores que sus padres le han encomendado) es disfrazado de tal manera que ante los demás aparece como simples olvidos. Para los padres el olvido es un defecto de Lizbeth y como generalmente ella es obediente, no hay mayor problema.

Los enojos de la hermana menor que generalmente son motivados por los maltratos de Erika (gritos, regañones), se manifiestan en los berrinches cuando no le sale bien algún trabajo de la escuela. Para los padres, el comportamiento de Mariana es una muestra de que a la niña le gusta hacer las cosas “bien”.

Todas han encontrado un buen disfraz para su coraje pero Erika no, así que su única alternativa que encuentra es la depresión, con la cual puede ahogar la rabia



que siente contra sus padres. Además la depresión es una buena justificación ante los cambios de humor de Erika (ya que una de las características de este malestar es la irritabilidad) y de paso le sirve para controlar las discusiones de sus padres, pues si Erika presenta una crisis de depresión procuran no discutir porque se pone peor.

EFLEXION



En el caso de Erika se puede ver cómo la identidad de género (cualidades de la femineidad) no se queda en lo abstracto (en ideología) sino que se concreta en un cuerpo, y que si estas demandas (ternura, dulzura, amabilidad, etc.) no son adoptadas por parte de la niña que está en proceso de formación se crean toda una serie de represiones en su contra. Es así que la salud mental está estrechamente vinculada al deber ser, es decir, al deber ser MUJER, (Lara, 1997).

También se observa que cuando éstas demandas de tipo social (lo que una mujer debe ser) no son cumplidas, a las mujeres se les cataloga como defectuosas, como si algo en ellas no funcionara bien. En el caso de Erika, ésta vive una transformación de la niña dulce, amable y sociable a una adolescente agresiva, desobediente y contestona (porque empieza a cuestionar el comportamiento de sus padres y las demandas de éstos para ella), dicho cambio es percibido por ella y por su familia como un problema individual, personal, es decir, “algo” dejó de funcionar bien en Erika (que dejó de comportarse como debe ser una niña) y la llevó a presentar estos desequilibrios en el estado de ánimo y de carácter.

En el proceso de educación (en el que se le enseña a la niña cómo debe ser y comportarse) Erika es descalificada permanentemente por no saber reprimir su coraje hasta que finalmente logra inhibirlo pero esto trae peores consecuencias.



**"LO MAS IMPORTANTE
PARA UNA MUJER
ES QUE LA AMEN"**

MARIBEL

“...Soy una mujer que a veces es impulsiva, otras cariñosa porque me gusta dar y recibir ternura. Soy muy detallista, Me gusta dar lo mejor de mi persona la mayoría de las veces.

Para mí el amor es lo más importante que debe existir. Me gusta hacer las cosas del mejor modo posible, me hace sentir satisfecha.

... cuando me siento a gusto con una persona... me entrego completamente y soy muy detallista. Soy protectora cuando quiero mucho a alguien. ...me deprimó cuando siento mucha soledad. También soy muy soñadora y a la vez hago lo posible por realizar mis sueños. La mayoría de las veces soy constante. ...soy emotiva, muy apasionada y me gusta sentir la alegría y el amor a todo pulmón.

... Últimamente soy muy enojona e irritable, y casi siempre soy muy sentida, a veces me siento inacceptada y cualquier broma me puede herir.

Soy celosa en diferentes grados, aunque trato de no serlo, y creo que soy así porque me da miedo perder el amor o cariño de alguien a quien amo . . . “

El amor es una parte central de la identidad femenina. Las mujeres no son educadas para ser felices en las ciencias, en la política, etc., sino en el amor. Desde pequeñas a las mujeres se les inculca la idea de que cuando sean mayores van a encontrar al “príncipe azul” un hombre lleno de cualidades como la belleza física, la fortaleza, la valentía, la caballerosidad, pero sobre todo, ese hombre las amará y las protegerá por sobre todas las cosas, (Lara, 1997).

Desde la adolescencia las mujeres sueñan con encontrar a ese hombre que cambiará el resto de su vida y que las hará felices por siempre. Cuando creen encontrarlo en las mujeres se generan sentimientos de ser aceptadas, de ser importantes, sentimientos de ternura y eróticos, al mismo tiempo las mujeres entregan todo su ser a su príncipe, entregan su tiempo, sus cuidados, sus pensamientos.



Cuando una mujer se da cuenta que el hombre al que ama no es el príncipe azul que le prometieron vive sufriendo y culpándose por sentirse incapaz de convertir a ese hombre común y corriente en el hombre de sus sueños.

Este es el caso de Maribel, una mujer universitaria que a pesar de tener logros académicos no se siente satisfecha con ellos, piensa que le falta lo más importante en la vida, el amor. Encuentra el amor con un hombre al que le ve muchos defectos, entre ellos el que él no la valora como mujer. Maribel ha hecho todos los esfuerzos necesarios para que él cambie, pero no lo ha logrado. Esto la hace sentir fracasada y es el motivo de su depresión.



24 años de edad. Soltera. Sin hijos. Lic. en Biología. Se encuentra haciendo su tesis. Nivel socioeconómico medio. Vive con sus padres y un hermano.

MOTIVO DE CONSULTA

Reporta que se deprime mucho. Se siente triste y tiene ganas de llorar frecuentemente. En ocasiones siente ganas de quedarse en su cama todo el día sin hacer algo. Le duele la cabeza y tiene una sensación de opresión en el pecho. Maribel reporta que desde que era adolescente ha sentido estos síntomas pero es en este último año en el que se ha agudizado su problema.

Le han recomendado asistir con un psiquiatra pero ella se ha negado porque no quiere tomar medicamento.

HISTORIA DE VIDA

Maribel vive con sus dos padres y un hermano de 12 años (a quien considera como “consentido” por lo que no se llevan bien con él). Su madre (Adriana) además de dedicarse a las labores del hogar es Administradora de Empresas y trabaja en el área. Su padre (Rogelio) trabaja por su cuenta en trabajos eventuales como transporte de mudanzas, comercio, etc.

Maribel se encuentra en un ambiente familiar en el que la madre ejerce los roles de madre, esposa, ama de casa y trabajadora, mientras que el padre solamente labora fuera del hogar. Se puede notar que en esta familia las mujeres cuentan con un mayor nivel académico lo que llevaría a suponer que su opinión es tomada en cuenta para tomar decisiones importantes, sobre todo la de la madre ya que es una figura de autoridad. También porque se cree que las mujeres que cuentan con una licenciatura y un empleo construyen una autoestima positiva, sin embargo, no es así.



Maribel percibe a la relación entre sus padres como poco estable. Ellos se casaron porque Adriana estaba embarazada. Cuando nació Maribel, sus padres se separaron y ella y su madre se fueron a vivir con sus abuelos maternos.

El comportamiento de Adriana de quedarse con su hija ante la irresponsabilidad de su pareja es muy común y no se espera que una madre abandone a su hijo a los cuidados del padre, en caso de hacerlo su actitud es reprobada. Adriana le está enseñando a Maribel cómo debe actuar una madre. Ella asume toda la responsabilidad de cuidar y educar a su hija, no se muestra limitada para salir del hogar a buscar empleo y resolver los problemas que se le presenten.

Cuando Maribel cumplió cuatro años sus padres volvieron a unirse. Su mamá se dedicaba al cuidado de la casa y su papá trabajaba, pero tenían muchos problemas económicos, por los cuales Maribel los veía discutir.

Aparentemente los problemas económicos son el motivo por el cual los padres de Maribel discuten, sin embargo, parte del problema es la competencia entre géneros para cubrir las demandas económicas.

Culturalmente se considera al género masculino como el proveedor económico de la familia, tener el control monetario también es un símbolo de poder físico y emocional. A las mujeres se les considera el “sexo débil”, por lo que se supone que a Rogelio le debería ser más fácil cubrir todos los gastos económicos, pero la realidad les indica lo contrario.

Adriana ingresó a trabajar pero los problemas de la pareja siguieron. Maribel recuerda que su papá gritaba y regañaba a su madre y ésta se le hincaba a él. El padre le preguntaba a Maribel su opinión acerca de las cosas (situación problemática) y le preguntaba “¿quién tiene la razón?”.

Maribel no recuerda las respuestas que ella daba a la pregunta pero si recuerda que sentía pena por su madre.

En la convivencia con sus padres aprendió que cuando no hay amor la relación se muestra difícil, existen agresiones verbales y físicas, como se lo mostraron las constantes peleas entre ellos.

Maribel cree que la falta de amor es la causa de todos los problemas entre sus padres, no se percata que las diferencias entre ellos se deben sobre todo a la falta



de comunicación, respeto, tolerancia y a la manera de vivir la femineidad y masculinidad estereotipadas.

Maribel como muchas otras mujeres considera que el amor es algo mágico que por sí mismo soluciona todos los problemas existentes en la relación de pareja. Evidentemente en esta relación hay falta de amor, pero amor a sí misma, pues Adriana permite ser maltratada (física y emocionalmente), humillada, castigada como si fuera una pequeña desobediente.

Adriana le está enseñando a Maribel que las mujeres pueden ser muy capaces para conseguir méritos en el aspecto académico, son capaces de mantener un empleo y enfrentarse a los requerimientos de éste, son eficaces para hacerse responsables económica y emocionalmente de un hijo, pero emocionalmente son sometidas al poder masculino.

Quando Adriana empieza a trabajar, Maribel se queda todo el tiempo sola en la casa. Su madre le paga a alguien para que la recoja de la escuela y le de comida. En ocasiones se quedaba con alguna vecina durante el día. En la noche su madre le revisaba la tarea y Maribel recuerda que no era muy buena en la escuela e incluso estuvo a punto de repetir el curso. Los tíos de Maribel (quienes ocasionalmente cuidaban de ella) reportaban que la niña era muy problemática, contestona y rebelde.

Después nació su hermano, cuando Maribel se encontraba en la secundaria. Adriana dejó el trabajo y se dedicó a cuidar al niño. A Maribel se le dieron responsabilidades en la casa como lavar trastes, lavar ropa y cuando su hermano creció, lo cuidaba aunque su madre no trabajaba. Entre ella y su hermano había problemas y generalmente ella lo hacía llorar por lo que su padre la llamaba “madrastra”. Algunas veces llegó a escuchar a su padre decirle a su madre que el trabajo la volvería más noble (a Maribel).

La relación entre Maribel y su hermano no ha sido buena. Desde pequeña, cuando se enojaba (por lo regañados recibidos de los padres) se desquitaba con el hermano a quien lo hacía enojar y llorar. Su padre le decía que parecía madrastra de su hermano, que ella era una amargada. Maribel siente que mientras crecía más reproches recibía de sus padres por su forma de ser.

Con el nacimiento de su hermano Maribel se convierte en la ayudante de mamá. Ambas se dedican al cuidado de los varones de la casa. Maribel como muchas mujeres aprendió desde pequeña a estar pendiente de las necesidades de los otros (Hermano, padre, madre) antes que aprender a cuidarse de sí misma.

Maribel percibe la desigualdad que existe entre ella y su hermano. Su hermano goza de los privilegios de ser el menor (recibe más cuidados de los padres), pero sobre todo de ser varón, él no tiene que lavar, no tiene que hacer aseo en la casa, no tiene que hacer de comer. Siente que él es un niño “consentido”. El coraje que



siente hacia él lo manifiesta con comportamientos que hagan llorar a su hermano. De alguna manera, Maribel le hace sentir a su hermano que ella es poderosa.

Lo que Maribel observa en la relación que mantienen sus padres, es que, la mujer es más débil que el hombre. El grita, golpea, se enoja, mientras que ella llora, suplica y se aguanta (aparentemente no hay forma de cambiar la situación). Maribel no se identifica del todo con su madre, no quiere ser “dejada” como ella.

En la relación con su hermano, Maribel se comporta de manera diferente a como lo hace su madre (en su relación de pareja), no es ella (Maribel) la que suplica, la que llora, la que se siente en desventaja. En la relación de competencia que establece con su hermano se da cuenta que ella es fuerte, poderosa y que casi siempre le toca ganar.

Sin embargo, la manera de comportarse de Maribel no es bien vista por sus padres, quienes han asumido (por transmisión cultural), que la femineidad y la agresión no se llevan de la mano. Una mujer agresiva da miedo y hace que se alejen los demás. Se cree que una mujer está dotada de un “instinto maternal”, por lo que dicha característica la llevara a querer proteger a los que están a su alrededor.

Al no cumplir con ésta característica Maribel es calificada como “madrastra” (mujer que no es madre biológica de los hijos de su esposo y que además es mala con estos). Los reclamos que Maribel recibe no critican su calidad de hermana (que la colocaría en una relación de equidad) sino que se descalifica su calidad de madre, el no ser capaz de cuidar y complacer a su hermano como si fuera su hijo.

Ante las críticas de su padre y los pleitos con su hermano Maribel siente que tiene que luchar contra ellos. Quiere demostrar que ella no es todo lo que se dice (amargada, madrastra, rebelde) para ello opta por dos opciones, una es ser buena estudiante y otra, hacer todo lo posible por complacer a sus padres.

Actualmente Maribel siente que nunca pudo complacer a su padre. Pese a todo lo que hacía en la casa (ayudaba en el aseo, la comida, la ropa, etc.) por parte de su padre hubo comentarios como “eres una floja” (cuando no quería hacer algo) pero no hubo comentarios positivos cuando realizaba lo que se le pedía.

Considera que su padre no es tan malo, en ocasiones la ha atendido cuando ella ha estado enferma, o la ha acompañado cuando tiene que salir muy temprano de la casa. Ella considera que hubo un tiempo en que lo escuchaba, lo atendía y lo acompañaba, pero se distanciaron porque Maribel no le daba la razón con respecto a las peleas que él tenía con su pareja.

Maribel se ha sentido ofendida por su padre porque la ha calificado de floja cuando era niña, luego de rebelde, después de teatrera (porque algunas veces expresó que se quería morir) y chantajista. Además de que cuando su



padre se emborrachaba y a las dos (a su madre y a ella) les gritaba que eran unas prostitutas.

Para Maribel lo más difícil de sobrellevar con su padre es su prepotencia, siempre quiere tener la razón. También considera que su padre es un lobo con piel de oveja, por fuera se ve muy lindo y dulce, es amable y servicial con los demás, pero por dentro es agresivo, irónico, burlón y prepotente.

Maribel siente rabia y coraje con su padre por los insultos hacia ella pero en otros momentos siente tristeza y compasión por él. A ella le hubiera gustado tener un padre amoroso, que le enseñara muchas cosas, que la aceptara como es y que tuviera el interés en saber lo que le gusta.

Maribel siente que no ha sido valorada, a pesar de que se ha esforzado por complacer a su familia. No se siente querida y aceptada. Siente que el amor le hace falta en su vida. Siente que su carencia será llenada con el amor de su “media naranja”.

En nuestra cultura al amor se le han adjudicado varios atributos entre los cuales está el dotar de gran felicidad a quien lo siente. Esta idea es vista a través de comerciales y programas de televisión, en revistas, canciones, etc. En donde las protagonistas son las mujeres, quienes son mostradas como seres infelices hasta que llega el hombre que les cambia la vida por completo, y si antes lloraban por tristeza, ahora lo hacen de felicidad.

Muchas mujeres al igual que Maribel aprenden que son los otros quienes tienen que valorarlas, quienes tienen que ver las cualidades positivas que hay en ellas. No se dan cuenta que son ellas quienes se deben sentir orgullosas de sí mismas. No se dan cuenta que el amor que andan buscando no es el de un hombre (a un ser igual que ella con defectos y virtudes), sino el de un padre.

Maribel tuvo novios sin que se enteraran sus padres. A la madre de Maribel no le agradaba que los chicos le hablaran a su hija por teléfono e incluso escuchaba las conversaciones.

Cuando ingresó a la preparatoria tuvo su primer novio “oficial” (le permitían visitarla en su casa). A él lo conocía desde la infancia ya que él la cuidaba mientras Adriana trabajaba. El era ocho años mayor que Maribel. Mantuvo una relación que duró un año y medio, al principio Maribel se siente a gusto con la relación ya que él es atento con ella y además, le simpatiza a sus padres.

Posteriormente Maribel se dio cuenta que él se drogaba e incluso en una ocasión la drogó a ella. Se alcoholizaba y le decía que ella no era capaz de entrar a la Universidad o le comentaba que cierta ropa no era para ella sino



para alguien de mejor cuerpo. También recuerda que cuando estaban juntos dejaba de platicar con ella por hacerlo con alguna amiga que llegaba en ese momento y a Maribel la ignoraba.

Todas estas cosas no le agradaban a Maribel pero no se atrevía a terminar con la relación. Cuando entro a la Universidad se dio cuenta que podía ser agradable para otra persona, así que eso ayudó para concluir el noviazgo.

Inició otra relación de noviazgo la cual conserva hasta el momento. Han tenido discusiones porque ella siente que él no le da el lugar que se merece (Maribel no es bien tratada por la madre de él y en muchas ocasiones la ha ignorado; y la cuñada le reclama a Maribel que por su culpa su hermano no frecuenta a su madre ya que ella absorbe mucho de su tiempo), no la defiende ante las groserías de su familia.

Esta situación ha llevado a que Maribel y su novio hayan dado por terminada su relación en dos ocasiones. Ella quiere que él le diga a su madre que ella es su novia y merece que la respeten, pero él no lo hace. Maribel percibe como que él le tiene miedo a su madre.

Maribel no se siente satisfecha con esta relación pero no quiere terminarla. Considera que su novio es un gran hombre y solo quiere que cambie en algunas actitudes (que la defienda ante madre y sus hermanas).

Otra inconformidad de Maribel se debe al poco tiempo (un sábado o un domingo por semana) que su novio le dedica. El le dice que no tiene tiempo que la escuela lo absorbe y sábados y domingos se dedica a visitar a su madre, su padre y a ella. Sus padres están divorciados y él vive con su abuela.

Cuando él se muestra complaciente con Maribel, ésta se siente contenta e incluso piensa que pueden llegar a casarse. En estos momentos Maribel siente que puede sobrellevar la situación en su casa (problemas con sus padres), pero cuando las cosas no van bien (no la visita frecuentemente, “no le da su lugar”), se deprime, llora, se encierra en su cuarto, no quiere hablar con nadie, no quiere comer y no tiene deseo de hacer algo.

Ella cree que lo mejor es terminar con esa relación porque él no cambia, pero al mismo tiempo siente que lo quiere mucho y no quiere perderlo.

En el amor busca a alguien quien la ame y la respete (lo que no han hecho los padres). Quiere ser el centro de la vida del otro (que le demuestre que no puede vivir sin ella, visitándola todos los días; que le haga saber que ella es más importante que otras personas; que se interese en sus proyectos de vida; que piense en un matrimonio estable y lleno de amor). Pero la realidad contradice sus deseos.



Su novio tiene que dividir su tiempo entre la escuela, su padre, su madre y hermanas, la abuela y Maribel y no piensa casarse sin antes haber concluido su carrera y disfrutado de su tiempo y su trabajo (así se lo ha hecho saber a Maribel).

En una relación amorosa en la que las mujeres se fusionan con el otro, es difícil encontrar los límites entre una y otra persona. Para una mujer no es fácil entender que el otro pueda tener aspiraciones o metas diferentes a las suyas, por lo que esta situación es vivida como algo personal, es decir, empieza a buscar en su persona las probables razones por las que él está sintiendo y pensando de manera diferente.

En el caso de Maribel, ella se esfuerza para ser comprensiva, tolerante y amable con él y su familia, pero en ocasiones se harta y desea terminar su relación. Ella se enoja y reclama a su novio el hecho de que él no cambie, pero se da cuenta que el expresar el enojo genera discusiones entre ellos y esto hace que él se aleje más. Se da cuenta que lo está perdiendo y eso le provoca malestar. Por un lado, ella siente que sin él no puede vivir, y por otro lado, piensa que por su culpa (por su carácter agresivo) la relación no se ha consumado en matrimonio.

¿Cuál ha sido el error de Maribel en esta relación? Ella piensa que no ha sabido motivar a su pareja. Aún con todo el amor que ella ha depositado en él, ella no ha podido despertar el amor de él, no con la misma intensidad como lo siente ella. Se siente fracasada y piensa que el amor no está hecho para ella.

Maribel vive una relación amorosa en la que se exalta “la necesidad del otro”, pues ella cree que no puede vivir sin él, asimismo esta comprobando que es cierta la frase popular “amar es sufrir”, ella sufre con él y sufre sin él.

Maribel no quiere terminar como su madre (maltratada por un hombre), no quiere sufrir por un hombre, sin embargo no ha sabido darle solución a su problema, se siente indefensa, incapaz, vulnerable, lo que la lleva a la tristeza profunda.

Maribel percibe a su madre como una persona buena que ha procurado darle lo necesario en el aspecto económico. La ha apoyado en sus estudios y cuando ha tenido que ir de viaje.

La considera una persona chantajista y que nada le complace. Piensa que su madre la quiere a su lado solamente para no estar sola con su pareja, pero en realidad no le interesa conversar o hacer actividades en común.

Siente que la odia porque cuando Maribel ha querido expresarle lo que siente, su madre la califica de exagerada. Cuando le ayuda en el aseo de la casa, no le reconoce su esfuerzo y cuando su padre la ataca, su madre no la defiende.



La cree inmadura porque no ha aprendido de sus errores, y sobre todo porque no ha sabido defenderse de su pareja. En su madre puede ver características de debilidad, sumisión, servilismo, inferioridad, obediencia y frustración.

Maribel tiene claro que ella no quiere ser como su madre, su nivel universitario le ha ayudado a entender que ahora las mujeres pueden hacer valer sus derechos y esto las lleva a una categoría de sujetos y no de objetos, sin embargo, no se explica cómo es que una mujer como ella con una gran capacidad para hacer las cosas (ganó la medalla al mérito académico), no pueda concluir una relación de noviazgo que le está haciendo daño. Vive sufriendo como lo ha hecho su madre.



El amor femenino se caracteriza porque la mujer se entrega completamente al otro. Entrega sus cuidados, su tiempo, sus pensamientos, su cuerpo. Mientras más enamorada se sienta una mujer, más se olvida de sí misma (de sus propias necesidades, de sus logros, de sus gustos, etc.), (Rodríguez, 2001).

La mujer explota las cualidades que supuestamente la caracterizan (paciencia, dulzura, ternura, complacencia, etc.), para agradar al otro, con el propósito de mantenerlo a su lado y sobre todo para que su amor sea correspondido con la misma intensidad y magnitud.

El amor sirve para llenar las carencias que la mujer vive. En el caso de Maribel la falta de amor paterno y fraternal, la falta de aprecio por lo que ella hace por parte de los padres, hace que se perciba como incompleta como si "algo" le hiciera falta. Su carencia la quiere llenar con el amor de un hombre, así que su labor es conquistarlo.

¿Por qué Maribel asume que es ella quien tiene que motivar, interesar y enamorar a su pareja? En primer lugar porque el amor no es fundamental en la vida de los hombres. La conquista de un hombre consiste en apoderarse del mundo (la política, la ciencia, los deportes, las artes, etc.). La conquista de una mujer consiste en ocupar un lugar importante en el corazón de un hombre, (Gray, 2000).



Por otro lado se ha considerado que la mujer está dotada de características “naturales” para seducir, ha pasado a través de la historia (empezando por Eva quien sedujo a Adán para comer el fruto del árbol prohibido) como un ser que emplea todos sus encantos para convencer a los hombres.

Así que las mujeres asumen que depende de ellas despertar el sentimiento del amor en los hombres. El reto se vuelve algo personal pues no se consideran los deseos del otro (si quiere casarse o no, o si solamente busca compañía).

Cuando las mujeres no reciben lo que ellas esperaban (que el otro la ame, que no pueda vivir sin ella y que todo el tiempo le este demostrando su amor) sufren y se sienten fracasadas, como es el caso de Maribel quien a pesar de haber obtenido éxitos académicos (lo que le demuestra que es una mujer capaz de lograr lo que se proponga), siente que no tiene lo más importante en la vida de una mujer, el amor, el cual comprende el compañerismo, la comprensión, la reciprocidad y la ausencia del erotismo (Maribel no menciona que quiera relaciones sexuales, sino que quiere que el la entienda, la comprenda, le de su lugar). Siente que como mujer ha fracasado.

Maribel no ha percibido que la falta de amor que anda buscando en su pareja, no es el amor de un hombre, sino el de su padre. Inconscientemente Maribel ve en su pareja a la figura paterna, y a sí misma se percibe como una niña. Una niña ve a su padre como un ser mas fuerte y poderoso que ella. Como niña quiere complacerlo para obtener su aprobación y su amor. Si Maribel estableciera una relación de igualdad con su pareja, podría percibirlo sin tanto poder, lo que le permitiría pensar que puede vivir sin él.

Por otro lado necesita hacerse consciente sobre las ventajas que tiene en su posición de adulta. Ahora no necesita lograr metas para satisfacer a los padres como cuando estaba niña, ahora no tiene la obligación de darle cuentas a sus padres de lo que hace. Ahora es libre de elegir lo que ella desee y sobre todo satisfacerse a sí misma con sus logros.





**"...LAS MADRES. . .
SIEMPRE TIENEN LA RAZON"
"NADIE TE CONOCE MEJOR
QUE TU MADRE"**

YOLANDA

De acuerdo con Lagarde (1992), las mujeres somos quienes nos encargamos de seguir reproduciendo el mundo patriarcal. La madre es quien forma a sus hijas para la conyugalidad y la maternidad de acuerdo con las normas morales.

Así por ejemplo, se encontró que las madres hacen que sus hijas cumplan siempre como obligación un oficio o una tarea cualquiera mientras que a los niños se les solicita hacer lo mismo como una ayuda para el buen funcionamiento del hogar (Charles, 1997).

Cuando la mujer cuestiona la educación recibida y considera que no es un objeto a la disposición de los demás (esposo, madre, hijos, etc.), entonces es cuestionada su calidad como persona y se le hace creer que ella "esta mal", que es "una desgraciada", "una comodina", "una malagradecida".

Este es el caso de Yolanda quien no está de acuerdo con lo que su madre le ha enseñado acerca de la maternidad pero cree que es miedosa y eso no le permite actuar de forma contraria a lo que su madre le dice.

Yolanda sigue actuando como cuando era niña indecisa, dependiente y miedosa, lo que la llena de coraje contra su madre y contra sí misma. Se siente impotente y culpable, lo que la lleva a la depresión.

Yolanda

31 años de edad. Lic. en Administración de Empresas. Casada desde hace 6 años. Tiene dos hijas, una de 6 años y otra de 5 meses. Dedicada al cuidado del hogar, su esposo y sus hijas.



MOTIVO DE CONSULTA

Se siente triste y con ganas de llorar casi todo el día desde hace tres semanas. No duerme bien, le cuesta trabajo dormirse. Le preocupa la salud de su hija mayor (América) y el hecho de que su esposo se haya quedado sin empleo. El esposo está planeando irse a trabajar a Estados Unidos.

Esta situación la mantiene en estado de tensión. Siente miedo y angustia. Sus manos sudan casi todo el tiempo. No tiene apetito. No tiene ganas de salir de su casa. Le cuesta trabajo levantarse de la cama. No quiere quedarse sola.

HISTORIA DE VIDA

Yolanda tiene un hermano dos años menor que ella. La relación con su hermano es buena hasta que entraron al bachillerato. Él se empezó a alejar sin saber ella la razón. De niños jugaban juntos y platicaban ya que su madre no les permitía salir con los amigos.

Su padre murió cuando ella tenía dos años de edad. No recuerda algo de él. Su madre no platica de él. Desde que el padre murió, la señora se dedicó a trabajar. Yolanda y su hermano se quedaron al cuidado de una tía materna. Los cuidaba, les daba de comer y los llevaba a la escuela.

Yolanda no recuerda una infancia difícil y con carencias. Se recuerda jugando con su hermano. Su madre les compraba lo que pedían. Su tía los llevaba de paseo y al cine, y los trataba de buen modo (sin gritos ni enojos).

De pequeña Yolanda se recuerda sobreprotegida por su tía y su madre. No le enseñaron a pedir a los demás lo que quería (en la tienda, o en cualquier otro lugar al que asistieran). Le daba pena hablar con gente extraña.

Piensa que ese miedo no le ha permitido buscar empleo. Nunca ha trabajado ya que no tuvo la necesidad económica.

Desde pequeña se dormía con su madre, le daba miedo dormir sola. Algunas veces su madre llegaba tarde del trabajo o salía a alguna reunión. Yolanda se quedaba sola en el cuarto y no podía dormir por el miedo. Cuando Yolanda le decía a su madre que le daba miedo dormir sola, la mamá le contestaba que era una exagerada.

Marcela Lagarde (1992), considera que una característica de la identidad femenina es la dependencia emocional.

Yolanda aprende desde pequeña que necesita de alguien que pueda ser portavoz de sus necesidades (que comunique sus necesidades a alguien más) y



que las satisfaga. Su tía y su madre la prepararon para ser una mujer emocionalmente dependiente.

Aunque su hermano recibe la misma educación, llegada la adolescencia éste empieza a alejarse del hogar y de la madre, y no es porque los hombres por “naturaleza” sean independientes, sino que éste tuvo la ventaja de experimentar la independencia desde temprana edad. Se le permitía dormir solo desde pequeño.

En cambio, Yolanda compartió la recámara con su madre hasta la adolescencia, lo que no le permitió experimentar la soledad y disfrutar de ella, por el contrario se enojaba con su madre porque se iba a fiestas y en su ausencia Yolanda experimentaba miedo, sentía que no había quien la protegiera.

Yolanda recuerda a su madre como una mujer trabajadora. En algunas ocasiones la señora salía con sus amistades y tuvo al menos dos parejas (las que conoció Yolanda). La señora no volvió a casarse.

En cuanto al carácter, Yolanda considera que su madre fue dominante, se tenía que hacer lo que ella decía. Si por alguna razón Yolanda desobedecía, su madre guardaba silencio y no le dirigía la palabra. Si la niña le hacía una pregunta, la madre contestaba con monosílabos. Debido a ello Yolanda procuraba portarse lo mejor que podía ya que no le gustaba ver a su madre enfadada.

Esta situación perduró hasta que Yolanda fue adolescente (12 años) ya que Yolanda empezó a cuestionar a su madre y debido a esto había más problemas entre ellas.

Yolanda reclamaba a su madre el hecho de que ella saliera frecuentemente con sus amigos y la dejara sola. Su madre respondía que eso no era cierto que eran muy pocas las veces en que ella lo hacía, además se la pasaba trabajando para que a Yolanda y su hermano no les hiciera falta nada. En opinión de la señora, sus hijos eran un par de malagradecidos.

Yolanda siente que su madre nunca les dio afecto, opinión que se la ha hecho saber a su madre. Este tema las ha tenido en constante conflicto. La madre argumenta que no tenía opción o se quedaba con sus hijos o les daba de comer y lo que necesitaran.

Yolanda cree que su madre se ha puesto en el lugar de sacrificada y eso le molesta. Piensa que su madre no sufrió tanto como ella dice, “si no se casó fue porque no quiso”. No estuvo encerrada y trabajando como lo dice, salía con sus amigos y su pareja.

Cuando Yolanda le dice a su madre, “no te volviste a casar porque no quisiste, no nos echas la culpa a nosotros de lo que no hiciste”, su madre le



dice que es una malagradecida y que todo esto que hace con ella (con la madre) lo va a pagar con sus hijas.

Esto ocasionaba que a la señora se le alterara la presión, por lo que reclamaba a Yolanda que por su culpa ella se enfermara. Por ello Yolanda en ocasiones se abstenía de decirle a su madre lo que pensaba.

Estas riñas se mantuvieron hasta que ella entró al bachillerato (15 años aprox.). Su hermano era su aliado, compartía opiniones con respecto a la madre. Sin embargo, él empezó a frecuentar más a su círculo de amigos, lo que implicó alejarse de la familia y de Yolanda.

Yolanda se sentía sola no sentía confianza con su madre, su hermano se había alejado de ella y ya no vivían con la tía. No tenía amigas en la escuela, le costaba trabajo confiar en la gente.

Los reclamos de Yolanda hacia su madre colocan a ésta en una posición de “mala madre” y esto la enoja (a la madre), después de todo sacrificó su vida como mujer y se dedicó a sus hijos como se suponía “debía” hacerlo.

Culturalmente a la madre se le imagina como a un ser todopoderoso al que se le debe venerar por el hecho de darnos la vida. A una madre no se le cuestiona, no se le juzga, no se le critica, “las madres siempre saben lo que es mejor para ti”, “una madre no se equivoca”, “nadie te conoce mejor que tu madre”, “las madres sacrifican su vida por la de sus hijos”.

La madre de Yolanda cree haber hecho lo correcto (no volverse a casar y dedicarse a sus hijos), hizo lo que de acuerdo a las creencias debería hacer una madre, aunque no está de acuerdo con ello, lo prueban los reproches que constantemente hace a sus hijos. No está conforme con el sacrificio tuvo que hacer.

De acuerdo con las creencias cristianas, después de un sacrificio hay una recompensa, llega la alegría que hace olvidar el sufrimiento que se tuvo, sin embargo, para esta mujer el malestar no se ha acabado ya que nadie le reconoce su abnegación. Se siente estafada, robada, ¿a quién le tiene que reclamar?, no encuentra a nadie más que a sus hijos y por identificación de género desemboca su ira sobre su hija (Yolanda) quien además da señales de no ser partidaria de que las mujeres sean “seres para los otros” (al menos ideológicamente)

La enfermedad es la manera que encuentra la señora para hacer sentir culpable a Yolanda, por su atrevimiento a poner en tela de juicio el “sacrificio” de su madre. De esta manera Yolanda queda como una desconsiderada al no cuidar la salud de su madre y quien atenta contra su madre merece un castigo (que pagará con sus hijas) pues “la madre es lo más sagrado que tenemos”.



Actualmente el coraje de la señora lo descarga principalmente en Yolanda (el hijo no convive con ella) calificándola de mala hija y peor madre. Esta situación las mantiene en constante conflicto. Discuten constantemente. La lucha de la señora es demostrar que su hija (que está en contra de que la vida de una madre esté llena de sacrificios) no es mejor que ella como madre, una de las dos tiene que salir triunfante y una desventaja de Yolanda es que además de ser madre también es hija, los ataques a su persona no se hacen esperar y constantemente se le califica de “mala hija” y como consecuencia no puede ser buena madre.

El triunfo de la señora se hace necesario porque de esta manera se demostrará a sí misma que su elección no estuvo equivocada lo que hará que su coraje y su frustración (de verse y sentirse como una mujer sola, sin apoyo y protección) disminuyan.

Madre e hija se encuentran atrapadas en un callejón al que no le ven salida. Ambas quisieran separarse una de la otra, no quieren visitarse, frecuentarse, pero al mismo tiempo no quieren apartarse. Yolanda y su madre se comportan a veces como madre y a veces como hija una de la otra, el sentirse solas les provoca miedo y prefieren mantener una relación destructiva que intentar relacionarse de otra manera o alejarse una de la otra.

Entre los 16 y 17 años conoció a su primer novio. Era un chico de la misma edad que ella. Aceptó ser su novia porque le gustaba físicamente. Se veían en la escuela ya que su madre (de ella) no le permitía tener novios. Yolanda consideraba que su novio era una persona segura de sí misma. Se sentía contenta con la relación que duró más de un año. Con este novio empezó su actividad sexual, la cual califica como agradable y placentera.

El defecto del chico es que era celoso. Al principio Yolanda sentía bien que su novio se sintiera celoso ya que eso demostraba que ella le importaba. Posteriormente él se molestaba cuando Yolanda platicaba con algún otro chico, cuando no le avisaba si pensaba hacer algo o ir a algún lugar. Quería que ella estuviera todo el tiempo con él, quería acompañarla a los lugares a los que iba (a hacer una tarea en equipo, estar con sus compañeros, etc.).

Yolanda empezó a disgustarle la situación, así que decidió terminarla. Su novio no estaba de acuerdo con esa determinación. Al principio quería convencerla de que continuaran pero después la amenazaba diciéndole que le contaría todo a la madre de ella (que habían tenido relaciones sexuales). Yolanda no quería que su madre supiera, tenía miedo de la reacción de ella.

Las discusiones entre los dos llegaron a los golpes. Él la golpeó y esto provocó que Yolanda decidiera terminar con él aunque su madre se enterara de lo sucedido. Yolanda recuerda que estos fueron días de pánico para ella,



pero finalmente él no le dijo nada a su madre, todo quedó en amenazas. El chico le pidió disculpas por los golpes que le había dado.

La necesidad de tener quien la cuide y proteja origina que Yolanda se relacione con personas que “aparentemente” se preocupan por ella, la quieren y la protegen. Mantiene una relación en la que su comportamiento se ve controlado continuamente para mantener contento a su novio. Este comportamiento se ve como “normal” y lógico ya que una regla del amor es que quien ama siempre busca el bienestar del otro (antes que el propio).

Para esta etapa de su vida Yolanda ya había aprendido a sentirse responsable por las incomodidades de los demás (así lo aprendió de su madre), así que lo siguió practicando en las relaciones con sus novios.

Los celos que el novio manifiesta (son una manera de controlar la vida afectiva de Yolanda) son aceptados y al principio hasta reforzados por Yolanda ya que para ella son una muestra del gran amor que el chico le tiene.

Yolanda se hace responsable del malestar de su novio (celos) y trata de complacerlo lo mejor posible hasta que finalmente se da cuenta que haga lo que haga no va a tener contento a su pareja.

Yolanda lo permite ya que esta es la manera de vivir que aprendió con su madre, quien a través de la presión de los silencios o la enfermedad lograba que Yolanda hiciera “lo correcto” (quedarse callada, aceptar las ideas de su madre).

Aceptó una relación de constante tensión porque esa fue su forma de vida desde pequeña, pero además porque deseaba mantener su imagen de mujer decente ante su madre.

El amor es una parte central en la identidad femenina y en él se busca el compañerismo, la comprensión, la reciprocidad y sentirse completa, querida, mimada y reconocida. El amor va enfocado hacia el matrimonio.

En la relación de noviazgo las mujeres deben controlar y mitigar su deseo sexual. Está mal visto que las mujeres mantengan relaciones sexuales antes del matrimonio, aún cuando en la actualidad constantemente se escuchan discursos acerca de que la virginidad era un requisito que tenían que cumplir las mujeres del pasado, actualmente se considera que cada mujer es libre de decidir sobre su cuerpo y cualquiera que sea su elección no la convertirá en blanco de ataques y ofensas.

La situación que vive Yolanda muestra que una cosa es el discurso y otra la realidad, aparentemente ella es dueña de su cuerpo y por lo tanto decide cómo, cuándo y con quien satisface su deseo sexual, sin embargo, las amenazas que recibe por parte de su novio (de comunicarle a su madre que mantiene relaciones sexuales con él) indican que está haciendo algo prohibido y que por lo tanto será sancionada.



Yolanda siente temor por el solo hecho de imaginarse la reacción de su madre, lo que indica que ésta es quien ejerce presión para que su hija se mantenga virgen hasta el día de su matrimonio.

Mucho se ha escuchado acerca de que a las mujeres les interesa poco el sexo, que son menos temperamentales, pero no es que lo sean por “naturaleza” sino que existe toda una serie de prohibiciones que no les permiten el acceso a su cuerpo, de tal manera que se vuelve un hábito no permitirse experimentar el placer y cuando lo hay sienten como si estuvieran cometiendo un atropello a las normas, a las buenas costumbres, a la decencia.

A los 18 años de edad conoció a otro chico con el que experimentó atracción mutua. Este joven tenía novia y no tenía intenciones de terminar su relación. El le dijo que si quería “andar” con él que aceptara las condiciones.

Yolanda lo pensó mucho ya que ella sí quería establecer una relación con ese chico. Después de pensarlo decidió que no estaba dispuesta a ser “la otra”. Aunque actualmente se arrepiente y piensa que hubiera sido mejor darse el gusto aunque sabia que esa relación no conduciría a nada serio y formal.

Yolanda es una mujer que sabe identificar cuales son sus deseos y la manera de satisfacerlos, pero concretar la satisfacción de esos anhelos va en contra de los principios que se le han inculcado.

Para una mujer, aceptar estar en la posición de “la otra” implica que no sea valorada como un ser virtuoso (amorosa, sensible, cariñosa, bondadosa, inteligente, etc.) sino como la mala, la pecaminosa, la que divierte, la que no se le toma en cuenta para el matrimonio y solamente es objeto de deseo sexual, es la “loca”, es la “puta”, la que no merece respeto.

El sentimiento que perdura en Yolanda es de frustración, pero consideró que hubiera sido peor cargar con todos los calificativos negativos por haber aceptado esa relación.

De cualquier modo Yolanda no se ve favorecida con cualquiera de las decisiones y no es que sea una mujer difícil de complacer, sino que una de las reglas culturales dentro de las relaciones amorosas no favorece al género femenino.

Culturalmente es aceptado que los hombres ejerzan la poligamia y las mujeres la monogamia, por lo tanto las mujeres se ven en la disyuntiva de ejercer el papel de la esposa o la novia o la amante. Si todas las mujeres se portaran “decentemente”, cómo podrían los hombres practicar la poligamia. Luego entonces, la contradicción está en la cultura, en las reglas morales, no en la “naturaleza” del Ser mujer.



RELACION CONYUGAL

En la Universidad conoció a su pareja actual con la que estableció un noviazgo de más de un año. El embarazo apresuró los planes de matrimonio.

Durante el noviazgo él se mostraba cariñoso y comprensivo con ella. Era celoso y por ello tuvieron un problema fuerte. Él pensaba que Yolanda mantenía una relación con otro chico al mismo tiempo. Todo se aclaró pero Yolanda piensa que su esposo siempre ha vivido con la duda.

Por segunda ocasión Yolanda se relaciona con un hombre celoso, lo que la conquista de él es que se muestra cariñoso y comprensivo, esto le proporciona confianza a ella como para hacer planes de matrimonio.

Yolanda no se siente como un ser completo, con el poder de expresar su opinión y el derecho de ser respetada aunque esté en desacuerdo con los demás, no se siente con la capacidad de autosatisfacer sus deseos ya que en la relación con su madre aprende que es miedosa, respondona, desobediente y requiere de alguien que la esté orientando y protegiendo.

La actitud del hombre celoso se complementa con las necesidades emocionales de ella, por el miedo a que Yolanda pueda fijar su atención en otro hombre, él tiene que estar cerca de ella en todo momento, necesita cuidarla, saber lo que piensa, lo que siente, y lo que necesita. Para la percepción de Yolanda él es un hombre atento que se preocupa por el bienestar de ella, ahora siente que su carencia ha sido satisfecha, su madre no le proporcionó comprensión y cariño pero él sí. De la dependencia emocional hacia su madre Yolanda ahora se transporta a la de su pareja.

Los comportamientos de ambos están llenos de inmadurez emocional, sin embargo, ¿quién los puede calificar de infantiles? Culturalmente se ve como normal que los enamorados quieran permanecer unidos como uno solo, por eso cada quien encontró “su media naranja” y “donde hay amor, con uno que coma basta”, se vive y se piensa por el otro hasta que la relación se vuelve un “muégano” (no se ve el principio y el fin de cada uno) y lo que inspiran en los demás son comentarios como “¡cuánto amor!”, “es que se quieren tanto, que no pueden estar ni un minuto separados”, “ese sí es amor del bueno”, etc.

Yolanda considera que con su esposo difícilmente puede ponerse de acuerdo. De hecho Yolanda siente que en lo único en lo que están conformes en el aspecto sexual. En ese sentido ella no tiene nada que reclamar, se siente satisfecha y disfruta tener relaciones sexuales con él.



Cuando él se molesta por algo, simplemente guarda silencio e ignora lo que Yolanda haga o diga. Esta actitud puede durar hasta tres días. Yolanda se mantiene tensa hasta que busca a su esposo para pelear (busca cualquier pretexto). Ambos se gritan y dicen groserías. Después de esto Yolanda no se siente satisfecha (aunque no arreglan nada) pero al menos siente que descarga su coraje y eso le ayuda a relajarse.

No es ninguna casualidad que el esposo de Yolanda se comporte de manera idéntica a como lo hacía su madre para controlarla y castigarla.

Para estas alturas de su vida Yolanda está bien identificada con su papel de niña inmadura. ¿Qué es lo que no le permite romper con esa relación? Evidentemente la historia de dependencia emocional que caracteriza la niñez de Yolanda, pero además la ideología que comprende el contrato matrimonial coloca a los hombres como unas figuras con poder.

“Los hombres son los jefes de familia”, un jefe es quien dirige, dice lo que se va a hacer (y generalmente no pide opinión a sus súbditos), se le obedece y no se les contradice. Las mujeres dentro del matrimonio deben practicar todas sus cualidades maternas (incluyendo al esposo), ser amable, comprensiva, cariñosa, paciente, etc. El bienestar emocional de la familia depende en gran parte a la mujer ya que “la mujer es el pilar de la familia”.

Dentro del discurso de lo que debe ser el matrimonio existe una contradicción, las mujeres son imaginadas como niñas y como adultas al mismo tiempo. Yolanda vive esta contradicción, por un lado sabe que tiene el mismo estatus que su pareja y por ello expresa sus deseos, sin embargo, quien dice lo que se tiene que hacer es el esposo.

En la lucha de poder constante Yolanda queda en el papel de la niña inmadura a la que hay que castigar, los gritos e insultos hacia su esposo son muestra de su infantilismo, para los demás (esposo, madre, suegra) es evidente que Yolanda es una mujer que no sabe dialogar como la gente adulta y madura.

Otro problema que mantiene con Gustavo (esposo de Yolanda) es que él quiere ir a la casa de sus padres casi cada fin de semana. Yolanda se molesta mucho porque no sale con ella y sus hijas. Yolanda pide que su esposo se aleje un poco de su madre, pero él le dice que su madre es una gran mujer a la cual le debe todo lo que es ahora, ella se sacrificó trabajando para que a él y sus hermanos no les faltara nada. Incluso ahora que sus hijos están grandes sigue estando al pendiente de ellos, les da consejos, los ayuda económicamente y los ayuda a conseguir trabajo.



Gustavo le dice a Yolanda que él es un hijo agradecido y lo que ella tiene es coraje porque no puede llevarse bien con su madre. El no es “mal agradecido” como ella.

Yolanda considera que ella y su esposo deben dedicarse a cuidar a la familia que han creado y no las de sus padres. Gustavo cree que ella no quiere a nadie por eso no trata de llevarse bien ni con su madre ni con la madre de él.

Yolanda quiere aprender a ser independiente y su lógica le indica que necesita separarse cada vez más de su familia de origen, frecuentarla cada vez menos le permitirá enfocarse a proporcionar los satisfactores necesarios a la nueva familia.

Sin embargo, su deseo de crecer también es frustrado. Su actitud es calificada como despreciable, es considerada como una malagradecida y como consecuencia este tipo de personas no merecen que se les trate amablemente.

Yolanda se encuentra en el dilema de crecer o no comportarse como niña, pero cualquiera de las conductas que elija tienen como consecuencia un calificativo negativo. Esta mujer se percibe como una persona indecisa que no sabe defender sus ideas lo que le provoca enojo contra sí misma.

El problema que vive esta mujer es ocasionado por las demandas que tiene que cumplir como hija y no es un defecto personal como ella cree.

Yolanda reclama que él no se compromete en el cuidado de las niñas. No les tiene paciencia, no las baña, no cambia pañales, no da biberón, no carga, no juega y no sale a la calle con ellas. Por eso ella siente coraje por haber accedido a tener otra hija, porque ahora se da cuenta de que él quiere hijos para que ella los cuide.

El reparto de actividades dentro de la familia de Yolanda se da de manera estereotipada, todo lo que tenga que ver con el cuidado de las hijas le corresponde a ella.

Como mujer ella “debería” sentirse realizada ocupándose del cuidado de sus hijas, pero no es así. Yolanda percibe que a los dos padres les corresponde hacerse responsables de los hijos y reclama que el esposo la apoye pero al no obtener lo que desea se enoja y su coraje lo enfoca hacia sí misma.

Yolanda le manifiesta a Gustavo que es mucho trabajo dedicarse todo el día al cuidado de sus hijas y de la casa. Gustavo le ha dicho a Yolanda que es una mujer débil porque la madre de él pudo cuidar a sus seis hijos y trabajar al



mismo tiempo. Siempre estuvo sola (la madre de Gustavo) ya que su esposo siempre fue un “desobligado”.

“Una madre lo puede todo”. Este es un mito contra el que Yolanda tiene que luchar continuamente. No tiene derecho a cansarse ni quejarse, tiene que estar siempre dispuesta a dar (tiempo, cuidados, atenciones) y no mostrarse débil.

Yolanda tiene que mostrarse agradecida ante su esposo, pues él deja claro que no es un desobligado, que está cumpliendo con la parte que le toca (trabajar y dar dinero), por otra parte, tiene pocos hijos, lo que se supone que le facilita el trabajo. Ella nuevamente queda como malagradecida.

El pleito mas reciente entre Yolanda y su esposo es relacionado con la pérdida del trabajo de él. La madre de Gustavo le ha recomendado que se vaya a Estados Unidos ya que tiene un hermano que lo puede ayudar.



Yolanda no está conforme con esta decisión pues piensa que se va a quedar con la mayor parte de responsabilidad, ya que tiene que cuidar a sus hijas y la casa. En cambio su esposo únicamente va a ir al trabajo y el resto del tiempo puede hacer lo que al él le plazca. Esto le produce mucho coraje.

Con la noticia de que Gustavo se va, Yolanda ha llorado por la mezcla de sentimientos (coraje, miedo, tristeza). Gustavo se ha enojado y le ha dicho a Yolanda que por culpa de ella han salido adelante, porque en lugar de apoyarlo se opone a lo que él decide. Además con esa actitud (estar llorando casi todo el tiempo) no se siente con confianza para hacer las cosas, se siente “salado”.

Yolanda ha mostrado capacidad para solucionar problemas relacionados con la educación de sus hijas y el cuidado del hogar pero el hecho de percibirse sola (lejos de la pareja) la atemoriza, se siente incapacitada.

Su deber como pareja es mostrarse fuerte y apoyarlo en lo que él decida, tiene la obligación de transmitir confianza y seguridad, al mismo tiempo que se le califica de indecisa, inmadura, malagradecida e inestable.

Cada vez Yolanda se percibe con más defectos en cada uno de los roles que desempeña, como madre, esposa e hija.

El consejo que Yolanda recibe de su madre y su tía es: que se imponga ante su esposo y que evite que se vaya, que lo ayude a poner un negocio que los ayude a solventar los gastos.



Yolanda no desea poner un negocio porque ya lo intentó y se le agrega más trabajo, ya que su esposo no apoya en las labores del hogar pero si quiere que Yolanda esté al pendiente de dicho negocio.

“Detrás de un gran hombre, hay una gran mujer”. Las mujeres (la tía y la madre) contribuyen para que Yolanda agregue más trabajo a su lista de deberes para conseguir una estabilidad económica y las preocupaciones de su pareja disminuyan lo que la harán merecedora de la admiración de los demás como esa “gran mujer” que sabe impulsar a su marido.

Yolanda acepta todas las responsabilidades que su esposo deposita en ella, calificándola de miedosa, insegura, llorona, ineficiente, malagradecida, grosera, salada, gritona, mala madre, quejumbrosa, y débil.

Yolanda se enoja porque sabe que todo eso no es cierto, entonces se enoja y reclama, pero Arturo ignora a Yolanda (igual que lo hacía su madre), ella aguanta el castigo que se le proporciona (en el castigo van mensajes implícitos como, “tu no eres nadie, ni siquiera te veo”, “lo que tu digas no es importante”, “tu comportamiento es tan recriminable, que no mereces ser vista”) hasta que ya no soporta mas y explota diciendo “palabrota”.

Yolanda tiene mucho coraje sobre todo consigo misma pues siempre cae en el mismo juego y aunque se ha propuesto cambiar no lo ha logrado.

LA MATERNIDAD

Yolanda planeaba tener solamente una hija, sin embargo accedió a tener otro, ya que su pareja lo deseaba.

El embarazo de su segunda hija no lo disfrutó como en la primera. Yolanda se sentía enojada y molesta casi todo el tiempo consigo misma por haberse dejado convencer.

Quiso evitarse molestias durante el parto así que decidió parir en una clínica particular.

Su esposo le reclama el haber gastado tanto dinero. El piensa que pudieron haber invertido el dinero en otra cosa.

Yolanda siente a menudo que su hija la “harta” pues la niña llora en las noches y no la deja descansar. Yolanda evita quejarse frente a su madre pues esta le dice que es una “desgraciada” porque no quiere a su hija. Esto va acompañado de “yo nunca me queje y eso que estuve sola.

Dale gracias a Dios que tienes un marido que te mantenga, porque si estuvieras sola y tuvieras que trabajar, entonces si sabrías lo que es sufrir”. “tú siempre me criticaste que no fui buena madre con ustedes, ahora demuestra que eres mejor que yo”.



Yolanda le dice a su madre que no es malo quejarse del trabajo que se tiene que hacer para cuidar a los hijos y eso es muy diferente a no quererlos. Su madre simplemente le dice “cállate, deja de decir estupideces”, “no te mereces las hijas que tienes, son unas niñas muy buenas”.

Gustavo también le dice a Yolanda que no se queje por lo que tiene que hacer, hay mujeres que están en peor situación que ella y salen adelante. Agrega “que pasaría si, un día de repente me voy y me hago el desentendido y simplemente no vuelves a saber de mí, tendrías que trabajar o ¿no?”.

Yolanda ha pensado que efectivamente no ha sabido ser buena madre su enojo constante es prueba de ello. Generalmente descarga su rabia en los gritos que da a sus hijas, sobre todo a la mayor.

La madre de Yolanda quiere enseñarle a ésta, cómo debe ser una “buena madre” (no debe quejarse, sacrificar su sueño, sacrificar sus intereses, etc.) porque así le enseñaron a ella.

Yolanda no está de acuerdo con estos lineamientos del ser madre (sin embargo los hace), pero le resulta difícil actuar de una manera diferente, (dedicarse tiempo para sí misma) sobre todo por las críticas que recibe de su madre y su pareja.

La madre de Yolanda ejerce presión a través de comportamientos como: no dirigirle la palabra, se mantenerse molesta, no hablar por teléfono, no la visitarla, etc. Los cuales son vividos por Yolanda como castigos.

Yolanda se queja porque siente que no recibe el apoyo de su madre, al contrario parece que se pone de acuerdo con el esposo para atacarla.

La madre de Yolanda se queja porque su hija no la visita y no está pendiente de su estado de salud.

Ambas necesitan quien las cuide y ninguna puede cumplir las expectativas de la otra. Ambas son madres pero también quieren seguir siendo hijas.

Yolanda no aprendió a expresar sus propias ideas y cuando lo quiere hacer se da cuenta de que van en contra de las ideologías de las personas que la rodean y como no quiere crear conflictos, mejor se queda callada.

Yolanda sabe que el silencio tampoco es la solución a sus problemas, pues vive enojada y frustrada.

Su coraje y su rabia lo descarga a través de gritos e insultos hacia su hija. Sabe que esto no es adecuado, pero siente que no puede cambiar la situación por más que lo intente.



Se enoja contra sí misma porque se siente incapaz para salir del círculo vicioso en el que se encuentra. Intenta separarse física y emocionalmente de su madre, pero esto le resulta doloroso, en algunos momentos cree que su madre tiene razón, ella es una “hija desgraciada”.

SALUD

Yolanda no está de acuerdo con muchas cosas que le dicen su madre y su esposo, sin embargo se abstiene de contrariarlos ya que esto provoca discusiones más fuertes. Muchas veces se queda callada y se aguanta las ganas de llorar pues si lo hace le dicen que no se ponga en el papel de mártir porque no le queda.

En la garganta se le ha desarrollado una protuberancia como si la glándula tiroidea estuviera inflamada. Los médicos le dicen que su perfil tiroideo está en el límite y debe chequearse constantemente.

Yolanda se queja de constante dolor en la garganta, sin embargo Ella considera que su salud es buena, casi no se enferma, por eso no le da mayor importancia. Lo único que se tiene que cuidar es una hernia umbilical.



Yolanda aprendió a depender de los demás, desde pequeña no desarrolló las habilidades necesarias para su autocuidado, no porque estuviera incapacitada para ello sino porque las condiciones bajo las cuales fue educada no se lo permitieron.

Los “cuidados” que le proporcionaron su tía y su madre crearon en ella sentimientos de miedo, inseguridad y dependencia, lo que le hacen pensar que es incapaz de realizar lo que desea.

Yolanda no es miedosa, débil, llorona, indecisa, etc., por “naturaleza”, la relación que ha establecido con su madre ha favorecido dichas maneras de comportamiento. Las frases que escuchó continuamente como “cállate”, “no es cierto”, “eres una desgraciada”, etc., la han hecho dudar sobre su comportamiento, sus inquietudes, sus deseos, y sus aspiraciones hasta el grado de creer que todo lo que hace, piensa y siente esta “mal”, que todo es una equivocación.

Ahora Yolanda quiere ser diferente, quiere sentirse segura de lo que dice y lo que hace, pero esto la ha llevado a cuestionar la educación recibida y con ello la manera de actuar de su madre.



Cuestionar la maternidad (considera que es válido quejarse ante las labores de cuidado a los hijos, de la falta de tiempo para sí misma; que es aceptable que una mujer no desee procrear hijos o que exprese que ya esta harta de ellos), debatir acerca de su relación de pareja (no esta de acuerdo con todo lo que dice y hace su esposo, no está de acuerdo en obedecer, no esta conforme en que sea tratada por su pareja como una hija mas); discutir acerca de la educación que proporciona a sus hijas (no quiere hacerlas miedosas y dependientes), ha provocado que Yolanda sea reprendida por parte de su madre y su esposo con afirmaciones que la descalifican como madre, como esposa, como mujer y como ser humano (“eres una desgraciada”, “eres una ingrata”, “eres una egoísta”, “eres una malagradecida”, “estas mal”, “necesitas ayuda”).

Yolanda no está de acuerdo con los calificativos que recibe pero se siente incapaz de enfrentarse a su madre y su pareja o separarse de ellos, así que todo su coraje lo vuelca sobre sí misma y ello la lleva a la depresión.





"...LA VIDA DE LAS MUJERES

ES DIFICIL, SUFREN MAS"

SOLEDAD

Con el supuesto de que las mujeres son mas sensibles (muestran fácilmente su felicidad o su tristeza), se les educa para que se comporten de esta manera. Se les permite que expresen sus sentimientos, sobre todo si estos incluyen alegría (risa, euforia, coquetería, etc.) o tristeza (llanto, desánimo, desinterés, etc.), si se presenta sentimientos de agresión (gritos, enojos, furia, rebeldía, etc.) entonces son desaprobados.

Se considera que el llanto en las mujeres es parte de la "naturaleza" femenina, se pueden citar frases populares que hacen alusión a esto "lloras como una niña", "las niñas son muy chillonas", "no seas llorón, pareces vieja". Sin embargo, existen casos en los que a las mujeres les cuesta trabajo llorar, lloran muy poco, no quieren llorar o simplemente no tienen la necesidad de llorar, ello habla de que hay variaciones en la manifestación del llanto. Todo dependerá de la educación recibida dentro de la familia.

Generalmente a las mujeres no se les prohíbe la manifestación del llanto, es bien vista una mujer que llora. En algunas ocasiones el llanto es muestra de tristeza y de sufrimiento. A una persona que sufre se le admira, se le compadece, se le ofrece ayuda, se le consuela, pero no se le rechaza, sobre todo si se trata de una mujer.

La mujer y el sufrimiento parece que se llevan de la mano, la mujer sufre dolores menstruales, sufre en el parto, sufre por los hijos. Simbólicamente a la mujer no se le puede percibir sin sufrimiento. Las mujeres interiorizan que la vida de una mujer es llorar y sufrir.

Este es el caso de Soledad para quien el sufrimiento (tristeza, soledad, llanto) se convierten en una forma de vida. Sufre porque se siente víctima y piensa que no puede cambiar las circunstancias, pero además inconscientemente no quiere cambiarlas ya que su condición de sufrida atrae la atención de hombres que quieren ayudarla y protegerla, Finalmente obtiene lo que desea, sentirse atendida, protegida, querida.



Soledad camina por la vida aceptando todo tipo de abusos (físicos, emocionales, sexuales) hasta que el abuso sexual vivido por su hija la hace reaccionar. Como madre siente que ha fallado porque no supo cuidar a su hija. Considera que este es el peor sufrimiento que ha vivido. La culpa, la lleva a la depresión y a pedir ayuda porque ya no quiere sufrir.

S OLEIDAD

Es la penúltima de 7 hermanos. Todos casados en la actualidad. Es Lic. En Biología y no ejerce. Casada con 2 hijos, una mujer de 11 años y un hombre de 8. Su esposo es Lic. En Informática y trabaja todo el día, Su horario de trabajo es de 7 u 8 de la mañana a las 10 u 11 de la noche, de lunes a sábado.

Ella se dedica al hogar a sus hijos y su esposo. Un día a la semana asiste a la “Escuela para Padres” en la escuela de sus hijos. Con las pláticas que le ha dado la Psicóloga se ha dado cuenta de que necesita ayuda.

MOTIVO DE CONSULTA

Viene a consulta debido a que se siente triste y se la pasa llorando en su casa. En los últimos días llora escondiéndose de su pareja porque le prometió que ya no la iba a llorar más. Se ha dado cuenta que cuando tiene que hablar en público termina llorando. No duerme bien, no descansa. Le duele la cabeza. No le da apetito. Este estado de ánimo se presenta desde hace 8 meses. Su presión arterial es baja. Presenta problemas de gastritis. Varias veces ha presentado infecciones vaginales por lo que ha sido medicada. Tiene problemas de várices en las piernas, sobre todo en la pierna derecha.

HITORIA DE VIDA

La relación con sus hermanos mayores es distanciada y con su hermana menor tiene problemas. Piensa que su madre la consintió demasiado. Considera que su hermano mayor recibió mas atención de su madre que los demás hermanos, probablemente porque éste era muy enfermizo y desde muy pequeño contribuyó con la economía familiar ya que su padre no vivía con la familia.

El hermano que le sigue murió de neumonía. En ese entonces su madre vivía en Tamaulipas y hacía mucho frío.



Los dos hermanos que siguen los quiere mucho y son con quienes ha convivido un poco más.

A La hermana mayor la considera alegre y activa para hacer cosas. Aunque hubo una temporada en que tomaba mucho alcohol y fumaba. Actualmente esta divorciada y su problema de alcoholismo lo ha controlado.

La hermana que le sigue, considera Soledad, que su madre le dio mas libertad en cuanto a no estar en casa, tener novio, trabajar e irse a donde ella quisiera, siente que le daba muchas preferencias por el dinero que aportaba a la casa.

A la última de todos los hermanos, la considera egoísta, de carácter odioso y fuera de control. La considera diferente al resto de los hermanos tanto físicamente como en su forma de ser. Soledad ha llegado a pensar que ella no es su hermana (no es hija de su papá).

Cuando nace su hermana menor el desplazamiento la hace sufrir más. Ve a su hermana como una tirana, no la soporta. En esa casa no encuentra alegría alguna y se la pasa llorando. Mas tarde encuentra refugio en su sobrino. A él lo cuida y le deposita el amor y la comprensión que quisiera para ella.

Soledad recuerda que antes de que naciera su última hermana, su madre era visitada por un maestro y cree que él puede ser el padre de esa chica. Nunca se ha atrevido a preguntarle abiertamente a su madre. Piensa que se puede sentir ofendida con su pregunta.

El padre de ellos vivía en un pueblo de Guanajuato, trabajando en un taller de Orfebrería. Lo que ganaba se lo daba a la familia que habitaba en el Distrito Federal, aunque no era suficiente pues una parte de su sueldo la gastaba en alcohol. Los hermanos mayores empezaron a trabajar siendo adolescentes para solventar los gastos de la familia. Soledad y su madre se dedicaron a las labores del hogar.

Soledad hacía el aseo de la casa, lavaba y planchaba la ropa de todos. Debía servirles de comer a sus hermanos a la hora que llegaran de trabajar, sin importar que ella estuviera dormida cuando ellos llegaban. No tenía permiso para salir con amigas y mucho menos con algún novio.

La familia de Soledad se caracteriza por la combinación de roles. Los hermanos mayores (varones) son hijos y padres a la vez. Se encargan de proveer el dinero necesario para que la familia sobreviva. Las hermanas mayores trabajan y aportan dinero para la casa, por lo que tienen la oportunidad de librarse de los quehaceres de la casa.



Soledad adquiere el rol de madre (es la madre chiquita) en cuanto a que está dedicada al cuidado de la casa y de quienes la habitan, tiene el poder y la habilidad de cuidar a otros, pues la aprende de su madre.

Por otro lado, su labor no recibe reconocimiento, asume que es lo que le corresponde ya que no trabaja fuera de casa como los demás. De esta manera aprende que no es merecedora de la gratitud de los demás.

Las carencias económicas y afectivas la hacen sufrir, pero no tiene confianza con alguien de su familia con quien pueda compartir su dolor, así que se siente sola y llora.

RELACION CON LA MADRE

Soledad recuerda que la relación entre ella y su madre no fue buena. Hubo maltrato por parte de ésta. Considera que su madre era estricta.

A los seis años Soledad ingresó a la primaria y recuerda que fue llorando sin que su madre la acompañara. Soledad recuerda a su madre como una persona seria, hermética que jamás les preguntó a sus hijos “cómo se sienten”, La mamá se dedicó a dar órdenes. Ella era el papá y la mamá al mismo tiempo.

Los hermanos mayores empezaron a trabajar desde chicos (14-15 años) para solventar los gastos de la casa. Soledad comenta que el dinero no les alcanzaba, había muchas carencias. Cuando asistía a la secundaria su madre le daba dinero para el microbús solamente en las mañanas (a la hora de la entrada), a la hora de la salida regresaba caminando a su casa. Su madre le decía que no había dinero.

En la preparatoria estudió en el turno de la tarde 5 a 9 o 10 de la noche. Tampoco tenía dinero para el microbús. Para el regreso de la escuela a su casa siempre tenía a un amigo o un novio que la acompañara.

Algunas veces Soledad ayudaba a sus compañeros a hacer las tareas a cambio de que le pagaran sus pasajes.

La madre de Soledad sabía el tiempo que le tomaba para llegar de la escuela a la casa, por lo que no le permitía a Soledad llegar unos minutos tarde a la casa. En cambio a los hermanos mayores (varones) ella les consentía que salieran de la casa sin avisarle y por todo el tiempo que ellos querían. Las hermanas mayores quienes trabajaban tenían el privilegio de tener el permiso de la madre para salir con los amigos o con el novio (con un tiempo estipulado).

Con la ausencia del padre, la madre de Soledad trata de llevar a cabo ambos roles. Como padre toma un papel autoritario y controlador sobre todo con las



mujeres. Como madre se dedica al cuidado de las necesidades físicas de los hijos. Se muestra como una madre poco amorosa, comprensiva, cariñosa, y amable.

Al ingresar a la Universidad Soledad tuvo constantes discusiones con su madre ya que ésta reclamaba a su hija sus largas ausencias de la casa.

En la familia, Soledad es la única mujer que estudió una carrera universitaria. La madre no estuvo de acuerdo en que ella estudiara. El principal argumento fue que no tenían dinero. El padre de Soledad decidió apoyarla económicamente con lo que obtenía de su pequeño negocio (venta de fierros y herramientas usadas).

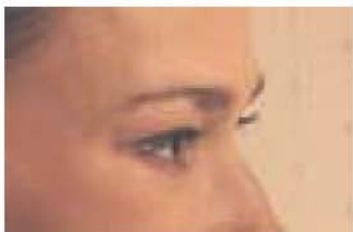
Recuerda que cuando estaba en la universidad salió con su novio y llegó más tarde de lo que se le había permitido (10 p.m.), su madre la cacheteo y le dijo “no respetas la casa, eres una cualquiera” “no vas a salir con el novio” y “te vas a quedar a esperar a tus hermanos hasta tarde (para servirles la cena)”.

Soledad contó lo sucedido a uno de sus hermanos mayores (hombre). El hermano habló con su mamá diciéndole que lo que había hecho estaba mal porque estaba exagerando. La madre ya no discutió sobre el asunto aunque se mantuvo seria con Soledad.

Los problemas entre Soledad y su madre llegaron al grado de que la señora la corrió de la casa. Soledad lloraba mucho y decidió aguantar la situación pues pensaba que no tenía algún lugar para irse.

La hermana menor la regañaba también y le decía que ella tenía la culpa porque hacía enojar a su mamá.

La hermana menor rompía las cartas y tiraba los regalos que enviaba el novio de Soledad a ésta. Soledad no le decía nada a su hermana porque no quería tener problemas y se encerraba a llorar.



Su novio (actualmente su pareja), le dijo en repetidas ocasiones que se fueran a vivir juntos para que se quitara de problemas. Ella no aceptó. Quería hacer las cosas “bien”, casarse de acuerdo a las costumbres de su religión (católica).

Soledad comenta que la mayor parte del tiempo la pasaba en la casa y se recuerda seria, callada y triste. Lloraba mucho y su única alegría era jugar con su sobrino al cual cuidó desde recién nacido hasta los cuatro años. También se dedicaba a dibujar para sentir menos tristeza.



Los hermanos mayores toman decisiones junto con su madre y en ocasiones pasan por encima de su autoridad. Le llaman la atención si creen que lo que ha hecho no es correcto.

Por más de 10 años Soledad fue la más pequeña de todos los hermanos. Se acostumbró a que los mayores resolvieran los problemas (económicos, de comunicación, etc.). Cuando tuvo la edad suficiente como para buscar un empleo no lo hizo. Lloraba por las carencias que había en la familia pero eso fue preferible que vencer su miedo para buscar empleo.

Desde muy pequeña Soledad se recuerda llorando. Esta se convierte en una manera de pedir lo que necesita (sobre todo atención de su madre). Siendo ella la más pequeña y de género femenino, no se le reprende el llanto.

Soledad aprende a vivir como víctima. Cree que le ha sido arrebatada la posibilidad de la alegría. No encuentra comprensión con su familia.

Soledad ve a su madre como una mujer que le gusta mandar pero no se interesa en los sentimientos de los hijos, por lo que no encuentra seguridad en su madre. La relación con sus hermanas mayores es indiferente. Ellas se dedican a trabajar y a salir con sus amigas. Con la hermana menor simplemente no hay identificación, al contrario, la hermana se une a la madre para criticar a Soledad en las cosas que hace "mal".

De esta manera, Soledad se encuentra desamparada y sin poder alguno para cambiar las circunstancias. Encuentra un poco de comprensión y cariño con su sobrino, así que más tarde busca llenar el vacío que siente con la llegada de un hombre que le pueda contagiar la alegría por vivir. Rechaza a todos aquellos que considera serios o introvertidos.

Cuando al fin llega el hombre con el que se siente "feliz", rechaza la propuesta de él para que vivan juntos. El quiere salvarla del sufrimiento pero ella no acepta. Para estos momentos Soledad ya aprendió a vivir con su tristeza, cambiar de estilo de vida le provoca miedo, pues no sabe vivir de otra manera. El pretexto que ella encuentra para no dejar de sufrir es que desea tener una boda en la que ella salga de su casa vestida de blanco.

En el llanto encuentra la manera de expresar sus sentimientos. No aprendió a hablar abierta y claramente sobre lo que siente. Igual que su madre (mujer callada quien asume que le toca ser padre y madre al mismo tiempo) Soledad asimiló que a las mujeres les toca estar pendiente de las necesidades de los otros antes que satisfacer las propias.



RELACION CON EL PADRE

Los hermanos mayores traen a su padre a vivir con la familia. El padre se alcoholizaba. Se gastaba parte del dinero que ganaba en alcohol y cigarros. La madre de Soledad se molestaba con su padre y discutían.

Cuando el padre se alcoholizaba discutía con los hijos y les reclamaba que no lo respetaran como padre, que no le daban su lugar. Se enojaba y amenazaba a todos con su navaja, pero nunca llegó a lastimarlos físicamente.

En los días en que el papá se encontraba sobrio no discutía, se mostraba alegre y le gustaba escuchar música.

Los hermanos de Soledad se enojaban con su padre porque se alcoholizaba. Soledad siente que toleraba más a su padre. Se iba con él a vender su herramienta y cuando él enfermó de enfisema pulmonar Soledad lo cuidaba. Su padre le platicaba que a él nunca lo habían querido sus suegros por pobre y analfabeta.

El padre de Soledad murió hace 4 años y siente que ya superó su muerte pues ya no llora tanto como antes.

Soledad no ve a su padre como una figura fuerte dentro de la familia, por el contrario es tratado como una persona que causa problemas debido a su alcoholismo. Soledad establece comunicación con su padre ya que se identifica con él pues al igual que ella recibe ataques de su pareja (madre de Soledad) y de sus hijos. Ambos comparten el sentimiento de incomprendidos dentro de la familia.

Soledad no ve en su padre al ser poderosos que la pueda proteger de los ataques de su madre y su hermana, ve en él a un ser igual a ella (con problemas que él no puede resolver) y con quien puede llorar.

RELACION DE PAREJA

En el transcurso del Bachillerato tuvo cuatro novios dos de los cuales consideró alegres y optimistas. La relación con ellos le parece “bonita” aunque no se explica el porqué ellos quisieron terminar su relación con ella. Soledad lloró mucho porque se sentía muy triste.

A los otros dos novios los consideraba serios, callados, reservados. Ella decidió terminar con la relación porque no le gustaba el carácter de ellos.

A los 19 años conoció a su esposo y a los 25 se casó con él. Considera que es un hombre de carácter fuerte, tiene bien definidos sus objetivos en la vida,



es dinámico e inteligente y sobre todo considera que tiene una alegría que la contagia.

Su noviazgo con su pareja lo califica como positivo. Siente que se enamoró de él, desde que lo conoció. La compañía de él la entusiasmaba y la hacía sentir contenta ya que le transmitía su alegría. Cuando estaba con él se olvidaba de los problemas que existían en su casa (el alcoholismo del padre, las exigencias de la madre, los ataques de la hermana menor, etc.).

Después de que se casaron vivieron un tiempo con el hermano de ella. Los dos trabajaban, estaban ahorrando para comprarse su casa.

El esposo le decía que siempre trajera dinero en la bolsa para todo lo que se le ofreciera, pero Soledad considera que no estaba acostumbrada a tener dinero, por lo que solamente llevaba lo de sus camiones. Recuerda que en una ocasión un compañero le pidió dinero prestado. Sin verificar cuánto dinero traía, le dio dinero al compañero. De regreso a su casa se percató que no tenía dinero para pagar al microbús. Lo único que se le ocurrió fue, caminar hasta su casa (aproximadamente 12 km.).

Eran las 7 de la noche cuando empezó a caminar. Fue amenazada con una navaja por un hombre y la obligó a tener relaciones sexuales con él. Después de llorar mucho se subió a un microbús y el chofer aceptó llevarla sin recibir el pago.

Esa noche llegó antes que su esposo a la casa, se bañó y no comentó con alguien lo que había sucedido. Ni siquiera a su pareja quiso confiarle. Su esposo tampoco le preguntó el porqué del llanto de ella.

Posteriormente, compraron su casa y su esposo trajo a su madre a vivir con ellos. Soledad no se opuso aunque no le agradó la idea. Menciona haber tenido problemas con la suegra porque ésta quería tomar decisiones en todo, hasta que Soledad pidió a su esposo que se llevara a su mamá.

Posteriormente llegó un hermano de él y después un sobrino, con ambos ella tuvo problemas hasta que se fueron. Posteriormente llegó otro sobrino y fue él quien abusó sexualmente de su hija.

Su hija tenía dos años y medio y él chico tenía 18. El le tocaba los genitales a la niña y Soledad lo descubrió. El médico que revisó a la niña dijo que no hubo penetración.

Soledad le dijo a su esposo que a partir de ese momento no quería a nadie de la familia de él en su casa. Ella se desconcertó porque su esposo solamente pidió a su sobrino que se fuera de la casa. Ella esperaba que lo golpeará o lo denunciara. Soledad sintió que su esposo no le creyó lo que había sucedido.



En ese tiempo Soledad estaba embarazada de su segundo hijo. Recuerda que todas las noches lloraba. Sentía que su esposo no se interesaba en ella, ya que no le preguntaba el porqué del llanto.

En esa época Soledad sospechó que su esposo mantenía relaciones con otra mujer pues lo descubrió conversando por teléfono en la madrugada en repetidas ocasiones.

Ante los reclamos de Soledad hacia su esposo, éste le dijo que eran asuntos del trabajo.

Ella cree que es a partir de entonces que siente rechazo hacia su esposo. Son pocas las veces que siente deseos de tener relaciones sexuales con él. Esto le preocupa ya que considera que son una pareja joven como para que no sientan interés por el sexo.

Soledad considera que su pareja es un hombre comprensivo con ella y que siempre le da su lugar. No permite que su madre hable mal de ella (de Soledad). Le pide que se compre todo lo que le haga falta, le ha dado tarjetas de crédito para que se compre lo que quiere. Su esposo le dice que porqué nunca pide nada. Soledad le dice que no necesita nada, se acostumbró a vivir sin dinero y con muchas carencias.

Soledad piensa que en lo único que no se puede poner de acuerdo con su esposo, es en lo relacionado con las visitas que él le hace a su madre. El señor no quiere ir solo pues considera que no tiene porqué hacerlo si tiene una esposa que lo acompañe. A Soledad no le gusta visitar a su suegra y se lo ha hecho saber a su esposo, pero este es un motivo de fuertes discusiones así que Soledad termina accediendo porque no quiere discutir más.

Soledad piensa que ella y su esposo son dos personas muy diferentes y tienen que aprender a aceptarse como son.

Soledad vivió su infancia y su adolescencia sintiéndose una persona poco importante pues no se le tomaba en cuenta su opinión, simplemente se le indicaba lo que le tocaba hacer dentro de la familia.

En su vida de adulta, su esposo es quien toma decisiones en la casa (decide quien lleva a vivir a su hogar) sin pedir la opinión de ella, Soledad no se siente a gusto pero no lo comunica a su pareja, mejor espera hasta no aguantar la situación, y entonces estalla. El esposo la apoya en lo que ella solicita así que Soledad siente que su esposo la respeta y es muy considerado.

El llanto se convierte en el medio de Soledad para obtener lo que necesita pero al mismo tiempo es tan común este comportamiento en ella que su pareja ya no se ocupa de preguntarle los motivos de su llanto, simplemente lo toma como parte de



la “naturaleza” de su esposa. Esto también la hace sufrir ya que cree que ella no es una persona importante, supone que por esto su esposo no se interesa en sus asuntos. No lo culpa por eso, no le reclama nada, solamente llora, y se culpa a ella por ser tan chillona.

Soledad está acostumbrada a sufrir, así que ante el ataque sexual del que es víctima lo vive como una desgracia más en su vida. Nunca tuvo la intención de denunciarlo ante las autoridades, no lo quiso platicar con su pareja ni con alguna amiga. Esta acostumbrada a que le sucedan desgracias, está acostumbrada a ser la víctima.

Lo que la orilla a pedir ayuda de tipo psicológico y médico, es el abuso sexual en contra de su hija. Solamente esto la hace actuar de diferente manera a la acostumbrada (llorar y pensar que nada tiene solución), sabe que tiene que pedir ayuda porque algo no está bien. Como madre sabe que tiene que proteger a los suyos y si su hija fue atacada es porque ella la descuidó, falló como madre. Si antes no buscó ayuda para que dejara de sufrir y aprendiera a vivir de otra manera, ahora sí lo hace porque sabe que antes que ella, están los demás.

TRABAJO

Después de terminar su carrera Soledad ayudaba a un profesor a realizar algunos trabajos de investigación, pero decidió suspender esa actividad porque el trayecto de su casa a la escuela es largo. Desde entonces no ejerce en lo relacionado a su carrera. Se ha dedicado a cuidar de su casa y su familia, y en sus tiempos libre ha tomado cursos de belleza y corte y confección. No siente la inquietud de trabajar o seguir estudiando lo relacionado a su licenciatura. Ha llegado a la conclusión de que solamente estudió para tener un pretexto para salirse de su casa. En realidad no le interesaba su carrera.

Económicamente no tiene la necesidad de trabajar ya que su marido les da a ella y a sus hijos, todo lo que necesitan. Le interesa asistir a pláticas sobre desarrollo personal, pues quiere cuidar de su familia de una manera adecuada. No desea hacer alguna actividad para ella, ella es “feliz” estando en su casa.

Antes de casarse trabajó por unos meses en una papelería. En ese trabajo conoció a quien es su pareja actualmente. Posterior a su matrimonio trabajó de cajera en una tienda de autoservicio por un periodo de un año aproximadamente. Después del ataque sexual del que fue víctima decidió dejar el empleo, pues le daba miedo salir a la calle.



Dio Bleichmar (1995), señala que el bienestar de una mujer descansa en la experiencia de estar incluida, de ser parte activa de una relación afectiva (con padres, hijos, pareja, etc.) y cuidar de ella.

El caso de Soledad muestra el sufrimiento que causa a una mujer el no sentirse importante en la vida afectiva del otro. Su forma de manifestar el sufrimiento se da en la tristeza y en el llanto. Su vacío y su incompletud desea llenarlo con una familia propia.

Soledad vive la carencia afectiva de sus padres y es lo que da inicio a su vida llena de dolor. Es educada bajo un modelo estereotipado en el que los hombres tienen mayores ventajas ya que se construyen como sujetos (son capaces de actuar, tomar decisiones, salir, regañar a alguien, tienen poder económico, etc.) en cambio las mujeres (incluyendo a la madre) están sujetas a las decisiones de los varones como si fueran niñas (eternamente).

Soledad es la más pequeña de todos los hermanos durante diez años por lo que su madre deposita en ella toda la protección que en los demás hijos no puede, hasta convertirla en su ayudante (para cuidar a los demás), lo que implica permanecer la mayor parte del tiempo en la casa y obtener pocos permisos para convivir con sus amigos o novio.

Soledad no está de acuerdo en que a los demás hermanos y hermanas se les otorguen beneficios pero se acostumbra a vivir de ese modo. Sus vivencias le hacen creer que es una persona que no tiene derechos, está bajo las órdenes de su madre o sus hermanos. Se siente sola e incomprendida. Cuando nace su hermana menor inicia una rivalidad y Soledad siente madre consiente a su hermana.

Esta mujer se siente víctima de su madre, sus hermanos, su hermana menor y de las circunstancias económicas de la familia pero no se siente con la capacidad de hacer algo que la favorezca, en lugar de ello llora, se siente "pobrecita".

Encuentra un poco de consuelo con su padre, pero a este no lo identifica como una figura fuerte en la que pueda encontrar protección ya que debido a su larga ausencia y su problema de alcoholismo no es respetado como una figura de autoridad.



Logra escapar de la casa con el pretexto de estudiar una carrera universitaria. Ella no quiere ser una profesionista, en realidad quiere encontrar un hombre que la haga sentir importante, que le haga sentir la felicidad que se le ha negado.

Soledad es víctima de una violación y no se lo comunica a alguien (ni siquiera a su pareja) lo vive en soledad como muchos otros abusos de su niñez. Con este suceso se da cuenta que para su pareja ella no es tan importante como lo creía pues no le pregunta el porqué de su llanto. Su alejamiento con su pareja (incluyendo el sexual) es muy doloroso para ella.

El abuso sexual hacia su hija lo vive como un atropello más hacia su persona pero sobre todo se siente culpable por no haber cuidado a su hija. Siente que como madre ha fallado, pero sobre todo se culpa por haber estado sufriendo tanto tiempo y no haberse dado cuenta de lo que pasaba con su hija.

Soledad ha vivido buscando el aprecio de los demás, como cuando era niña y buscaba el de sus padres (sobre todo el de la madre). La culpa y la insatisfacción (sentimiento de carencia, incompletud) propia, la llevan a creer que su familia necesita de ella, de sus cuidados, su atención, su cariño, su comprensión, su tiempo. Por ello se prepara en su escuela para padres o tomando cursos (belleza, manualidades, corte y confección) que le permitan cuidar lo mejor posible a su familia.

La culpa y la insatisfacción también han sido los caminos para que Soledad manifieste problemas de depresión.



Femineidad y Depresión: Historias de vida





**“LAS MUJERES. . .
SON LAS REINAS DEL HOGAR”,
“PARA UNA MADRE
LOS HIJOS NUNCA
SON DEMASIADO GRANDES”
“DETRÁS DE UN GRAN HOMBRE,
HAY UNA GRAN MUJER”**

Ana

Burín (1993) destaca que la identidad femenina se construye con base en los roles que la mujer ejerce dentro de la sociedad como son madre, esposa y ama de casa. Estos son los campos de acción para los cuales se les educa a las mujeres. Ser “buena” madre, “buena” esposa y “buena” ama de casa, son indicadores de que una mujer se ha adaptado (de manera consciente o inconsciente) a las demandas de su sociedad.

De acuerdo con los conceptos de Salud mental, un requisito para la conservación de la salud es “la capacidad para funcionar confortablemente dentro de la sociedad” (Cap 2 p.). Sin embargo, el hecho de que una mujer lleve a cabo las actividades que le fueron encomendadas, no es garantía de gozar de salud mental.

El caso de Ana que a continuación se presenta es un claro ejemplo de una mujer que asumió que ser madre, esposa y ama de casa son roles propios de una mujer. Los aprendió viendo e imitando a su madre, hasta llegar a considerarlos como parte de su vida y el interés que sintió por dedicarse a otros ámbitos (comercio, la música, etc.) los considera secundarios o poco importantes.

Ana ha sido calificada por sí misma y por la gente que le rodea (padres, hermanos, cónyuge, etc.) como buena madre (siempre está pendiente de sus hijos, le prepara la comida, les lava la ropa, les permite salir con la novia, etc.), buena esposa (impulsa a su pareja a seguir adelante procurando que él tenga pocos problemas en casa de los cuales tenga que ocuparse como por ejemplo dialogar con los hijos para que no haya discusiones entre ellos y el padre), y buena ama de casa (le gusta tener todo en orden y limpio ya que quiere que su familia disfrute la estancia en el hogar).

A pesar de ello, Ana no se explica el desgano, la tristeza, el insomnio y la irritabilidad que en ocasiones se apoderan de ella. No se explica cómo teniendo



una familia que no le da problemas (los hijos son estudiosos, la pareja no la maltrata y por el contrario cumple con el gasto de la casa), ella se siente tan mal. No se explica la razón de su depresión y constantemente se cuestiona “si tengo todo para ser feliz, familia, casa, hijos, un esposo que me quiere, una estabilidad económica, ¿por qué me enfermo?, ¿Por qué me deprimó?”.

ANA

DATOS GENERALES

37 años de edad. Secundaria terminada. 18 años de casada con dos hijos varones de 17 y 18 años. No cuenta con trabajo remunerado. Su familia se ubica en la clase media. Practica yoga y en sus tiempos libres sale a caminar con su esposo.

MOTIVO DE CONSULTA

Asiste a consulta porque padece de depresión y en el último año ha tomado Ribotril (antidepresivo). Quiere dejar el medicamento porque éste sólo le causa sueño y se siente igual (desgano, cansancio, ganas de llorar sin motivo aparente, miedo, despierta sobresaltada, pérdida de apetito, angustia y desesperación).

Se considera enfermiza y miedosa. Cuando pasó a la secundaria su mamá la inscribió en el turno vespertino y a ella le daba mucho miedo salir cuando ya estaba oscuro (ella cree que a eso se debe su miedo), con el tiempo se acostumbró al horario. Considera que lo enfermiza lo heredó de su padre, pues él también padecía de muchas enfermedades como ella. A los 14 años de edad tuvo su primera menstruación con muchas molestias. A los 19 empezó a padecer del riñón izquierdo (después del nacimiento de su segundo hijo) por lo que empezaron a medicar. También padeció gastritis y colitis que en la actualidad están controladas.

A los 34 años le operado el ojo izquierdo. Tenía quistes en los ovarios, los cuales fueron tratados con hormonas sintéticas. También eran frecuentes los dolores de cabeza. Ana menciona que un año atrás tomaba 10 pastillas al día, contando los antidepresivos, las hormonas y analgésicos para los dolores de cabeza. Al momento de llegar a consulta le estaban haciendo estudios para ver si le operaban la rodilla izquierda.

Ana considera que su familia es muy bonita que hay comunicación y comprensión. Siente que su pareja la apoya en todo y la acompaña a todos los lugares para cuidarla por si se siente mal (crisis de depresión).



HISTORIA DE VIDA

ESTRUCTURA DE LA FAMILIA DE ORIGEN

Ana viene de una familia compuesta por 5 hermanos, 3 hombres y dos mujeres. Ana es la hija de en medio y es la mayor de las mujeres. Su madre es ama de casa y su padre es empleado. Ana por ser la mujer mayor ayudaba a su mamá en las labores del hogar y a cuidar de los hombres de la casa. Realizando labores que se consideran propias de las mujeres, limpiar la casa, hacer la comida, lavar y planchar.

Ana tiene hermanos mayores que ella, sin embargo, no son ellos quienes se dedican a cuidar de los más pequeños pues a los varones no se les encomienda la tarea de cuidar a los demás. En el proceso de identificación de Ana con su madre, ella asimila que hay actividades propias de las mujeres y que estas tienen que ver con todo aquello destinado al cuidado de los otros.

Se ha llegado a pensar que por “naturaleza” las mujeres son más tranquilas y prefieren quedarse en casa a hacer las labores propias del hogar, sin embargo en caso de Ana ilustra que a ella como a muchas mujeres se le fue entrenando para llevar a cabo tales actividades.

RELACION CON LA MADRE

Ana nunca vio a su mamá quejarse de algo, de hecho la hija califica de inexpresiva a su madre. Incluso cuando su padre llegaba borracho (que era muy frecuente) la mamá solamente se ponía seria, pero no manifestaba con palabras su malestar. Ana considera que su papá era muy alegre (cualidad que le admiraba) y cuando se emborrachaba no era agresivo, así que ella consideraba que no había problemas entre sus padres.

Ana sentía que la relación con sus hermanos era buena pues se querían mucho. Cuando se peleaban era porque ellos reclamaban que no estaba lista su ropa. Ella no se quejaba con su mamá, las dos entendían que era lo que les tocaba en la casa.

La relación entre mamá e hija era distante, casi no platicaban. A la mamá únicamente la vio llorar cuando murió el padre de ésta, pero nunca más.

CONTENSIÓN DE SENTIMIENTOS

Uno de los afectos que se hacen necesarios para llevar a cabo el papel de madre es la comprensión, ésta es definida como la capacidad de encontrar justificación ante un evento.



La manera como las mujeres entienden y viven la comprensión las lleva a la contención de sus sentimientos de desagrado, enojo, furia, etc.

La madre de Ana no manifiesta alguna inconformidad por ser ella quien tenga que cuidar de todos (hijos y pareja), no se queja por lo que le toca hacer. La señora asume como natural que su familia necesite de ella. No expresa abiertamente cuando algo le molesta (sólo se mantiene seria), si lo hiciera se le tacharía como incomprensiva, agresiva y poco generosa.

Ana aprendió de su madre que las mujeres son quienes deben cuidar (limpiar su espacio, lavar su ropa, hacer su comida, etc.) a los hombres y a los pequeños. Asumió que las mujeres se callan (como lo hacía su madre cuando su padre llegaba borracho a la casa) para mantener una armonía en la familia, es decir, que también deben cuidar de la estabilidad emocional de todos y cada uno de los integrantes de la familia.

RELACION ENTRE HERMANOS

Ana recuerda que con sus hermanos siempre hubo buena relación, jugaban los juegos de niños ya que todos ellos eran varones.

Estos datos dejan entrever que lo que para Ana es una “buena relación” entre hermanos, significa la ausencia de peleas (gritos, golpes), enojos etc. sin embargo lo que se puede observar es que no hay equidad de género pues es ella quien tiene que aceptar y adaptarse a los juegos de los varones. Se puede creer que al ser ellos la mayoría, son ellos quienes deciden lo que van a jugar pero es bien sabido que los hombres y el poder van de la mano. Los hermanos de Ana se percibieron con el poder de elegir y así lo manifestaron si hubieran tenido una percepción más equitativa hubieran permitido a la hermana encabezar un juego de niñas y ellos adaptarse al juego, pero Ana no reporta que alguna vez se haya dado esta situación.

Con estas vivencias Ana empieza a experimentar que las decisiones las toman los varones y lo que ellos dicen es lo que se lleva a cabo, ella como mujer no le queda más que dejarse guiar.

Solo con un hermano tuvo problemas. Cuando ella tenía 13 años recuerda que se estaba bañando y se percató que su hermano dos años mayor la espiaba. En una ocasión él la abrazó y le dijo a ella “déjate”. Ana gritó y se soltó. Contó lo sucedido a sus padres. Estos hablaron con el hermano y le dijeron a Ana que estuviera tranquila que esto no volvería a pasar. Por esta razón Ana le tenía mucho coraje a su hermano por lo que no le dirigió la palabra por mucho tiempo. Además del coraje también sintió miedo y desesperación.



Ana hace referencia a un intento de abuso sexual el cual por sí mismo trae como consecuencia sentimientos como coraje, impotencia, miedo, desesperación, angustia, tristeza, inseguridad etc. en la víctima. Pero además de eso le agregamos que el hecho de que sea un hombre (ligeramente mayor que ella) quien ejerza su poder sobre Ana, trasgrediendo los límites físicos y emocionales, colocan a Ana como un ser vulnerable y débil. Afortunadamente Ana pidió ayuda a sus padres y eso le dio la posibilidad de sentirse más segura y manifestar su coraje a través el retiro de la palabra a su hermano.

Cuando Ana llegó a terapia decía que ya había perdonado a su hermano, que ya se hablaban y que todo había quedado olvidado. Sin embargo no notaba que cuando hablaba del suceso, el tono de voz le cambiaba (se notaba coraje con el hermano), pero ella no lo admitía. No quería hablar del asunto dijo que quería olvidarlo y que ella y sus hermanos se querían mucho.

La actitud de Ana de callarse y actuar simulando que no pasa nada y que hay armonía entre las personas es la misma que adoptaba su madre cuando había cosas que le molestaban. Probablemente creía que de esta manera los problemas no crecerían más y se podría mantener una estabilidad emocional en la familia.

FAMILIA ACTUAL

Ana considera que su familia actual es muy bonita en comparación con la de sus padres. Son cuatro y cada quien cumple con lo que le corresponde. El padre trabaja y aporta lo económico, los hijos no son malos estudiantes. Ana se considera una mujer muy activa que siempre tiene la casa en orden, la ropa limpia, la comida a tiempo para que todos coman, etc. Nunca hay queja de ella, aunque ahora siente que su depresión no la deja realizar las actividades que le corresponden. Cada vez que le da una crisis siente mucho coraje sobre todo porque cree que está descuidando a su familia, y ésta no se lo merece.

Esta mujer vive su padecimiento como una lucha constante para poder recuperarse y cumplir con las actividades (cuidar de los hijos, el esposo y la casa) que cree que le corresponden. Percibe que le está fallando a la familia que no la está cuidando como debiera y estas son sus reocupaciones.

Como se vio anteriormente, desde muy pequeña Ana asimiló que la vida de las mujeres gira en torno a los demás. Percibió que lo que da sentido a la vida de las mujeres es el cuidado hacia los otros. Por eso no se puede dar el lujo de descuidarlos porque los otros podrían tomar la misma actitud (no cumplir con sus deberes) lo que podría traer un desequilibrio y romper con la armonía que ella percibe. Esto a su vez la cuestionaría en su calidad de madre y esposa.



Cuando se siente “miedosa”, los hijos y el esposo cooperan en las labores del hogar y esto hace sentir peor a Ana. Ella nunca había necesitado que alguien más la ayudara en sus quehaceres. En su familia de origen cuando se aburría de hacer siempre lo mismo y consideraba que no era justo ocuparse de los hermanos, pensaba que eso era lo que les tocaba a las mujeres tal como se lo había enseñado su madre. Lo más que llegó a exigir fue que los hermanos le pidieran las cosas de buena manera. Así que ella aprendió a estar siempre a la disposición de los otros. A trabajar para los otros. Aprendió que no debía quejarse y hacer el trabajo que le correspondía. Para ella las personas que no hacen su trabajo son unas “flojas” y la flojera no es una cualidad positiva.

Ana considera que le gusta mucho hacer el aseo de su casa, le encanta ver todo limpio, y que al momento de que lleguen sus hijos y el esposo se sientan a gusto. El encanto es roto cuando cada uno de ellos deja cosas fuera de lugar. Esto provocaba coraje en Ana pero lo justifica diciéndose a sí misma que ellos llegan cansados de cumplir con sus obligaciones o que tienen prisa por irse y no pueden recoger lo que tiran. Los fines de semana solían ir a algún lado o a visitar a la familia (de él o ella) pero a últimas fechas ya no lo hacen porque los hijos se van con sus respectivas novias, entonces Ana y su esposo solo salen a caminar (es algo que a ella le encanta). Los hijos sólo se quedan en casa cuando ella se enferma o le da una crisis de depresión. Ana piensa que ellos son muy considerados por dejar sus actividades y atenderla.

En terapia Ana logró percatarse que en realidad sí le molestaba que sus hijos se fueran todos los fines de semana, que pidieran dinero y a veces gastaban más de lo que se les había dado. Por otro lado, pensaba que los fines de semana sí podían apoyar en las labores de la casa, pero no lo hacían. Ella no se consideraba capaz de manifestar este enojo porque creía que era una egoísta, después de todo, sus hijos iban bien en la escuela y merecían distracción.

¿Y ella no se merecía distracción?, Alguna vez consideró trabajar fuera de la casa. Colocó un puesto y era grato para ella atenderlo pero se percató que estaba descuidando a su familia y en realidad no era mucho lo que ganaba.

Para ella, la familia era primero. Menciona que no le molestó en lo absoluto cerrar su negocio, sin embargo, extrañaba mucho platicar con la gente. Así que se conformaba con ir a caminar.

LA GENEROSIDAD, EL ALTRUISMO Y EL SERVILISMO

A la madre se le ha identificado como aquella persona capaz de dar todo a cambio de nada. Es aquella quien sacrifica su persona con el único afán de que sus seres queridos obtengan bienestar.

Ana aprendió de su madre a desarrollar estas cualidades, pero al descubrir que había otras actividades que le agradaban más (tener su negocio y relacionarse



con la gente), que el estar siempre al cuidado de la familia, quiso convencerse a sí misma de que le agradaba mucho estar en la casa y tener todo limpio.

Dedicarse a algo más placentero para ella misma le resulta extraño y hasta egoísta, pues no querer estar en la casa al cuidado de la familia, para Ana equivale a “no quererlos lo suficiente”, lo que convierte en una “mala” madre.

RELACION CON EL ESPOSO

Durante las caminatas la plática gira en torno a las necesidades económicas, lo que se necesita en la casa y la educación de los hijos. Cuando hay una inconformidad del padre hacia los hijos, Ana es la intermediaria. Les hace saber a los hijos lo que el papá ha decidido o establecido. Por lo tanto Ana presencia los corajes de los hijos y los del padre. Esta situación la coloca “entre la espada y la pared”, es una situación tensa porque tiene que pensar la manera para que ambas partes estén más o menos conformes.

Una vez Ana intentó dejar que su esposo y sus hijos arreglaran sus diferencias entre ellos, pero debido a que no saben platicar y negociar, las discusiones llegaron a los golpes y el papá corrió a uno de sus hijos de la casa.

Esta fue una situación difícil por eso Ana prefiere ser quien cargue con las quejas de todos. Y aunque esto es algo que la tiene en constante preocupación, está dispuesta a seguir haciéndolo por el bien de su familia, no quiere perderla (que los muchachos se vayan de la casa). En este sentido sabe que ella es el centro de la familia y por eso tiene que estar bien, no quiere enfermarse ni física ni mentalmente.

Admite que hay cosas que no le gustan de su pareja, como por ejemplo lo agresivo que es cuando se enoja, no escucha razones y que él siempre quiere tener la razón. Ana no se atreve a decírselo porque sabe que esto va a ocasionar discusiones porque él no admite sus errores. Así que mejor se calla y trata de mediar en los conflictos.

Ana interpreta que él es muy considerado porque se apoya en ella para no crear conflictos con los hijos, y con ello le evita que ella se mortifique.

El siempre esta al pendiente de lo que le hace falta a ella, constantemente le está preguntando ¿cómo te sientes?, si Ana necesita algo de la tienda su esposo va, si necesita ir de compras al supermercado, él la lleva.

Ha ordenado a los hijos que no la dejen sola y que estén al pendiente por si se siente “mal”. Ana no tiene duda de que él la ama.



LA MATERNIDAD EN LA CONYUGALIDAD

Lagarde (1992), hace mención de que la maternidad se extiende hasta el vínculo de la conyugalidad, ya que generalmente las mujeres tratan a su pareja como un hijo más, le resuelven desde sus necesidades más indispensables (asear su ropa y su espacio, prepararles y servir sus alimentos), hasta aquellas relacionadas con sus emociones.

En el caso de Ana se puede observar que ésta asume responsabilidades que le corresponden a su pareja, como por ejemplo el manejo de su irritabilidad y resolver conflictos con los hijos. Ana no quiere que su esposo sea provocado y se desencadene su enojo, lo siente incapaz de controlar su ira, así que ella quiere controlar las emociones de él (ejerce la maternidad).

¿Cuál es la ganancia para Ana al cuidar maternalmente a su pareja? Ana recibe los cuidados de él cuando los necesita (la lleva de compras, la acompaña a caminar, está pendiente de su estado de ánimo diariamente, etc.), lo que le garantiza que él la ama y el amor es la esencia del matrimonio para formar una familia “bonita” como la que desea Ana. Ella se convierte en el pilar de la familia y esto reafirma la frase “la mujer es la base de la familia”.



REFLEXION

Ana vivió bajo el estereotipo de femineidad. Desde muy pequeña aprendió a estar pendiente de los demás, a cuidar de su ropa, su alimentación y a cuidar del aseo del lugar de cada cual. Asumió que las mujeres no expresan sus enojos y mucho menos reclaman. Interpretó que las mujeres son la base de la familia y depende de ellas que el bienestar familiar se mantenga.

Ana creía que una casa, un marido y unos hijos podían garantizarle la felicidad y como consecuencia la salud física y mental. Aún cuando a su madre nunca la vio contenta con su vida de casada, tampoco escucho queja alguna, así que asumió que esa era la vida de una mujer.

Aprendió que las mujeres deben estar pendiente de los demás y anteponer las necesidades de los otros a las propias. De esta manera los OTROS se convirtieron en la parte central de la vida de Ana, al grado de sacrificar sus deseos de trabajar fuera de casa y contar con su propio dinero. Esto la hacía sentir frustrada y enojada pero no se atrevía a manifestarlo, en su lugar empezó a culparse a sí misma por miedosa y débil.



Empezó a manifestarse en Ana una lucha entre lo que deseaba hacer y lo que tenía que hacer según se lo indicaba su educación, hacer lo que quería implicaba ir en contra de las cualidades que posee una buena madre, una buena esposa y una buena ama de casa.

Así que empezó a limitarse a sí misma con pensamientos como “no soy capaz”, “soy miedosa”, “no se andar sola”, “no soy exitosa”. De alguna manera estas “supuestas” cualidades le permitían pensar que su lugar estaba dentro de su casa.

Tal situación se confirmaba cuando veía que sus hijos y su esposo eran incapaces de su autocuidado (recoger su tiradero, lavar su ropa y sus trastes, solucionar los conflictos entre ellos, etc.) por lo que consideraba que era necesaria su estancia en casa para que todo estuviera en orden.

Esta situación a Ana le provocaba enojo contra los integrantes de la familia pero no lo manifestaba abiertamente (ya que ella aprendió a contener sus sentimientos), en su lugar se enfermaba. La enfermedad le servía como un medio de control hacia los demás, a través de ella conseguía que los demás se ocuparan de las labores domésticas y de Ana.

Ana no se atrevía a exigir que los hijos y el esposo colaboraran en el aseo de la casa, porque creía que era responsabilidad de ella. Cuando se cansaba, se culpaba porque no cumplía con lo que le tocaba y los demás sí. No se atrevía a tomarse un día de descanso porque ello la hacía parecer como una persona floja. Para ella la única disculpa que había para no trabajar era la enfermedad, no la flojera. Así que solamente si estaba enferma tenía disculpa para no hacer sus labores domésticas, de esta manera también podía justificarse ante su familia.

Sus ganancias de estar enferma además de descansar de las labores del hogar, eran que lograba que los hombres se ocuparan del aseo de la casa; además de que le prestaban atención. Pero ser la enferma de la casa tampoco la complacía mucho porque creía que sus hijos y su esposo eran muy considerados al trabajar en casa, hacer lo que les correspondía (ir a la escuela o trabajar) y cuidar de ella. Empezó a creer que sólo les daba problemas en lugar de ayudarlos.

Cuando Ana logró entender que ella también tenía derecho a hacer algo que le gustara; a dejar la responsabilidad a los hijos y al esposo de solucionar sus problemas; a repartir actividades del hogar; dejar que los hijos se sirvieran de comer o cenar; decir lo que no le agradaba; y sobre todo percibirse como una persona capaz de poder realizar lo que le gustaba sin que esto significara ir en contra de su educación, logró salirse de su casa y poner su negocio, aprendió a manejar (lo que le permitió ser más independiente) y ahora era más dueña de su tiempo. Pero sobre todo, las depresiones disminuyeron en gran medida, dejó de tomar medicamento y comprendió que a ella le correspondía cuidar de su cuerpo. Siguió tomando clases de yoga y decidió no operarse la rodilla.



**"LAS MUJERES SON COMPLICADAS"
"A LAS MUJERES NO HAY QUE ENTENDERLAS,
HAY QUE QUERERLAS"**

Lulú

Lagarde (1992) considera que ser madre y ser hija son dos estados de vida en las mujeres. El deseo de la hija es encontrar quien la cuide y el de la madre es tener a quien cuidar. Las mujeres vivimos con este doble ser, ser cuidadas y tener a quien cuidar y éste es el núcleo de la dependencia afectiva de las mujeres.

El caso de Lulú refleja esta manera de comportarse de las mujeres, en el que Lulú desde muy temprana edad aprende a comportarse a veces como madre y en otras como hija, en su papel de madre conoce el sentimiento de la impotencia y como hija le es inculcado el sentimiento del miedo, el fracaso y el déficit de habilidades, lo que la llevan a experimentar sentimientos de vergüenza y culpa por percibirse como una persona incapaz de hacer "bien" las cosas.

Estos sentimientos se refuerzan con los provocados por las experiencias traumáticas de las que es víctima y como consecuencia padece de depresión.

LULÚ

Tiene 37 años de edad. Casada con tres hijos, un joven de 22 años, y dos adolescentes mujeres de 14 y 13 años.

MOTIVO DE CONSULTA

Cinco o seis meses atrás le diagnosticaron depresión. Le recetaron Tafil (ansiolítico), Ceroproan (antidepresivos) y Robaxisal (para el dolor en el cuerpo), los cuales debía tomar tres veces al día.

Padece de estreñimiento que se agudizó desde hace tres años. Ha probado 11 diferentes laxantes y ninguno le dio resultados. El médico le aconsejó operarse para extraer las secciones del intestino que no estaban funcionando correctamente. Lulú no aceptó. Su problema de estreñimiento se agudizó y desde hace un año se hace uno o dos lavados intestinales diarios porque no puede defecar.



Padece de insomnio, se despierta en las madrugadas y no vuelve a dormir. Le duele la cabeza, el dolor es tan intenso que a veces siente como si se le fueran a salir los ojos.

No se puede concentrar en lo que hace, piensa en varias cosas a la vez. En ocasiones se le olvida la información que acaba de obtener. No siente deseos de salir. No tiene amigas. Ha pensado que lo mejor sería que se muriera. Ha tenido los cuchillos en la mano y ha pensado en cortarse las venas. Se siente nerviosa y su cuerpo tiembla como si tuviera frío. Su coloración es pálida en todo el cuerpo. Fuma una cajetilla diaria de cigarrillos porque siente que eso la tranquiliza un poco. No tiene apetito sexual. Cuando tiene relaciones sexuales no siente satisfacción.

Siente que ha fallado como madre, no se perdona el haber descuidado a sus hijos, pues debido a esto su hijo mayor abusó sexualmente de su hija mediana. No sabe qué hacer, ambos son sus hijos y quiere ayudarlos pero no sabe cómo.

HISTORIA DE VIDA

Lulú es la hermana mayor de cinco hermanos. Cuatro mujeres y un hombre. Su hermano es un año menor que ella. La hermana que le sigue murió a los ocho meses de Neumonía. La hermana que sigue se suicidó a los 23 años de edad y la más chica tiene actualmente 30 años.

El papá de Lulú murió cuando ésta tenía siete años. Al año siguiente la madre vive en unión libre con Toño, con quien tuvo dos hijos un hombre y una mujer quienes actualmente tienen 28 y 27 años respectivamente.

Después de siete años Toño y Alicia (mamá de Lulú) se separaron debido a que él la encontró con otro hombre. Se llevó a sus hijos y actualmente radican en Estados Unidos.

Alicia se unió con Pedro (con quien fue sorprendida por su anterior pareja) y tuvo dos hijas quienes tienen 19 y 18 años. La hija de 19 años es madre soltera, su niña tiene 3 años. Con esta pareja vivió tres años y se separaron.

Posteriormente se relacionó con otro hombre con quien tuvo un hijo que actualmente tiene 9 años.

Lulú menciona que todas las parejas de su madre la han golpeado hasta sangrarla y dejarle moretones en el cuerpo, pero nunca ha tratado de defenderse ya sea contestando los golpes o por vía legal.

Lulú recuerda que cuando su madre se unió con Toño, éste la trataba bien (a Lulú), pero cuando nacieron sus hijas, empezó a hacer diferencias en el trato hacia ella y en ocasiones la golpeaba. También golpeaba a su mamá. Al principio los hermanos solo presenciaban la violencia, posteriormente Lulú y su hermano que le sigue defendían a su madre.



Lulú menciona que en una ocasión descalabró a Toño con una piedra para defender a su madre. Toño no contestó la agresión y se fue de la casa por algunos días.

Cuando vivían con Pedro, Lulú recuerda que para defender a su madre le enterró un picahielo en la pierna a Pedro. Pedro golpeó fuertemente a Lulú, le sacó sangre de la nariz y la arrastró por el suelo jalándola de los cabellos. Su hermana menor y sus amigas la defendieron. Llegó la Policía y a todos los llevaron a la Delegación. Alicia tenía que levantar un acta por los golpes propiciados a ella y a su hija, en contra de Pedro, pero Alicia no lo hizo, lo que provocó coraje en Lulú. Posteriormente su madre siguió viendo a Pedro a escondidas, para que Lulú y su hermano no se enojaran.

Lulú dice sentirse triste y a la vez molesta con Alicia cuando se acuerda que las parejas de su madre golpeaban a ésta, en algunas ocasiones la dejaban tirada sangrando y los vecinos hacían un círculo para observarla, pero nadie la ayudaba. Alicia al día siguiente estaba con su pareja como si nada hubiera pasado.

Lulú percibe a su madre como una mujer débil ya que no es capaz de defenderse ante las agresiones de sus parejas. Ella y su hermano se atribuyen el papel de defensores de su madre. Los sentimientos que se generan en Lulú son encontrados ya que por una parte siente tristeza al ver a su madre maltratada, y por otra parte, Lulú manifiesta coraje hacia su madre, por ser una mujer a la que le “gusta” sufrir ya que siempre regresa con el agresor.

Estando la madre como Ejemplo Lulú recibe sus primeras lecciones sobre la vida de una mujer. Lulú percibe que una mujer es débil e indefensa ante la fuerza de un hombre. Que los hombres tienen el derecho de maltratar (física o psicológicamente) a una mujer, que un hombre tiene el derecho de tratarlas como objetos.

Después de la muerte del padre de Lulú, su madre empieza a trabajar y constantemente les dice a sus hijos que su padre no les dejó nada de dinero para sobrevivir. También llega a comentarle a Lulú que ella no quería a ese hombre (refiriéndose al papá de Lulú). Lulú se siente rechazada por la madre, ya que ella (Lulú) se parece a su padre.

Lulú cuidaba a sus hermanos mientras su madre salía a trabajar. Laboraba de las 7 de la mañana a las 7 u 8 de la noche. Los miércoles descansaba, pero los tres hermanos mayores preferían que la mamá no estuviera en casa. Cuando Alicia se encontraba en casa exigía que el aseo se hiciera como ella lo quería, si encontraba algún papel tirado o algo sucio, golpeaba a los hijos con palos o cables.



Recuerda la ocasión en que su hermana de 4 años jugaba con su hermano de 2 años, con el cilindro de petróleo y derramaron el líquido. La mamá golpeó fuertemente a la niña y Lulú se la quitó de las manos para que no la golpeará más porque ya la había sangrado. Con el tiempo esta niña se enfermó de anemia y en el Centro de Salud le advirtieron a la madre que si no la cuidaba, se la quitarían.

Lulú percibe a su madre como una persona a la cual no puede entender. Por una parte la siente demasiado agresiva y violenta ya que golpea a sus hijos ante la más mínima desobediencia o cuando no cumplen con sus exigencias. Sin embargo, no es capaz de utilizar esta agresión para defenderse de los hombres que abusan de ella.

El coraje que Lulú siente hacia su madre es doble. Por un lado, el coraje que ya siente cuando ve que su madre no pone un alto a las agresiones que recibe (no se va del lado de su pareja), pero a demás siente el coraje que toda víctima siente hacia su agresor.

En una cultura como la nuestra en la que la imagen de la madre es venerada difícilmente se puede admitir que se siente odio hacia la madre. Lulú quiere ocultar los sentimientos de rabia hacia su madre y se enfoca a obedecerla en todo para no provocar su ira.



Cuando se da cuenta que es difícil complacerla entonces cree que ella (Lulú) tiene defectos (se parece físicamente a su padre) que a su madre no le agradan y que por eso es maltratada. Lulú empieza a vivir el problema como algo individual (como si ella estuviera defectuosa), no alcanza a percibir que su madre es una mujer que tiene problemas emocionales serios y que la única manera que ha encontrado para canalizarlos esta en las golpizas que les da a sus hijos.

El concepto que Lulú tiene de sí misma como “defectuosa” se ve reforzado con los padecimientos físicos y emocionales que vive y que le hacen creer que es una enfermiza (su cuerpo es débil y no funciona adecuadamente).

Su mamá le platicó a Lulú que antes de un año de edad se enfermó y se le subió la temperatura al grado de hospitalizarla por un día. En el Hospital Infantil la metieron a una tina de hielo para bajarle la fiebre.

A los cuatro años de edad de Lulú, murió su hermana (de ocho meses de edad). Lulú recuerda que se la imaginaba y le entraba desesperación, se mordía las uñas hasta sangrar pero no recuerda que sintiera dolor.



Poco tiempo después de que murió su papá (7 años de edad) se enfermó de paperas, su mamá no la llevó con el médico y solamente le untaba tomate asado en la garganta.

Desde los 9 años le dolía frecuentemente el estómago y padecía de estreñimiento. Esto lo asocia con los recuerdos acerca de que su mamá los obligaba a comer alimentos que no les gustaban, si los vomitaban, les volvía a dar la misma comida (aunque estuviera vomitada).

Desde que su padre falleció se le olvidaban las cosas. Su mamá le encomendaba comprar varios objetos de la tienda y no la dejaba anotar, si se le olvidaba algo, su madre la golpeaba y le decía cosas como “estas idiota” “no sirves para nada”.

A los diez años, además de cuidar a sus hermanos y hacer el aseo de su casa, también cuidaba niños ajenos para ganar dinero y ayudar a su mamá con los gastos. Cuando no cuidaba niños se ofrecía a acarrear agua para las vecinas. Se levantaba a las 4 de la mañana para formarse en la lechería y alcanzar leche de la que sobra. Después acarrea agua con el aguantador (madero que se usa atravesado por la espalda y en los extremos tiene dos cuerdas en las que se sujetan las cubetas de agua).

Lulú recuerda que a los 11 años le vino una hemorragia y dolor de cadera que no la dejaban caminar. Estuvo con sangrado abundante durante ocho días y otros ocho con menos sangrado. Su madre la llevó a “sobar” y la curandera le dijo que se le habían caído los ovarios, probablemente por las cubetas pesadas que cargaba.

Seis meses se fue con su hermano a vender ramos de flores en la avenida Insurgentes. A las 8 o las 9 de la noche iban con la señora que les surtía la flor, posteriormente se iban a vender y terminaban a las 2 o 3 de la mañana. Lulú vendía poco porque le daba pena hablar para ofrecer los ramos. Dejó de ir porque una noche unos hombres la subieron a su carro, pero sus compañeros se dieron cuenta y entre todos la bajaron, ella se asustó y su hermano la regañó. Desde ese día dejó de vender.

Más o menos a los diez años, Lulú se enfermaba de tos y gripa, pero seguía haciendo sus labores aunque tuviera temperatura. No recuerda que su mamá la llevara con el médico.

Las represiones que Lulú recibe de su madre, descalificándola y nulificándola como persona la hacen vivir una vida llena de vergüenza ya que no es todo lo que su madre desea (una niña inteligente, sana, activa y obediente) aún cuando Lulú hace todos sus esfuerzos por mantener contenta a su madre (trabaja para ayudarla en los gastos, cuida a sus hermanos y hace el aseo de la casa) siente que nada hace bien pues así se lo hace sentir su madre.

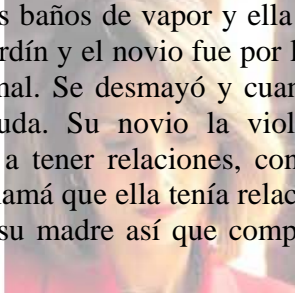


A los doce años sufre un abuso sexual (violación) por parte de un tío paterno (el cual tiene 19 años). Su madre los deja todos los días solos y le pide al cuñado que les revise la tarea a sus hijos. El tío manda a jugar a los hermanos de Lulú y se queda con ella amenazándola de que si no obedece la acusará con su madre para que la golpee. Los abusos se repiten hasta que son descubiertos por una tía. Al tío lo regañan y Lulú es golpeada por su madre y le dice que “es una perra”, que ella provocó toda la situación.

En nuestra cultura en la que es muy fácil culpar a la mujer de todo y que además las mujeres somos especialistas en asumir la responsabilidad de todo lo que se nos culpe, es muy fácil culpar a una mujer por “despertar los deseos eróticos en un hombre”.

Así es como lo vive Lulú, su madre se encarga de culparla, como si ella hubiera seducido a su tío. Además de vivir el dolor físico (por la violación y por los golpes de su madre) se agregan en ella la vergüenza por sentirse sucia, (porque su cuerpo ha sido invadido), pero sobre todo porque cree que ha ocasionado algo que en sí se considera sucio e indecente, las relaciones sexogenitales.

A los 14 años, ella empieza a trabajar en fábricas. Recuerda que en una ocasión fue a una entrevista de empleo. La acompañó su novio. El lugar era solitario y no había tiendas. Ella tenía sed, después de caminar varias cuadras. Pasaron por unos baños de vapor y ella vio unos refrescos. Ella se quedó esperando en un jardín y el novio fue por los refrescos. Solo recuerda que se empezó a sentir mal. Se desmayó y cuando despertó, estaba en los baños de vapor y desnuda. Su novio la violó. Posteriormente en tres ocasiones más la obligó a tener relaciones, con la amenaza de que si no accedía le contaría a su mamá que ella tenía relaciones sexuales con el. Lulú le tenía mucho miedo a su madre así que complacía a su novio hasta que quedó embarazada.



Cuando su madre se enteró la golpeó y le decía que era una “perra”. La trataba mal. Su hijo nació una semana antes de que ella cumpliera 15 años. Cuando Lulú tuvo a su hijo empezó a trabajar y dejó al niño al cuidado de sus hermanas de 13 y 15 años, a quienes les paga sus estudios. Todos vivían en la casa de su madre.

Lulú vivió una infancia llena de atropellos a su persona. Las agresiones de su madre (insultos, humillaciones, ridiculizaciones, gritos y golpes), desarrollaron en ella sentimientos de vergüenza, sumisión, desvalimiento, pasividad, necesidad de contacto afectivo, culpa y miedo.



Sus experiencias en torno a su sexualidad las vive de manera grotesca y humillante, carente de todo respeto hacia su persona. El abuso sexual del que es víctima le hace creer que ella es débil y por tanto no tiene opción para defenderse.

El abuso sexual por parte de su novio le enseñan una vez mas que no es digna de ser tratada como persona (a la que se le pide opinión y se respetan sus decisiones), sino como un objeto que sirve para satisfacer los deseos de los otros.

Lulú vivió 6 años como mamá soltera. Trabaja todo el día para solventar sus gastos y darle dinero a su madre, hasta que conoció a su actual pareja. Después de un tiempo de noviazgo hicieron planes para vivir juntos. Compraron un departamento. Debido a los problemas que Lulú tiene con su madre y a que está nuevamente embarazada, le dice a su pareja que la saque de esa familia.

Ella se va a vivir al departamento que compraron y su esposo sigue viviendo con sus padres, pues él no les comunica de su relación con Lulú. El iba a verla durante el día y sólo en algunas ocasiones se quedó a dormir con ella. Ella dejó de trabajar y él le daba dinero, aunque ella veía que era poco y casi siempre se sentía angustiada porque el dinero no le alcanzaba y a veces no tenía para comer.

Esta situación duró 6 años hasta que Lulú le dijo a su esposo que se quedara o se fuera para siempre. Actualmente Lulú tiene problemas con su esposo porque él se enoja cuando ella se sale por cualquier motivo de la casa y se tarda. No permite que sus hijas laven su ropa o se metan a la cocina a hacer algo de comer, considera que es peligroso y que sus hijas son pequeñas (13 y 14 años).

Lulú considera que su esposo no se involucra en los problemas de la casa. El argumenta que está ocupado con lo de su trabajo. Cuando Lulú quiere comentarle lo que pasa con las hijas él le dice que está ocupado y se pone a trabajar en la computadora.

En el momento en que el señor se enteró del abuso sexual hacia su hija, él comentó que iba a hablar con el hijo, pero no lo ha hecho. El considera que los dos son sus hijos y hay que ayudarlos.

En el aspecto sexual, Lulú menciona que con todos los problemas que tiene no le dan ganas de “estar con su esposo”, no tiene apetito sexual. Siente coraje hacia él porque ella tiene que darle solución a todos los problemas, el no se ocupa.

Para Lulú, quien aprendió a culparse de todo desde muy pequeña, no alcanza a percibir que a la pareja que ella eligió, le resulta complicado resolver los



problemas que se le presentan. Para él es más fácil evadirlos, y el trabajo es una buena excusa.

Sin embargo, Lulú se percibe como una mujer que no ha sabido entablar una comunicación con su pareja. No ha encontrado el modo para interesar a su esposo en los problemas familiares.

En ocasiones hasta se siente culpable por presionarlo para que hable con sus hijas (para que cumplan con sus deberes en la casa) pues sabe que él es diabético y fue un niño asmático, por lo tanto, las preocupaciones pueden empeorar su estado de salud. Ella prefiere callar todo el coraje que siente hacia él, tiene miedo de que por un disgusto a él le pase “algo” (se muera) y no pueda perdonárselo.

En el aspecto sexual, Lulú evita los contactos con su pareja diciéndole que le duele la cabeza, que le duele el estómago, el intestino, etc. No siente satisfacción y prefiere evitar todo contacto con cualquier pretexto, pero no es capaz de decir simplemente “no quiero”. Cuando el esposo insiste ella le dice “¿no me vez como estoy? (refiriéndose a su salud), pero si él insiste demasiado ella accede para que el se satisfaga sexualmente aunque ella se sienta insatisfecha.

Desde hace tres años Lulú decidió no hablar en absoluto con su madre. Ninguna de las dos se busca y no se hablan por teléfono. Siente coraje con su madre por lo malos tratos que recibió de ella, no puede concebir que una madre haya tratado tan mal a sus hijos. Pero al mismo tiempo se siente culpable por no poderla perdonar. Siente que toda su vida le hizo falta la protección, el apoyo y la comprensión de su madre, sin embargo lo único que recibió fue el maltrato.

Las cualidades que supuestamente caracterizan a una madre (amorosa, comprensiva, protectora, etc.) no las encuentra Lulú en Alicia, lo que le hace sentir dolor y soledad. La exaltación de la bondad en la figura materna crea una imagen en los hijos de que una madre es incapaz e hacer algo que los lastime. Por ello el amor de una madre es ideado como un amor sublime, grande y puro.

Sin embargo, una madre de carne y hueso como es el caso de Alicia muestra que también puede ser destructiva y atemorizante con sus hijos. El desamor y el maltrato materno tienen la misma intensidad que el amor.



Lulú simplemente no entiende cómo es que su madre fue capaz de maltratarla tanto, todos los atropellos en contra de su persona le duelen, pero en especial los de su madre. Lulú siente que la mujer con la que vivió no fue su madre (porque no se comportó como se espera que sea una madre) pues nunca recibió muestras de afecto de ella. Lulú se siente sola, se siente huérfana.

Hace dos años su hijo el mayor (Arturo) se fue de la casa de Lulú y se fue con la abuela. Arturo se fue argumentando que su madre lo trataba mal. Su hija mediana asegura que su hermano Arturo se fue de la casa porque abusó sexualmente de ella (hubo tocamientos), cuando eran de 7 años (ella) y 15 (él).

Esta situación pone tensa a Lulú y la deprime ya que siente que su hija vivió lo mismo que ella y por eso quiere apoyarla evitando que Arturo regrese a la casa. Por otro lado se siente culpable porque siente que no educó bien a su hijo, pero tampoco quiere abandonarlo, aunque su hijo tiene 22 años siente que es su deber de madre apoyarlo económicamente hasta que encuentre trabajo.

La hija mediana se enoja con Lulú porque ésta tiene contacto con Arturo y cuando sabe que él habló por teléfono, se sale de la casa y se va con su novio y no vuelve hasta después de varias horas. A Lulú no le gusta que su hija pase mucho tiempo con su novio, pero cuando quiere ponerle límites, la hija le reclama que Lulú no cumple con su promesa de “apoyarla” para superar lo que le pasó.

Lulú considera que la relación entre sus hijos fue buena. Los veía jugar, platicar, escuchar música, ver la televisión, etc. No observó conductas que la hicieran sospechar que su hijo abusaba sexualmente de su hija.

De acuerdo con lo que le dice su hija, él la empezó a tocar cuando ella tenía 7 años y él 15. Lulú recuerda que en esa época murió su hermana (se suicidó). Se sentía deprimida y descuidó a sus hijos.

Ahora se siente la peor de las madres por no haber enseñado valores importantes (como el respeto) a sus hijos. Se siente fracasada por no haber podido evitar ese atropello a su hija. Su principal objetivo como madre era evitar que sus hijas sufrieran lo mismo que ella y no lo pudo evitar.

Se siente confundida porque quisiera castigar al agresor, pero no lo quiere hacer porque él también es su hijo, no lo quiere abandonar, lo quiere ayudar.

Nuevamente Lulú vive con sentimientos encontrados, entre el amor y el odio a su hijo, como cuando era niña con respecto a su madre. El odio se incrementa más por los recuerdos que le evoca esta situación (ella fue víctima de abuso sexual).



Como madre no quiere abandonar a su hijo (correrlo de su casa y no volverlo a ver), Lulú quiere que su hijo viva aparte (él tiene 22 años actualmente) y ayudarlo proporcionándole dinero para que asista a Psicoterapia como el resto de la familia.

Esta idea le trae problemas con la hija, pues ésta le reclama que la ha traicionado, no la apoya a ella sino a él. Ella amenaza con irse de la casa y piensa vivir con el novio.

Lulú no quiere que su hija se vaya de la casa, no quiere que eche a perder su vida. No sabe que hacer, se encuentra confundida, y se culpa por no tener claro lo que debe hacer, cree que esta es una prueba más de que es “tonta” y que “no sirve para nada”, como tantas veces se lo repitió su madre.

Ninguna de las dos hijas cumple con las actividades que les tocan. No limpian su recámara, no lavan su ropa y los trastes que usan. Lulú no sabe cómo educarlas ahora porque nunca les ha exigido nada, pero no le parece conveniente que ellas exijan ropa y dinero y no cooperen en la casa.

Cuando Lulú quiere condicionarles las salidas con los amigos, las hijas le contestan que se la pasa molestándolas, que no las deja vivir en paz. Ella quisiera que su esposo la apoyara en sus decisiones pero él la crítica diciéndole que es una exagerada.

Por experiencia sabe que los golpes no son la mejor forma de educar a un hijo y es algo que no quiere repetir con los suyos.

El primer hijo lo tiene siendo ella una adolescente de 15 años. Vive con su madre y sus hermanas. El trabajo no le permite cuidar la mayor parte del tiempo a su hijo. Trabaja fuertemente porque no quiere que él tenga carencias como las tuvo ella y tampoco quiere maltratarlo. Sin embargo, reconoce que los gritos y los golpes hacia él se volvieron cotidianos, por lo que Lulú se culpa por haberse comportado como su madre.

Con la llegada de sus hijas la situación es diferente. Ella deja de trabajar y se dedica de tiempo completo al cuidado de su casa y sus hijos. Su pareja le proporciona los recursos económicos (aunque no son suficientes).

Lulú cuida a sus hijas evitándoles las mas mínimas molestias (no quiere que sufran como ella). Recoge su ropa sucia y la lava, les sirve de comer, recoge su tiradero de juguetes, ordena su recámara, las ayuda a hacer su tarea y les permite distraerse con la televisión o salir a jugar todo el tiempo que les resta después de hacer su tarea.



Con su hijo la situación es diferente. Él cuenta con 7 años más que las hermanas. A él lo considera su “mano derecha”, ayuda en los quehaceres de la casa (barrer, trapear, sacudir, etc.), además de ocuparse de sus tareas escolares.

En estos momentos Lulú no está de acuerdo con su esposo en que las hijas no cooperen en las labores del hogar, aunque generalmente ella termina haciendo todo, porque sus hijas no la obedecen. Ellas le dicen que se la pasa molestando y se muestran serias con ella (no le dirigen la palabra).

Ante esta situación Lulú se siente triste porque considera que ella ha hecho mucho por sus hijas y ellas no son capaces de corresponderle proporcionándole ayuda en la casa. Al mismo tiempo le da coraje con ella misma porque no ha sabido imponerse y hacer que sus hijas “por lo menos laven sus calzones”. Lulú siente que es débil de carácter y que por ello no sabe imponerse a sus hijas. Cuando logra hacerlo la tachan de exagerada (se apoyan en la opinión que su padre tiene de Lulú)

Nuevamente esta situación la remonta a su niñez en la que ella se esfuerza para obtener el afecto que necesita. Cuando era niña hacía todo lo posible por complacer a su madre y obtener cariño, ahora, hace lo mismo con las hijas. No quiere que se enojen con ella y por eso prefiere no reclamar.

Esta situación la mantiene enojada. Les grita a sus hijas (aún cuando sabe que no consigue nada). Se reprocha a sí misma el ser tan débil y haber podido educar a sus hijas desde pequeñas. Se reprocha haber descuidado a su hija. Se siente tonta, estúpida y la peor de las madres.



Los eventos traumáticos que Lulú vive en la niñez y la adolescencia (violaciones por parte del tío y del novio); el maltrato físico (golpes dados por su madre y por las parejas de ésta); el maltrato psicológico (se le descalifica continuamente con frases como “eres una estúpida”, “eres tonta”, “no sirves para nada”, etc.), se conjugan para que Lulú desarrolle una baja autoestima. Se percibe a sí misma como una persona llena de defectos.

Lulú vive sintiendo culpa por todo lo que cree que ha hecho mal. No aprendió otra forma de vivir desde muy pequeña. Se sintió culpable porque no era capaz de mantener contenta a su madre (siempre estaba de mal humor y la golpeaba), de no poder defender a su madre de los golpes de sus parejas, de haber provocado



sexualmente al tío (así se lo hizo sentir su madre), por haber sido madre soltera, por no haber ayudado a su hermana.

En la vida como mujer la culpa se duplica en Lulú. La Mujer es definida como “Mujer-ser-para-los-otros” (Basaglia citada en Nájera, 1998) lo que significa que el cuerpo femenino (físico y mental) es ofrecido para el bienestar de los hijos, la madre, los hermanos, la pareja, etc. Para vivir una femineidad “normal” (en el sentido del “deber ser”) es necesario cumplir con toda una serie de demandas sociales. Los roles de ama de casa, madre y esposa no son sencillos de realizar para cualquier mujer, mucho menos para Lulú quien se percibe como carenciada de toda cualidad que le permita llevar a cabo dichos roles.

En muchas otras mujeres la culpa aparece cuando se dan cuenta que han vivido al cuidado de los otros, que han dedicado su vida al pendiente de los hijos, la casa, la pareja, y muy poco han dedicado para sí mismas, se sienten desfalcadas, agotadas, insatisfechas, defraudadas y no encuentran a quien culpar mas que a sí mismas por haber creído que la vida de una mujer está en el interior de una casa y una familia. En el caso de Lulú, el darse cuenta de sus fracasos como madre, esposa y ama de casa la hace sentir doblemente culpable ya que no es capaz de realizar actividades que las mujeres realizan “por naturaleza”.

Ahora todo lo que hace, cree que está “mal” y es su culpa. Se siente responsable de la inestabilidad de su familia. De la desobediencia de las hijas, del abuso sexual hacia su hija, la desorientación de su hijo, el desinterés de su pareja y la enfermedad de éste. La culpa la ha llevado a la depresión, y la depresión a más culpa porque se gasta dinero en su tratamiento, porque descuida a su familia, porque no complace sexualmente a su pareja, así que piensa que lo único que la puede salvar es la muerte.





“LAS MUJERES DE HOY NO SE COMPLICAN LA VIDA”

Silvia

Una forma de rebeldía en las chicas es ir en contra del tipo o modelo de femineidad que sus madres representan (Dio Bleichmar, 1991).

Silvia es una mujer que desde adolescente se propuso no aceptar el matrimonio y la maternidad como una forma de vida, optó por ser independiente (económica y emocionalmente), gozar de su sexualidad, tomar sus propias decisiones y no seguir los patrones de belleza femenina.

Con este modelo de femineidad le es difícil aceptar que en momentos desee una relación amorosa en la que se pueda sentirse estable y segura. También quiere ser madre. Pero estos deseos la convertirían en una mujer “normal”, lo que Silvia no desea.

Estos sentimientos encontrados provocan en Silvia malestares de depresión, pero ésta no se manifiesta con constante tristeza y llanto como en las demás mujeres. La depresión de Silvia es encubierta. Su problema es la comida, ha probado varias dietas y ejercicios pero los kilos que baja con mucho esfuerzo los recupera inmediatamente.

Silvia

37 años. Soltera. Sin hijos. Estudió una carrera técnica (cultura de belleza) y estableció su propio negocio. Vive con su madre y su abuela.



MOTIVO DE CONSULTA

Silvia asiste a terapia porque manifiesta sentir “curiosidad” por saber qué es lo que ocurre en ella.

Menciona que no hay algo en específico que la preocupe, de hecho se siente “muy bien”. Su pasatiempo favorito es leer libros de superación personal y escuchar programas de radio relacionados con el tema. Esto la ha ayudado a superar algunos problemas que se le han presentado.

Presenta un sobrepeso de 25 a 30 Kg. lo está tratando con una doctora naturista.

HISTORIA DE VIDA

Silvia es hija única. Cuando la madre de Silvia (Adriana) se embarazó, su novio no quiso casarse con ella.

Cuando Silvia estaba pequeña su madre y su abuela le dijeron que su padre fue un soldado y había muerto en la guerra. La niña no supo más de su padre hasta que tuvo 7 años.

Debido a que Silvia preguntaba constantemente por su padre y sufría por la muerte de él, su madre la llevó para que lo conociera.

Silvia recuerda que se sentía emocionada por conocer a su padre y se imaginaba que la iba a abrazar y se sentiría gustoso por conocerla. Sin embargo, el señor no mostró tal alegría, se mostró apático. La entrevista duró unos minutos.

Silvia no volvió a preguntar sobre su padre, de hecho el señor que le habían presentado no le simpatizó.

Cuando estaba adolescente sentía el deseo de ver nuevamente a su padre, pero pensaba que si a él no le interesaba buscarla, entonces ella no lo buscaría. Fantaseaba imaginando que el día que la buscara su padre simplemente se iba a mostrar indiferente o le iba a decir algo que le doliera mucho, que lo hiciera sufrir. Pensaba qué era lo que podía decir, probó varias frases (“ahora si te acordaste que tienes hija”, “ya te remordió la conciencia”, “Eres un poco hombre”, “eres un maldito cobarde”, “ahora soy yo la que no te quiere ver”, etc.), pero ninguna le pareció tan ofensiva.

Hasta el momento no ha encontrado la frase ideal para castigar a su padre, ya que se ha dado cuenta de que le tiene mucho coraje, pero no tiene el deseo de buscarlo, quiere que él la busque a ella.



Silvia fue hija única, por lo que no estuvo dentro de su educación cuidar a alguien más. Esta característica de la femineidad (cuidar de los otros), no la aprendió. No fue la “mamá chiquita”.

La experiencia con sus padres le muestran parte de las vivencias de la mujer en la relación de pareja, las cuales decide no adoptar.

Para Silvia, inicialmente, su padre fue un héroe (un soldado que murió en batalla) hasta saber que en realidad se había ido del lado de su madre para evitar la paternidad.

Ante el desinterés por establecer una relación de padre e hija, por parte del señor, Silvia toma la misma actitud, no quiere saber más de él. Aunque ha pensado por mucho tiempo en la manera como podría castigarlo.

Por otra parte, la madre de Silvia pasa de ser una heroína (por haber soportado la supuesta muerte de su pareja) a ser una víctima. Fue abandonada, por su novio, con la responsabilidad de cuidar y educar a su hija.

La desilusión de Silvia hace que ella adopte comportamientos diferentes a los de sus padres.



Silvia vivió su niñez solitariamente. Su madre trabajaba todo el día y sólo la veía en las tardes. Económicamente no le faltó algo que quisiera. Su madre la complacía en todo (juguetes, ropa, paseos, etc.).

Silvia se quedaba al cuidado de su abuela a quien califica de estricta, pero al mismo tiempo la quiso mucho. Silvia quiere y respeta a su abuela, considera

que ella fue su verdadera madre.

Siente que su madre la abandonó mucho, no le dio el tiempo necesario, sin embargo, no sintió esa carencia porque siempre estuvo la abuela a su lado.

Eran pocas las actitudes que no le gustaban de su madre. Una de ellas era que la veía llorar cuando terminaba alguna relación amorosa. Silvia se enojaba porque creía que los hombres hacían sufrir a su madre.

Desde adolescente pensaba que ella no iba a permitir que los hombres la hicieran sufrir. No pensaba en casarse y tener hijos. Pensaba que no necesitaba a un hombre a su lado para ser feliz.



Decidió estudiar una carrera corta porque quería ser independiente económicamente a una edad joven. No quería casarse y dejar que un hombre la “mantuviera” (económicamente). Un tío (hermano de su madre) le ayudó a solventar los gastos de su carrera.

A los 19 años empezó a trabajar. Todo lo que ganaba lo empleaba para comprarse lo que ella quería. Su madre seguía trabajando y era quien pagaba todos los gastos de la casa (luz, teléfono, etc.). Su tío también les proporcionaba una ayuda económica, sobre todo para los gastos de la abuela. Esta forma de organizarse prevalece hasta el momento. Silvia considera que no sabe lo que es la responsabilidad de solventar los gastos de la casa.

Silvia está en el entendido de que las madres son quienes pasan la mayor parte del tiempo al cuidado de los hijos, por ello menciona que la suya estuvo ausente por cuestiones del trabajo, sin embargo, esto no le causó mayores problemas en su infancia ya que su abuela ejerció el rol de madre. Lo que sí dejó huella en Silvia era ver llorar a su madre por “culpa” de un hombre. Silvia percibía que su madre era “víctima” de los hombres, así que ella decidió vivir una situación distinta.

El modelo de mujer que Silvia se propuso ser va en contra del prototipo de femineidad en el que las mujeres desean establecer una relación de pareja en el que predomine al amor, el compañerismo, la camaradería y la comprensión para ser feliz. No adopto como ideales el matrimonio y la maternidad.

SEXUALIDAD

Silvia inició su actividad sexual a los 16 años con el novio que tenía. Recuerda que lo quería mucho pero terminó la relación porque él quería casarse con ella. Tuvo muchos novios (no se acuerda cuántos) y con todos disfrutaba de sus relaciones sexuales. Con todos daba por terminada su relación cuando ella sentía que la querían controlar (en su forma de vestir, de pintarse, de actuar, etc.) o querían contraer matrimonio.

Ser ella quien terminaba la relación le proporcionaba gusto, se sentía segura y se daba cuenta que era firme con la meta (no casarse) que se había establecido.

A los 21 años Silvia conoce a un camionero. Este hombre hace viajes foráneos. Silvia se siente muy atraída por él y tienen relaciones sexuales el día que se conocieron. No vuelve a saber de él pero lo recuerda con agrado.



Silvia aún se sorprende de que haya tenido relaciones con un desconocido pero le emociona el haber vivido una aventura que sólo en la televisión había visto.

Ella piensa que este fue un hecho que marcó su vida porque a partir de entonces su apetito sexual fue en aumento y se le hizo más común tener relaciones sexuales con desconocidos.

Aunque ella siempre ha tenido un novio “de planta”, menciona que le gusta aprovechar todas las oportunidades que se le presenten para satisfacer sus deseos sexuales.

Actualmente, en algunas ocasiones le preocupa excederse con el sexo. Con todos los hombres que conoce siempre tiene sexo. Siente que eso le ha impedido tener un amigo (hombre).

Silvia siente que el sexo es lo más “delicioso” que puede haber en el mundo y no se explica cómo es que algunas mujeres no lo han descubierto y se rehúsan a experimentarlo.

Desde adolescente Silvia decide no contraer matrimonio. Establece una relación de noviazgo con los hombres a quienes ella elige pero con ninguno pretende estar “para toda la vida”.

Ahora Silvia es la inalcanzable (como lo fue su padre para ella), la que no se interesa por compartir la vida con un hombre (como su padre no se interesó en compartirla con su madre, ni con ella).

Silvia no es la que llora o ruega a un hombre para que se quede con ella (como su madre lloraba cuando terminaba una relación amorosa). Ella quiere estar en la otra posición, quiere que le rueguen, quiere sentirse necesitada, deseada. Quiere ser ella quien maneje la situación (ella decide cuando y en qué momento termina con la relación).

No quiere servirle a un hombre (planchar, lavar su ropa, cuidar un hogar e hijos para él), no quiere necesitar de un hombre.

Silvia decide ir en contra del modelo femenino socialmente aceptable. No quiere casarse, quiere ser económica y emocionalmente independiente, no quiere tener hijos, no es la chica esbelta (como lo indica el prototipo de belleza), prefiere estudiar y ser culta (lee todo lo que se encuentra, principalmente los libros de superación personal), y disfrutar de las relaciones sexuales como no lo hacen muchas mujeres.



Silvia se considera una mujer fuerte, independiente económica y emocionalmente, extrovertida, que le gusta satisfacer sus deseos, no le gusta sufrir por un hombre, es desobediente ya que no sigue las normas de cómo debe ser una mujer, y no piensa en el matrimonio como un ámbito en el que ella pueda desarrollarse. No se imagina dedicada a lavar, planchar, hacer de comer, etc. Para un hombre, al contrario le gusta que los hombres hagan cosas por y para ella.

En cuanto al sexo, Silvia en ocasiones considera que es demasiado pero no puede decir “no”, si tiene oportunidad de hacerlo, lo lleva a cabo, sobre todo si la manera como la seduce el hombre en turno le agrada.

Silvia no quiere decir “no” al sexo porque al hacerlo iría en contra de su modelo de femineidad y caería en el grupo de las mujeres que le tienen miedo al sexo y que no saben disfrutar de él.

Debido a este autoconcepto Silvia no se explica qué fue lo que le sucedió con un chico que conoció hace algunos meses.

Es un hombre 12 años menor que ella. Lo conoció a través del Chat y en repetidas ocasiones le pidió matrimonio, mismas que ella rechazó. Pero después de la insistencia ella pensó que tal vez esta era una oportunidad para tener un hijo y aceptó.

El hombre empezó a distanciarse de ella y no volvió a mencionar el tema. Al principio Silvia no le dio tanta importancia, pero después se sorprendía a sí misma pensando en él, preguntándose por qué no le llamaba.

Silvia considera que no sufre por eso (porque él no cumplió su propuesta), lo que le sorprende es que por un momento se imaginó como madre y le gustó la idea. Creyó en algún momento que esta era la última oportunidad para ser madre, considera que está en buena edad para hacerlo.

Este evento coincidió con el aumento de molestias en su periodo menstrual. Desde adolescente, a Silvia se le diagnosticaron quistes en los ovarios, los cuales ha tratado con medicina cionica y naturismo.

Este hecho le hizo reflexionar seriamente acerca de si quería ser madre. Llegó a la conclusión de que no. Le han platicado que parir es muy doloroso y a ella no le gusta sentir dolor.

También se dio cuenta que no ha desechado la idea de casarse como lo había creído. Quiere un hombre que sea responsable e independiente. No quiere “mantener” a un hombre.



Su novio de hace varios años (6 o 7) tiene la misma edad que ella pero no tiene un trabajo estable (hace trabajos de computación), vive con su familia y nunca le ha propuesto matrimonio. Silvia siente que no lo ama pero se necesitan mutuamente, sus relaciones sexuales son placenteras y no hay compromisos por ninguna de las partes. Así que este no es un buen candidato para cumplir sus deseos de matrimonio.

Silvia no quiere ser como su madre o como cualquier otra, pero mantener la imagen que ella misma se ha propuesto también la desgastan y se ha sorprendido pensando en un hombre con el que pueda conversar, quiere un amigo, con el que pueda platicar y sentirse comprendida, pero también esto (sus deseos) no lo acepta. Las mujeres comunes son más emocionales que los hombres y ella no es una mujer común.

Los libros de superación personal le indican que una mujer que vive su femineidad de manera tradicional, tienden en mayor proporción a la depresión. Sus amigas (casadas) son la prueba de ello.

Finalmente, Silvia se encuentra atrapada en el deber ser (ser mujer de acuerdo con su criterio) y su manera de manifestar su malestar no es a través de síntomas de depresión (tal y como lo viven las mujeres de los casos anteriores) sino que su cuerpo somatiza (quistes en los ovarios, parálisis facial, obesidad) los conflictos emocionales que aún no resuelve en torno a su identidad.

SALUD

Silvia no se considera a sí misma como enfermiza sin embargo su salud no ha sido buena. Desde adolescente ha presentado dolores premenstruales y hemorragias debido a los quistes que tiene en los ovarios.

A los 32 Años presentó un problema de salud física y emocional. Sentía hormigueo en la mano derecha y le empezó a temblar la boca hasta que se desmayó.

La atendió un médico naturista quien le indicó que su problema se debió al estrés. Silvia reconoce que en ese tiempo se exigía demasiado a sí misma en su trabajo.

Posterior a ese incidente, Silvia recuerda que le daba mucho miedo salir sola. Pensaba que en la calle podía presentarse nuevamente esa crisis. Después de tres años pudo superar esta situación con la ayuda de libros y programas de radio y televisión y un médico naturista.

En cuanto a su sobrepeso, Silvia menciona que desde que ella tiene “uso de razón” tiende a engordar. Ni su padre ni su madre son “gorditos”. Ella tiene



que mantenerse en una actividad deportiva para no aumentar de peso, pero a veces siente flojera y recupera el peso perdido más unos cuantos kilos. Actualmente practica King Boxing, con el cual ha bajado 10 kilos.

Silvia considera que el sobrepeso no ha sido un problema para ella (hablando de belleza física), no se siente acomplejada, pero entiende que debe bajar de peso por cuestión de salud. Ha tenido todos los hombres que ha deseado y esto le demuestra que el peso no es obstáculo para conseguir pareja.

También se ha sometido a una dieta recomendada por una doctora naturista, pero le es difícil seguirla como se la indica ya que le da mucha hambre.

Silvia ha estructurado su propio modelo de femineidad que piensa seguir. Es una mujer que en su trabajo quiere ser la mejor, se exige demasiado al grado de padecer estrés y parálisis facial.

Sus malestares no están relacionados con la depresión (no llora, no se siente triste, no culpa a sus padres ni a sí misma por lo que le pasa, no se siente culpable por ser diferente a las demás mujeres, etc.), esos síntomas son para las mujeres comunes, no para ella.

Su depresión es encubierta con exceso en la comida y en el sexo. La comida, al mismo tiempo que le sirve para calmar su ansiedad (por cumplir con el modelo de mujer que ella quiere), la mantienen con un cuerpo parecido al de una mujer embarazada. La pregunta ¿estás embarazada? La hace reír y después aclara “no, estoy gorda”.

La gordura la aproxima a la maternidad, característica de la identidad femenina que conscientemente rechaza, pero que inconscientemente acepta.



Silvia se opone al modelo de mujer al que estamos acostumbradas a ver, dependiente, sumisa, tierna, dulce, que espera al “príncipe azul” y desea concretar e inmortalizar su amor en los hijos.

Lagarde (1992), Sanders (1986) y Dio Bleichmar (1991), entre otras, han encontrado que las mujeres quienes viven una femineidad estereotipada son más propensas a manifestar síntomas depresivos. Esto significa que ¿las mujeres quienes optan por una vida que no incluya el matrimonio y la maternidad, no se deprimen?



Dio Bleichmar (1991), mencionan que las mujeres que deciden ser diferentes al común, se crean una serie de condiciones a seguir, por ejemplo: “no tiene que ser un objeto decorativo, no tiene que arreglarse mucho, no tiene que usar faldas, no tiene que ser confusa, no tiene que estar esclavizada a un hombre, no tiene que estar esperando que un hombre la llame, no tiene que ser mediocre, no tiene que pedirle a sus padre nada, no tiene que perder el tiempo en tonterías, no tiene que ser ineficaz” (Pág. 193). Es decir, tienen un afán por la perfección, lo que las lleva a generar grandes cantidades de estrés.

Algunas mujeres como Silvia optan por otro tipo o modelo de perfección femenina opuesto al estereotipo del ama de casa, esposa y madre. Estas mujeres se interesan en estudiar, prepararse y trabajar, realizando actividades lo más alejadamente posible del modelo tradicional y no se permiten la más mínima recaída en el estereotipo.

Silvia es una mujer independiente, dueña de su tiempo y su dinero, y que disfruta de su sexualidad, ¿Porqué Silvia se deprime?

El problema de Silvia inicia cuando se descubre deseando una pareja o un hijo, deseos que son propios de una mujer “normal”, pero no los de una mujer como la que se ha propuesto ser. El error de Silvia es sentir que se traiciona a sí misma.

Experimentar estos sentimientos ocasiona que Silvia se deprima, pero su depresión es encubierta con exceso de comida, y por ende, presenta sobrepeso. Silvia no se puede permitir llorar, angustiarse, tener miedo, etc., esto está permitido para las mujeres comunes, no para ella





**“...LAS MUJERES
SOMOS MAS ENFERMIZAS...”
“SOMOS EL SEXO DEBIL”**

ALMA

Las investigaciones de Broverman (citado en Fernández Cazalis, 1978), indican que algunos profesionistas de la salud mental (psicoanalistas, psicólogos y psiquiatras) coinciden en sus criterios para describir a una persona adulta sana. Los criterios para un hombre maduro y sano, no difieren de los de una persona adulta en general. Sin embargo, los criterios para las mujeres adultas y sanas mentalmente son distintos de los que definen a adultos en general y a hombres. Estas mujeres idealmente sanas y maduras son más sumisas, menos independientes, menos aventureras, más influenciables, menos agresivas, menos competitivas, más excitables frente a crisis sin importancia, se sienten heridas con más facilidad, más preocupadas por su apariencia física y más hábiles afectivamente.

Los datos de este estudio dejan ver que hay profesionistas que consideran que la salud mental consiste en una adaptación a los requerimientos de la cultura. Una mujer sana mentalmente es aquella que cumple o que se adapta a las demandas sociales y culturales. Sin embargo, los estudios de Dio Bleichmar (1991), indican que las mujeres que viven el estereotipo de femineidad (dulce, tierna, amable, poco agresiva, etc.) son más propensas a padecer de depresión.

Tal pareciera que la salud mental de las mujeres esta en riesgo si viven bajo las normas sociales y culturales de la femineidad o fuera de ellas. Fernández (1993) considera que a la mujer se le ha catalogado como una eterna enferma al grado de considerar que la enfermedad mental es parte de la “naturaleza” femineina.

¿Cuáles son las ganancias para las mujeres? Burín, Moncazar y Velazques (1990) consideran que la enfermedad es un modo de resistencia que las mujeres ofrecen a las condiciones opresivas en las que viven (represión al goce sexual, desarrollo profesional limitado, etc.).

Por otro lado la enfermedad mental se convierte en un modo de control de ciertas situaciones y en una forma para obtener la aprobación de los demás a comportamientos que en otras circunstancias serían desaprobados.



El caso de Alma ejemplifica la manera en cómo la enfermedad se convierte en una forma de expresar los malestares que se viven dentro de la familia, pero también son un medio para obtener beneficios, es decir, que ser la enferma de la casa tiene sus ganancias, y en una cultura como la nuestra en la que a la mujer se le ha enseñado a guardar silencio es difícil que ella reconozca sus propios deseos y más aún expresarlos y defenderlos, así que la enfermedad se convierte en el medio para hacer valer dichos deseos.



Ama de casa de 41 años de edad. Casada desde hace 14 años. Tiene un hijo adoptado de 2 años 3 meses. Nivel socioeconómico medio. Estudió la carrera de secretariado.

MOTIVO DE CONSULTA

Pide Ayuda porque se considera una persona negativa. Constantemente piensa en lo peor que puede suceder. Su hijo se enferma a menudo y ella tiene miedo de que muera.

Tiene pensamientos de muerte. En ocasiones ha pensado en tomar muchas pastillas. Ella dice que esto solo ha quedado en ideas.

Duerme por lo menos 7 horas pero siente que no descansa y le cuesta trabajo levantarse. Se siente cansada durante el día. Su carácter generalmente es irritable. A su hijo le grita y después ella se arrepiente, llora y se culpa diciéndose que no es buena madre.

Padece Hipertensión la cual controla con medicamentos; Migraña. Presenta quistes en los ovarios y debido a que en una ocasión se presentó una hemorragia, el doctor recomendó quitar la matriz (no lo ha hecho). Tiene problemas de gastritis y colitis.



HISTORIA DE VIDA

Su familia de origen está integrada por el padre, la madre y diez hijos, entre los cuales, Alma es de las más chicas.

El padre de Alma fue albañil y se suicidó con una pistola cuando ella tenía 14 años.

Su madre fue ama de casa y comerciante. Padece de Diabetes y murió hace 7 años



a los 64 años de edad.

Su hermano mayor se suicidó (con arma de fuego) a los 45 años de edad hace 3 o 4 años. Era casado y tenía 3 hijos, dos mujeres y un hombre. Una de las mujeres murió cuando era pequeña.

La hermana que le sigue murió a los 20 años de edad, hace 28 o 29 años. Falleció durante su trabajo de parto, padecía Leucemia. Su bebé nació prematuro, vivió una semana y falleció.

Le siguen tres hermanos, un hombre y dos mujeres, actualmente tienen entre 44 y 49 años de edad. Todos casados y con hijos. Les sigue un hermano que falleció a los meses de edad por Neumonía.

Después sigue Alma y posteriormente 3 hermanas. Las tres son casadas y dos de ellas tienen hijos. La menor de todas no había podido embarazarse, cuando logró hacerlo tuvo un aborto, su bebé tenía cinco meses de gestación.

Alma considera que su familia se caracteriza por la poca comunicación que hay entre sus miembros. De pequeña asume que lo “adecuado” es guardar silencio. A su madre la recuerda seria y poco cariñosa al igual que su padre. Alma aprende a comportarse de la misma manera.

Alma no se percata conscientemente que los silencios quieren evitar el tema de la muerte, ya que la familia ha presenciado el fallecimiento de varios familiares. Alma percibe el estado de ánimo de la familia (deprimido) y entra a la dinámica de la misma. No sabe cómo explicar con palabras lo que percibe, pero lo manifiesta a través de la enfermedad.

El ambiente familiar está impregnado con sentimientos de duelos no resueltos. Alma es capaz de percibir estos sentimientos y se une a su familia. Su manera de apoyarlos y de expresar su angustia (por lo que percibe) lo encuentra a través de su enfermedad.

Anne Ancelin Scchutzenberger (2004), menciona que toda muerte o idea de muerte acarrea en el hombre una depresión. La tristeza del duelo provoca una disminución inmunológica.

La familia de Alma se encuentra en duelo desde antes del nacimiento de ésta, lo que explica que ella sea muy enfermiza y padezca migraña desde los 5 años. Además de que cargar con la etiqueta de “enfermiza” la predispone a tal condición.

SALUD



Alma se considera como enfermiza. Menciona “yo siempre he estado enferma”, “mis hermanas dicen que yo apapacho la enfermedad”, “o me dicen, ahora que te duele”.

Desde los 5 años de edad padece migraña. Este padecimiento se intensificó cuando su padre murió. El dolor de espalda debido a que tiene la columna desviada, ha sido constante y se intensificó cuando el endocrinólogo la hizo bajar de peso. A los 37 años su presión arterial empezó a elevarse por lo que comenzó a medicarse para controlar el problema.

Hace aproximadamente dos años (39 años de edad) Alma presentó problemas en la ciática. Casi no podía caminar, incluso usó silla de ruedas. Le hicieron estudios y no se encontró algo físico que impidiera que ella caminara.

Estuvo en tratamiento con una masajista y ésta le recomendó que asistiera con un psicólogo.

Alma se percibe como una persona enfermiza desde pequeña, lo que al mismo tiempo la predispone a calificarse como una persona débil. Con la historia de enfermedades que ha padecido, le resulta hasta cierto punto, lógico que padezca de depresión. ¿Cuáles han sido las ganancias de estar enferma?

RELACIÓN CON LA MADRE

Alma recuerda que su madre fue estricta. A sus seis años de edad se encontró un candadito con sus llaves. Su madre no le creyó que se lo hubiera encontrado y la obligaba a que lo devolviera (Alma lo dejó en donde se lo había encontrado). Alma sintió coraje porque su madre no le creyó.

A los siete años le gustaba jugar en la hamaca de su hermana (la más pequeña), la hermana mediana también quería jugar. Alma se fue y la hermana mediana se cayó y se lastimó una herida que había sido provocada por una quemadura. Su hermana mayor culpó a Alma por lo que había pasado diciendo que ella había sido la que la lastimó.

Alma recuerda que sus padres casi no golpeaban a los hijos. Su padre la golpeó en dos ocasiones. Le dio una nalgada que no le dolió.

La relación entre sus padres era problemática. El padre era alcohólico y golpeaba a la madre. Por lo general no discutían frente a los hijos. Cuando Alma se daba cuenta de la discusión, se salía de la casa.

Alma se acuerda que sus padres solían ser reservados. Su madre era muy callada y solo conversaba con la hija mayor (Alejandra quien murió en su trabajo de parto).



Alejandra muere cuando Alma tiene 11 años de edad. Alma recuerda a su madre demasiado callada, apenas contestaba lo que se le preguntaba. En alguna ocasión dijo (la madre de Alma) que Alejandra había sido como una mamá para ella.

Alejandra trabajaba y todo su dinero se lo daba a su madre quien también trabajaba como comerciante. La hija pretendía que la madre dejara de trabajar, pero la señora le decía que no, que ella no iba a poder con todos los gastos de la casa.

La señora confiaba a su hija (Alejandra), los problemas relacionados con su pareja. Cuando Alejandra se casó (después de 6 años de noviazgo) invitó a su madre a vivir con ella. La señora no aceptó argumentando que todavía tenía hijos pequeños que atender y además consideraba (la señora) que los problemas que había entre ella y su pareja se presentaban solamente cuando él se alcoholizaba, generalmente el señor era tranquilo. Además si lo aguantaba, era porque lo amaba pues económicamente no necesitaba de él. A la señora se le considera una mujer trabajadora que solamente descansaba si estaba enferma.

A los 14 años de edad, Alma recuerda que escuchó una voz que en tono bajo le dijo “cuando cumplas 15 años no vas a tener a uno de tus padres”. Su padre se suicida el 7 de mayo y Alma cumplió 15 años en Junio.

Antes de este hecho Alma se mantenía alejada de su madre. No la sentía como una persona que le proporcionara seguridad. Los hermanos mayores se encargaban de resolver los problemas. A su madre la veía rezar cuando había algún conflicto, pero no hacía algo práctico para arreglarlo.

Después de haber escuchado esa voz Alma empezó a acercarse más a su madre. Quería cuidarla. Estaba pendiente de su salud ya que en cada cambio de clima la señora se enfermaba de bronquitis y le dolían las articulaciones.

Alma se convirtió en la confidente de la madre ya que los tres hermanos mayores se casaron. Se quedan 5 hermanas y la madre viviendo en la misma casa. Alma es ahora de las hermanas grandes. La hermana mayor (Cristina) estudia y trabaja y ayuda a la madre a solventar los gastos de la casa.

Cristina se embaraza y suspende sus estudios de bachillerato. Se queda a vivir en la casa con sus hermanas. No se casa.

Alma se convierte en la hermana mayor. Sale de la escuela (primer semestre de bachillerato) y empieza a trabajar. Argumenta que no se puede concentrar y le cuesta trabajo aprender, además que las migrañas que padecía desde pequeña se intensifican.



Alma se sintió culpable por mucho tiempo porque cuando venían a ella el recuerdo de esa voz pedía que no muriera su madre. Ella pensaba que había provocado, la muerte de su padre, ahora piensa que fue una coincidencia.

También recuerda que cuando tenía aproximadamente 11 años Alma encontró una carta en la que su padre declaraba que había matado a un hombre con un arma de fuego.

La madre de Alma le informó que fue en defensa propia pero que su padre pasó unos meses en la cárcel mientras se hicieron las averiguaciones. Esto sucedió cuando Alma era recién nacida. Su madre la llevaba a ver a su padre a la cárcel.

Antes de que su madre muriera, Alma la recuerda muy enferma. La cuidaba y en ocasiones se le hacía muy pesado cuidarla. Ahora se siente culpable por no haber cuidado de buena manera a su madre.

En una ocasión, Alma no ayudó a su madre a subir a la camioneta, se encontraba enfadada y cansada de que le tocara a ella cuidar a su madre, ya que ésta no quería irse con ninguna otra hija. La madre de Alma se tropezó y golpeó una de sus piernas con la orilla de la puerta del coche. Se le amorato en una región amplia de la pierna ya que padecía de mala circulación y diabetes.

Alma tuvo que intensificar los cuidados hacia su madre. Le daba miedo que tuvieran que amputar la pierna (ya que era diabética). En cada curación que le hacía a su madre, rezaba para que se recuperara.

Cuando se recuperó, los conocidos de su madre le decían a Alma que era una “buena hija” porque había cuidado con mucho esmero a su madre. Alma se sentía más culpable sentía que no se merecía esos halagos.

Posteriormente la madre de Alma fue hospitalizada, su salud estaba muy deteriorada. Alma pedía a Dios que ya se la llevara y no la hiciera sufrir más. La señora murió en el mes de enero.

En la relación de Alma con su madre los roles son intercambiados. En algunos casos la madre se comporta como tal (sobre todo cuando tiene que reprender) y en otra se comporta como hija (recibe el apoyo y los cuidados de Alma).

En la estrecha convivencia de Alma con su madre, Alma aprende comportamientos como son el aprender a contener los sentimientos y ser trabajadora. De pequeña ve a su madre sufrir por la muerte de su hermana, pero ese sufrimiento no se manifiesta a través del llanto o gritos o enojo, simplemente se guarda un profundo silencio. Alma recuerda que le hablaban a su madre y ésta no se percataba de ello, estaba como ida.



Alma no aprende a expresar abiertamente lo que necesita así que las enfermedades se convierten en un medio para obtener lo que necesita, (afecto de los demás, atención, cariño, amor). No aprende a pedirlo de otra manera. Parece que la regla de la familia es “hacer o pedir lo que quieras pero en silencio”.

RELACION CON EL PADRE

Recuerda que su padre no es un hombre que acostumbrara golpear a sus hijos, sin embargo, rememora una ocasión en que su padre la golpea (no recuerda la razón), y ella no llora. Mas tarde se va a la cocina y llora sin que nadie la vea.

Considera que su padre generalmente no era violento, pero cuando se enojaba se transformaba y era capaz de matar a alguien.

Con sus hijos no es golpeador pero tampoco es un hombre cariñoso. Se muestra distante y pocas ocasiones dice palabras de afecto. Alma recuerda una ocasión en que ella tenía aproximadamente 6 años y observaba que su madre se estaba viendo en el espejo (chocándose unas muelas). La niña estaba pensando que su padre era guapo. Alma le dijo a su padre “se ve usted bien”.

Hasta ese momento su padre se percató que estaba siendo observado y le gritó a la mamá de Alma “llévate a esta niña de aquí”. Su madre fue por ella y se la llevó a otro lado. Alma quería seguir junto a su padre y no le pareció que se la llevaran.

Alma recuerda este hecho como doloroso porque la actitud de su padre le hizo pensar que ella había hecho algo malo.

Alma considera que su padre vivió una infancia difícil. Su padre y su hermano fueron asesinados cuando él era niño. La madre de Alma le platicaba que su padre vio los cuerpos de sus familiares y al parecer dichos cuerpos estaban destrozados.

El padre de Alma es calificado como una persona tranquila aunque cuando se enoja se transforma, agrede, grita, golpea, mata, así que para él también es mejor guardar silencio.

La relación entre Alma y su padre fue distante, de hecho ella prefería que muriera él y no su madre (cuando escuchó las voces). En su padre no encontró a una figura protectora en la cual ella pudiera sentir seguridad sino más bien agresión.



RELACION CON LOS HERMANOS

La relación entre hermanos es distante sobre todo entre Alma y los mayores. Alma recuerda que convivió más con sus tres hermanas más chicas. Ellas eran sus compañeras de juegos. Recuerda que en una ocasión Alma y una de sus hermanas empezaron a tocarse el cuerpo desnudo una a la otra, a las dos les parecía placentero. Después ella se lo hizo (acariciarle el cuerpo) a su hermana la más pequeña.

Alma no se acuerda cuántos años tenía, pero recuerda que no fueron muchas veces pero dejaron de hacerlo porque ella empezó a sentir vergüenza porque sabía que eso no estaba bien.

Estando adulta Alma habló con sus hermanas y les pidió perdón sintió que se le quitó un gran “peso” porque ella seguía sintiendo vergüenza. Su hermana no le dio mucha importancia y le dijo que no había problema. Su hermana pequeña no se acordaba del acontecimiento y se sorprendió de lo que le confesó Alma.

Su relación no ha cambiado. Se reúnen ocasionalmente para platicar.

Alma vivió con el sentimiento de haber hecho algo indebido lo que probablemente haya ocasionado en ella hubiera un sentimiento de rechazo hacia su cuerpo, lo que constituye un factor para enfermar constantemente.

RELACION DE PAREJA

Alma se casó con un primo hermano, hijo de un tío materno. Se casaron siguiendo el ritual de la Iglesia Católica en donde el Sacerdote les dio un permiso especial.

Los padres de ambos se opusieron inicialmente a tal relación. La madre de Alma prohibió que el muchacho volviera a verla y tampoco que entrara en la casa de la familia. Alma entró en una depresión profunda y no quería comer ni realizar actividad alguna. Solamente quería dormir y permanecía encerrada en su cuarto, hasta que finalmente su madre permitió que la relación continuara.

Antes de relacionarse con su actual pareja Alma tuvo varios novios pero con ninguno se siente enamorada. En la convivencia con su primo se siente identificada y a gusto así que decidió terminar su relación e iniciar otra con su primo. Después de tres años de noviazgo decidieron casarse.

Cuando iniciaron su relación Alma tenía 24 años y él 23. El era una persona introvertida y se juntaba con sus amigos para emborracharse. Alma se enamoró de él porque creía que era una persona muy noble. Les gustaba



platicar de los problemas que cada cual tenía con su familia, pero de sí mismos no.

Cuando se casaron él dejó de emborracharse y juntarse con sus amigos. Al principio Alma siente que su relación fue buena pero con el tiempo (12 años de casados) hubo menos comunicación y el interés de ambos hacia las relaciones sexuales disminuyó. Alma se sentía insatisfecha. Sintió que el interés de su esposo se enfocó hacia el trabajo y eso le molestaba.

A los 39 años Alma nuevamente manifestó síntomas de depresión. No tenía ganas de vivir. Asistió con un médico quien empleó la Medicina Cionica. Alma inició una relación de pareja con el médico quien es 10 años más joven que ella.

Alma se sintió a gusto con esta relación y considera que ese hombre le devolvió el gusto por la vida. No se arrepiente por haber sido “infiel”. Le duele haber terminado con la relación (hace 6 meses) pero considera que fue lo mejor porque ese enlace ya no tenía sentido (el no iba a dejar a su novia y ella a su esposo, por estar juntos).

Alma siente que su esposo la desespera. Considera que él es desordenado con sus cosas personales. Le gusta guardar cosas (fierros, plásticos, etc.) que después no ocupa. No se interesa en arreglar la casa.

Alma comenta a su esposo sus inconformidades pero él le dice que es una exagerada.

Para Alma es más fácil deprimirse que expresar sus deseos y hacerlos valer. Para que su familia aceptara la relación amorosa de ella con su primo, cae en depresión hasta que su madre accede.

Mas adelante su matrimonio entra en crisis, no hay comunicación entre ella y su pareja, se encuentra insatisfecha. Nuevamente vuelve a presentar síntomas de depresión y manifiesta que no tiene sentido la vida para ella. Siente que vive por vivir.

Encuentra alivio a su malestar con un hombre que le proporciona atención y afecto. No desea tener relaciones sexuales, sólo quiere platicar con él. Después de un año de relación ella decide no verlo más. Inicialmente no esperaba que ese hombre dejara a su novia para estar con ella, pero con el tiempo Alma se empieza a incomodar y piensa que esta relación no va a ningún lado.

SU EXPERIENCIA COMO MADRE

Después de un año de casados decidieron tener un hijo. EL estaba más entusiasmado que ella. Pero ella no se atreve a declarar abiertamente que no quiere ser madre, su mayor preocupación es que su hijo pueda nacer con



alguna alteración física o mental. Acepta embarazarse pero empieza a tener problemas de salud.

No se puede embarazarse, cree que tiene un problema de infertilidad, su presión arterial sube y por lo tanto no le pueden dar un tratamiento para la infertilidad en esas condiciones de salud.

Finalmente los médicos le dicen que no tiene problema alguno y que puede embarazarse en cualquier momento.

Tuvo tres abortos. El primero de ellos fue un embarazo molar (hubo fecundación pero no se desarrolló el embrión), por lo cual le provocaron el aborto. En el segundo, su hija tenía cinco meses y medio, pero el doctor comentó que Alma tenía el cuello de la matriz dilatado, por lo que vino el aborto y la niña murió.

El tercer aborto sucedió a las pocas semanas de haber adoptado a su hijo. Alma tuvo una hemorragia por la cual fue hospitalizada.

El médico le indicó que tenía un mes de embarazo, al mismo tiempo que le hizo saber que ella necesitaba someterse a una operación para extirpar la matriz.

Alma ha deseado con mucho entusiasmo tener un hijo, pero cree que ha sido mayor el miedo que siente. Su temor más grande es que su hijo nazca con retraso en el desarrollo o con alguna alteración física, debido al parentesco que hay entre ella y su pareja. Aunque los médicos le han indicado que no hay riesgo alguno.

Su pareja y ella decidieron adoptar un hijo. Alma está muy contenta pero se ha dado cuenta que no tiene la paciencia suficiente para educarlo. Se desespera y le grita.

En ocasiones lo ha golpeado. Después de agredirlo ella piensa que es injusta y se aprovecha porque el niño no puede defenderse y responder de la misma manera, sin embargo, aunque se hace el firme propósito de tranquilizarse, siempre cae en lo mismo, así que cree que no se merece tener hijos.

Esta situación ha ocasionado discusiones entre Alma y su pareja. El reclama que ella maltrata mucho a su hijo. Ella reprocha que él sea muy permisivo y que esté poco tiempo con el niño.



El eje central de la identidad femenina lo constituye la maternidad (Lagarde, 1997; Dio Bleichmar, 1991). Una mujer no se puede concebir como tal sin ser madre y difícilmente una mujer puede renunciar a dicha condición sin ser recriminada por los demás o por sí misma.

Alma es una mujer que no desea ser madre (al menos no en el momento en que su pareja lo desea), pero no lo expresa abiertamente, percibe la emoción de su pareja ante la idea de ser padres así que decide apoyarlo aunque esto vaya en contra de sus deseos.

El problema de fertilidad que Alma presenta es una resistencia (inconsciente) de aceptar la maternidad

ya que finalmente los médicos llegaron a la conclusión de que no había algún problema físico que impidiera el embarazo.

¿Por qué Alma no admite que no desea ser madre? Probablemente por las críticas que ello traería a su persona que pondrían en tela de juicio su calidad de mujer, así que para ella es mejor que digan “pobre mujer, quiere un hijo y no lo puede tener” a que expresen “que desgraciada, como voy a creer que no quiera un niño”.

Finalmente adopta un niño porque cree que ahora sí lo quiere tener, pero sus insatisfacciones como persona y como pareja se reflejan en el trato con su hijo. Los gritos y los golpes que le da a su hijo la hacen sentir culpable, cree que es mala madre y por eso Dios no le ha concedido el don de procrear a un hijo propio.

TRABAJO

Alma trabajó como secretaria de los 17 años hasta los 27 años. Después de que se casó dejó su empleo por decisión propia. Considera que no tiene necesidad de trabajar ya que su esposo cubre todos los gastos que surgen.

No desea buscar empleo aunque a veces se aburre en la casa. No realiza alguna actividad deportiva debido a que tiene su columna vertebral desviada. Puede practicar natación y caminar pero ninguna de las dos le motiva.

Desea que su esposo pase más tiempo en la casa y de esta manera le demuestre que ella es importante para él.



Alma igual que muchas otras mujeres desean que su pareja sea quien se ocupe de satisfacer sus necesidades, pero cuando se dan cuenta de que el comportamiento de él no está enfocado al cuidado de los vínculos afectivos (para eso están las mujeres), esto las lleva a sentirse incomprendidas e insatisfechas, pues finalmente se dan cuenta que el “príncipe azul” que les prometieron simplemente no existe.

Alma no se percibe como una persona capaz de llevar a cabo lo necesario (trabajo extradoméstico, deporte, reunión con amistades, etc.) para encontrar satisfacción en su vida.

La imagen de sí misma como una persona enfermiza, débil, negativa, triste y miedosa, le hace creer que necesita de alguien más para poder vivir, se percibe como dependiente de su pareja tanto económicamente como emocionalmente y cree que si su esposo cambia (permanece más tiempo en casa con ella) ella podrá ser feliz.

Como las situaciones no se dan como Alma quiere, esto se convierte en una razón más para deprimirse, la depresión es una muestra de que ella es una persona infeliz pero también sabe que este es el camino para obtener lo que quiere, así lo ha hecho otras veces.



¿Cuáles son las ganancias de ser la enferma?

Alma no aprende a manifestar verbalmente lo que le molesta, cuando la culpan de algo que no hizo, se enoja, pero no discute para defenderse. Cuando su padre la golpea, no llora frente a los demás, se va a un roncón en donde nadie la vea.

Siendo adolescente Alma no comunica sus deseos de salirse de la escuela y dedicarse a trabajar para ayudar a su familia, lo que hace es mantenerse callada y sus dolores de cabeza aumentan en intensidad y frecuencia, lo que le sirve de argumento para sí misma y para los demás, para demostrar que la escuela no es un lugar para ella. Sin embargo, años más tarde decide ingresar a la escuela y logra terminar una carrera de secretariado (sin problemas de migraña).

Más tarde, cuando su madre se opone a la relación entre ella y su primo, tampoco ve la posibilidad de hacer valer sus deseos. Opta por deprimirse, se encierra en su cuarto (quiere estar sola y en silencio), no quiere comer, no quiere hablar, hasta que consigue que su madre permita tal relación.



Alma quiere creer que el hecho de que su madre aprobara la relación con su actual pareja, permitió que su vida se salvara ya que no tenía deseos de vivir.

El hecho de que Alma estableciera una relación amorosa con un primo, la coloca en una situación de inmoral pues va en contra de los principios implantados en nuestra sociedad. En la depresión encuentra una buena justificación a sus actos tanto para ella como para los demás, pues el fin justifica los medios, y el objetivo es salvar la vida, y en nuestro entorno la vida es lo más valioso que tenemos.

La experiencia se repite cuando Alma no desea ser madre (se enferma y presenta una supuesta esterilidad) y posteriormente cuando establece una relación amorosa fuera de matrimonio. Ambas experiencias van en contra de lo que una mujer debe ser. Ser mujer significa ser madre (Lagarde 1992) y no desear la maternidad es in en contra de la "naturaleza" femenina. Por otro lado, la relación extramarital le hace tomar la posición de "amante" y con ello todos los calificativos negativos para una mujer (seductora, buscona, mujer que no es digna de matrimonio, coqueta, incomprensiva, etc.)

Para Alma es difícil enfrentar las críticas a sus actos, así que su opción es enfermar. Las condiciones psicológicas (duelos no resueltos) y socioculturales (el deber ser de las mujeres) de la familia permitieron que Alma encontrara en la enfermedad una forma de vida.





**"LA MUJER,
HIBRIDO DE TERNURA Y FORTALEZA,
DE INTELIGENCIA E INCOHERENCIA,
DE DUDA Y DECISION,
DE GUERRA Y DE PAZ. . ."**
J.M UTRILLA (2003)

Martha

Aunque Algunos autores han encontrado que las mujeres quienes cuentan con un trabajo remunerado están menos propensas a manifestar síntomas de depresión (Matamoros y Soria, 2003), esto está lejos de ser una realidad ya que las mujeres no dejan de lado su labor de madres y amas de casa aún cuando tengan un trabajo extradoméstico y contribuyan en los gastos económicos. Por el contrario aumentan sus responsabilidades y esto les genera grandes cantidades de estrés y por consiguiente son más propensas a manifestar síntomas depresivos, (Sánchez, 1992).

Por supuesto que la manera en que las mujeres asumen la responsabilidad de cuidar su trabajo, su familia, su pareja, y su casa, están estrechamente vinculados al concepto de SER MUJER. Flores (2000) indica que la independencia en el hombre permite una mayor dedicación a su trabajo aumentando su competencia y competencia en las tareas que se propone, situación que no vive la mujer ya que la estructura de división en el mercado de trabajo está conectada a la estructura de roles atribuidos en el seno de la familia

El caso de Martha que a continuación se presenta, ilustra los mensajes que esta mujer recibe en su infancia indicándole lo que debe ser y hacer, para cumplir con el concepto de mujer vigente en su entorno, los mensajes que recibe hacen que Martha se exija el nivel de excelencia en todos los ámbitos en los que se desenvuelve.

MARTHA

45 Años, Nació el 4 de septiembre de 1956 en El Estado de Jalisco. Casada desde hace 20 años. Tiene 3 hijas de 8, 16 y 18 años. Trabaja como secretaria en una escuela pública de educación media superior.



MOTIVO DE CONSULTA

Presenta problemas de salud como Glucosa alta, problemas de tiroides, tumor en la cabeza, problemas de riñones, colítis, gastritis, problemas crónicos de garganta, dolor en el pecho, quistes en los senos y en los ovarios, vitíligo, se siente cansada y pesadez en las piernas.

Trabaja como secretaria en una escuela. Después del trabajo se dedica a cuidar a sus hijas (hace de comer, ayuda en las tareas, lava la ropa). Se siente presionada porque no le alcanza el tiempo como ella quisiera, su casa no la ve limpia y no le gusta que su marido la vea sucia cuando él llega del trabajo.

Asiste a consulta porque se siente muy presionada ya que su hija mediana presenta síntomas de depresión y no sabe como manejar la situación. Esto le preocupa mucho a Martha ya que cree que su hija pudo haber heredado el problema mental de la abuela (madre de Martha), quien padecía de “alucinaciones”.

A veces Martha tiene ganas de llorar pero no lo hace porque piensa que con eso no gana nada, además de que está convencida de que el llorar “no se le da”. Se siente con desgano y casi siempre está cansada desde hace 5 o 6 años. En ocasiones asiente que no la motiva nada pero ella se convence a sí misma de que tiene que seguir.

Siente que está sola con muchas responsabilidades pero no se atreve a expresarlo abiertamente. Siente que va a continuar toda su vida así porque no encuentra algo que de solución a su malestar.

HISTORIA DE VIDA

Martha es la más chica de 4 hermanos. El mayor (José) se va a vivir con sus amigos cuando tenía 12 años y Martha tenía 5, posteriormente se va al ejército, casi no tienen contacto entre sí. La hermana que sigue (Marina) es cuatro años mas grande que Martha y se dedicó a trabajar hasta que se casó. Soledad es dos años mas grande que Martha y se dedicó a trabajar y a cuidar de Martha hasta que se casó.

Cuando Martha era pequeña vivían en un pueblo de Jalisco. Sus hermanas le platican que de pequeña (un año o año y medio) era flaca y pálida, tenía lombrices. No recuerda que la llevaran con el médico, solamente le daban Té (no sabe cuál). El problema de lombrices siguió hasta los 9 o 10 años.

A los 10 años la operaron de las anginas, porque padecía mucho de la garganta. Aunque no recuerda que antes de esto (operación) le dieran tratamiento.



A los 11 años edad le dio Sarampión. En estas fechas vivía con sus padres y su hermana Marina quien a su vez vivía con su pareja y su bebé. En esta ocasión su hermano les envió dinero para que llevaran a Martha con el doctor.

También recuerda que eran constantes sus dolores de cabeza, lo que lo atribuía al humo de la estufa de petróleo que usaban. Cuando Martha tenía 12 años, Marina se fue con su familia a Puebla. Martha iba a pasar las vacaciones con ella, pero recuerda que los dolores de cabeza seguían aún cuando su hermana tenía estufa de gas.

Actualmente Martha se considera enfermiza, piensa que es una condición en la que ha permanecido desde pequeña. Los constantes malestares que Martha vivió desde muy joven probablemente se deben a la falta de cuidados por parte de su familia, sin embargo, Martha asume esta situación como un problema individual. Es decir, considera que hay “algo” en ella (debilidad) que no le permite gozar de buena salud, así que vive con su etiqueta de enfermiza.



A los 13 años vivía con sus padres en la casa de Marina. Recuerda haber visto llorar a su padre, porque el esposo de Marina lo criticaba mucho, por comportarse como un campesino, ya que usaba sombrero, tenía muchas cosas bajo su cama, no se lavaba las manos para comer, y no sabía leer.

Martha considera que no trataban bien a su padre (el cuñado y la hermana) porque era un “hombre de campo”. El señor padecía dolores reumáticos y se quejaba de sus piernas. En este tiempo murió de embolia, por lo que Martha se quedó a vivir con su hermana Marina junto con su madre y los hermanos les ayudaban a solventar los gastos de ambas.

Al terminar la carrera de secretariado (15 años) fue a vivir un año con Marina para buscar trabajo, pero no lo encontraba por la edad. Recuerda que la primera vez que pidió empleo la acompañaron su hermana y su mamá. Se sentía muy nerviosa y reprobó las pruebas que le aplicaron. Su hermano le decía que era “una pendeja”.

A los 16 años pidió empleo por segunda vez, y aunque la persona quien le aplicó los exámenes era conocida de la familia, Martha no dejó de sentir miedo. En esta ocasión tampoco la contrataron.



Cuando cumplió 19 años Martha se fue a Oaxaca a vivir con su hermano. En ese lugar tuvo su primer empleo. Ella recuerda que no se quería ir dejando sola a su madre pero sentía la necesidad de trabajar y por ello se fue.

Trabajó como ayudante de la secretaria en unas oficinas que compraban café a los cultivadores y lo exportaban. Ganaba el salario mínimo y la mitad de éste se lo daba a la cuñada por los gastos generados en la casa.

En ese lugar estuvo trabajando unos meses y después consiguió empleo como secretaria en una escuela Normal para Maestros. Su sueldo era mucho mejor y se sentía a gusto, pues salía de trabajar a las dos de la tarde y eso le permitía seguir estudiando la secundaria abierta, quería ser maestra.

Su hermano se divorció y Martha siguió viviendo con la cuñada por un tiempo. Su idea era independizarse y llevar a su mamá a vivir con ella. Por este tiempo le avisan sus hermanos que su madre se encontraba muy enferma. Martha pide permiso en su trabajo, cuando llegó a la casa de su hermana, su madre estaba muerta.

Martha se queda en México con otra hermana. Sigue trabajando y estudiando al mismo tiempo. Logra concluir su Secundaria. Consigue el empleo que actualmente tiene, en el que ha permanecido por 18 años.

El hecho de que Martha haya visto a sus hermanas trabajar le permitió visualizarse como una persona capaz de realizar actividades fuera de casa. Generalmente son los hombres quienes proveen a la familia, pero en el caso de Martha los hombres no cumplieron con este rol. Su hermano se fue de la casa desde muy joven y su padre no obtenía el suficiente dinero como solventar todos los gastos.

Las mujeres se vieron en la necesidad de trabajar fuera de casa, Martha se enfrentó al rechazo por parte de los empleadores (por su corta edad y por la falta de experiencia) y a la presión familiar, sobre todo la del hermano quien la insultaba cuando no obtenía el empleo.

Martha vive esta situación como un defecto personal, piensa que ella es “muy tonta” y por eso no obtiene el empleo que quiere. Esta forma de concebirse permite que en sus empleos acepte los abusos de los demás hacia su persona, realizando más trabajo del debido (por el mismo salario) y asumiendo responsabilidades que no le corresponden. Aunque a veces quiere decir “no”, se siente comprometida y agradecida por que no cualquier mujer tiene un empleo como el ella.



RELACION CON LA MADRE

Martha recuerda que era difícil convivir con su madre. Esta padecía de una especie de esquizofrenia (nunca la llevaron con un médico), sentía que la perseguían, platicaba sola o de repente estaba muy enojada.

El papá y las hermanas mayores trabajaban. Martha se quedaba sola con su madre desde que salía de la escuela. De repente su mamá la pellizcaba en cualquier parte del cuerpo y le decía “por tu culpa”. Martha se asustaba y lloraba. Recuerda que siempre traía moretones en su cuerpo.

Martha recuerda que su madre, debido a su padecimiento, no podía cumplir con las labores de madre y ama de casa, (no hacía de comer, lavar, etc.). El padre de Martha era quien se ocupaba de esas labores. Por lo que Martha evoca que al llegar de la escuela siempre había frijoles hervidos y chile, no se le antojaban y se iba a jugar con sus vecinas, quienes la invitaban a comer. Esta situación la ponía triste porque ella quería una madre como la de sus amigas.

También, Martha se recuerda como una niña poco aseada, su madre no se podía ocupar de ella, así que Martha aprendió a usar la estufa de petróleo para bañarse ella misma, aunque esta situación no le agradaba tanto ya que veía que sus amigas eran arregladas por sus madres. A estas niñas las veía bonitas y Martha se sentía fea.

A Martha le duele no haber podido ayudar a su madre, esta era víctima de burlas por parte de niños quienes le gritaban “loca”. Martha sentía tristeza y vergüenza a la vez, no sabía que hacer o qué decir y por lo general, terminaba llorando.

La daba tristeza ver que su madre no se encontraba en sus “cinco sentidos”. Cuando Martha era pequeña (6 u 8 años) y escuchaba hablar a su madre de gente que la perseguía o gente que les quería hacer daño, ella creía que era verdad y lloraba, recuerda que le daba miedo.

Cuando llegaba el papá del trabajo le explicaba a Martha que su madre decía cosas que no eran ciertas, pero ella no entendía porqué le pasaban esas cosas a su madre. Con el tiempo, aprendió que su madre tenía ratos tranquilos (no se sentía perseguida o atacada) y momentos de crisis.

En los momentos en que la mamá de Martha se encontraba tranquila, la señora platicaba con su hija, la abrazaba y le preparaba comida sabrosa, lo que hacía sentir feliz a Martha.

Martha no sabe cuál fue el origen del padecimiento de su madre. Sus hermanas le dicen que después del nacimiento de Martha la mamá empezó a



manifestar cambios emocionales. Antes de esto todo era “normal”. Ellas piensan que probablemente se debió a que su madre vivió una infancia muy difícil. Desde pequeña perdió a su madre y vivió con una madrastra que la golpeaba cruelmente.



La subjetividad de una mujer se forma con la constante convivencia con la madre, ésta es quien le transmite a la hija lo que es SER MUJER. La imagen materna que Martha recibe de su madre no corresponde a la “madre ideal”. No está al cuidado de sus hijos en ningún sentido, no está al pendiente de la limpieza de casa, ropa, etc. No proporciona seguridad emocional como una madre sana y fuerte, por el contrario su presencia provoca incertidumbre y miedo.

Los recuerdos que Martha tiene con relación a su madre, le provocan tristeza ya que considera que le faltó la convivencia con ella, por lo cual pasó una infancia sintiéndose sola. Inconscientemente Martha optó por ser un modelo de madre diferente a la que ella tuvo. Se esfuerza por estar al pendiente de lo que a sus hijas les hace falta (física y emocionalmente). No quiere dejarlas solas para que ellas no vivan lo que Martha vivió (el abandono de su madre).

RELACION CON EL PADRE

A su padre lo quería mucho, lo recuerda como una persona trabajadora y tranquila. Nunca lo vio borracho y no tenía ningún otro vicio. Considera que su padre era una persona sana.

Cuando él murió, Martha se sintió totalmente desprotegida. Además de que su sueño de trabajar y darles lo necesario a sus padres se vino abajo. Sentía el deseo de comprar una casa para ellos en la que se sintieran cómodos y no recibieran ofensas por parte de familiares y vecinos, por ser la madre una enferma mental y el padre un campesino.

Martha se sentía con el deber de cuidar y proteger a sus padres ya que los demás hermanos se habían casado, pero esto no lo pudo realizar ya que sus padres murieron antes de que ella pudiera ser independiente económicamente.

Martha vio en su padre a un modelo de hombre, la convivencia con él la hace sentirse segura y protegida, a pesar de que éste es un adulto mayor que en Martha inspira el deseo de protegerlo. La muerte del señor provoca en Martha desamparo y soledad que mas tarde desea sanar con una relación de pareja.

RELACION DE PAREJA

En Oaxaca conoció a quien actualmente es su pareja. Ella lo consideraba un buen amigo y no tenía pensado ser su novia. Cuando murió su madre, ella



vino a vivir a México y Rodolfo (su pareja), dejó su pueblo natal para continuar viéndola. Después de un año de noviazgo se casaron.

Martha se sentía ilusionada porque pensaba que ya no se iba a sentir sola. Se imaginaba que pasarían juntos mucho tiempo y ella tendría con quien platicar, ir al cine, de paseo, etc. Sin embargo, el trabajo de él lo ocupaba todo el día y sólo lo veía en las noches. En ocasiones él se iba con sus amigos y acostumbraban beber alcohol. Llegaba en la madrugada y por lo general no le avisaba a Martha que iba a llegar tarde. Lo que hacía que ella se preocupara por el bienestar de él pero al mismo tiempo sintiera mucho coraje.

Ella se sentía decepcionada sobre todo porque durante su noviazgo, no se percató que a él le gustaba alcoholizarse.

Cuando nació su segunda hija (Erika), tenía varios problemas con su esposo, sobre todo porque a él le gustaba reunirse con sus familiares para tomar alcohol. Y en alguna ocasión él la golpeó en estado de ebriedad.

Actualmente Martha siente que no hay comunicación con su pareja. El ha cambiado, se muestra cooperativo en las labores del hogar, no bebe alcohol y procura llegar más temprano para ver a sus hijas. En estos aspectos Martha menciona no tener problemas pero no platican acerca de sus asuntos personales.

Ella se siente sola y en ocasiones ha pensado que necesita a alguien que le de ilusiones para vivir, pero está convencida de que no quiere tener un amante, en primer lugar, porque no existe algún hombre que le interese y en segundo, porque desea conservar a su familia.

La relación que establece con su esposo está enfocada al cuidado de sus hijas y al hogar. Difícilmente se comunican uno al otro lo que sienten o piensan de sí mismos por miedo a generar problemas. Las actitudes que a ella le molestan de él, es la constante ayuda (económica y moral) que él da a su familia (madre y hermanos). Martha piensa que no es justo que ella aporte todo su sueldo para los gastos de la familia y cuando quiere comprar algo para su persona no puede porque no le alcanza, mientras que su esposo ayuda a sus familiares.

Martha ha manifestado su enojo a su pareja pero éste le dice que ella es una egoísta y envidiosa. Ella, para no discutir más se calla y siente que esto ha deteriorado su relación.

En el aspecto sexual ella no se siente querida o deseada. Mantiene relaciones sexo genitales una vez cada mes o dos meses. No siente satisfacción.



El enamoramiento es parte de la identidad femenina y tiene como característica principal “ser para los otros”. Las mujeres nos objetivamos como seres para los otros en el amor, (Lagarde, 1992).

Martha aprendió que una parte fundamental en la vida de una mujer la conforma el matrimonio, la vida en pareja. Lo asumió como algo “natural”, no se cuestionó si quería casarse o no, simplemente sabía que lo iba a hacer, como lo hicieron todos y cada uno de sus hermanos.

Deseaba encontrar en su pareja la comprensión, el compañerismo, la protección, la solidaridad, reciprocidad, etc. Deseaba encontrar a la persona ideal cuya presencia lograra llenar el vacío y la soledad que había vivido desde pequeña, quería encontrar su “media naranja”.

Al casarse realiza su máximo esfuerzo para que su matrimonio marche bien. Se dedica al cuidado de la casa (no quiere que él la encuentre sucia), a la educación de las hijas, y mantiene su empleo para ayudarlo a él en los gastos del hogar y de las necesidades de las hijas. Pero no encuentra una respuesta parecida por parte de su pareja.

Martha se siente defraudada porque a estas alturas de su vida se ha dado cuenta que ha dado mucho. Ha sido una persona que proporciona ayuda (económica y emocional), cuidados, atención, y hasta ha permitido que su cuerpo sea utilizado para proporcionar satisfacción sexual a costa de la insatisfacción propia. Como lo indica Basaglia (citada en Nájera, 1998) su cuerpo es “cuerpo para otros” y está destinado a proporcionar cuidados vitales, y no se asocia con el goce y el placer, sino con el amor, el compañerismo o la obligación de cuidar a otros. Y en este sentido Martha ha cumplido con lo que “supuestamente” le corresponde, por eso se pregunta qué es lo que él quiere, porqué no son felices, porqué todo es tan monótono, qué hizo mal.

Algunas mujeres como Martha piensan que hay algo en ellas que no funciona “bien” ya que no han sabido motivar a su pareja para que éste muestre interés en la relación o se muestre feliz en ésta. Como si de ellas dependiera el éxito de una relación de pareja. Así que asumen la responsabilidad y dan todo (tiempo, cuidados etc.) hasta olvidarse de sí mismas y se culpan por no conseguir el tipo de relación que alguna vez soñaron (en la que se sientan completas, plenas, satisfechas, gozosas).

No logran diferenciarse del otro (o la otra) y piensan que sus deseos son los mismos que los de su pareja. Piensan que ellas y su pareja son la misma persona.

Martha vive su relación de pareja de esta manera y piensa que no le queda otra alternativa más que aguantar la situación. Aún cuando ya no siente atracción hacia su esposo, siente que no coinciden en muchas cosas (no tienen intereses en común), se siente incomprendida y no se siente amada no se imagina como una



mujer divorciada. No se imagina como una mujer sola, esto la remontaría a su niñez, en la que vivió carencias afectivas.

Por otro lado, Martha puede ser independiente económicamente pues cuenta con un trabajo remunerado, sin embargo es más fuerte su deseo de tener un hombre a su lado.

RELACION CON LAS HIJAS

Ninguna de las hijas fue planeada, pero si las deseaba. Después de que nació la segunda hija, Martha empezó a tomar anticonceptivos. Después de siete años falló el método de control natal y se embarazó. Después del nacimiento de su tercera hija decidió operarse para no tener hijos.

Con las hijas se muestra sobre protectora. Le da miedo que sus hijas anden solas en la calle, inmediatamente piensa que pueden sufrir un accidente o que las van a asaltar. Procura ir con sus hijas a hacer sus tareas cuando tienen que ir a Museos, exposiciones, etc.

A Martha tampoco le gusta salir sola, cuando tiene que hacer una diligencia pide a alguna de sus hijas que la acompañen. Ellas no siempre quieren ir por lo que Martha cree que son unas desconsideradas.

Considera que la responsabilidad de sus hijas es estudiar por lo que procura no pedirles que realicen actividades en la casa (aseo del hogar) para que no se distraigan de sus tareas escolares.

Sus hijas opinan que Martha tiene el deseo de que haya buena comunicación entre ellas (mamá e hijas), pero consideran que a veces Martha se mete en conversaciones que no le incumben.

La hija mayor se queja porque su mamá le llama continuamente por el celular para saber en dónde anda. Por su parte Erika (quien presenta síntomas depresivos) menciona que su madre la hace sentir inútil. No la trata como a su hermana mayor a quien considera responsable y madura.

Martha considera que sus hijas son unas desconsideradas porque no valoran lo que ella hace para cuidarlas. Por otra parte, se ha dado la tarea de estar al pendiente de lo que sucede en la casa, porque a veces su esposo o sus hijas dejan las puertas abiertas, luces encendidas, etc. Las hijas consideran que ella es una exagerada.

Para el común de las mujeres, la maternidad no es una elección consciente, simple y sencillamente se asume como parte del SER MUJER. Martha asume que va a tener hijos, no sabe cuántos ni en qué momento tenerlos. Su pareja también



da por hecho que ella quiere ser madre, en ningún momento le pregunta a ella su opinión acerca de la maternidad (si quiere ser madre).

Martha vive una maternidad estereotipada. Los otros (hijas) son quienes le dan sentido a su ser. Los cuidados que ella proporciona a sus hijas la mantienen ocupada casi todo el tiempo, no le queda espacio para ocuparse de sí misma y cuando lo hay prefiere ocuparlo en más atenciones para las hijas.

Ahora que dos de sus hijas son adolescentes y que se mantienen más tiempo alejadas de Martha, ésta emplea nuevos medios para estar al tanto de los movimientos de las hijas, como por ejemplo, estar llamando por el celular.

Martha cree que está cumpliendo con su papel de madre eficiente y las quejas de sus hijas (quienes consideran que su madre está todo el tiempo sobre ellas) le hacen pensar que son unas desconsideradas que no saben valorar todo lo que Martha hace por ellas. Nuevamente se siente defraudada e insatisfecha piensa que es lógico que una madre se interese tanto por sus hijas, sin embargo no se explica qué es lo que está haciendo mal.

SALUD

Actualmente su salud no es muy buena. Su glucosa está alta (147), aunque no la han declarado como diabética. Presenta problemas de tiroides. Tiene un tumor en la cabeza que le están controlando con medicamento. Presenta problemas en los riñones (le duelen). Tiene colitis, gastritis, problemas crónicos de garganta, dolor en el pecho porque tienen quistes, presenta quistes en los ovarios, y mal de pinto que empezó en el abdomen y en los brazos. Siente cansancio y pesadez en las piernas.

Martha se queja porque a pesar de sus malestares no puede descansar, porque tiene que estar pendiente de sus hijas (ayudarlas en las tareas, hacer la comida y servirles) y hacer el aseo de la casa porque le da pena que su esposo la vea sucia, aunque en ocasiones él hace aseo cuando llega del trabajo.

En el trabajo cumple con todo lo que le corresponde hacer pero cuando le pide que se quede tiempo extra no sabe decir que no, aún cuando sabe que no le pagarán ese tiempo y que se retrasa en los quehaceres de su hogar. Le gustaría decir que no, pero se siente culpable, no quiere dejar de ser una secretaria eficiente.

En algún momento de su vida quiso estudiar para ser maestra pero debido a la falta de recursos no lo logró, ahora piensa que ya no tiene edad para hacerlo y no tiene tiempo para estudiar. Se siente frustrada.

Le gustaría salir a pasear en familia pero debido a los problemas económicos no lo hacen. Se siente encerrada.



Martha es una mujer en quien se puede ver la dependencia emocional a pesar de la independencia económica. Una mujer quien vive -para los otros- (esposo, hijas, trabajo, etc.) y poco tiempo se dedica a sí misma. Dedicar tiempo para cumplir sus deseos (seguir estudiando para ser maestra) implicaría descuidar a su familia como lo hizo su madre, aunque esta última tiene justificación ya que su padecimiento mental se lo impedía.

Martha vive deseando una vida diferente, pero no se atreve a hacer los cambios necesarios y se culpa porque se cree “tonta”, “débil” y “enfermiza” siente que ha fallado en todo (su todo son los otros), se lo recuerdan los reproches de sus hijas, la indiferencia de su pareja, el desarreglo de la casa y por supuesto su propia insatisfacción. Tiene ganas de llorar e irse lejos y no saber de nada pero piensa que esto no es posible y opta por quedarse y seguir aguantando la situación en la que no la motiva nada. Los gritos que da a sus hijas es una forma de canalizar su coraje y su impotencia.

TODO ANTES QUE ESTAR SOLA

Martha creció sola, ya que es la hermana menor (entre ella y la hermana que sigue hay una diferencia de más de 10 años). La enfermedad mental de su madre impidió una relación en la que pudiera sentirse segura y protegida. La muerte de su padre (cuando ella tenía 13 años) representa una gran pérdida ya que con él podía platicar y sentirse acompañada.

Sentirse sola la llevó a casarse con un hombre no le gustaba físicamente, pero que estaba dispuesto a formar una familia como ella había soñado. Tenía la idea de que él cubriría la necesidad de afecto que no lograron satisfacer sus padres.

Aunque no recuerda que su padre golpeará a su madre, Martha permitió ser maltratada de esa manera. El motivo por el que ella aguanta los golpes es porque no quiere quedarse sola (la soledad la remonta a una infancia triste), aunque el argumento que da a los demás hace gala de sus cualidades de buena madre (el sacrificio). Su argumento es que no quiere que sus hijas vivan sin una familia y sin un padre. Después de todo considera que su esposo no es tan mala persona, solo cuando ha tomado (que han sido pocas veces) la ha golpeado. Tiene mucho tiempo que no hace eso.



Por el contrario ella se preocupa por él. Martha se enoja porque él no cuida de su salud ya que considera que él trabaja mucho y descansa poco (no duerme bien). Martha está pendiente de lo que le hace falta a su pareja (física y emocionalmente) porque cree que ese es su deber de esposa y ella se molesta cuando él la critica de aprehensiva.

La relación de Martha se caracteriza porque ella vive un doble sentimiento, materniza la relación con su esposo (lo trata como a un hijo más) y al mismo tiempo requiere de la protección de él. Quiere que él le proporcione afecto y comprensión que la hagan sentirse segura y acompañada.

LA MUJER ES LA BASE DE LA FAMILIA

¿Por qué Martha cuida tanto a su familia a expensas de su salud? Indudablemente quiere a sus hijas como cualquier otra madre (porque así lo han aprendido, no porque sea algo natural), pero sobre todo porque Martha viene de una familia en la que la madre debido a su problema de salud mental no pudo estar al cuidado de los demás. Inconscientemente Martha aprende que solo hay una razón por la que una mujer puede estar justificada para no ejercer su rol de madre. La enfermedad mental. Cualquier otra enfermedad no es suficiente como para dedicarse un poco de tiempo para sí misma y descansar.

Es cierto que a veces no soporta la doble jornada de trabajo a la que está sometida y entonces vienen las ganas de llorar. Cuando siente que las lágrimas van a salir, se “controla” y se dice a sí misma que con eso no arregla nada. No se imagina llorando.

¿Qué es lo peor que puede pasar si Martha se deja llevar por el llanto? Pierde el “control” de la situación. Después del llanto ¿qué sigue?, no lo sabe porque no se ha dado la oportunidad de experimentarlo, pero tiene miedo de perder el control.

Martha se permite llorar hasta donde cree que es “normal”. Si rebasa la línea hacia lo “anormal”, entonces corre el riesgo de perder el control, como lo perdió su madre y ser catalogada como “enferma mental”. Pero la contención de sentimientos y la culpa son el origen de su depresión.

Martha ha logrado librarse del “fantasma” de su madre. Ella no heredó su problema mental. Martha no tiene delirios de persecución y no tiene lagunas mentales. El problema de Martha es la depresión y lo que ella le resulta increíble es que su hija mediana esté recibiendo tratamiento para la depresión que presenta. Le resulta difícil aceptar que haya otro caso en la familia con un problema de salud mental.

Por otro lado, Martha es una mujer que ha asumido los elementos simbólicos que constituyen el SER MUJER. Como madre ha desarrollado sus cualidades de bondad, receptividad y generosidad; como esposa se ha mostrado comprensiva, solidaria, fiel, complaciente y cariñosa; como ama de casa se nota que siempre ha



estado al servicio de los otros; y finalmente como trabajadora se ha mostrado responsable de sus labores.

Martha se encuentra completamente identificada con el género que le corresponde sin embargo, ello no es garantía de que viva una vida plena y saludable, por el contrario, vivir la femineidad de manera estereotipada la ha colocado en un callejón sin salida. Por una parte siente que todos los esfuerzos que hace por mantener contentos a los otros no son suficientes pues las quejas de sus hijas y su pareja se lo indican (sobreprotectora, metiche, necia). Lo cual la hacen sentir fracasada. Por otro lado, cuando ha querido manifestar sus inconformidades se gana el calificativo de exagerada, aprehensiva, gritona e incomprensiva.





REFLEXION DEL CAPÍTULO III

La depresión es un síndrome que en su proceso de construcción es cruzado por una serie de aspectos como los hábitos alimenticios, las emociones, los hábitos de trabajo y descanso, el cuidado del cuerpo, las creencias religiosas, y por supuesto el género.

El género se define como la red de creencias, rasgos de personalidad, actitudes, sentimientos, valores, conductas y actividades que diferencian a mujeres y hombres, como producto de un proceso histórico de construcción social, que crea asimetrías entre los sexos, (Burín, 1993).

El análisis hecho en este trabajo ha permitido ver que genéricamente las mujeres son más vulnerables a la depresión debido a que cotidianamente viven las contradicciones de la femineidad.

En la actualidad el discurso de la femineidad describe a las mujeres como independientes (tanto física, económica y emocionalmente), con libertad de expresión, con poder sobre su cuerpo (se perciben como sujetos con deseo sexual y viven el placer sexual; toman decisiones en torno a la maternidad) y su vida, (tienen derecho a dedicarse a las ciencias, las artes, a la política, a los deportes, etc.) y no necesariamente deben ser madres, esposas y amas de casa para ser consideradas femeninas.

Sin embargo, en el transcurso de este capítulo se puede observar que la realidad que viven las mujeres crea un choque emocional en ellas ya que cumplir con el estereotipo de femineidad las lleva a desarrollar cualidades afectivas como la dependencia, sumisión, impotencia, docilidad, servilismo, carencia, orfandad, inseguridad, miedo, soledad, culpa, etc, mientras que vivir la femineidad separada de la maternidad y el matrimonio coloca a las mujeres como blanco de constantes críticas que las descalifica y ponen en tela de juicio su calidad humana. Ambos caminos conducen a la culpa, la vergüenza, la insatisfacción, la frustración, el enojo, el deseo de ser perfecta, entre otros, los cuales son la base para el desarrollo del síndrome depresivo (Bleichmar, 1990). En ambos casos las mujeres deben cumplir con un “deber ser”, como esposa, ama de casa, madre, trabajadora, etc., deben contar con una serie de requisitos que no siempre pueden cubrir.

“Las mujeres son libres de actuar sobre sus vidas y sus cuerpos”. En teoría sí, en la practica no. Las mujeres no son libres de acceder a sus cuerpos sino es con fines de procreación y dentro del contrato matrimonial. Las relaciones sexuales prematrimoniales son vividas por muchas mujeres como una desobediencia a las normas morales y no como una experiencia de satisfacción física y emocional, y aún cuando logren experimentar agrado, se vive con culpa.



“Las mujeres tienen derecho al goce sexual”, parece ser sólo una frase publicitaria para la venta de anticonceptivos y artículos para incrementar el deseo y el placer sexual, porque para las mujeres sigue prohibido el acceso a su cuerpo.

El tema de la virginidad es considerado como tema del pasado, nos imaginamos que solamente nuestras abuelas tenían que cumplir con este requisito, pero en realidad aún persiste. Las historias de algunas mujeres como Yolanda y Lulú muestran que sus madres no les perdonan el hecho de embarazarse fuera del matrimonio. La preocupación de las madres no es la falta de recursos económicos ni tampoco la inmadurez emocional de las hijas (la falta de herramientas para educar a un hijo), sino que el embarazo es una prueba de que ellas son unas “locas”, unas “ofrecidas”, y el retiro de toda ayuda (por parte de la madre) es una forma de reprenderlas.

Otras mujeres reconocen que no sienten satisfacción sexual con sus parejas pero no se atreven a manifestarlo por miedo a la represión con frases como “eres una frígida”, “es que no sabes hacerlo”, “tu nunca tienes ganas”. Tienen actividad sexual sólo para complacer a su pareja, su cuerpo es usado para dar satisfacción pero no para recibirla.

De esta manera la relación de pareja se torna más maternal que sexual. En ella se busca el compañerismo, el cariño y la comprensión. Se considera que a las mujeres les interesa muy poco el sexo, son más tranquilas, “se les alborotan menos las hormonas”, “pueden pasar mucho tiempo sin sexo”, etc. Pero estas maneras de comportarse de las mujeres no son más que el reflejo del control que se ejerce sobre ellas para controlar su deseo sexual. A las únicas mujeres a las que les es permitido gozar de la satisfacción sexual es a las “locas”, a las “putas”, a las cuales no se les toma en serio, las relaciones que se establecen con ellas son “aventuras”, por lo tanto no son dignas del matrimonio y aquellas que si lo son, están entrenadas desde pequeñas pero no para que se desarrollen como sujetos con deseo sexual, sino como madres.

Independientemente de lo que las mujeres tengan en mente para su vida futura se les educa para ser madres. No se les pregunta si quieren, se da por hecho y lo primero que aprenden en el núcleo familiar es a desarrollar sus habilidades para cuidar a los otros, primero en el aspecto físico (limpiar su cuarto, lavar su ropa, asear sus trastos) y posteriormente el emocional (hacer lo posible porque no se enojen, impulsarlos, etc.). La maternidad no se elige, se asume como parte de la vida de una mujer.

Las mujeres cuyas historias de vida ya se han mencionado, fueron entrenadas desde pequeñas en las labores propias de la maternidad hasta que se identificaron plenamente con este rol, de tal manera que dentro de sus proyectos en su vida adulta se encuentra la procreación, el cuidado y la educación de los hijos. Se les hace creer que esta elección se da de manera “natural”, que las mujeres cuentan con un “instinto maternal”, pero en realidad todos los



comportamientos que comprenden a la maternidad son producto de un aprendizaje, son socioculturales.

Conceptualizar a una mujer sin ser madre resulta difícil para nuestro entorno, así lo demuestra el caso de Silvia, quien continuamente es cuestionada por la decisión que tomó hasta que finalmente reconsidera su determinación, lo cual la lleva a una crisis que desemboca en la depresión. Nuevamente se puede observar que “las mujeres son libres de elegir lo que desean en la vida” (discursos acerca de la femineidad), pero no de ejercerlo (no porque estén incapacitadas para ello) pues la presión social y cultural genera dudas acerca del propio comportamiento y ello conlleva a que las mujeres se perciban y den la apariencia de indecisas.

El caso de las mujeres quienes se deciden por la maternidad, deben seguir toda una serie de lineamientos, el primero de ellos es que deben ejercerla dentro del matrimonio. El caso de Lulú y Yolanda muestran que aquellas mujeres que procrean fuera del matrimonio son castigadas con comentarios como “eres una mensa, tarada, o pendeja”, “yo no te voy a ayudar”, “eres una cualquiera” etcétera; todas enfocadas a descalificar su moralidad.

Para ejercer la maternidad ya sea dentro o fuera de matrimonio las mujeres deben desarrollar toda una serie de atributos que garanticen la salud física y emocional de los hijos (biológicos y simbólicos) como el amor, la bondad, el altruismo, la generosidad, la comprensión, la renuncia, y la entrega.

El rol materno debe aceptarse sin quejas ni reclamos, las afirmaciones como “estoy cansada”, “ya me tienen harta”, “quiero que me dejen descansar, quiero dormir”, etc., son consideradas como una actitud grave en el comportamiento de una madre, así lo vive Yolanda quien constantemente recibe correctivos de su madre haciendo énfasis en que es una “desgraciada” “malagradecida” que no merece la bendición de los hijos y que algún día pagará todo lo malo que hace (quejarse de la maternidad mas no dejar de ejercerla).

En el caso de las otras mujeres (Ana, Martha, Soledad, Alma, Lulú) no necesitan a la madre física que les esté indicando si su rol como madres es o no adecuado, la tienen introyectada y son ellas mismas quienes se descalifican como madres, piensan que no hacen lo suficiente como para considerarse buenas madres.

Luego entonces, “las mujeres son libres de expresar...” ¿Expresar qué? Lo que no tenga que ver con cuestionar o quejarse de la maternidad. En este sentido las demandas son: “no te quejes”, “no hables”, “no te canses”, “no te irrites”, “no te enojés”, “no grites”, “mantente alerta”, “tenle paciencia”, “mantente despierta”, “aguanta los llantos”, “aguanta los desvelos”, “cárgalo”, “cuéntale un cuento”, “dedícale tiempo”, “lava su ropa”, “dale de comer”, Motívalo para que coma”, etcétera, etcétera. . . y todo hazlo con mucho amor.



Las mujeres que no hacen todo esto son calificadas como “desnaturalizadas” las que optan por una actividad distinta a la maternidad se les cuestiona su femineidad (¿acaso, será lesbiana?) y las que proponen que la maternidad sea una elección y no una obligación de las mujeres son catalogadas como “antinatalistas” (como las llama Gerardo Canseco, 1990).

Si las mujeres expresan su sentir son criticadas como insatisfechas, quejumbrosas, “pericas”, chismosas y revoltosas y si se callan entonces son unas infantiles que no saben expresar lo que sienten y lo que quieren, necesitan crecer, hacerse adultas. Esta es la manera como viven la femineidad las diez mujeres entrevistadas, como si ninguna situación las favoreciera. Las actitudes que adoptan les son criticadas y como consecuencia no se sienten satisfechas con lo que hacen.

En cuanto a la maternidad, simbólicamente coloca a las mujeres en una posición de adultez ya que se les considera capaces de cuidar y educar a su prole. Se les imagina con poder, sabiduría y liderazgo, pero estas cualidades perduran solamente ante un niño porque ante un grupo de iguales las mujeres son tratadas como un niño más dentro de la familia.

En el caso de Ana, su esposo la acompaña a todos lados (de compras, a caminar, etc.), no se percibe como capaz de efectuar todo lo que se proponga por sí sola, por lo tanto tampoco permite que su esposo la trate como autosuficiente. Martha recibe críticas y golpes de su pareja como si fuera una niña a la que hay que corregir. Yolanda no se percibe como una mujer responsable de sus sentimientos hacia su madre por lo tanto permite que su pareja la critique y la corrija continuamente. Lulú recibe críticas de sus hijas descalificando su autoridad. A Soledad le escucha su opinión para tomar decisiones dentro de su familia, pero en el momento de efectuarlas generalmente se hace lo que su esposo dice. Alma incluso demanda más compañía de su pareja.

Esta manera de comportarse solo es la prolongación de la niñez, pues como se puede ver en las historias de vida todas estas mujeres vivieron en ambientes familiares en los que no se les dio la posibilidad de ser autosuficientes, de desarrollar su capacidad de decisión, de enfocar su comportamiento hacia la autosatisfacción, de percibirse como personas capaces y valiosas. En lugar de ello se les hizo creer que necesitaban de alguien quien las protegiera, que satisficiera sus necesidades físicas y emocionales. Así pasaron de la tutoría de los padres, luego a la de los hermanos y posteriormente a la del esposo, y muy seguramente cuando sean adultas mayores dependerán de los hijos, Como menciona Cazalis (1978) la conducta infantil no es un rasgo típicamente femenino, es el resultado de una educación tendiente a hacerla dependiente (del varón y de lo que la rodea) y por lo tanto es la opción a la que tiene acceso.

A las mujeres se les considera como adultas porque su edad y su rol de madre así lo indican pero emocionalmente son niñas que continuamente están



demandando seguridad y protección, requieren de una madre. Generalmente esperan que la pareja cubra esas necesidades de tal manera que en el imaginario femenino el hombre encarna lo omnipotente, lo todopoderoso.

Algunas de las razones por las cuales las mujeres decidieron casarse fue porque deseaban encontrar a ese compañero que las comprendiera, que las hiciera sentir valiosas, que hiciera desaparecer, la soledad, la tristeza, la angustia, el dolor, el miedo, sin embargo, con la experiencia del matrimonio se dieron cuenta que su pareja no cumplió con las expectativas y por el contrario ellas se convirtieron en las madres de sus esposos, se ocupan de la limpieza de su ropa, de su comida, de su salud física y emocional, de apoyarlos en la economía del hogar, de motivarlos cuando se sienten preocupados, etc. Y cuando ellas no cumplen con estas demandas las críticas hacia su persona son muy fuertes. Así que los sentimientos que las mujeres presentaban antes de casarse se intensifican.

Como menciona Lagarde (1992) la vida de las mujeres está en constante tensión entre ser madres y no ser madres, entre ser hija y no ser hija, entre crecer y no crecer. Sobra decir que estas contradicciones no se dan de forma “natural” en las mujeres, son construidas social y culturalmente.

Socialmente las mujeres tienen un papel activo, se desempeñan como madre, esposa, ama de casa y trabajadora al mismo tiempo. Como género, a las mujeres se les reconoce su labor en cada uno de los roles que desempeña. A la mujer se le reconoce como “la base de la familia”, “activa”, “trabajadora”, “impulsora”, “creativa, ahorradora”, “inteligente”, etc. Sin embargo, como seres individuales, como mujeres de “carne y hueso”, las historias de vida muestran que algunas mujeres se enfrentan a toda una serie de sentimientos negativos ocasionados por la descalificación de su desempeño en las áreas que supuestamente le corresponde al género femenino.

¿Porqué decidieron ejercer estos roles, si no encuentran satisfacción en ellos?, como se pudo ver en las historias de vida, ellas no eligieron (no concientemente) dedicarse a la vida familiar, sino que su entrenamiento estuvo incluido en su educación. Aún aquellas que optaron por una profesión o un empleo extradoméstico, les fue difícil dejar de lado las labores relativas a la educación de los hijos, el aseo del hogar etc. lo que las llevó a experimentar una doble jornada de trabajo y con ello acumulación de estrés, el cual constituye una base para la construcción de una vida depresiva.

¿Las mujeres son autónomas, independientes? ¿Por qué? Porque tienen un empleo, porque no tienen la necesidad de pedir dinero, porque gastan su sueldo lo que quieren, porque estudian, porque cada vez conquistan mas lugares de acción que antes eran considerados masculinos, etc. Como resultado de ello se puede imaginar que las mujeres adquieren cada vez más seguridad en sí mismas, son decisivas, se asumen como sujetos con poder tanto en sus relaciones de pareja, en el trabajo, con sus hijos, con sus amigos, y con sus padres. Sin embargo por qué las estadísticas en lugar de mostrar disminución de casos de depresión en



mujeres, indican lo contrario. Los índices de depresión en mujeres aumenta año con año y la prevalencia sigue siendo de dos mujeres por cada hombre.

Hace algunas décadas se consideraba que la depresión predominaba en las mujeres que eran amas de casa, madres y esposas (Sanders, 1986; Colom, 1986), pero ahora se puede asegurar que también las intelectuales, las trabajadoras, las que no se deciden por la maternidad y el matrimonio, y las deportistas también se deprimen (Bleichmar, 1991; Burín, 1993), ¿A qué se debe?

En este trabajo se puede observar que el modelo de femineidad actual es estar en constante conflicto interno, no concuerda el discurso acerca del “deber” Ser Mujer, lo que se es, y el “querer” ser. Las constantes contradicciones son vividas como un defecto personal, como si las mujeres por “naturaleza” estuvieran llenas de contradicciones, indecisión, e inmadurez, que las lleva a la constante enfermedad mental.

Este trabajo muestra que las mujeres no son las insalubres sino el medio cultural en el que han sido educadas. Las mujeres cuyas historias de vida fueron analizadas en este capítulo tuvieron como modelo de femineidad a madres que siendo niñas nunca se sintieron seguras y protegidas, y en su vida adulta fueron humilladas, sometidas, abnegadas y con poco o nulo conocimiento de sí mismas como sujetos con capacidad y poder de expresión, de decisión, de autosatisfacción; y con derecho al respeto, al amor (no amor de pareja sino a la aceptación, al afecto, a la aprobación, a la motivación) y al placer. Como madres se mostraron dominantes, agresivas, controladoras, golpeadoras y poco cariñosas y comprensivas.

No se puede culpar a estas mujeres (madres) por no haber hecho su mejor papel como madres, pues como se puede ver en el análisis, su comportamiento se origina, paradójicamente, al deseo de querer cumplir con el deber SER MUJER.

El discurso acerca de la femineidad contiene muchos puntos contrapuestos que generan modos de vivir conflictivos que llevan a las mujeres a la depresión. La dependencia, la culpa, el miedo, la vergüenza, la insatisfacción, la frustración, la tristeza, el enojo, etc. son sentimientos que conforman la identidad femenina y también la depresión.

Este problema de salud mental cobra grandes dimensiones ya que si consideramos que en México 11 millones de mujeres son depresivas ¿cuál es el modelo de femineidad que están inculcando? ¿Cómo aprenden las niñas a ser mujeres?

Sin lugar a dudas, la depresión es el modelo de femineidad actual pues se puede ver que este problema de salud mental se presenta en mujeres cada vez más jóvenes y como ejemplo de ello están los casos de América (6 años) Y Erika (16 años) quienes son hijas de mujeres depresivas.



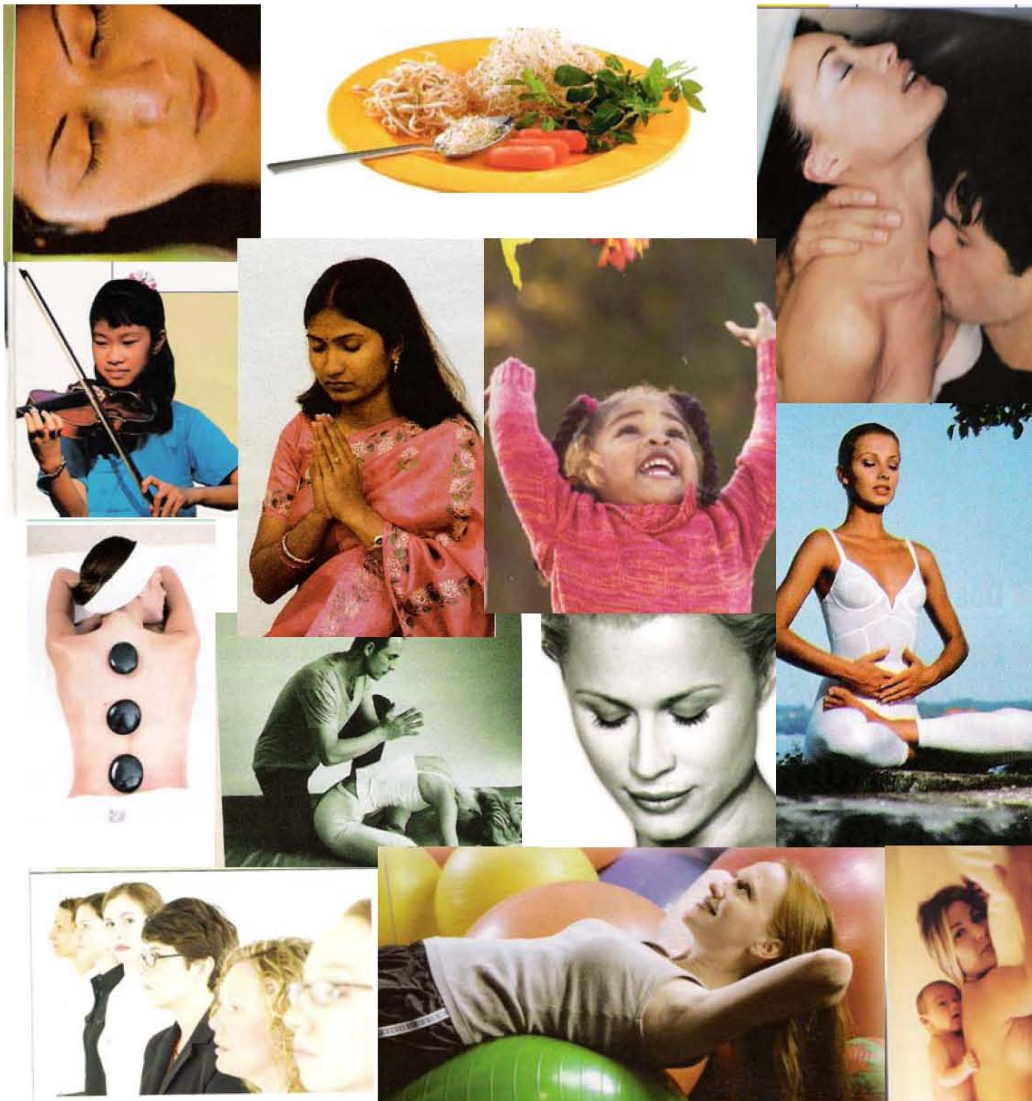
Ahora bien, ¿Acaso el destino de las mujeres, es la depresión? ¿Estamos en un callejón sin salida? ¿Cuál es la solución al problema?

Definitivamente se requiere de un plan de trabajo interdisciplinario, en donde las mujeres reflexionemos acerca de las necesidades de nuestro género y de las alternativas que tenemos para construir una vida mas digna.

Las y los profesionistas de la salud mental no podemos perder de vista que somos producto de una cultura y que por lo tanto tenemos la obligación de cuestionar si nuestras teorías y propuestas de tratamiento a la depresión se deben a discursos científicos o en realidad solo estamos reproduciendo los discursos morales que construyen la identidad femenina en nombre de la ciencia, en donde las mujeres somos las menos beneficiadas.

Luego entonces, el trabajo de los especialistas incluye tanto el análisis teórico y metodológico de cada propuesta de tratamiento, así como el análisis personal de la manera en que se ha construido la femineidad y la masculinidad en la vida individual. Ello permitirá no seguir reproduciendo estereotipos de la femineidad y se estará en posibilidades de ofrecer a las mujeres, alternativas que den solución a su malestar. En dichas alternativas necesariamente se requiere la inclusión de herramientas que permitan a las mujeres, conceptualizarse como sujetos con poder sobre su propia persona y la responsabilidad de asumir las consecuencias de sus decisiones.

CONCLUSIONES



Hacer esta separación ha llevado a que la depresión sea abordada como una psicopatología, como un “mal funcionamiento” en el cuerpo biológico y en el que se requieren de expertos para volver a la “normalidad”.

De este modo se considera que la depresión es el resultado del mal funcionamiento en el sistema endocrino y/o nervioso (alteraciones hormonales, irregularidad en la secreción de neurotransmisores), es decir, que desde un enfoque psicopatológico, este malestar es considerado como un problema biológico, individualista, en el que la historia de vida de la persona no se le da mayor importancia.

Revisando las historias de vida de estas 10 mujeres se pudo encontrar una relación entre la depresión y la manera en que fueron educadas y su forma de conducirse en su vida cotidiana, es decir, la manera en que introyectaron el SER MUJER.

La educación en estas mujeres estuvo enfocada a reproducir los roles que son considerados como propios de su género, madre, esposa y ama de casa, los cuales demandan que las mujeres desarrollen determinadas cualidades para poderlos llevar a cabo de la mejor manera. Las mujeres requieren cumplir con el “deber ser”, las exigencias morales, psicológicas, físicas y sociales, así como las contradicciones que existen en ellas, generan en las mujeres sentimientos desfavorables como la angustia, el miedo, la desesperación, la frustración, el coraje, etc. que las lleva a la depresión.

Por otro lado, el aspecto mental incluye las emociones y los pensamientos, por lo tanto, una persona es sana en tanto pueda mantener un equilibrio emocional y pueda armonizar los afectos entre quienes lo rodean. De este modo, se considera que existen parámetros de “normalidad” y normatividad bajo los cuales debe encontrarse una persona para evitar ser patológica.

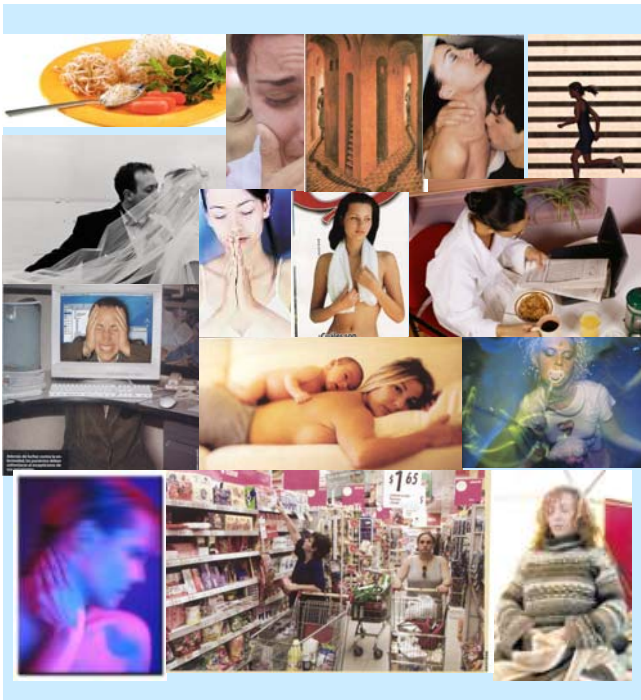
Desde este enfoque la depresión es abordada como un desajuste emocional (ira interiorizada) y cognitivo (patrón de pensamientos negativos) en el individuo, pero no se indaga sobre el origen de dichos desajustes. Nuevamente este problema de salud se aborda como una alteración individual.

Tomando el concepto de cuerpo como una herencia genética y cultural, como una construcción de ritos, hábitos y costumbres establecidos dentro de una cultura (López, 1997), se puede entender que los sentimientos, pensamientos, y comportamientos son contruidos y moldeados dentro de un ámbito socio-cultural, los cuales se concretan en un cuerpo que piensa, siente, vive y enferma. Lo que significa que los desajustes emocionales y cognitivos tienen su origen en la manera como se construye y se vive la identidad.

¿Qué es lo que deprime a las mujeres? Las historias de vida muestran que la manera estereotipada de vivir la femineidad predispone a las mujeres a este malestar. En general a las mujeres se les educa para asumir la responsabilidad de cuidar del medio intrafamiliar en los aspectos físico y emocional. El acceso a sus

cuerpos es restringido, sobre todo si se trata de satisfacer el deseo sexual. Las prácticas relativas a la maternidad tienen como consecuencia que los Otros sean el centro de atención de las mujeres, sintiéndolos como sujetos más importantes que ellas mismas. Los ideales acerca de la pareja y la familia no corresponden a la realidad actual y se viven como fallas personales.

Por consiguiente, la salud y la enfermedad se construyen en el proceso de la vida, dentro de una cultura, como indica Alvear et.al (1982), los individuos no se enferman solos, sino en interacción con los demás hombres y con la naturaleza, la salud y la enfermedad mental no es el resultado de un proceso en el organismo individual.



Considerar a la depresión como una “alteración”, “anormalidad” o “desequilibrio” en el organismo individual ha propiciado que los especialistas de la salud mental dirijan sus tratamientos a esta problemática como si los comportamientos y los malestares de los individuos tuvieran un origen “natural” contribuyendo a la generalización de sus procedimientos terapéuticos.

El individuo es el producto de una red de creencias, valores, conductas, ritos, costumbres, hábitos, etc., contenidos dentro de una cultura y que construyen lo femenino y lo masculino. La manera de vivir la femineidad y la

masculinidad está estrechamente relacionada a la forma de enfermar del cuerpo. Como se pudo observar en el transcurso del trabajo la depresión esta asociada a los conflictos que viven las mujeres con respecto a su femineidad lo que posibilita explicar la prevalencia de la depresión en las mujeres.

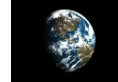
De acuerdo con la OMS (Citado en García y Andrade, 1994), la salud se mide con parámetros de “normalidad” en donde lo “normal” engloba una serie de características que una persona mentalmente sana debe poseer. Estas cualidades son positivas si están relacionadas con la autosatisfacción de necesidades, relación de armonía con el medio ambiente, establecimientos de vínculos amorosos, ejercer el propio liderazgo, participación activa en la construcción de sí mismo del entorno físico y social.

Estos atributos no son desarrollados en las mujeres, aparentemente la femineidad está constituida por aquellos que son considerados negativos, como son la dependencia, la baja autoestima, la poca participación social, la

insatisfacción, etc. Sin embargo, lo que muestran las historias de vida es que la manera como fueron educadas estas mujeres no posibilitó el desarrollo de cualidades positivas, lo que lleva a afirmar que el malestar que viven las mujeres es sólo una manifestación, es un síntoma, del malestar de una sociedad. La manera de imaginar a la mujer, el contenido del SER MUJER ha puesto en crisis a muchas mujeres quienes lo han expresado a través de su depresión, y a su vez los crecientes índices de depresión son la muestra de que una sociedad está en crisis.

Entender que la depresión es un problema de salud mental en las mujeres que es construido en la vida cotidiana y que tiene como eje central la construcción de su identidad, abre el panorama para buscar alternativas de tratamiento que den solución a esta problemática. Para ello son necesarios los análisis que permitan por un lado, relativizar a la “naturaleza femenina” y por otro, la reflexión acerca de la teoría y metodología que hemos sustentado todos y cada uno de los profesionistas de la salud mental, ya que no podemos dejar de lado que todos somos seres contruidos dentro de una sociedad y que nuestros valores y nuestros prejuicios se ven reflejados en el terreno de lo profesional.

Los especialistas de la salud mental en el área clínica requerimos cambios desde el marco conceptual que define lo masculino y lo femenino, debemos aprender a imaginar a la mujer como un sujeto independiente, completo, con capacidad de decisión y expresión, si queremos ofrecer a las mujeres alternativas que den solución a este malestar. En dichas alternativas necesariamente se requiere la inclusión de herramientas que permitan a las mujeres, conceptualizarse como sujetos con poder sobre su propia persona y la responsabilidad de asumir las consecuencias de sus decisiones.



BIBLIOGRAFIA

1. Aguirre, S. (2004). Muy interesante. Edición "Muy especial". Muy interesante@editorialtelevisa.com.mx
2. Alonso, L. E. "Sujeto y discurso: el lugar de la entrevista abierta en las prácticas de la sociología cualitativa" En: Delgado, J. M; Gutiérrez, J. (1995). **Métodos y Técnicas cualitativas de Investigación en Ciencias Sociales**. España, Síntesis. P 225-240
3. Alvear, G; Bravo, A; Cardaci, D; Duval, G; Eibenschutz, C; Hernández, S. (1982) "Mujer y proceso Salud Enfermedad". Segundo Simposio de Estudio e Investigación sobre la Mujer en México. La Paz Baja California. 26 al 30 de abril de 1982. p 1-10
4. Amuchastegui, A. "El significado de la virginidad y la iniciación sexual. Un relato de investigación". En: Szasz, I; Lerner, S. (1996). **Para comprender la subjetividad**. México, El Colegio de México. P 137-172.
5. Aresti, L (1988). "Mujer... ¿qué te lleva a la locura?". **Doble Jornada**. 5 de Diciembre de 1988, No. 5 p 7
6. Arieti, S., Bemporá, J. (1993). **Psicoterapia de la depresión**. México, Paidós. P 226- 264.
7. Barranco, Isabel. "Repensando la maternidad". **Revista Fem.** 1998, año 22, (182). 13-15.
8. Bersing, D. (2000). **Autoestima para mujeres**. México, Alfa- Omega.
9. Bettelheim, B. (1982). **Freud y el alma humana**. España, Grupo editorial Grijalva. Pp 157.
10. Brenes, M; Castro, S; Pinto, R. (1990). "Mujer y depresión". Reporte inédito. Memorias del seminario que se llevó a cabo en Costa Rica.
11. Burín, M. (1987). **Estudios sobre la subjetividad femenina: mujeres y salud mental**. Grupo editorial Latinoamericano. Argentina. P 29-85.



12. Burín, M. (1993). "Género y salud femenina". Reporte inédito. México, DF. Conferencia: Subjetividad femenina y salud mental. Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social. Pp 25.
13. Burín, M; Moncazar, E; Velásquez, S. (1990). **El malestar de las mujeres. La tranquilidad recetada.** México, Paidós. P 23-141
14. Cadena, S. "sueños". En: **Mas allá monográfico.** 2003. 43 (10) 23
15. Canseco, H. G. (1990). **Los siete pecados capitales en la autoridad de los padres.** México, GER.
16. Caraveo, Colmenares y Saldivar. "Estudios clínico-epidemiológicos de los trastornos depresivos". **Salud Mental.** 1999, 22(2), p 7-17.
17. Caraveo, Martínez, Rivera y Polo. "Prevalencia en la vida de episodios depresivos y utilización de servicios especializados". **Salud mental.** 1997, 20 (suplemento de julio), p 15-22.
18. Caro, I. "Tratamiento cognitivo-conductual de la depresión: el modelo de Beck". En Buela-Casal, G; Caballo, V.C (1991). **Manual de Psicología Clínica Aplicada.** Siglo XXI. España. P 345-360.
19. Colom, J. (1986). "Mujer y depresión: algunas consideraciones sobre la desigualdad sexual". Reporte inédito. México, Cuernavaca Mor. Coloquio: Mujer y salud mental. Ministerio de la cultura. Instituto de la mujer.
20. Conejo, N. M; Mendiola, A. C; Rivera, C. A; Meza, R. M. (1998) "Historia de vida y características socioeconómicas de ancianos de la ciudad de León Guanajuato". **Revista Médica IMSS.** 36 (1) 27-33
21. Charles, C. M. (1997). "Reproduciendo la discriminación de género". **Revista Fem.** 21 (174) 19-20.
22. Daco, P. (1980). **Introducción al Psicoanálisis.** España, Daimon. Pp 392.
23. Delgueil, M. C. "Lo femenino en un recorrido psicoanalítico". En: De Oliveira, O. (Eds). (1993). **Trabajo, poder y sexualidad.** México, El Colegio de México. P 317-330.
24. De Oliveira. (1993). **Trabajo, poder y sexualidad.** México, El Colegio de México. P 311-316
25. Dio Bleichmar. (1991). **La depresión en la mujer.** España, Temas de hoy. P 23- 233.



26. Dobson, K,S; Franche, R,L. "La práctica de la terapia cognitiva". En: Caballo, V,E: (1991). **Manual de técnicas de terapia de Modificación de conducta**. Siglo XXI. España. P 493-526.
27. DSM-IV. **Manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales**. México. 1995. P 323-353.
28. Estopier, M. G. (1989). "**Ansiedad y depresión en la época del climaterio en un grupo de mujeres mexicanas**". Tesis de Licenciatura UNAM Facultad de Psicología. México D: F.
29. Fernández, A. M. (1993) **Las mujeres de la ilusión**. México, Paidós. P 39-54
30. Fernández, C. C. (19789. "La ideología de la salud mental y la Mujer". Artículo inédito. México, D. F.: Programa Interdisciplinario de Estudios de la Mujer. El Colegio de México.
31. Flores, P. F. "El devenir de la subjetividad femenina: Un paradigma entre lo individual y lo colectivo". En: Bedolla, M. P. (2000). **Estudios de Género y feminismo I**. México, Fontamara. P 83- 111.
32. Freden, L. (1986). **Aspectos psicosociales de la depresión**. Fondo de Cultura Económica. México. Cap. 1, 2 y 4.
33. Freud, s. (1972). "Duelo y Melancolía". En: **Trabajos sobre metapsicología y otras obras**. Amorrortu editores. Argentina. P 237-255.
34. García, S.S. (1997). Necesidades de atención y utilización de servicios de salud mental. **Salud mental**. V.20. Suplemento Julio. P 39-46.
35. García, S.S. Andrade, P.P. (1994). "El significado psicológico y social de la enfermedad mental". **Salud mental**. V.17. No.1. p 32-43.
36. Garza, C.R; Cárdenas, G.B. "Sexualidad y vida reproductiva". En: Sayavedra, H.G; Flores, H.E (1997). **Ser Mujer: ¿un riesgo para la salud? Del malestar y enfermar, al poderío y la salud**. México, Red de mujeres A.C. P 181-225.
37. González, N. J; Rodríguez, C.M. (2002). **Teoría y técnica de la psicoterapia psicoanalítica**. México, Plaza y Valdez. Pp 422.
38. Gray, J. (2000). **Los hombres son de Marte, las mujeres son de Venus**. España, Océano. P 25-47



39. Herrera, Keijzer y Reyes. "Salud mental y géneros: Una experiencia de salud popular". Reporte del coloquio: Género y salud femenina. México D. F. 1993.
40. Herrera, O.I. "La construcción social y personal del cuerpo humano". En: Aguilera (ed). (1998). **Cuerpo identidad y psicología**. Plaza y Valdés.
41. Herrero, Laura. "La maternidad como una opción para la mujer: una nueva comprensión de familia". **Revista Fem_** Año 22, (182), 8-12.
42. Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (INEGI). Sistema Nacional de Salud. Vol. 1. México: 1998.
43. Instituto Nacional de Estadística Geografía e informática (INEGI). Cuaderno número 15. Estadísticas demográficas, Aguascalientes, México: 2004
44. Kendall, P.C; Norton-Ford, J.D. (1988). **Psicología clínica**. Perspectivas científicas y profesionales. Limusa. México. P 246-251.
45. Kolb, L.C. (1998). **Psiquiatría clínica**. México. Interamericana. P 390-426.
46. Krassoievitch, M. (1993). **Psicoterapia geriátrica**. México, Fondo de Cultura Económica. P 111-136
47. Lagarde, M. (1992). "Identidad y subjetividad femenina". Memoria del curso impartido, México DF: Programa Interdisciplinario de Estudios de la Mujer. El Colegio de México. Pp. 72.
48. Lamas, M. (1994) "Cuerpo: diferencia sexual y género". **Debate feminista: cuerpo y política**. 10 (-), 3-31.
49. Lamas, M. "La antropología feminista y la categoría "genero". En: Lamas, M. (et. al), (1996). **El género, la construcción cultural de la diferencia sexual**. México, Porrúa. P 9-33, 97-125.
50. Lammoglia, E. (1995). **El triángulo del dolor. Abuso emocional, estrés y depresión**. México, Grijalbo.
51. Langer, A; Lozano, R. "Condición de la mujer y salud). En: Figueroa (ed). (1998). **La condición de la mujer en el espacio de la salud**. México, El Colegio de México. P 33-78
52. Lara, M: A. (1995) "La salud mental de las mujeres. Qué sabemos y hacia dónde dirigirnos". **Anales del Instituto Mexicano de Psiquiatría**. S/V p 146-154.



53. Lara, M. A; Acevedo, M. (1997). **¿Es difícil ser mujer? Una guía sobre la depresión.** México, Pax p 11-173
54. López, R.S. (1997). "familia y cuerpo humano". **Rev. De la Escuela Nacional de Antropología e Historia.** Vol. 4, No. 9 p 67-75.
55. Lowen, A. (1982). **La depresión y el cuerpo. La base biológica de la fe y la realidad.** España, Alianza. P 7-32
56. Matamoros, T. V; Soria, O. L. (2003) "**Autoestima en mujeres (amas de casa y trabajadoras)**". Tesis Universidad Nacional Autónoma de México FES Iztacala Edo. De Mex.
57. Medina-Mora, M. E; Berenzon, S; López, E; Solis, L; Caballero, M; González, J. "El uso de los servicios de salud por los pacientes con trastornos mentales: resultados de una encuesta en una población de escasos recursos". **Salud Mental.** 1997 (20) p 32-38
58. Nájera, L. et al. "Maternidad, sexualidad y comportamiento reproductivo: apuntes sobre identidad de las mujeres". En: Figueroa, P.G. (1998). **La condición de la mujer en el espacio de la salud.** México, El Colegio de México. P 275-306.
59. Pérez-Rincón, H. (1994). **Imágenes del cuerpo.** México, Fondo de Cultura económica. P 8-27
60. Riquer, F. F. (s/f). "Identidad femenina. Jefas de hogar y pobreza". Reporte inédito. México D. F. Programa Interdisciplinario de Estudios de la Mujer. El Colegio de México.
61. Riquer, F. F. "La identidad femenina en la frontera entre la conciencia y la interacción social". En: Tarrés, M. L (1993). **La voluntad de ser: mujeres en los noventa.** México, El Colegio de México. P 51-64.
62. Rivas, M. "La entrevista a profundidad: Un abordaje en el campo de la sexualidad". En: Szasz, I; Lerner, S. (1996). **Para comprender la subjetividad.** México, El Colegio de México. P 199-223.
63. Rodríguez, R. (2001). **MADRE sólo hay una... papas hasta en el mercado.** México, Grijalbo.
64. Sánchez, M. A. (1992). **Depresión en la mujer profesionista y no profesionista. (Estudio comparativo).** Reporte de investigación. Especialidad en Psiquiatría. UNAM



65. San Martín, H. (1981). **Salud y enfermedad**. México, La prensa médica mexicana. P 3-49.
66. Sanders, D. (1986). **La depresión en la mujer**. España, Pirámide.
67. Schutzenberger, A. (2004) La marca de nuestros antepasados: investigaciones en psicogenealogía clínica. En: Eersel, P.V; Maillard, C. **Me pesan mis ancestros. Psicogenealogía hoy**. México, CEAPAC.
68. Tarrés, M. L. "La voluntad de ser" En: Tarrés, M. L (1993). **La voluntad de ser. Mujeres en los noventa**. México, El Colegio de México. P 21-46.
69. Utrilla, J.M. (2002). **Mujer de hoy. El rescate de ti misma**. México, Selector. P 181