

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS POLÍTICAS Y SOCIALES**  
**DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO**

**EL PROCESO SALUD-ENFERMEDAD DE LAS MUJERES**  
**El caso de las académicas de la Facultad de Estudios Superiores**  
**Zaragoza de la UNAM**

**T E S I S**

**que para obtener el grado de Maestra en Sociología**  
**p r e s e n t a**

**LUIZA PIZETA**

**Directora: Maestra Alba Esperanza García López**

**2004**



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

## **DEDICATORIA**

*Este trabajo lo dedico a todas las mujeres que lucharon, crearon y construyeron, en diferentes sociedades y culturas, a través de distintas expresiones, formas de vida menos opresivas para todas nosotras las mujeres.*

## AGRADECIMIENTOS

*A mi madre Leonor, siempre amiga, solidaria y compañera, mujer emprendedora y sembradora de grandes enseñanzas, de ricos olores y sabores, quien de la opresión sacó las fuerzas, la sabiduría y la ternura para tejer una vida de esperanzas para ella y sus hijas.*

*A mi padre José, por su gran apoyo, cariño y valiosas enseñanzas, quien me ha abierto camino para los descubrimientos, para la imaginación y el desarrollo.*

*A Alfredo, esposo solidario, compañero y amigo quien compartió conmigo sus conocimientos, experiencias, libros y sueños. Su amplio apoyo, su trabajo en la lectura y sugerencias gramaticales fueron determinantes para concretar este trabajo.*

*A Dalva, hermana y amiga, quien estuvo siempre muy cercana apoyándome en todas las dificultades y los aprendizajes en el enfrentamiento, hitos, conflictos, crisis y también en la dicha y alegría. Ha contribuido con sus observaciones, comentarios, no siempre concordantes, pero siempre constructivos.*

*A Felicio, hermano y compañero de juegos y de intercambios, quien ha abierto posibilidades de convivencia, de encuentros y experiencias renovadoras.*

*A las mujeres académicas que me concedieran la entrevista. Ellas hacen parte del tejido de este trabajo, están en cada renglón. Me siento honrada de que ellas hayan estado dispuestas a compartir conmigo hitos de sus vidas, puntos de vista y también su humor y su dolor.*

*A Alba E. García López, directora de la tesis, quien con conocimiento, alegría y sororidad me orientó y aceptó con respeto mis propias opiniones, mi propia forma de comprender la problemática de salud-enfermedad de las mujeres.*

*A la Dra. Elsa Guevara, al Dr. Carlos Gallegos, a la Maestra Anita Barabtarlo y a la Dra. Emilia Castillo por la lectura y comentarios hacia mi trabajo.*

*A la Dra. Marcela Lagarde, siempre maestra, siempre amiga. Por ella y con ella me acerqué a las mujeres, me abrió nuevos horizontes, me hizo comprender que las mujeres somos seres humanas.*

*A la Maestra Alicia Egüiluz de Antuñano por haberme recibido con un abrazo en su seminario, por la lectura de la tesis y por las múltiples sugerencias.*

*A la Universidad Nacional Autónoma de México y a la Facultad de Ciencias Políticas y Sociales por la posibilidad de realizar la maestría, y a la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza por la oportunidad de pertenecer al colectivo de mujeres académicas.*

*A Jaime Reyes Juayek por su amabilidad y apoyo técnico.*

*A mis amigas queridas, de distintas edades, vivencias y contextos. Sus voces, verdaderos textos, ellas sin saberlo se encuentran en este trabajo. Ellas son: Cecilia, Imelda, Victorina, Doña Rosinha, Célia, Paula, Fernanda, Juanita, Julieta, Liliana, Marta, Cristina, Laura, Sonia y Angela. Todas me escucharon, opinaron y participaron con interés, curiosidad, asombro o disgusto, y todas sus emociones me ayudaron en la comprensión de las mujeres.*

## Envío

*“A mi madre, y a la estatua de mi madre,  
A mis tías, y a sus modales exquisitos,  
A Marta, así como también María,  
porque supo escoger la mejor parte.  
A Francesca, la inmortal, porque desde su infierno insiste  
en cantarle al amor y a la agonía,  
A Catalina, que deslaza sobre el agua  
las obscenidades más prístinas de su éxtasis  
únicamente cuando silba el hacha,  
A Rosario, y a la sombra de Rosario,  
A las erinnias y a las furias que entablaron  
junto a su cuna el duelo y la porfía,  
A todas las que juntas accedieron  
A lo que también consentí,  
Dedico el cumplimiento de estos versos:  
Porque canto,  
Porque coso y brillo y limpio y aún me duelen  
los huesos musicales de mi alma,  
Porque lloro y escribo en una copa  
el jugo natural de mi experiencia,  
Me declaro hoy enemiga de ese exánime  
golpe de mi mano airada  
con que vengo mi desdicha y mi destino,  
Porque amo,  
Porque vivo, y soy mujer, y no me animo  
A amordazar sin compasión a mi conciencia,  
Porque río y cumplo y plancho entre nosotras  
los mínimos dobleces de mi caos,  
Me declaro hoy a favor del gozo y de la alegría”*

Rosario Ferré  
Puerto Rico, septiembre de 1940

# INDICE

<b>Introducción</b>	<b>1</b>
<b>1. La perspectiva de Género y los ejes de análisis</b>	<b>17</b>
Sexo y Género	17
La perspectiva de género	19
La condición de la Mujer	24
La situación de las Mujeres	27
Los ejes-categorías de análisis	30
La sexualidad	30
Cuerpo y sexualidad	32
La maternidad	35
El erotismo	36
El poder	41
El poder de las mujeres	45
La violencia: un ejercicio de poder	47
Poder, cuerpo y sexualidad	51
Empoderamiento	52
El trabajo	54
El trabajo privado	57
El trabajo público	61
La doble jornada	62
La subjetividad	65
La subjetividad femenina	67
Subjetividad y poder	70
Espacio y tiempo femenino	74
La maternidad y el trabajo en la subjetividad femenina	78
Los deseos configurantes de la subjetividad femenina	81
<b>2. Los paradigmas de las Ciencias de la Salud</b>	<b>89</b>
El paradigma dominante: el de la enfermedad	89
El paradigma de la salud	104
El paradigma histórico-social: El proceso salud-enfermedad.	
Una alternativa de salud integral para las mujeres	113
La salud como mercancía <i>versus</i> la salud como derecho	120

<b>3. Metodología</b>	<b>131</b>
<b>4. El proceso salud-enfermedad de las mujeres académicas. División de las Ciencias de la Salud y del Comportamiento. FES-Zaragoza UNAM. Análisis e Interpretación</b>	<b>151</b>
La Niñez	153
La sexualidad en la niñez	154
El poder en la niñez	157
El trabajo en la niñez	168
La subjetividad en la niñez	171
La salud-enfermedad en la niñez	178
La Adolescencia	183
La sexualidad en la adolescencia	183
El poder en la adolescencia	195
El trabajo en la adolescencia	206
La subjetividad en la adolescencia	211
La salud-enfermedad en la adolescencia	223
La Adultez	237
La sexualidad en la adultez	237
El poder en la adultez	271
El trabajo público en la adultez	288
El trabajo privado en la adultez	298
La subjetividad en la adultez	310
La salud-enfermedad en la adultez	347
Gestión y cuidado de la salud-enfermedad	393
<b>5. Consideraciones Finales</b>	<b>409</b>
<b>Bibliografía</b>	<b>433</b>
Anexo 1: Guía temática de la entrevista	441
Anexo 2: Nuestras percepciones: la de ellas y la mía	449



**EL PROCESO SALUD-ENFERMEDAD DE LAS MUJERES**  
**El caso de las académicas de la Facultad de Estudios Superiores**  
**Zaragoza de la UNAM**

## INTRODUCCIÓN

Este trabajo es una aproximación feminista al proceso salud-enfermedad de las mujeres. Hablar sobre la problemática de salud-enfermedad de las mujeres significa discutir un objeto de gran complejidad, ya que en este proceso intervienen y se articulan distintos procesos (biológicos, históricos, sociales, culturales, políticos, económicos). La base, entre tanto, que fundamenta y subsidia esta discusión se vincula a la perspectiva de género feminista en el contexto del paradigma histórico-social de las Ciencias de la Salud.

La perspectiva de género está basada en la teoría de género que permite analizar a las mujeres y a los hombres como sujetos históricos, contruidos socialmente, productos del tipo de organización social de género prevaleciente en su sociedad. Eso quiere decir que la perspectiva de género reconoce la diversidad de géneros y la existencia de mujeres y hombres como un principio esencial en la construcción de una humanidad diversa y democrática. Sin embargo, plantea que la dominación de género produce la opresión de género, y ambas obstaculizan la posibilidad democrática y el desarrollo de una vida saludable y plena.

La problemática de género en que estamos inmersas mujeres y hombres, forma parte de la vida cotidiana, y ésta se encuentra estructurada sobre las normas y prohibiciones de género y su desempeño. El comportamiento y el manejo de esa normatividad, es decir, los conflictos que se pueden generar entre el cumplimiento o no de estas normas y prohibiciones depende de cada mujer y de cada hombre, pero también del colectivo de mujeres y hombres.

Mirar desde la perspectiva de género la problemática de salud-enfermedad implica construir articuladamente diferentes dimensiones que conforman la salud-enfermedad, como la dimensión biológica, social, cultural, política, y por supuesto,

la dimensión histórica. El criterio de género implica no ver la salud-enfermedad como un fenómeno unilateral, sino en la articulación con distintas dimensiones. Para comprender la salud-enfermedad, desde esta mirada del género, fue necesario abordar un paradigma de las Ciencias de la Salud que fuese más allá de una mera explicación biológica. Fue necesario ubicarse, teórica y metodológicamente, en un paradigma que permitiera la articulación con la perspectiva de género.

Mi posicionamiento fue hacia el paradigma histórico-social que plantea al proceso salud-enfermedad como objeto de estudio, entendido como un proceso de la vida social, en el cual intervienen tanto aspectos biológicos, como sociales, culturales, económicos y políticos. Este paradigma establece una ruptura epistemológica con los demás paradigmas de las Ciencias de la Salud, sobre las obsolescencias del pensamiento científico-médico esencialmente biologicista, y establece la necesidad de recuperar espacios y planteamientos que atañen no sólo al mundo biológico-individual, sino también a la historicidad de los problemas, al mundo de lo subjetivo, físico-psíquico, material-simbólico, colectivo-social, el mundo de la cotidianeidad, de lo privado, de lo íntimo, del género. Dimensiones y niveles que conforman a la salud-enfermedad, como un proceso multidimensional, que se inaugura con el nacimiento y culmina con la muerte.

De acuerdo a esta definición, todas las mujeres y hombres están condicionados más hacia la salud o más hacia la enfermedad, en una dialéctica en constante movimiento, según se ubiquen sus vidas en relación a los mandatos patriarcales de género, otros órdenes sociales, y según los diferentes ciclos vitales, y en este sentido las fronteras entre salud y enfermedad pueden ser traspasadas, e incluso se puede estar en los dos polos a la vez.

En el contexto de la problemática de salud-enfermedad desde la perspectiva de género, el recorte de esta investigación se dirigió a la mujer porque el análisis de género feminista es detractor del orden patriarcal, contiene de manera explícita

una crítica a los aspectos nocivos, destructivos, opresivos, enajenantes y que conllevan múltiples problemas de salud-enfermedad, físicos y/o psíquicos.

Hay un descuido en la salud-enfermedad de las mujeres, culturalmente promovido, legitimado y aceptado, incluso por las propias mujeres. Los problemas de salud-enfermedad de las mujeres son los últimos en importancia y la necesidad de salud y atención a la enfermedad se satisface al final, pero además en una grave contradicción, porque las mujeres tienen como mandato de género, cuidar la salud-enfermedad de *los otros*, pero no de ellas mismas. El desequilibrio es doble: la salud-enfermedad es un asunto de género de las mujeres, pero ellas tienen menos acceso a la atención y prevención de sus problemas.

La cultura de las mujeres es orientada a desarrollar habilidades de atención y de cuidado de la salud-enfermedad física, psíquica, intelectual de los otros en detrimento de si misma, no porque ellas hayan decidido hacérsela, sino porque está en la cultura que han aprendido y porque configura su subjetividad.

Desde el feminismo se sabe que no tiene que ser así. La mayor parte de los malestares, tristezas, dolencias, fatiga y enfermedades de las mujeres serían sorteables si ellas contasen con libertades, derechos, oportunidades sociales, recursos de calidad, bienes personales, viviesen relaciones equitativas de respeto y apoyo a su desarrollo personal, si fuesen tratadas sin violencia y exclusión, si contasen con modos de vidas confortables, con espacios básicos, alimentación, trabajo y descanso, diversión y actividades corporales y subjetivas (lúdicas, estéticas, eróticas, intelectuales) satisfactorias y benéficas, y si además contasen con una atención médica correspondiente a sus necesidades, procesos, espacios, tiempos y requerimientos.

La salud de las mujeres ha sido considerada como un tema de fundamental importancia en diversos espacios y momentos, y por distintos organismos internacionales. En mayo de 1992, como reflejo de las preocupaciones expresadas por los Estados Miembros de la Organización Mundial de la Salud, el

tema “Mujer, Salud y Desarrollo” fue seleccionado por las discusiones técnicas que precedieron la 45ª Asamblea Mundial de la Salud. Con base en la información presentada durante estas discusiones, la Asamblea reconoció que “las mujeres – a través de edades, fronteras geográficas y estadios de desarrollo – soportan una carga desproporcionadamente mayor de problemas de salud prevenibles que la que aflige a los hombres”<sup>1</sup>. Tal desventaja fue atribuida a la desigualdad más amplia que exhiben las mujeres frente a los hombres en materia de posición social y económica, la cual se refleja en el menor acceso que ellas tienen a recursos básicos para la promoción y protección de su salud y atención a las enfermedades.

Asimismo, la Organización de las Naciones Unidas, en la Cumbre Mundial sobre Desarrollo Social, efectuado en marzo de 1996, en Copenhague y el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo<sup>2</sup>, en el Informe sobre Desarrollo Humano, en 1999, indican que cuanto más cercano está el Índice de Desarrollo relativo al Género (IDG) de un país a su Índice de Desarrollo Humano (IDH) habrá menos desigualdad de género, pero también se indica que en todos los países el IDG es inferior a la clasificación según el IDH, lo que revela el desarrollo desigual en el fomento de las capacidades de la mujer en comparación con las del hombre. También indican que ninguna sociedad trata a sus mujeres tan bien como a sus hombres; este hecho hace persistir en el mundo la desigualdad, lo cual a su vez refleja el pesado déficit en el desarrollo humano de las mujeres y las limitaciones institucionales, jurídicas y socioeconómicas que pesan sobre el acceso de las mujeres a las oportunidades y recursos para la satisfacción de sus necesidades, entre ellas, la promoción y protección de la salud y la atención a los problemas de enfermedad.

---

<sup>1</sup> Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. *Género, Mujer y Salud en las Américas*. Publicación Científica N° 541, OPS, Washington, D.C., 1993, p. vii.

<sup>2</sup> Organización de las Naciones Unidas. Cumbre Mundial sobre Desarrollo Social. *Declaración y Programa de Acción de Copenhague*. Naciones Unidas, New York, 1996.

Bajo esta perspectiva, nos propusimos explorar el papel que juega la condición de género (*ser-para-otros*) en la determinación del proceso y de los problemas de salud-enfermedad en las situaciones particulares de las mujeres académicas adscritas a las Carreras de Cirujano Dentista, Enfermería, Médico Cirujano y Psicología de la División de las Ciencias de la Salud y del Comportamiento de la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza de la Universidad Nacional Autónoma de México.

Para abordar el proceso salud-enfermedad de las mujeres académicas, la decisión metodológica fue acercarse primeramente a la mujer genérica para indagar si las mujeres académicas, universo de este estudio, pasan por experiencias semejantes (*ser-para-otros*), aun cuando sus situaciones particulares y específicas sean distintas. Partimos de la tesis de que hay un proceso de identidad que ubica a las mujeres, desde la niñez, como *seres-para-otros*, y en esta medida las experiencias femeninas, por un mandato cultural son marcadamente hacia la enfermedad, al malestar, a las dolencias, y no hacia la salud, sea cual sea su nivel de estudios, condición laboral, grupo social de pertenencia, etc. No obstante, estas diferencias pueden ser distintas en la medida en que las mujeres cuenten con recursos y oportunidades para apropiarse y decidir sobre sus vidas.

En este sentido, el énfasis analítico está dado en la detección y el examen de aquellas asimetrías entre los géneros que, en los aspectos referentes a la salud-enfermedad, representan desventaja o discriminación en contra de la mujer y de las mujeres académicas, a lo largo de sus ciclos vitales, que se construyen a partir de la edad. A partir de los ejes de análisis se realizó un inventario de los problemas de salud-enfermedad de las mujeres académicas de la FES-Zaragoza UNAM, adscritas a las carreras antes señaladas.

A partir del desarrollo del campo teórico, se planteó la hipótesis central de esta investigación, que se traduce en el siguiente planteamiento: de acuerdo a la perspectiva y teoría de género feminista, la condición del género femenino – ser

*cuerpo-para-otros y ser sujeta de dominio del poder patriarcal, así como la sobrecarga de trabajo y la constitución de una subjetividad vinculada a los otros* - es determinante en la construcción del proceso y problemas de salud-enfermedad en las mujeres. Si esta condición es válida para las mujeres en general entonces, las mujeres académicas de las carreras que conforman la División de las Ciencias de la Salud y del Comportamiento en la FES-Zaragoza UNAM se encuentran en condición semejante, aun cuando sus situaciones particulares de vida (grupo social de pertenencia, edad, grado de estudio, formación profesional, lugar donde vive, etc.) sean diferentes.

De acuerdo a esta hipótesis, el objetivo principal de esta investigación fue comprender, en forma lo más integral posible, cómo en la vivencia y experiencia con la sexualidad, con el poder, en el trabajo público y privado (o doméstico) y en la constitución de la subjetividad, en la niñez, adolescencia y adultez, se desarrolla el proceso salud-enfermedad de 13 mujeres académicas adscritas a las carreras que conforman la División de las Ciencias de la Salud y del Comportamiento de la FES-Zaragoza UNAM, mujeres que se supone son privilegiadas en términos de conocimientos científicos, habilidades, experiencias sobre y con la salud-enfermedad, también privilegiadas por las alternativas de desarrollo personal e intelectual y de condiciones de vida saludables. Así, se buscó describir, analizar e interpretar la diversidad de situaciones personales, familiares y profesionales, dentro de las cuales, el orden patriarcal opera desviando a las mujeres, en los distintos ciclos de vida, hacia procesos de deterioro de la salud (enfermedades, malestares, dolencias – del *ser-para-otros*) y no hacia procesos de bienestar, goce, de placer, de plenitud, es decir, procesos saludables – de *ser-para-sí-mismas*.

El método de construcción, de análisis e interpretación de esta investigación se ha definido por un permanente vaivén entre lo teórico y lo empírico, entre la condición y la situación de género, entre lo individual y lo colectivo, entre la salud y la enfermedad, entre la semejanza de las mujeres, las particularidades de las

académicas y la especificidad de cada una de ellas, respecto al proceso salud-enfermedad.

Para abordar el proceso salud-enfermedad de las mujeres académicas fue necesario construir metodológicamente ejes que permitieran dar cuenta de la problemática. Así, se construyeron ejes de análisis que, articuladamente, definen la condición del género femenino, y al mismo tiempo son condicionantes del proceso y problemas de salud-enfermedad en las mujeres: sexualidad, poder, trabajo público y privado, y subjetividad. Estos ejes no obedecen a un orden jerárquico, sino que ensamblados conforman situaciones, prácticas y experiencias que definen a las mujeres como género y al mismo tiempo, a lo largo de sus ciclos vitales, determinan al proceso salud-enfermedad a nivel individual y colectivo. A través de estos ejes analíticos se construyó el campo teórico y articuladamente la información empírica.

Las mujeres son definidas en sus modos de vida y en su identidad por el género, y además por la permanente combinación género-edad en movimiento. Así, la categoría de género femenino no es sólo mujer, sino niña, adolescente, adulta, vieja, y los períodos de vida de cada mujer están marcados por la edad, sus necesidades, sus expectativas, sus oportunidades y posibilidades de enfermarse y morir, o de sanarse y vivir plenamente. De tal suerte que la salud-enfermedad es también construida diferencialmente en cada uno de los ciclos vitales, y además es acumulativa, lo que ocurre en cada ciclo incide en el siguiente progresivamente.

Cabe señalar que la construcción de los ejes de análisis, que en esta investigación utilizamos, se apoyó fundamentalmente en los aportes teóricos-metodológicos de la Dra. Marcela Lagarde, a través de sus obras publicadas y de comunicaciones personales, aunque no se desconocen las aportaciones de otras teóricas feministas que investigan en diversos campos del conocimiento.



La inclusión y la mirada desde estos ejes, se justifica en la medida en que hay una conciencia creciente de que indicadores con base en la mortalidad materna y/o solamente problemas derivados del aparato sexual-reproductivo de las mujeres, han perdido su valor como medidas sensibles para comprender la integralidad de la mujer en sus condiciones de salud-enfermedad, así como la implementación de las Ciencias Sociales en la investigación hacia esta área, son factores que vienen impulsando la búsqueda de nuevos indicadores alternativos, para arribar a nuevas formas de comprensión e intervención de la salud-enfermedad de las mujeres.

Sin embargo, incluso en la actualidad, los diversos estudios realizados sobre la problemática de salud-enfermedad de las mujeres se refieren, la mayoría de ellos, casi exclusivamente a los problemas sexuales y/o reproductivos, y otros más se centran en algún problema o categoría de análisis específica, ninguno conocido aborda integral y articuladamente el conjunto de categorías de análisis y las problemáticas de salud-enfermedad vividas por las mujeres en sus diferentes ciclos vitales. En este sentido, los aportes de esta investigación se refieren, por un lado a la descripción, análisis e interpretación del conjunto de problemas de salud-enfermedad, desde distintas categorías y ejes vitales, por medio del rescate de la voz de las mujeres y por otro lado, se ha contribuido a ampliar la comprensión del objeto de estudio proceso salud-enfermedad, desde lo social.

La metodología empleada fue de corte cualitativo, por medio del método de estudio de casos, y la estrategia para acceder a la información sobre la problemática de salud-enfermedad de las mujeres académicas, fue la entrevista a profundidad realizada a nivel individual. Para la interpretación de la información se utilizó la técnica de producción de sentido, presentada a través de un mapeamiento de asociación de ideas.

A partir de la descripción y análisis interpretativo de la información recabada en las entrevistas realizadas a las 13 mujeres académicas, es importante subrayar que ellas se asemejan a las demás mujeres al ser *cuerpo-para-otros*, en una

sexualidad circunscrita a la maternidad, en la vivencia de un erotismo donde el placer es prioritario para *los otros*; en el ejercicio de un poder subalterno, un lugar social secundario; en la mayor carga de responsabilidades en el trabajo doméstico; marcadas por la ausencia simbólica y condiciones desfavorables de salud en el trabajo público; y una subjetividad construida en función de *los otros*; y como resultante múltiples problemas de salud-enfermedad, sobretodo crónicos y/o degenerativos, de los cuales los más evidenciados fueron los de tipo ósteo-articulares y muchos más que se constituyen en lo que hemos llamado de dolencias. Tanto unos como otros desarrollados a lo largo de sus vidas, así como grandes vacíos y descuidos en la recuperación y preservación de su salud. Al *ser-para-otros*, no son *para-sí-mismas*.

Las diferencias entre las mujeres y las académicas en particular, se refieren a sus adscripciones a otros órdenes sociales, dentro de estos, por la pertenencia a un grupo de mujeres privilegiadas: cuentan con educación superior, son universitarias, con estudios de posgrado, con un trabajo bajo contrato y remunerado. Viven una cultura escolarizada, una socialización pública en la institución universitaria. Pueden estar en los mismos lugares que los hombres, tener conocimientos, ideologías públicas, tienen actividades en lo público y son protagónicas. Son tradicionales (*ser-para-otros*) y modernas a la vez, y este hecho conforma matices diversos en sus relaciones con la sexualidad, con el poder, con el trabajo, la subjetividad y la salud-enfermedad. Lo tradicional no ha sido excluido de sus vidas, transitan entre el conservadurismo y la modernidad, entre el estancamiento y el desarrollo, entre el patriarcalismo y el feminismo. Así, aun bajo condiciones de opresión, de dependencia, de subordinación, discriminadas y simbólicamente ausentes, reciben atención a sus problemas a través de los servicios públicos o privados, cuentan con recursos materiales y simbólicos para hacerse cargo de sí mismas, ejercen poderes, tienen derechos y se los reconocen.

También las mujeres académicas son específicas en su unicidad, cada quien vive de manera única las relaciones con su sexualidad, con el poder, con el trabajo y su subjetividad, así como en sus condiciones de salud-enfermedad. Ellas son mujeres, son académicas, pero cada una es única en la semejanza y en la diversidad.

La presentación de esta investigación está constituida por cinco capítulos. En el **Capítulo 1** se desarrolla los conceptos de sexo y de género para arribar a la perspectiva de género y los ejes de análisis que conforman el campo teórico de la condición y situación de género femenino: sexualidad, poder, trabajo público y privado y subjetividad, los cuales por su vez tienen estrecha relación en el desarrollo del proceso salud-enfermedad de las mujeres, ya que en función del lugar social que ocupa y de las actividades que desarrolla, la mujer actualiza permanentemente en su cuerpo, múltiples problemas de salud-enfermedad.

En el **Capítulo 2** se analiza los tres diferentes paradigmas de las Ciencias de la Salud: el paradigma de la enfermedad, todavía hegemónico, bajo el cual las y los profesionistas de la salud desarrollan su práctica profesional. Es este paradigma, todavía en la actualidad, fuerte y vigente, caracterizado por una práctica profesional curativa, costosa, elitista y sexista, la cual ha afianzado la subordinación, la desvalorización y la fragmentación de la mujer.

El paradigma de la salud establece una ruptura con el paradigma anterior como respuesta a la no resolución de los problemas de salud y enfermedad que afectan a la población en general, y aunque no abandona la idea de la curación coloca el énfasis en la prevención, principalmente de tipo individual. Incorpora las Ciencias Sociales como posibilidad de explicación de los diferentes problemas de salud-enfermedad. Sin embargo su nuevo ropaje científico, no ha permitido un cambio significativo en la práctica profesional, la cual sigue desarrollándose con las características del paradigma anterior, el de la enfermedad.

Algunos pensadores sociales, preocupados con la situación específica de los pueblos latinoamericanos, proponen una nueva ruptura epistemológica, y plantean un otro paradigma diferente, para las Ciencias de la Salud, cuyo objeto de estudio es el proceso salud-enfermedad, que articula las dimensiones biológica y social y los niveles individual y colectivo tanto en la formación de los recursos humanos, como en la producción de servicios y producción de conocimientos. Este paradigma, bajo el cual me he posicionado para el desarrollo de esta investigación, se caracteriza por ser multidimensional y ofrece diversos referenciales claves para el objetivo de esa investigación, que en una relación dialéctica con la teoría de género, posibilita una mayor comprensión de los problemas específicos de salud-enfermedad de las mujeres y permite distinguir las similitudes y las diferencias existentes entre ellas, y sus especificidades, ubicándolas en un contexto que va más allá de lo biológico y de la naturaleza. Ha permitido identificar las construcciones sociales, culturales y políticas del género, y cómo estas construcciones inciden en el desarrollo de problemas del proceso salud-enfermedad.

En este mismo capítulo, como resultado de los diferentes paradigmas y prácticas de las Ciencias de la Salud, se plantea las dos tendencias actuales respecto a la salud (mercantilista y como un derecho) y se enfatiza la necesidad de priorizar la construcción de un campo teórico, referencial e histórico, que sea capaz de transformar la condición de opresión de la mujer hacia una de empoderamiento, donde ella tenga las oportunidades, posibilidades y los recursos para acceder con equidad a una atención y prevención integral de sus problemas de salud-enfermedad, y que la salud deje de ser considerada una mercancía y pase a constituirse en un derecho y ejercicio pleno de todas las mujeres.

En el **Capítulo 3** se encuentra diseñada la metodología, de corte cualitativo, entendida como un camino del pensamiento. El método utilizado fue el estudio de casos y la estrategia consistió en la grabación de 13 entrevistas a profundidad, para escuchar a las mujeres, en la producción de un discurso en condiciones

controladas, hablar sobre su niñez, adolescencia y adultez en los aspectos de la sexualidad, poder, trabajo público y privado, y subjetividad, así como de los problemas de salud-enfermedad. El material fue mirado como un texto colectivo e individual, desde la premisa de que, al hablar de sus experiencias, se tendría acceso al campo de la salud-enfermedad en sus distintos niveles y dimensiones: biológica, social, cultural, política, individual, familiar, colectiva, institucional; niveles y dimensiones entendidas no como simples soportes de la salud-enfermedad, sino como constitutiva del proceso que conforma la salud-enfermedad. Para el análisis e interpretación de las narrativas de las mujeres académicas, nos basamos en la técnica de producción de sentidos, a través de un mapeamiento de asociación de ideas.

El **Capítulo 4** se abre a la experiencia empírica, al reto de escuchar a las mujeres académicas hablar, en sus propios términos, de sus experiencias con el cuerpo, respeto a sexualidad, poder, trabajo público y privado, subjetividad, y problemas de salud-enfermedad en la niñez, adolescencia y adultez, para acceder al campo del proceso salud-enfermedad. El análisis e interpretación, a partir de los ejes y ciclos vitales que estructuran la problemática de salud-enfermedad de las mujeres académicas, es abordado como un diálogo entre los niveles teórico y empírico del proceso de indagación, y fue justamente la perspectiva de género feminista, como teoría y recurso analítico, la que articuló los distintos momentos de exploración y búsqueda de los problemas del proceso de salud-enfermedad de las mujeres.

En el **capítulo 5** se encuentran las consideraciones finales, no como conclusivas de la investigación, sino como reflexiones analíticas para posteriores indagaciones.

Finalmente se encuentra la **bibliografía**, que da cuenta de todas las autoras y autores presentes en esta investigación; en el **anexo 1**, la guía temática empleada para la realización de las entrevistas con las mujeres académicas, y en el **anexo**

**2**, se incluye las observaciones de las mujeres académicas y las mias sobre la entrevista.

## **1. LA PERSPECTIVA DE GENERO Y LOS EJES DE ANALISIS**

## 1. LA PERSPECTIVA DE GENERO Y LOS EJES DE ANALISIS

### Sexo y Género

Los términos sexo y género, hasta hace poco tiempo, se utilizaban de manera prácticamente intercambiable dentro de las ciencias sociales. En la literatura actual, el término sexo se reserva preferentemente para hacer referencia a las características biológicamente determinadas, relativamente invariables de la mujer y del hombre, mientras que el de género se utiliza para señalar las características socialmente construidas que constituyen la definición de lo femenino y de lo masculino en distintas culturas.

“El sexo es el conjunto de características genotípicas y fenotípicas presentes en los sistemas, funciones y procesos de los cuerpos humanos; con base en él, se clasifica a las personas por su papel potencial en la reproducción sexual. No hay homogeneidad cultural en la definición de los componentes sexuales ni genéricos. Para la antropología es claro que las características sexuales no implican características genéricas”<sup>3</sup>.

El mecanismo cultural de asignación del género sucede en el ritual del parto, dice Marcela Lagarde<sup>4</sup>: “al nacer la criatura, con la sola mirada de sus genitales, la partera o el partero dice y nombra a la vez: “es niña” o “es niño”. La palabra, el lenguaje es la marca que significa el sexo e inaugura el género”. Y, añade la autora, que el resto de la vida, de manera casi imperceptible, se repite el ritual: cada persona reconoce la otra a través de la mirada de su cuerpo, de la escucha de su voz y constata que es una mujer o un hombre. Además, lo certifica en las acciones, los comportamientos, las actitudes, las maneras de actuar y de relacionarse, y por el conjunto de cosas que esa persona puede o no hacer, decir,

---

<sup>3</sup> Marcela Lagarde. *Los cautiverios de las mujeres: madresposas, monjas, putas, presas y locas*. UNAM, México, 1993, p. 182.

<sup>4</sup> Marcela Lagarde. *Género y Feminismo*. Desarrollo Humano y Democracia. 2ª ed. horas y HORAS, Madrid, 2001, p. 27.



pensar, o sea, por los “límites impuestos a su *ser-en-el-mundo* por esta construcción que es el género”.

El cuerpo, al ser nombrado, recibe una significación sexual que a su vez implica una normatividad que incide en la construcción de cada persona, de su feminidad o de su masculinidad, y este hecho perdura como norma en el desarrollo de su historia personal, la cual es siempre una historia social.

El género se define como “la red de rasgos de personalidad, actitudes, sentimientos, valores, conductas y actividades que, a través de un proceso de construcción social, diferencia a los hombres de las mujeres”. Esta construcción tiene las siguientes características: “es histórica y como tal se nutre de elementos que por ser mutables en el tiempo y en el espacio son también susceptibles de modificación mediante intervenciones; es ubicua en el sentido que permea la micro y macroesfera de la sociedad a través del mercado de trabajo, el sistema educativo, los medios de comunicación, la religión, el aparato político, la recreación, la familia, las relaciones interpersonales, la salud y la misma personalidad; y es jerárquica porque la diferenciación que establece entre hombres y mujeres, lejos de ser neutra, implica valoraciones que atribuyen mayor importancia y valía a las características y actividades asociadas con el hombre”<sup>5</sup>. Esta construcción social es asimétrica e institucionalmente estructurada, y genera privilegio y dominación en el hombre y subordinación en la mujer.

En este sentido, el género es también una construcción simbólica y contiene el conjunto de atributos asignados a las personas a partir de su sexo, e implica según Marcela Lagarde<sup>6</sup> en:

- Las actividades y creaciones del sujeto, el hacer del sujeto en el mundo.
- La intelectualidad y la afectividad, los lenguajes, las concepciones, los valores, el imaginario y las fantasías, el deseo y la subjetividad del sujeto.

---

<sup>5</sup> Ibidem

<sup>6</sup> Ibidem

- La identidad del sujeto en tanto ser de género: percepción de sí, de su corporalidad, de sus acciones, sentido del Yo, sentido de pertenencia, de semejanza, de diferencia, de unicidad, estado de la existencia en el mundo.
- Los bienes del sujeto: materiales y simbólicos, recursos vitales, espacio y lugar en el mundo.
- El poder del sujeto, es decir, capacidad para vivir, relación con otros, posición jerárquica: prestigio y estatus, condición política, estado de las relaciones de poder, oportunidades.
- El sentido de la vida y los límites del sujeto.

### **La Perspectiva de Género**

La perspectiva de género incluye pero va más allá del ámbito de lo fisiológico para centrarse en la trama de elementos que median entre los factores biológicos y las definiciones y valoraciones que la sociedad y la cultura asignan y designan diferencialmente a mujeres y hombres. Es una visión científica, analítica y política desarrollada desde el feminismo, hace referencia a la “concepción académica, ilustrada y científica, que sintetiza la teoría y la filosofía liberadora, creadas por las mujeres y forma parte de la cultura feminista”<sup>7</sup>.

Esta perspectiva reconoce la diversidad de géneros y la existencia de las mujeres y los hombres como un principio esencial en la construcción de una humanidad diversa y democrática. Sin embargo, plantea que la dominación de género produce la opresión de género, y ambas obstaculizan esa posibilidad.

La perspectiva de género incluye el análisis de las relaciones sociales intergenéricas (entre personas de géneros diferentes) e intragenéricas (entre personas del mismo género) privadas y públicas, personales, grupales y colectivas. Esta perspectiva está basada en la teoría de género que permite analizar a las mujeres y a los hombres como sujetos históricos, construidos

---

<sup>7</sup> Marcela Lagarde. *Género y Feminismo*, op.cit., p. 15

socialmente, productos del tipo de organización social de género prevaleciente en su sociedad.

Además, permite analizar y comprender las características que definen a las mujeres y a los hombres de manera específica, así como sus semejanzas y diferencias, y las posibilidades vitales de las mujeres y de los hombres en el desarrollo de diversas condiciones, entre ellas la de salud-enfermedad.

La mirada a través de la perspectiva de género feminista nombra de otras maneras las cosas conocidas, hace evidentes hechos ocultos y les otorga otros significados, y desde esta lógica, esta perspectiva abre a las mujeres las posibilidades, las vías para hacer avanzar sus propuestas alternativas a los problemas sociales contemporáneos, derivados de las opresiones de género, la disparidad entre los géneros y las inequidades resultantes.

La problemática de género en que estamos inmersas mujeres y hombres, forma parte de la vida cotidiana, y ésta se encuentra estructurada sobre las normas y prohibiciones de género y el desempeño de cada una y cada uno depende de su comportamiento y del manejo de esa normatividad, es decir, de los conflictos que se pueden generar entre el cumplimiento o no de estas normas y prohibiciones. El análisis de género feminista es detractor del orden patriarcal<sup>8</sup>, contiene de manera explícita una crítica a los aspectos nocivos, destructivos, opresivos y enajenantes que se producen por la organización social basada en la desigualdad, la injusticia y la jerarquización política de las personas basadas en el género.

---

<sup>8</sup> El patriarcado es un orden social genérico de poder, basado en la dominación cuyo paradigma es el hombre. Este orden asegura la supremacía de los hombres y de lo masculino sobre la interiorización previa de las mujeres y de lo femenino. “Es asimismo un orden de dominio de unos hombres sobre otros y de enajenación entre las mujeres. Nuestro mundo es dominado por los hombres. En él, las mujeres, en distintos grados, son expropiadas y sometidas a opresión de manera predeterminedada... El mundo resultante es de asimetría vital entre mujeres y hombres, desigual, injusto y enajenado, de carácter androcéntrico, misógino y homófobo. En ese mundo, el sujeto no sólo es el hombre, sino el patriarca; los sujetos son los hombres patriarcales”. Marcela Lagarde. *Género y feminismo*, op.cit., p. 53.

Sin embargo, las mujeres y los hombres no están en este mundo sólo definidos por su género y no sólo participan en la organización social genérica. Son siempre, al mismo tiempo, partícipes de otros órdenes sociales. Por eso, el análisis de género requiere la articulación de la teoría de género con las teorías que explican, nombran e interpretan otras condiciones sociales y otros órdenes. De esta manera, la perspectiva de género teórica es una construcción de articulaciones teóricas, categoriales, hipotéticas e interpretativas que ensambladas permiten dar cuenta de la complejidad de las determinaciones de los sujetos sociales, mujeres y hombres.

Las mujeres y los hombres son de manera específica definidos en sus modos de vida y en su identidad por la permanente combinación género-edad en movimiento. Cada sociedad construye un orden de edad social que se corresponde con su desarrollo y con las potencialidades de vida de las personas, se reconoce que en todas las sociedades se construyen modos de vida para las personas más o menos estrictos de acuerdo con su edad y su período de vida. Se definen actividades, relaciones, expectativas, deberes y prohibiciones que concretan el sentido de la vida en ese mundo.

En consecuencia, las categorías de género no son sólo mujer u hombre, sino niña, niño, adolescente, adulta, joven, joven, adulta, adulto, vieja, viejo, y los períodos del curso de vida de cada mujer y de cada hombre están marcados por la edad, sus necesidades, sus expectativas, sus oportunidades y sus posibilidades, por ejemplo en la salud-enfermedad, que no son sólo construidas en cada uno de los ciclos vitales, sino que además la salud-enfermedad de cada ciclo de vida incide en el otro progresivamente, en un proceso acumulativo.

La perspectiva de género permite así analizar y comprender las características que definen a las mujeres y a los hombres de manera específica, así como sus semejanzas y diferencias. A partir de ella se puede analizar, entre otras posibilidades, el sentido que dan a sus vidas, sus expectativas, oportunidades, las

relaciones sociales que se establecen entre los géneros, los conflictos institucionales y cotidianos, es decir, esta perspectiva ofrece las vías para el registro de los recursos y la capacidad de acción con que cuentan las mujeres y los hombres para enfrentar las dificultades de la vida, incluyendo la problemática de salud-enfermedad que es desarrollada por ellas y ellos.

La perspectiva de género no es igual a estudio de mujeres. La teoría de género conlleva un contenido relacional y una definición histórica, aunque se pueden desarrollar cuestiones relativas solo a las mujeres desde esta perspectiva, esta no puede estar desligada de la filosofía política. Desde este ámbito, se indagan las profundas y complejas causas, así como los procesos históricos que originan y reproducen la opresión y subordinación de las mujeres, a la vez que plantea y promueve un cambio en el orden genérico, en los hombres, en las familias, en las sociedades y en las instituciones, pero como bien plantea Marcela Lagarde, “el encuentro de las acciones de género con las mujeres es sólo eso: un encuentro que permite apoyar a las mujeres, pero son ellas mismas quienes hacen los cambios, se arriesgan y actúan para enfrentar condiciones insoportables o injustas, para sobrevivir, para mejorar y para construir alternativas. Los motivos de las mujeres no están en la perspectiva de género, sino en su vivencia del género”<sup>9</sup>.

El género es pues, más que una categoría, es una teoría amplia que abarca categorías, hipótesis, interpretaciones y conocimientos relativos al conjunto de fenómenos históricos construidos en torno al sexo. La construcción de la perspectiva teórica de género implica la articulación de teorías sobre el cuerpo, la sexualidad, el poder, el psiquismo, el lenguaje y desde luego teorías sociales sobre la complejidad de las sociedades y de los sujetos. La filosofía no puede estar excluida de esa complejidad, ya que tanto teórica como prácticamente “los hechos de género tienen sentido y éste se encuentra explícito o implícito, y

---

<sup>9</sup> Marcela Lagarde. *Género y Feminismo*, op.cit., p. 26.

siempre tienen sentido oculto, que puede ser desvelado”<sup>10</sup>. Los cambios de género corresponden con un sentido de la vida, con un para qué. La filosofía en que se inscribe la perspectiva de género es la feminista, los temas, las problemáticas y las alternativas pensadas y sentidas son planteadas desde el feminismo.

La perspectiva de género implica una metodología que ensambla diversas teorías afines y crea una aproximación teórica, y conjuga además diversas disciplinas científicas: desde luego la historia, la antropología, la semiótica, la psicología, la sociología, la economía, la ciencia política, la estética y la filosofía para construir el análisis histórico crítico de los sujetos sociales y de las formaciones sociales. Lo que se hace es mirar esas complejidades desde el género e integrar en el proceso analítico las maneras en que se articula el conjunto de condiciones y situaciones de cada persona y de lo colectivo de personas. La propuesta epistemológica que alienta esta perspectiva es construir enfoques integradores y multidisciplinarios.

El género está, pues, presente en el mundo, en las sociedades, en los sujetos sociales, en sus relaciones, en la política y en la cultura; corresponde al orden sociocultural configurado sobre la base de la sexualidad, y ésta a su vez está definida y significada históricamente por el orden genérico. “Cada mujer y cada hombre sintetizan y concretan en la experiencia de sus propias vidas el proceso sociocultural e histórico que los hace ser precisamente ese hombre y esa mujer: sujetos de su propia sociedad, vivientes a través de su cultura, cobijados por tradiciones religiosas o filosóficas de su grupo familiar y su generación, hablantes de su idioma, ubicados en la nación y en la clase en que han nacido o en las que han transitado, envueltos en la circunstancia y los procesos históricos de los momentos y de los lugares en que su vida se desarrolla”<sup>11</sup>.

---

<sup>10</sup> Marcela Lagarde. *Género y feminismo*, op.cit., p. 48.

<sup>11</sup> *Ibid*, p 27.

## **La condición de la Mujer**

La organización genérica es una construcción social basada en marcas corporales, y lo específico de ella es que su fundamento es el sexo y se concreta en la construcción de la sexualidad, es decir, del conjunto de hechos históricos que los sujetos producen y experimentan –marcados- sexualmente. Un resultado de la organización genérica es el control de los cuerpos de las mujeres y de los hombres y, específicamente el dominio de las mujeres a través del control expropiatorio de sus cuerpos.

Al margen de las calidades personales y de sus obras, “cada mujer y cada hombre, sólo por serlo, tiene una carga política específica, ejerce poderes, está sometido a poderes, ocupa espacios sociales y posiciones en nivel y jerarquías filosóficas, simbólicas y de control social. Es decir, cada quien posee estas características y las vive personalmente, las más de las veces, sin saber que se deben a determinaciones históricas compartidas y asignadas a los géneros, conformados por millones de personas. De ahí las múltiples semejanzas y las cualidades derivadas de la condición genérica que las mujeres comparten entre sí, distintas de aquéllas que los hombres comparten por su condición masculina”<sup>12</sup>.

Las sociedades crean mecanismos y formas de consenso que permiten a las personas asumir y aceptar como válidos los contenidos de ser mujer y de ser hombre, y además crean las formas de coerción social, las instituciones y los mecanismos para vigilar el cumplimiento de los mandatos de género.

Las sociedades también crean sistemas explicativos sobre la naturalidad del mundo y las personas se empeñan por cumplir con sus deberes de género y por que sean afines a los de su etnia, su clase, edad, escolaridad, salud-enfermedad. Todas y todos invierten energías para corresponder con los estereotipos de

---

<sup>12</sup> Marcela Lagarde. *Género y feminismo*, op.cit., pp. 65-66.

género: las mujeres son sumisas, dependientes, dulces y tiernas, frágiles emocional e intelectualmente, débiles físicamente, deben ser madres y buenas madres, casarse y ser buenas esposas, fuertes para el dolor y sufrimiento, saber escuchar..., y los hombres deben ser productores, protectores, agresivos, proveedores, inteligentes, seguros, ... Estos hechos se refieren al imaginario social que se construye acerca de mujeres y hombres, o sea, con base al género.

Al presentarse la condición femenina y la condición masculina como universales se logra credibilidad, y al atribuir a la naturaleza el origen de la diferencia entre mujeres y hombres, se elimina del campo histórico los grandes y múltiples esfuerzos institucionales, sociales y los que hace cada mujer y cada hombre para ser y existir en su sociedad. De esa forma, se crea la falsa ilusión de que la sociedad y las instituciones no intervienen en los hechos femeninos y masculinos.

Ser mujer u hombre equivale a aprender a vivir y enfrentar la vida de manera diferenciada y tener opciones de vida distintas. En otras palabras, la vida se organiza socialmente a partir de los géneros, definiendo modelos del ser y las normas del deber ser. Se establece un orden diferencial y desigual en las relaciones económicas, políticas y culturales. Implica pues, hablar de una condición histórica, que en el caso de la condición femenina, es una construcción que “está constituida por el conjunto de relaciones de producción, de reproducción y por todas las demás relaciones vitales en que están inmersas las mujeres independientemente de su voluntad y de su conciencia, y por las formas en que participan en ellas; por las instituciones políticas y jurídicas que las contienen y las norman, y por las concepciones del mundo que las definen y las interpretan”<sup>13</sup>. Es histórica en la medida en que es distinta a natural, opuesta a la naturaleza femenina, al conjunto de cualidades y características atribuidas “naturalmente” a las mujeres, es decir atribuidas a las determinaciones biológicas ligadas al sexo. Estamos afirmando, entonces que toda y cada mujer desarrolla, solo por el hecho

---

<sup>13</sup> Marcela Lagarde. *Los cautiverios de las mujeres*, op.cit., p. 78.



de ser mujer, un nivel de opresión, que de acuerdo a otras condiciones sociales será mayor o menor.

Esta postura es sostenida también por Franca Basaglia, al hablar que el cuerpo de las mujeres es la señal concreta de su subordinación histórica. “Es de hecho la diversidad natural, convertida en desigualdad social, lo que reúne a todas las mujeres en una única categoría, cualquiera que sea la clase a la que pertenezcan, porque la inferioridad y la invalidación están ligadas al ser mujer y a su naturaleza”<sup>14</sup>.

La condición masculina también es definida por el cuerpo, pero este orden se completa con la creación de un cuerpo que contiene la subjetividad de un ser poderoso y no limitado, un ser con un amplio espectro de haceres y libre. Marcela Lagarde señala explícitamente esta condición: “El hombre genérico sintetiza un conjunto de atributos: ser paradigma de lo humano y representación universal simbólica de mujeres y hombres, ser dueño del mundo, de los bienes reales y simbólicos, de las mujeres y su prole. Ser hombre implica ser el que hace, crea y destruye en el mundo con legitimidad; es ser quien piensa, significa y nombra el mundo, el que sabe, el poseedor de la razón, de la verdad y de la voluntad. Ser hombre es ser poderoso para vivir en busca de la satisfacción de sus necesidades, la realización de sus deseos y en expansión”<sup>15</sup>.

Ontológicamente, sigue la autora, ser hombre consisten en *ser-para-sí-en-el-mundo*. “Por eso, los hombres se tienen como objetivo de sus energías vitales, de sus movimientos y de su subjetividad, como su centro, y cada hombre al crear o al destruir, al transformar el mundo, debe buscar indefectiblemente su gratificación y su goce. El paradigma del mundo patriarcal es el hombre, y el paradigma de cada hombre es él mismo”<sup>16</sup>.

---

<sup>14</sup> Franca Basaglia. *Mujer, Locura y Sociedad*. Universidad Autónoma de Puebla, Puebla, 1983, p. 17.

<sup>15</sup> Marcela Lagarde. *Género y feminismo*, op.cit., p. 61.

<sup>16</sup> Ibid, p. 63.

En cambio, para las mujeres su sexualidad está en la base de la categoría social de género, es decir, de la mujer<sup>17</sup>. Los ejes definitorios de la condición genérica de la mujer son: *ser cuerpo-para-otros*, una sexualidad *para-otros*, y el *ser sujeta de dominio del poder patriarcal*. Sobre estos dos ejes vitales hemos estructurado otros ejes como son el trabajo público y privado y la subjetividad, también constitutivos de la condición de género femenino y del proceso salud-enfermedad en las mujeres, porque en función del lugar social que ocupa y de las actividades que desarrolla, las mujeres actualizan permanentemente en sus cuerpos, diversos problemas de salud-enfermedad.

### **La situación de las Mujeres**

Las mujeres comparten como género la misma condición genérica, pero difieren en cuanto a sus situaciones de vida y en los grados y niveles de opresión. La situación de las mujeres “se refiere al conjunto de características que tienen las mujeres a partir de su condición genérica, en determinadas circunstancias históricas. La situación expresa la existencia concreta de las mujeres particulares, a partir de sus condiciones reales de vida: desde la formación social en que nace, vive y muere cada una, las relaciones de producción-reproducción y con ello la clase, el grupo de clase, el tipo de trabajo o de actividad vital, su definición en relación con la maternidad, a la coyugalidad y a la filialidad, su adscripción familiar, así como los niveles de vida y el acceso a los bienes materiales y simbólicos, la etnia, la lengua, la religión, las definiciones políticas, el grupo de edad, las relaciones con las otras mujeres, con los hombres y con el poder, las preferencias eróticas, hasta las costumbres, las tradiciones propias, los conocimientos y la sabiduría, las capacidades de aprendizaje, creadoras y de cambio, y la capacidad de sobrevivir, la subjetividad personal, la autoidentidad y la

---

<sup>17</sup> Marcela Lagarde desarrolla las categorías de mujer y mujeres y explica: La mujer es más que las mujeres, y las mujeres son más que el género, lo cual implica que, en un plan ontológico: **La mujer** se refiere a lo abstracto, al ser social; y en un plan epistemológico, **Las mujeres** se refiere a lo real concreto, a la existencia social, y agrega: “Los términos *la mujer* y *las mujeres* no son sinónimos, ni es uno plural del otro. Son categorías con significados específicos y se refieren a distintos niveles de representación”. *Los cautiverios de las mujeres*, op.cit., p.80.

particular concepción del mundo y de la vida”<sup>18</sup>, y añadiríamos, las situaciones favorables o desfavorables de salud-enfermedad.

Bajo este enfoque, la situación de las mujeres, su quehacer social, se considera como una prolongación de su sexualidad, es decir, ocupar un lugar social depende de cómo realicen las mujeres su condición femenina. Cumplir con su deber ser, con el mandato de género, implica en la posibilidad de ser aceptadas sólo como seres inferiores. Para las mujeres que no cumplen con el mandato de género, está el rechazo, la exclusión, el menosprecio, el daño y el castigo. Las transgresiones de las mujeres se expresan en el cuerpo, en su sexualidad y, desde luego en el poder.

Los hombres también, como género comparten la misma condición genérica y difieren en cuanto a sus particularidades en la vida, de acuerdo a sus adscripciones sociales de género: pertenencia a una clase social, etnia, lengua, escolaridad, religión, preferencia erótica, estado de salud-enfermedad, etc., aunque en cualquiera de estas situaciones específicas, ellos siempre están encaminados a aprovechar los recursos materiales y simbólicos y dirigir sus vidas para obtener beneficio personal. Todos los hombres, independientemente de sus adscripciones sociales, se ocupan del sentido de la sociedad, de la historia, de la vida y, al encargarse del mundo, obtienen más poder. Porque los hombres al existir son poderosos, viven en busca de satisfacer sus necesidades y realizar sus deseos.

Además, cada institución tiene funciones específicas en la organización de los géneros y mayor o menor peso y poder en la formación genérica de las mujeres y de los hombres y de la sociedad. Los resultados son múltiples: mujeres y hombres más determinados, con menos opciones y mayores deberes, vidas encerradas y estrictas, en consecuencia menores poderes, así como mujeres y hombres con

---

<sup>18</sup> Marcela Lagarde. *Los cautiverios de las mujeres*, op.cit., p. 79.

menos deberes y más alternativas de acción, posibilidades de cambiar, una vida cotidiana con mayores oportunidades y recursos, poderes y capacidades de decisión.

En las relaciones sociales convergen otras diferentes condiciones sociales, además del género, que sitúa a las mujeres y a los hombres en una determinada clase social, nacionalidad, lengua, edad, religión, ideologías, saberes, conocimientos, y así sucesivamente hasta agotar las condiciones significativas en el itinerario personal. Estas condiciones proveen a las mujeres y a los hombres de prestigio, posición, jerarquía, valor, y también los dotan de bienes, oportunidades, recursos y poder, al mismo tiempo que otras implican su inferioridad, desposesión y opresión. Estas múltiples condiciones determinan lo que cada quien es, se modifican en el curso de la vida de acuerdo con sus diferentes grados de rigidez y conservadurismo y sus posibilidades de cambio.

Así, ratifica Marcela Lagarde, “estas condiciones se modifican, conservan o se pierden durante la vida personal y grupal. Sin embargo, la unidad del sujeto hace que todas ellas se articulen compleja y conflictivamente y que lo movilicen o lo paralicen, le permitan desarrollarse o limiten sus opciones de vida. La vivencia del conjunto de condiciones produce la existencia o *situación vital* de las mujeres y los hombres”<sup>19</sup>. Cada persona es en sí misma una síntesis de diversidades en movimiento, y por eso además de reconocer la condición de la mujer en cada mujer o la condición masculina en cada hombre, es preciso definir su *situación vital* para comprender su existencia única y en permanente proceso.

En el contexto de la problemática de salud-enfermedad, el recorte de esta investigación se dirigió a la mujer y específicamente a las mujeres académicas que laboran en las carreras que conforman la División de las Ciencias de la Salud y del Comportamiento de la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza de la Universidad Nacional Autónoma de México: mujeres académicas adscritas a las

---

<sup>19</sup> Marcela Lagarde. *Género y feminismo*, op.cit., p. 67.

carreras de Cirujano Dentista, Enfermería, Médico Cirujano y Psicología, términos oficiales utilizados por la FES Zaragoza, los cuales categorizan desde el género masculino, evidenciando la ausencia simbólica de la mujer.

Para abordar el proceso salud-enfermedad de las mujeres académicas, hemos construido un campo teórico-metodológico basado en ejes-categorías de análisis, que articuladamente permiten comprender como la condición genérica de la mujer (*ser-para-otros*) aunada a otras condiciones u órdenes sociales (grupo social de pertenencia, escolaridad, edad, etc. - situación de las mujeres), intervienen de manera decisiva, en la conformación del proceso salud-enfermedad y sus consecuentes problemas, direccionando a las mujeres más hacia problemas de enfermedad, que hacia procesos saludables.

## **LOS EJES-CATEGORÍAS DE ANÁLISIS**

### **La sexualidad**

La sexualidad es el referente de la organización genérica en las sociedades y constituye el punto de partida de los caminos proyectados de cada quien. La sexualidad se define por el "...conjunto de experiencias humanas atribuidas al sexo y definidas por la diferencia sexual y la significación que de ella se hace. Constituye a las personas y las adscribe a grupos bio-socio-psico-culturales genéricos y a las condiciones de vida predeterminadas que a su vez condicionan sus posibilidades y sus potencialidades vitales"<sup>20</sup>. La sexualidad, condensada en el género define:

- "Los grupos genéricos.
- Los sujetos particulares: las mujeres y los hombres.

---

<sup>20</sup> Marcela Lagarde. *Género y Feminismo*, op.cit., p. 28.

- Las relaciones sociales definidas en torno al sexo por edades; es decir, las relaciones de género concebidas también de propiedad de bienes y recursos y de la riqueza.
- Las instituciones privadas y públicas, económicas y sociales, jurídicas y políticas.
- La cultura: los símbolos y las representaciones, el imaginario y la fantasía, las concepciones del mundo y de la vida, de cada acontecer; las maneras de pensar y los pensamientos, así como la afectividad; los lenguajes corporales, verbales, escritos y sus correspondientes sustratos, la gestualidad, la palabra, la voz, la escritura, el arte y todas las creaciones efímeras de la vida cotidiana, así como las creaciones materiales más perdurables; valores circunscritos en una eticidad y, desde luego, dimensiones variada del sentido de la vida. Las identidades personales y grupales, así como las mentalidades individuales y colectivas.
- La vida de principio a fin de cada persona”<sup>21</sup>.

En nuestras sociedades, la sexualidad es identificada con el erotismo, al punto de usarse indistintamente ambos términos. Teóricamente es necesario diferenciar ambos conceptos para elaborar categorías rigurosas. La sexualidad incluye el erotismo, pero no lo agota. La sexualidad está en la base del poder: tener una u otra definición genérica implica ocupar un lugar en el mundo y tener un destino más o menos previsible. Independientemente de la voluntad, la adscripción genérica ubica, o sea, es una forma de integración en la jerarquía social, significa también tener y ejercer poderes sobre otros.

Foucault<sup>22</sup> considera a la sexualidad como una experiencia históricamente singular, constituida por tres ejes: “la formación de los saberes que a ella se refiere, los sistemas de poder que regulan su práctica y las formas según las

---

<sup>21</sup> Marcela Lagarde. *Género y Feminismo*, op.cit., pp. 28-29.

<sup>22</sup> Michel Foucault. *Historia de la sexualidad. II. El uso de los placeres*. Siglo XXI, México, 1986, p. 8.

cuales los individuos pueden y deben reconocerse como sujetos de esa sexualidad (sujetos sexuales, sujetos deseantes)”.

Las diferentes culturas y sociedades construyen, asignan y reconocen distintos atributos sexuales a las y los seres humanos, sin embargo todas construyen su clasificación sexual a partir de la biología, de las diferencias corporales. Lo que está implícito en esta construcción es que todo lo relativo a ser mujer o ser hombre, a la masculinidad y a la feminidad, tiene como sustento el cuerpo biológico, el cual es ahistórico. Lo masculino y lo femenino emana de él y se transmite físicamente, y es concebido como biológico, por lo tanto, natural, inmutable y verdadero.

En este trabajo, en cambio, pensamos que la sexualidad rebasa al cuerpo y a la individua/individuo. La sexualidad es un complejo de fenómenos bio-socio-culturales que incluye a las y los individuos, a las instituciones, a las concepciones del mundo (sistemas de representaciones, simbolismo, subjetividad, éticas, lenguajes) y desde luego al poder.

La sexualidad es a tal grado definitoria que organiza de manera diferente la vida de las mujeres y de los hombres, pero también de sociedades. En este sentido, la sexualidad es un atributo histórico de las y los sujetos, de la sociedad y de las culturas, así como de sus relaciones, sus estructuras, sus instituciones y de sus esferas de vida.

### **Cuerpo y sexualidad**

El tema central del género femenino es el cuerpo, con el cual la mujer, en su diferencia natural respecto al hombre y en su cercano vínculo con la naturaleza, ha sido identificada. Un cuerpo que pasa por la menstruación, embarazo, parto, lactancia, aborto, menopausia, todos aspectos biológicos, un cuerpo que no puede prescindir de sus características naturales, porque toda su historia pasa por las

modificaciones y alteraciones de un cuerpo que la ancla sólidamente a la naturaleza. “Esta es la causa de que nuestra cultura haya deducido que todo aquello que es la mujer *lo es por naturaleza*. Este denominador común instala a las mujeres en el *primer nivel de opresión*, que consiste en haber nacido mujer dentro de una cultura en la que este hecho es, *per se*, un menosprecio”<sup>23</sup>.

El cuerpo y la sexualidad de las mujeres son ejes sobre los cuales se estructura su condición genérica. Son los principios que las mantienen en la dependencia y son también los espacios en los cuales se funda y se desarrolla la opresión que totaliza sus vidas, como grupo social y como particulares. Esto es así, dice Franca Basaglia<sup>24</sup>, porque las mujeres son consideradas cuerpo-naturaleza y propiedad de otros. Al ser cuerpo naturaleza-para otros, la corporeidad vivida adquiere un sentido de control y opresión. Si la mujer es naturaleza, su historia es la historia de su cuerpo, pero de un cuerpo del cual ella no es dueña, porque sólo existe como objeto para otros, o en función de otros, y en torno al cual se centra una vida que es la historia de una expropiación. A la mujer, señala la misma autora, se le ha considerado poseedora de un cuerpo que la iguala a la naturaleza por estar regida por sus leyes en la menstruación, en el embarazo, en el parto y la menopausia, y por la traducción de estas características como atributos de inferioridad de las mujeres frente a los hombres<sup>25</sup>.

La sexualidad es una de las experiencias a través de las cuales los hombres se apropian de manera personal y directa de las mujeres y en que genéricamente se constituyen en propietarios de la sexualidad de las mujeres y de las mujeres mismas; “es un espacio de relación íntima y directa que instala la dependencia y la dominación”<sup>26</sup>.

---

<sup>23</sup> Franca Basaglia. *Una voz: Reflexiones sobre la mujer*. Universidad Autónoma de Puebla, Puebla, 1986, pp. 34-35.

<sup>24</sup> *Ibid*, p.20.

<sup>25</sup> *Ibid*, pp. 87-94.

<sup>26</sup> Marcela Lagarde. *Género y feminismo*, op.cit., p. 59.



La sexualidad masculina permite, en cambio, a cada hombre valorizarse a través de sus experiencias sexuales, no importa que éstas sean dañinas para las mujeres: la autoestima masculina aumenta mediante los éxitos sexuales. La sexualidad masculina es medio de realizaciones positivas para los hombres, es signo de su poder y es un recurso para obtener, entre otros bienes, a las mujeres. Los hombres, a diferencia de las mujeres, no están sólo definidos por la sexualidad, y por lo tanto no quedan reducidos a ella, son también definidos como sujetos, precisamente por otros hechos de su experiencia que los ubican en la historia: sus actividades, sus acciones, sus obras, sus creaciones, sus trabajos, sus pensamientos, etc.

La mujer, por su lado, ha sido considerada naturaleza, pero una naturaleza, señala Franca Basaglia<sup>27</sup>, fabricada por una cultura que ha logrado así delimitar el espacio en que ella debería expresarse. Si la mujer es naturaleza, su historia es la historia de su cuerpo, pero de un cuerpo del cual no es dueña porque sólo existe como objeto *para otros*, o en función *de otros*, y en torno al cual se centra una vida que es la historia de una expropiación. “El ser considerada cuerpo-para-otros, ya sea para entregarse al hombre o para procrear, es algo que ha impedido a la mujer ser considerada como sujeto histórico-social, ya que su subjetividad ha sido reducida y aprisionada dentro de una sexualidad esencialmente para-otros, con la función específica de la reproducción... y como instrumento para la seducción del hombre”<sup>28</sup>.

Desde este orden de ideas, la sexualidad femenina tiene dos espacios vitales: el de la procreación y el erotismo. Estos ámbitos de la sexualidad son la base de la especialización socio-cultural de las mujeres. En torno a la procreación se construye la maternidad como experiencia básica, “natural”, contenido de vida de todas las mujeres, como centro positivo de su feminidad, de su “naturaleza”. Se reconoce la procreación femenina como un deber ser y por su carácter natural es

---

<sup>27</sup> Franca Basaglia. *Una voz: Reflexiones sobre la mujer*, op.cit., p. 39.

<sup>28</sup> Ibid, p.40

irrenunciable, debe ser realizada: todas las mujeres son madres de manera independiente de la procreación y de la edad.

## La maternidad

La maternidad, indica Marcela Lagarde<sup>29</sup>, “es el conjunto de hechos de la reproducción social y cultural, por medio del cual las mujeres crean y cuidan, generan y revitalizan, de manera personal, directa y permanente durante toda la vida, a los otros, en su sobrevivencia cotidiana y en la muerte”. Así, la maternidad no se asocia con procreación, sino que para las mujeres, es el contenido que organiza su ciclo de vida y que sustenta el sentido de la vida para ellas.

Las mujeres, en el ejercicio de su maternidad, cuidan de *los otros*, de estos otros con quienes se relacionan para existir: sus padres y madres, sus cónyuges, sus hijos e hijas, hermanos y hermanas, parientes, personas prójimas o ajenas. El requisito es que cuiden de ellos y ellas, física, afectiva, erótica o intelectualmente, en cualquier momento y circunstancia. Los otros también pueden ser instituciones, organizaciones, actividades o causas en las que participan y a las que asumen las mujeres. De hecho, plantea Marcela Lagarde, “*los otros* de las mujeres son cualquier persona o espacio vital, y su contenido – fundado en la relación materna de la mayoría de las mujeres, primero con hijos y cónyuges, y extendida a cualquier otra -, consiste en la relación particular de las mujeres con su entorno vital: los otros son los depositarios del interés vital de las mujeres, que se concreta en sus cuidados vitales”<sup>30</sup>.

La dependencia vital de las mujeres, continua la autora, “se plasma en *los otros*: ellas viven por y para *los otros* en una relación asimétrica, ya que los otros-personas sólo viven con ellas. Para ellas los otros son el núcleo del sentido de la

---

<sup>29</sup> Marcela Lagarde. *Los cautiverios de las mujeres*, op.cit., p. 248.

<sup>30</sup> Ibid, p.249.

vida, y el límite de su existencia personal y genérica: en los otros se dirime la completud de las mujeres”<sup>31</sup>.

Así, es característica básica de la sexualidad de las mujeres, la relación entre erotismo y procreación, la cual a nivel de las y los sujetos aparece escindida. Socialmente, y parte de una cultura binaria, la sexualidad femenina escindida produce grupos de mujeres especializadas en aspectos de la sexualidad desintegrada: las madres y las putas, las “buenas mujeres” y las “malas mujeres”.

Las mujeres obtienen por la mediación del uso de su cuerpo erótico y procreador, nombre, status, rango, adscripción, reconocimiento a sus hijos e hijas, y manutención económica., pero sobretodo atención afectiva.

## **El erotismo**

El erotismo, indica Marcela Lagarde, “consiste en la exaltación o inhibición de los impulsos libidinales. Tiene como base el ansia o excitación libidinal puesta de manifiesto en el sistema nervioso, en las membranas mucosas, en la piel y en los mas diversos órganos” <sup>32</sup>. Es el espacio vital reservado a un grupo menor de mujeres ubicadas en el lado negativo de la sociedad, y son consideradas por su definición esencial erótica como malas mujeres, se trata de las putas. Sin embargo, el erotismo está presente en la vida de todas las mujeres, pero salvo el caso de las putas, en el resto está asociada de manera subordinada y al servicio de la procreación.

Las prostitutas son las únicas mujeres a quienes se considera y se valora como poseedoras de la sabiduría del erotismo. Así, son las “malas mujeres” quienes enseñan a los hombres y éstos quienes enseñan a las buenas, ellos aprenden con mujeres-objeto, mediante pago y desde el poder, las buenas aprenden en la

---

<sup>31</sup> Marcela Lagarde. *Los cautiverios de las mujeres*, op.cit., p. 249.

<sup>32</sup> Ibid, p. 207.

pasividad de la cama, desde la subordinación. Por eso las mujeres no descubren sus propios procesos, espacios y prácticas de placer que les permiten disfrutar.

“La abstinencia caracteriza el erotismo de las mujeres, tanto como el uso forzoso de su cuerpo por los otros...porque ser mujer significa contener la realización del deseo erótico autogratificador, reprimirlo, o compensarlo, en ocasiones sublimarlo”<sup>33</sup>.

El carácter político y disciplinario del erotismo sobre las mujeres queda evidenciado en que es genitalizado y fálico, y en que el coito, es el hecho supremo a realizar, es decir, las experiencias eróticas quedan absolutamente subordinadas al coito. “La prohibición de búsqueda, de placer y de protagonismo a las mujeres, se concreta en su obediencia erótica, en el cumplimiento de su dependencia, de su pasividad, de su falta de placer... el temor y la espera de la acción del otro sobre su cuerpo, son constantes de la experiencia de las mujeres. El resultado es la carencia... la culpa como explicación de la frustración...”<sup>34</sup>.

El hecho de ser cuerpo, éste no existe para la mujer como acto autónomo, propio, personal, ni como fuente de placer, tampoco como expresión de una sensualidad generalizada que está presente en sus relaciones y acciones. La sexualidad de las mujeres, indica Franca Basaglia, “debe limitarse a la mera sexualidad, que existe como objeto de la sexualidad del hombre. Una mujer sensualmente abierta a la vida, la que participa con su cuerpo y sus sentidos, que no acepta restricciones, que no toma en cuenta que su actitud provoca sexualmente a terceros, es grosera, burda, y su cuerpo parece dejar de pertenecerle. Deja de ser persona para convertirse solamente en hembra, es decir, en el objeto sexual correspondiente a un macho”<sup>35</sup>.

---

<sup>33</sup> Marcela Lagarde. *Los cautiverios de las mujeres*, op.cit., p. 220.

<sup>34</sup> *Ibid*, p.229-230.

<sup>35</sup> Franca Basaglia. *Una voz. Reflexiones sobre la mujer*, op.cit., p. 41

En la actualidad, más que nunca se exalta el aspecto sexual de las mujeres, los mensajes eróticos utilizando los cuerpos de las mujeres son múltiples, pero las mujeres siguen poseedoras de una sexualidad *para otros*, consideradas como objeto sexual *de y para otros*. Así, el erotismo pasa a través del propio cuerpo-objeto. En la relación erótica, continua Franca Basaglia, “la mujer ha sido compelida a crear una distancia entre ella y su propio cuerpo y así poder vivirlo y sentirse ella misma, y no ser exclusivamente objeto para otros. Si no hay reciprocidad y un solo polo determina las modalidades de relación entre dos, el resultado será un cuerpo femenino convertido en objeto de erotización... Ella se ve obligada a convertirse en instrumento, con la finalidad de instrumentalizar al hombre, y así poder existir y soportar la cosificación de su propio cuerpo”<sup>36</sup>.

La mujer no es “por naturaleza” sólo un objeto sexual, también debe ser madre no sólo de sus hijos e hijas, sino también de *los otros*, de los demás. Esto significa que la objetivación o cosificación de su cuerpo se transforma simultáneamente en una subjetividad dedicada a nutrir, comprender, proteger y sostener a otros. Franca Basaglia explica que “la subjetividad que llegue a reconocérsele es, por consiguiente, la de vivir en el constante dar, anulándose ella, es decir, actuando y viviendo como *mujer-cuerpo para otros*, como *mujer-sustento para otros*”<sup>37</sup>.

Si la subordinación de la mujer ha pasado a través de su identificación con el cuerpo, anclado a la naturaleza, un *cuerpo de-para-los-otros*, para la procreación y el erotismo, un cuerpo sexuado, entonces esta es una condición traducida, culturalmente, en desigualdad histórica. Proceso que conlleva una lógica sobre la cual se funda nuestra cultura, que utiliza las características naturales de las mujeres para legitimar el poder.

Así, la sexualidad abarca normas y recursos para su realización y control. La sexualidad de las mujeres está en la base de la categoría social de género: mujer,

---

<sup>36</sup> Franca Basaglia. *Una voz. Reflexiones sobre la mujer*, op.cit., pp. 42-43.

<sup>37</sup> *Ibid*, p. 44.

y por eso se cree que la sexualidad es la causa de su condición social, es la causa de sus carencias, conflictos, problemas de salud-enfermedad, posiciones que ocupan las mujeres en la sociedad en los diversos ámbitos.

Las condiciones de desigualdad y sujeción de las mujeres frente a los hombres son explicadas como hechos naturales, puesto que se considera que las mujeres son sólo sexualidad y que ésta es natural.

Las normas regulan el control de su sexualidad, sus capacidades reproductivas, su erotismo, su maternidad, sus deseos amorosos, su trabajo e incluso su salud-enfermedad. Experimentar la sexualidad bajo las normas tradicionales de la política patriarcal, hace a las mujeres sujetas a la dependencia, vulnerabilidad, violencia, limitaciones en su desarrollo personal y pérdida de libertad, que constituye un *cautiverio sexual*<sup>38</sup>.

A partir de esa condición sexual impuesta, una de las experiencias de las mujeres contemporáneas se delinea a través de la resistencia, crítica y insubordinación a esa sexualidad, cuyo sentido patriarcal es dar poder, placer, amor y vida a los otros y las otras.

Las mujeres modernas se han ido apropiando de su sexualidad al decidir, intervenir y definir algunas pautas, hechos y experiencias sexuales, y al incidir en el sentido y los contenidos de las relaciones con los otros y las otras. Sobre este aspecto, Marcela Lagarde hace un aporte esclarecedor: “La vivencia de experiencias prohibidas, la vocación de eliminar tabúes, el anhelo de la justicia sexual y amorosa, han definido la osadía de las mujeres a lo largo del siglo XX. La nueva sexualidad se ha definido en torno de tres pilares que trastocan la sexualidad patriarcal y salen de ella: son la equidad, las libertades y los poderes sexuales y eróticos”<sup>39</sup>.

---

<sup>38</sup> Marcela Lagarde. *Claves feministas para la autoestima de las mujeres*. horas y HORAS, Madrid, 2001, p.140.

<sup>39</sup> Ibid, p. 141.

Estos cambios en la sexualidad han impactado la vivencia del amor. El deseo de amar sin dominación ha sido la clave de la invención amorosa de las contemporáneas, hoy millones de ellas anhelan amar y ser amadas en libertad y con respecto a su dignidad. Sin embargo, las sociedades no han terminado de aceptar que se haya producido esta transformación, algunas de ellas apenas lo registran y otras desarrollan decididas políticas de Estado para preservar su opresión y la supremacía masculina. Y es allí precisamente donde se han ido produciendo modificaciones; la sexualidad de muchísimas mujeres ha cambiado de signo al priorizar la independencia, la eliminación de la violencia en sus relaciones, la vigencia de derechos en sus vidas, y en particular de los derechos sexuales, aunque en muchos casos todavía sólo son conciencia y práctica cotidiana no generalizada.

Marcela Lagarde al construir las claves para la autoestima de las mujeres plantea que “esa metamorfosis se ha producido a lo largo del siglo XX y con enormes diferencias por países, regiones, culturas y clases sociales, debido a transformaciones en los papeles sociales y laborales, a intereses demográficos y socio-económicos, y a redefiniciones culturales que inciden en la condición sexual y de género de las mujeres. Pero por encima de todo, debido a la convicción de las mujeres por experimentar la sexualidad y las relaciones con *los otros* y *las otras*, de manera que esas esferas dejen de conducir a experiencias enajenantes y signifiquen, en cambio, la vía del goce, la satisfacción, el encuentro positivo y la creatividad<sup>40</sup>. La autora asimismo indica que con todo, como mujeres en transición, su sexualidad es *sincrética* en dos sentidos: unas viven una época de su vida sexual de manera tradicional y sólo después de algunos hitos se modernizan; otras viven la simultaneidad conflictiva de lo tradicional cuerpo-sexual-para y lo moderno ser-sexuada-con-derechos-poderes-libertades; la mayoría vive a la vez ambos esquemas de manera inestable. Este hecho impacta

---

<sup>40</sup> Marcela Lagarde. *Claves feministas para la autoestima de las mujeres*, op.cit., pp. 141-142.

sobre la estabilidad emocional de las mujeres, puesto que viven en conflicto constante y puede determinar condiciones de malestar.

## **El poder**

El orden fundado sobre la sexualidad es desde luego un orden de poder, en el cual hay un reparto de poderes que se concretan en maneras diferenciadas de vivir y en oportunidades y restricciones para mujeres y hombres. La sexualidad es normada tanto por la sociedad como por el Estado, los cuales tienen un sin número de objetivos ligados al control y al ordenamiento, así como a la sanción de la sexualidad. Esto se constata en la división del trabajo, en la vida cotidiana, en la subjetividad, en los cuerpos de cada quien. Los mecanismos para el cumplimiento de la normatividad de la sexualidad pueden ser pedagógicos, coercitivos o correctivos; mecanismos que a su vez aseguran diferentes oportunidades y posibilidades de desarrollo, de acuerdo al género y a la condición social.

En la organización genérica del mundo, como sistema de poder basado en el sexo, se encuentra el cuerpo subjetivado, el *cuerpo vivido*<sup>41</sup>. Los cuerpos no son sólo productos biológicos, sino que son cuerpos históricos, construidos, semejantes solo en apariencia a los cuerpos de otros espacios y tiempos. En esos cuerpos sexuados se desarrollan capacidades y habilidades físicas y subjetivas, es decir, modos de hacer, pensar y sentir las cosas, deseos, formas de acatar o no los mandatos de género. Cada cuerpo implica oportunidades y limitaciones de vida, tanto por sus características biológicas como sociales y culturales.

---

<sup>41</sup> La categoría de *cuerpo vivido* fue creada por Simone de Beauvoir y retomada por Aida Aisenson Kogan, la cual expresa que el cuerpo vivido es "...parte integrante de nuestra conducta que resulta inseparable de la personalidad y aún del propio sentimiento de identidad... refleja y contribuye a formar dialécticamente la identidad, puesto que es cuerpo-sujeto, es propio de cada uno, pero es también constitutivo a partir de los otros: es individual y es social". *Cuerpo y Persona. Filosofía y psicología del cuerpo vivido*, FCE, México, 1989, p.12.



El cuerpo es el objeto de poder máspreciado en el orden genérico, porque el sentido de la vida está concretado en él. “Las instituciones disciplinan, controlan y recrean los cuerpos a través de variados procesos pedagógicos que permiten a las mujeres y a los hombres enseñar, aprender, internalizar, actuar o rehusar las maneras del cuerpo”<sup>42</sup>.

Independiente de sus cualidades personales, cada mujer y cada hombre ejerce poderes, está sometida y sometido a poderes; eso implica que el poder se encuentra presente en todas las relaciones sociales, en la reproducción de las y los sujetos sociales, en lo público y en lo privado, en todos los intersticios de la vida, y se cristaliza en las más variadas instituciones.

El poder como hecho positivo es la capacidad de decidir sobre la propia vida y como tal es un hecho que trasciende a la y al individuo y se plasma en las y los sujetos y en los espacios sociales: se materializa como afirmación, como satisfacción de necesidades y como consecución de objetivos.

Pero, el poder consiste también en la capacidad de decidir sobre la vida de la otra u otro, en la intervención con hechos que obligan, circunscriben, prohíben o impiden. Quien ejerce el poder se arroga el derecho al castigo y a la opresión. Desde esta posición domina, enjuicia y sentencia. Al hacerlo, acumula y reproduce poder.

“El orden político de género combina los poderes de dominio y los poderes positivos. Para quien domina, sus poderes son positivos porque se beneficia con sólo poseerlos y, desde luego, al ejercerlos. A través del uso de esos poderes, quien domina obtiene bienes y servicios y logra además valor para sí y su grupo. La relación de dominio obliga al intercambio por desigual o raquíctico que éste sea. Potencialmente, quienes detentan los poderes de dominio reúnen mayores poderes de afirmación social, autoafirmación y se *empoderan*, es decir, se cargan

---

<sup>42</sup> Marcela Lagarde. *Los cautiverios de las mujeres*, op.cit., p. 56.

de poderes que a su vez se potencian y permiten actuar y vivir con poderío social”<sup>43</sup>.

Quienes están bajo dominio experimentan el peso de poderes que les conculcan y les niegan bienes, recursos materiales y simbólicos, oportunidades y posibilidades de vida, y la carencia obliga al vínculo dependiente con quien domina, y además norma, controla, subordina, dirige la existencia de la o del dominado. Los poderes de dominio son sociales, grupales y personales, permiten explotar y oprimir a personas y grupos y todo tipo de colectividad. Se concretan en procesos de intervención en la vida de otras u otros desde un rango y una posición de superioridad.

La organización genérica es una red estructurada de poderes, jerarquías y valores, siendo que la regla básica consiste en que un poder aumenta en relación directa a la resta de otro poder, una jerarquía superior se construye a partir de la subordinación jerárquica y los valores se conforman como universales a partir de la desvalorización. Asimismo, señala Marcela Lagarde, “el sujeto que acumula poderes, jerarquías y valores también los tiene asegurados por su sola existencia y por la sobrevaloración de sus acciones en el mundo, de sus productos y sus bienes materiales y simbólicos. Este conjunto de mecanismos asegura la desigualdad de poderes en el orden de géneros y su recreación permanente”<sup>44</sup>.

Las mujeres y los hombres, así constituidos, son comparados entre sí por su incidencia en el mundo, como si tuvieran las mismas condiciones objetivas y subjetivas y como si fueran iguales, aunque los hechos masculinos son magnificados en desmerecimiento de los femeninos. La diferencia sexual por sí misma no contiene ni crea una distribución desigual de poderes, sino que se requiere de la valoración de las y los sujetos en rangos de superior, mayor, inferior, menor, para lograr la desigualdad valorativa, y ser mujer o ser hombre

---

<sup>43</sup> Marcela Lagarde. *Género y feminismo*, op.cit., p. 69.

<sup>44</sup> *Ibid.*, p. 53.

significa ser especialista de género con un contenido político asignado. Esta designación política es determinada independientemente de su voluntad, su conciencia y su necesidad.

Ser mujer o ser hombre implica ocupar posiciones sociales y políticas previamente asignadas, y cada quien debe desarrollar actividades, funciones, comportamientos y vivir de acuerdo con las especificaciones de su género. En las sociedades patriarcales, “la ordenación política binaria abarca varias dimensiones. La filosófica: consiste en la completud o la incompletud, la limitación y la ilimitación de los sujetos. La valorativa: define a los sujetos por el bien, la verdad y la razón o por el mal y la sinrazón. La jerárquica: los sujetos ocupan posiciones y espacios de superioridad o de inferioridad. La de liderazgo: los sujetos con rango de superioridad dirigen a quienes, inferiorizados, subordinan”<sup>45</sup>.

El orden político de dominación patriarcal construye genéricamente a los hombres como seres completos, limitados, superiores a las mujeres, como seres que concretan el bien, la razón y la verdad, conductores de sí mismos, de las mujeres y del mundo. En cambio, las mujeres son construidas como seres incompletas, ilimitadas e inferiores, subordinadas y dependientes de los hombres, conducidas por ellos. Cada mujer y cada hombre, señala Marcela Lagarde, aprende, de diferentes maneras, esas asignaciones de género y las realiza en mayor o menor medida en su vida. Lo que sí es cierto, es que los hombres como género tienen asegurado el dominio en el mundo y las mujeres como género tienen asignado el cautiverio<sup>46</sup>.

---

<sup>45</sup> Marcela Lagarde. *Género y feminismo*, op.cit., p. 55.

<sup>46</sup> Cautiverio: Categoría antropológica construida por Marcela Lagarde, que sintetiza el hecho sociocultural que define el estado de las mujeres en el mundo patriarcal: se concreta políticamente en la específica relación de las mujeres con el poder y se caracteriza por su privación de la libertad y su débil poderío. “El cautiverio de las mujeres se expresa en la falta de libertad concebida como el protagonismo de los sujetos sociales en la historia, y de los particulares en la sociedad y en la cultura. *Los cautiverios de las mujeres*, op.cit., p. 152, *Género y feminismo*, op.cit., p. 87.

## El poder de las mujeres

La posesión unilateral de bienes y valores, la especialización social y cultural excluyente y la dependencia, estructuran el poder desde su origen, y permiten su reproducción. En ese sentido, el despliegue del poder es dialéctico, y cada cual ejerce poder al interactuar. Por la situación política en que viven, las mujeres están sometidas al poder en los más diversos ámbitos de sus vida y en distintos niveles, aunque desde este lugar, las mujeres también ejercen poder, básicamente de acuerdo a tres fuentes, como señala Marcela Lagarde<sup>47</sup>:

- a) en las condiciones de poder más totalizadoras, las mujeres obtienen de esa circunstancia y en ella ejercen poder. El menor, pero gran poder del dominado, consiste en ser el objeto del poder del otro. Éste es poderoso porque tiene sobre quién ejercer el poder. El dominado confiere por su sujeción, poder y existencia al dominador.
- b) Las mujeres obtienen poder también, a partir de su especialización, por la realización de hechos que sólo ellas pueden hacer. Este poder emana del cumplimiento de sus deberes asignados y exclusivos.
- c) Cuando las mujeres se afirman, cuando satisfacen necesidades propias y trascienden a los demás. Cada hecho positivo que acerca a las mujeres a su constitución en sujetas históricas, les confiere poder.

Así, aún sujetas a la opresión, las mujeres también ejercen poderes de dominio sobre hombres; de manera general, en las relaciones más próximas, en la vida cotidiana, ámbito privilegiado de la acción de las mujeres. Lo hacen inferiorizadas por su género, pero empoderadas por alguna otra condición social: nacionalidad, clase social, edad, relación de parentesco, conyugal, erótica, intelectual, entre otras. De esta manera hay mujeres mayores que dominan a hombres de menor edad, madres a hijos, jefas a empleados, maestras a educandos, a un amante, el

---

<sup>47</sup> Marcela Lagarde. *Los Cautiverios de las mujeres*, op.cit., pp. 154-155

mayorazgo de las hermanas mayores o el del maternazgo de las madres; sin embargo su poder emana de una posición jerárquica menor, en un intercambio desigual.

El ejercicio del poder también se concreta entre mujeres, el cual se ejerce por estatuto, por edad, por cualquier posicionamiento de superioridad de unas sobre otras. Las mujeres deben competir por obtener reconocimiento social por su calidad de género, porque cualquier mujer es amenazante de quitar el sitio a la otra; compiten por espacios sociales o por vínculos con los hombres y las instituciones, compiten desde la carencia de género, por acceder a bienes, recursos y oportunidades y por poseer más que las otras. “Conseguir, a la usanza patriarcal, un lugar en el mundo es un hecho complejo para las mujeres, a quienes se les configura tan semejantes, capaces e incapaces de las mismas cosas, tan *idénticas*, que son intercambiables. Teóricamente, cualquiera puede reemplazar a *la otra*. De ahí que se ejerza poder de mayores a menores de edad, de las adultas a las niñas, las adolescentes y las viejas, de madres a hijas, de suegras a nueras, de jefas a subordinadas, de maestras a alumnas, de patronas a empleadas, pero también se ejerce dominio entre pares: hermanas, compañeras, colegas, amigas”<sup>48</sup>.

La enemistad y la opresión entre mujeres es tan fuerte que aun entre semejantes se produce una desidentificación y un extrañamiento que hace de las mujeres seres incapaces de reconocerse. Esto se debe a la enajenación fundamental implícita en la condición patriarcal de género, que hace opuestas a las mujeres entre sí<sup>49</sup>. Bajo esta lógica, las mujeres se mantienen aisladas, divididas, antagonizadas y enesmitadas políticamente como mujeres, como semejantes.

Las implicaciones del poder afectan a todas las relaciones, las instituciones, las actividades y las concepciones que atañen al género: afecta a hombres y mujeres,

---

<sup>48</sup> Marcela Lagarde. *Género y feminismo*, op.cit., p. 83.

<sup>49</sup> *Ibidem*

a la sociedad y a sus instituciones en general. Como cualquier modificación en la feminidad implica modificación en la masculinidad, hay una enorme oposición a estos cambios. Se observa un refuerzo de la masculinidad individual y colectiva, y de las concepciones del mundo, al menor cambio de las mujeres y de la feminidad. La transformación de las mujeres es vivida social e individualmente como una amenaza. Los hombres, las instituciones, y también las otras mujeres, generalmente enfrentan estos cambios con agresiones directas y veladas, con la descalificación, la burla, la humillación y as veces el castigo.

Los hombres y las instituciones hacen uso de la exclusión y del desconocimiento a las mujeres, y utilizan casi cualquier medio, desde la seducción hasta la violencia, para no perder los beneficios y privilegios que obtienen de su relación con las mujeres: “beneficios materiales derivados de su trabajo invisible; afectivos que se despliegan en sus cuidados y en su dependencia; y los simbólicos derivados de su inferiorización”<sup>50</sup>.

### **La violencia: un ejercicio del poder**

La violencia contra las mujeres es reconocida como un problema a nivel mundial, sin embargo en muchos países se considera que es un asunto privado y no debe haber intervención y aún cuando hay leyes que la prohíben, la distancia entre ellas y los usos y costumbres es grande. La vida de las mujeres está ensombrecida por la violencia, en sus diferentes expresiones, como amenaza o como realidad.

La violencia remite al concepto de fuerza, implica el uso de la fuerza, el uso del poder de dominio, con el que se causa daño. En sus múltiples manifestaciones, la violencia es una forma de ejercicio de este poder de dominio, mediante el empleo de la fuerza, ya sea física, psicológica, económica, política, etc., e “implica la existencia de un “arriba” y un “abajo” reales o simbólicos, que adoptan

---

<sup>50</sup> Marcela Lagarde. *Los Cautiverios de las mujeres*, op.cit., p. 157.

habitualmente la forma de roles complementarios: padres-hijos/as, hombre-mujer, maestro-alumno, patrón-empleado”<sup>51</sup>.

Como ya se estableció anteriormente, todas las relaciones implican relaciones de poder, todos los hechos sociales y culturales son espacio de poder: la sexualidad, el cuerpo, el trabajo, la subjetividad, son recursos para ejercer el poder, y si bien las mujeres en estos espacios y relaciones también ejercen poder, ellas están impedidas de acceder en la misma proporción que los hombres, a los recursos materiales y simbólicos, por ciertas características:

**Dependencia vital:** La dependencia de las mujeres es múltiple, puede ser económica, pero también puede ser social, jurídica, afectiva, erótica, sexual, política, pues la dependencia es estructural al género femenino.

**Impotencia aprendida:** Las mujeres están despojadas de la capacidad de poder, y en ese sentido es común oír de las mujeres: “yo no puedo”, “yo no quiero”, “yo no sé”, siempre negándose a ella misma. Lo que si es válido es el cumplimiento del deber ser: “yo puedo todo para *los otros*”.

**Servidumbre voluntaria:** Las mujeres han sido construidas como servidoras, no sólo se trata de dar todo al otro, sino dárselo en una relación de dominio, sujetas del dominio del otro, inferiorizadas, y nadie ni nada las obliga, está perfectamente interiorizada en ellas el deber ser femenino, de servir, de atender, de *ser-para-otros*.

Estas características son definitorias para la existencia de la violencia hacia las mujeres, es decir, la existencia de un desequilibrio de poder: por un lado el ejercicio de un poder de dominio patriarcal, y por el otro la carencia de un poder de afirmación de género.

---

<sup>51</sup> Gloria Sayavedra Herrerías y Eugenia Flores Hernández. *Ser mujer: ¿un riesgo para la salud? Del malestar y enfermar, al poderío y la salud*. Red. De Mujeres A.C., México, 1997, p. 229.

“La violencia de género cobra diferentes manifestaciones, así entonces la violencia sexual que en algunos casos asume la forma de violencia erótica, es la síntesis política de la opresión de las mujeres, porque implica la violencia, el erotismo, la apropiación y el daño. Es un hecho político que sintetiza, en un acto, la cosificación de la mujer y la realización extrema de la condición masculina patriarcal<sup>52</sup>.

En el trabajo doméstico, preferencialmente realizado por la mujer, se instituye una forma particular de violencia, la violencia del discurso ideológico, la cual está definida porque el origen real del fenómeno trabajo doméstico, aparece trastocado, oculto, mistificado, llegándose a un verdadero vaciamiento de los contenidos que darían cuenta de él. Y se pregunta Esther Moncarz: “¿Acaso no constituye una expresión de violencia que una mujer cuya vida transcurre realizando trabajo doméstico, al preguntársele su ocupación pueda decir: “nada, ama de casa”. ¿no es acaso expresión de esta misma violencia discursiva, que cotidianamente se diga de las mujeres amas de casa, que no trabajan?”<sup>53</sup>.

En este sentido, y retomando el concepto de violencia como algo que se nos impone por la fuerza, sin alternativas, que significa una coacción, se podría entonces hablar de una doble violencia, una en la asignación exclusiva del trabajo doméstico a la mujer como única responsable, y la segunda, no considerarlo trabajo.

La violencia tiene otras caras, como es el caso de la violación, como un hecho supremo de la cultura patriarcal, la reiteración de la supremacía masculina y el ejercicio del derecho de posesión y uso de la mujer como objeto del placer y la destrucción, y de la afirmación del otro, incluso en el matrimonio/conyugalidad; la

---

<sup>52</sup> Marcela Lagarde. *Los cautiverios de las mujeres*, op.cit., p. 276.

<sup>53</sup> Esther Moncarz. La queja cotidiana: una forma de contraviolencia femenina (y sus destinos posibles). En: Mabel Burin. *Estudios sobre la subjetividad femenina*. Grupo Editor Latinoamericano. Buenos Aires, 1987. p. 298.



violencia emocional o psicológica que corresponde a una ritualización que pretende demostrar la existencia de la fuerza del hombre sobre la mujer. La fuerza gira en torno al atemorizamiento y a la humillación de la víctima, recalca las diferencias jerárquicas entre los géneros y simboliza el sometimiento de la mujer al poder político del hombre. Es notable el uso y la importancia de la palabra en el ejercicio de la violencia. Los hombres recurren a la palabra, a la voz, a las amenazas, a las humillaciones y las agresiones verbales para someter a través de la desvalorización; la violencia física tiene como contenido la fuerza ejercida sobre las mujeres como el símbolo cultural de la debilidad física, fragilidad emocional e intelectual y por lo tanto, vulnerabilidad, no por su talla corporal, sino por su lugar en la sociedad, por la posición política que por su género tienen las mujeres en la sociedad.

La violencia es, pues, uno de los mecanismos sociales fundamentales mediante los que se coloca a la mujer en una posición de subordinación frente al hombre. “Se trata entonces de una manifestación de las relaciones de poder históricamente desiguales entre mujeres y hombres; relaciones que han causado la dominación de la mujer por el hombre, la discriminación contra la mujer y la interposición de obstáculos contra su pleno desarrollo”<sup>54</sup>.

Bajo esta realidad, las mujeres poseen el poder del subalterno, del dominado, dice Marcela Lagarde, y agrega: “Desde la especialización, en un pequeño ámbito de la vida y del mundo, descubren y despliegan su fuerza. Las mujeres consagradas (monjas) poseen el poder positivo emanado del espíritu, y las madresposas desarrollan el poder derivado de la maternidad, las prostitutas tienen el poder negativo que emana de su cuerpo erótico y del mal, y las locas desde el delirio, y la sinrazón enfrenta con su poder desestructurante, al poder de la norma”<sup>55</sup>.

---

<sup>54</sup> Gloria Sayavedra Herrerías y Eugenia Flores Hernández. *Ser mujer: ¿un riesgo para la salud?*, op.cit., p. 235.

<sup>55</sup> Marcela Lagarde. *Los cautiverios de las mujeres*, op.cit., p. 199.

Las mujeres tienen las armas de su cuerpo, de su sexualidad y de su subjetividad para intercambiar y negociar con los hombres y con las otras mujeres en la sociedad. Con ese poder logra, aun en condiciones de sujeción desfavorables, la sobrevivencia, un lugar en el Estado, en la sociedad, en la cultura, y una muy particular concepción del mundo y de sí misma.

### **Poder, cuerpo y sexualidad**

El poder de las mujeres emana de la valoración social y cultural de su cuerpo y de su sexualidad. Foucault analiza el poder en y desde el cuerpo: "... el cuerpo está inmerso en un campo político; las relaciones de poder operan sobre él una presa inmediata, lo cercan, lo marcan, lo doman, lo someten a suplicio, lo fuerzan a unos trabajos, lo obligan a unas ceremonias, exigen de él unos signos. Este cerco político del cuerpo va unido, de acuerdo con unas relaciones complejas y recíprocas, a la utilización económica del cuerpo; el cuerpo, en una buena parte, está imbuido de relaciones de poder y de dominación, como fuerza de producción; pero en cambio su constitución como fuerza de trabajo sólo es posible si se halla prendido en un sistema de sujeción... El cuerpo sólo se convierte en fuerza útil cuando es cuerpo productivo y cuerpo sometido"<sup>56</sup>.

El cuerpo y la sexualidad de las mujeres son en efecto un campo político definido, disciplinado para la producción y para la reproducción, construidos ambos campos como disposiciones sentidas, necesidades femeninas irrenunciables. Así, considero con Foucault al cuerpo como un espacio político privilegiado. Más aún, las mujeres, a diferencia de los hombres, son su cuerpo: "si se le pregunta qué concepto tiene de su propio yo, ella no sabe representarse más que su propio cuerpo"<sup>57</sup>.

---

<sup>56</sup> Michel Foucault. *Vigilar y Castigar. Nacimiento de la prisión*. Silgo XXI, México, 1980, p. 32.

<sup>57</sup> Weininger, citado en Franca Basaglia, *Mujer, Locura y Sociedad*, op.cit., p.9.

Las mujeres constituyen su humanidad en primer término en torno a su cuerpo y a su sexualidad. A diferencia de los hombres que parten de ella y del cuerpo para existir, la existencia de las mujeres está dominada por la sexualidad. Esto ocurre a tal punto que la historicidad de las mujeres radica en su sexualidad y, en ese sentido, en su *cuerpo vivido*.

Cuerpo y sexualidad sobrevalorados, son ejes sobre los que se estructura la condición genérica de las mujeres. Son los principios que las mantienen en la dependencia y son también los espacios en los cuales se funda y se desarrolla los mecanismos y dispositivos del poder. Por esto, al mismo tiempo cuerpo y sexualidad son sus instrumentos y sus espacios de poder, porque están a la disposición de la sociedad y de la historia, en la forma en que cada sociedad ha necesitado y decidido que sea.

### **Empoderamiento**

La cuestión del poder para las mujeres, en la contemporaneidad, consiste en su transformación de objeto en sujeto histórico, en la capacidad de decidir sobre la propia vida. El empoderamiento o poderío es un proceso de autoafirmación en el que las personas desarrollan su capacidad para tomar decisiones sobre sucesos importantes en su vida, y para controlar o cambiar en un momento dado su rumbo, usando los recursos de su entorno a pesar de la oposición de otras personas o instituciones. Es un movimiento dialéctico, histórico, íntimamente ligado a la condición y situación de las mujeres particulares y del colectivo de mujeres, proceso que va más allá de la reacción de sometimiento, de resistencia pasiva, sino que se constituye en un proceso de deconstrucción del poder negativo, generando poder en la afirmación de la propia existencia asumida como un hecho positivo que no implica opresión.

El poder de autoafirmación se enfrenta a múltiples contradicciones ya que no se refiere a un solo poder sino a varios ámbitos de poder, y en ese proceso hay que

enfrentarse a obstáculos, avances y retrocesos. Las mujeres pueden alcanzar logros en unos ámbitos y en otras áreas no, en algunas cuestiones de su vida y en otras no, es un ir y venir en la construcción de su poderío, de su autonomía.

En ese sentido, el poderío es al mismo tiempo un proceso y un resultado. Como proceso habla de esfuerzos que se expresan en algún cambio en las relaciones de poder, en términos de adquirir el control sobre los propios recursos. Como resultado adquiere particular relevancia la capacidad de decidir sobre la vida, dejar de ser un cuerpo ocupado y expropiado para ser territorio controlado por las propias mujeres, de ser sexualidad para la procreación a sexualidad para sí, dejar de ser cautivas para ser libres.

El poder que quieren las mujeres no es el poder tradicionalmente reconocido como tal, sino que implica un trastocamiento del orden patriarcal y de los órdenes opresivos y contiene un cambio en la concepción sobre el poder. “A diferencia del poder hegemónico que es el de dominación, las mujeres, desde una ética distinta construyen el poder de afirmación, no sólo opuesto al poder de dominio, sino paradigmáticamente diferente... Se trata del *poderío de las mujeres* conformado por un conjunto complejo de soportes, recursos y condiciones vitales: es el poder para vivir sin el riesgo que hoy significa la vulnerabilidad de género; poder para ser respetadas en su integridad y no ser violentadas; poder para afirmarse y encontrar correspondencia de soporte y afirmación en el mundo; poder para acceder a los recursos y los bienes para colmar sus privaciones en la satisfacción de sus necesidades; poder de intervenir con paridad en todas las decisiones y asuntos del mundo; poder para no ser oprimidas y relacionarse con los hombres en igualdad de condiciones; poder para reconocerse en las instituciones y en la cultura porque les sean propias, porque sean sus espacios y sus contenidos basados en el respeto absolutos a los derechos humanos de las mujeres. Poder para no sentirse extrañas en el mundo que les es propio. Poder para protagonizar

cada una su vida y ser reconocidas como género, como un sujeto histórico. El poderío de las mujeres es ser humanas y vivir en libertad”<sup>58</sup>

## **El trabajo**

Si bien existe la idea biologicista de una división inherente del trabajo por sexos, el trabajo forma parte de las cualidades genéricas históricamente determinadas de las y los sujetos y de los grupos sociales. Según Marcela Lagarde<sup>59</sup> “el trabajo es un espacio creativo social y cultural: es un conjunto de actividades, de capacidades y destrezas, de conocimientos y sabidurías, de relaciones sociales, de normas, de concepciones, de tradiciones y de creencias, que realizan los seres humanos para vivir, transformando la naturaleza, la sociedad y la cultura”.

Las sociedades han especializado a los individuos en forma particulares de trabajo, en ocasiones de manera excluyente. De manera generalizada, la diferencia física aparente ha servido como principio clasificador por sexos para definir el acceso al trabajo, un trabajo cuya valoración social es distinta para el caso de mujeres y hombres. Así, el trabajo es uno de los fundamentos de la división genérica de la sociedad. Sin embargo, las características sexuales no han sido las únicas que han justificado formas supuestamente naturales de división del trabajo, sino que los impedimentos, prohibiciones, acceso y obligaciones fueron contruidos también a partir de otras condiciones, como la escolaridad, la etnia, la lengua, la religiosidad, la salud-enfermedad, las concepciones de mundo, la filiación política, entre otras, a las cuales pertenecen las mujeres y los hombres.

Las mujeres, dice Marcela Lagarde<sup>60</sup>, siempre han trabajado, pero existen dificultades para definir su trabajo, primero porque se le juzga a partir de la división histórica del trabajo, como natural, como característica sexual. Segundo, porque una parte de su trabajo le ocurre y lo hace, en y por mediación de su cuerpo, y no

---

<sup>58</sup> Marcela Lagarde. *Género y feminismo*, op.cit., pp. 208-209.

<sup>59</sup> Marcela Lagarde. *Los cautiverios de las mujeres*, op.cit., pg.114.

<sup>60</sup> *Ibid*, p. 116.

es diferenciada de él como una actividad social creativa. Tercero, porque el resto del trabajo de la mujer, por asociación, es derivado naturalmente del trabajo no concebido como tal.

Gran parte del trabajo de las mujeres es además, continua la autora, “extensión de la procreación y de la reproducción neoténica, pertenece al mismo orden social ideológico fijado por la división sexual primaria... La homologación de las actividades de la mujer con los hechos procreadores que le ocurren, como hechos naturales, conlleva a definir la esencia de cualquier trabajo femenino como sexual... La mujer es entonces ideologizada como instintiva y sexual, como ente viviente que cumple funciones naturales, y que obedece sin voluntad ni conciencia a la naturaleza”<sup>61</sup>.

El trabajo de las mujeres es productivo: produce con la totalidad de su ser concretada en su cuerpo, seres humanos, es decir, los y las recién nacidas; el trabajo de reposición cotidiana es productivo porque produce la mercancía fuerza de trabajo. Pero, el trabajo de las mujeres es mayormente reproductivo: reproduce a través de la reposición cotidiana, condiciones esenciales para la vida y crea condiciones de bienestar para las y los individuos de todas las edades; reproduce física, económica, ideológica, afectiva, erótica y políticamente a quienes está adscrita.

Con su trabajo de reproducción social, “las mujeres reproducen también sociedad, ideología, poder y cultura, actividades, relaciones y roles, instituciones, normas y creencias, rituales, lenguajes, sentimientos, necesidades, formas de racionalidad y de comportamiento, actitudes, disposiciones, sabiduría y conocimientos”<sup>62</sup>.

La mayor parte del trabajo de las mujeres no es conceptualizado como tal. Se trata del llamado trabajo doméstico, del quehacer, del cuidado de las y los hijos, del

---

<sup>61</sup> Marcela Lagarde. *Los cautiverios de las mujeres*, op.cit., pp. 116-117.

<sup>62</sup> *Ibid*, p. 119.

marido, de la procreación, es decir, del conjunto de actividades de reproducción que realizan las mujeres como madres (recordemos que toda y cualquier mujer es madre desde que nace) y las esposas para la sobrevivencia de los otros.

Hablar del trabajo de las mujeres es hablar de su vida, de su tiempo y su espacio olvidados, de sus luchas cotidianas, de sus conflictos, de su qué hacer y para quién hacer. El trabajo asignado a las mujeres, por su condición de género, ocurre en el mundo íntimo, privado: ha sido doméstico, no remunerado, no reconocido, no valorado, invisibilizado. Esto sucede porque en nuestras sociedades “el principio del valor se cuantifica en función de los bienes materiales que adquieren un valor en el mercado. Así, la mayoría del trabajo de las mujeres se desarrolla más en función del bienestar de los seres humanos, es invisible, no se le reconoce valor económico, no forma parte del Producto Interno Bruto (PIB) de los países, y no cuenta con reconocimiento social”<sup>63</sup>. Este hecho está fundamentado en el Informe sobre Desarrollo Humano<sup>64</sup>, el cual indica que en los países en desarrollo más de las tres cuartas partes del trabajo de las mujeres se realiza en actividades no computadas en el PIB, mientras que en el caso de los hombres, ocurre lo contrario.

Los hombres se ubican mayormente en actividades del ámbito público, las cuales son reconocidas como trabajo; en estas actividades los hombres producen bienes materiales o servicio con un valor. A las mujeres se le han asignado las actividades del ámbito privado; en estas actividades las mujeres reproducen a su familia. “Así el hombre productor de mercancías y proveedor de insumos para la reproducción se convierte en la parte visible del desarrollo económico de la sociedad; la mujer “encargada” de la transformación de estos insumos en productos destinados a consumo privado y responsable también de la

---

<sup>63</sup> Gloria Sayavedra Herrerías y Eugenia Flores Hernández, *Ser mujer: ¿un riesgo para la salud?* op.cit., p. 264.

<sup>64</sup> Organización de las Naciones Unidas. Cumbre Mundial sobre Desarrollo Social. *Declaración y Programa de Acción de Copenhague*. Naciones Unidas, New York, 1996.

reproducción simbólica de los seres humanos, se convierte en la parte invisible del desarrollo económico de la sociedad”<sup>65</sup>.

Debido a las diferencias en la condición de género, mujeres y hombres se ubican diferencialmente en el proceso de producción y reproducción; independientemente de las características particulares de su situación, todas las mujeres desarrollan la mayor parte del trabajo invisible en la reproducción doméstica.

### **El trabajo privado (doméstico)**

Por la naturalidad que ha aprisionado a la mujer, en las diferentes manifestaciones de la vida, se ha podido también deducir que el trabajo doméstico no es un trabajo, juicio que, como comenta Franca Basaglia, se fue haciendo más rígido y más áspero a medida que el trabajo del hombre adoptaba caracteres y valores distintos, haciendo que “el trabajo doméstico de la mujer desapareciese frente al trabajo productivo del hombre; éste lo era todo, el de la mujer, en cambio, un agregado insignificante”. Privada de valor, en tanto natural, su dedicación a los hijos e hijas, al hombre, ancianos y ancianas, enfermos y enfermas, a la casa, todo lo que siempre ha hecho la mujer ha sido considerada como su propensión natural a la dedicación y al sacrificio. Por eso no ha sido tomada en cuenta y su trabajo no ha participado de la economía familiar y nacional. “Jamás se ha asistido en la historia de la humanidad a una “ausencia” tan presente, necesaria, indispensable cuanto sistemáticamente negada. La mujer siempre ha sido expropiada de lo que tenía “valor”, excluida (privada de alma en la época teológica, privada de cuerpo o desconocidas sus exigencias cuando el hombre llega a descubrirlo y conocerlo; privado de valor económico su trabajo doméstico, cuando el único valor es conferido al trabajo productivo). Lo que quedaba de su competencia era la dedicación material y afectiva a cualquiera que necesitase de

---

<sup>65</sup> Gloria Sayavedra Herrerías y Eugenia Flores Hernández. *Ser mujer: ¿un riesgo para la salud?*, op.cit., p. 266.



su ayuda. Pero sin mencionarlo, que ninguno dijera que era un trabajo, que no se valorara lo que ella producía, porque era *natural*<sup>66</sup>.

Este trabajo doméstico, no valorado social y económicamente, se le llama trabajo invisible, porque no es visto por nadie, siquiera por las propias mujeres: no se puede enmarcar en la categoría de trabajo libre porque no puede ser aplicada al trabajo de las mujeres en la casa, tampoco la de trabajo esclavo, porque el esclavo fue comprado y puede ser vendido, se trata de un trabajo bajo condiciones de opresión extremas: es trabajo y es *invisible*.

Esta categoría desarrollada por Isabel Larguía<sup>67</sup>, ha permitido conceptualizar de manera específica el trabajo doméstico, privado, de reconstitución de los otros. El antagonismo histórico con el trabajo visible de los hombres que se cristaliza en los modos de producción en objetos y mercancías económica y socialmente visibles hizo a esta autora definir como invisible ese trabajo de las mujeres, porque en palabras de la autora, “el trabajo de las mujeres parecía evaporarse mágicamente desde el momento en que no daba productos visibles económicamente, como los del hombre. Por eso ese tipo de trabajo, aun cuando implica el gasto de numerosas horas de labor, nunca ha sido considerado como valor”.

El trabajo invisible de las mujeres está conformado por múltiples actividades cotidianas, que para Marcela Lagarde se agrupan en las que siguen<sup>68</sup>:

- con su cuerpo crean las condiciones necesarias para el sostenimiento y evolución del ciclo vital de las y los individuos, desde que nacen hasta que mueren.
- deben garantizar un estado de bienestar de la familia, y para ello realizan una serie de actividades cíclicas sin fin, desde la higiene individual y de los espacios físicos, hasta el vestido y el calzado.

---

<sup>66</sup> Francia Basaglia. *Mujer, Locura y sociedad*, op.cit., pp. 26-27.

<sup>67</sup> Isabel Larguía, citada en: Marcela Lagarde. *Los cautiverios de las mujeres*, op.cit., pp. 131-132.

<sup>68</sup> Marcela Lagarde. *Los cautiverios de las mujeres*, op.cit., pg. 119.

- tienen que proveer además de alimentación, los cuidados afectivos, intelectuales, sexuales y eróticos a quienes conforman su núcleo familiar.
- en la familia, a través de lo que socialmente se denomina “su labor” las mujeres reproducen normas, juicios, ideas, creencias, valores y sentimientos, es decir las formas de explicarse el mundo y su vida propia, reproduciendo los roles de género.
- son las responsables de la reposición de la fuerza laboral<sup>69</sup>.

En la realización del trabajo invisible las mujeres llevan a cabo un conjunto de actividades que no son trabajo, las cuales Marcela Lagarde llama de *actividades vitales*. Son vitales en dos sentidos: porque definen a las mujeres esencialmente en su constitución genérica, y porque son indispensables para la vida de *los otros*<sup>70</sup>.

El hecho de que la condición de género patriarcal asigna a las mujeres *ser-para-otros*, “define la ubicación de las mujeres, en sus respectivas sociedades, en sus comunidades, en sus familias, y define también su participación en los procesos de desarrollo, tanto en los avances y beneficios, como en el déficit. Contiene dos aspectos fundamentales: por un lado la enorme contribución de las mujeres al desarrollo a través de sus actividades y su trabajo visibles e invisibles, destinado a lograr la sobrevivencia cotidiana de los otros”<sup>71</sup>.

Esta intervención de las mujeres, añade Marcela Lagarde, “es una contribución económica al desarrollo económico y social que suma enormes recursos económicos si se contabiliza ese esfuerzo. Ni ellas ni las instituciones reconocen que al no obtener retribución por su esfuerzo, están siendo explotadas”<sup>72</sup>. La autora menciona la Conferencia Mundial sobre la Mujer, donde se aprobó la

---

<sup>69</sup> “¿Qué sucede cuando con su trabajo las mujeres reproducen la fuerza laboral? Si se pudiera contabilizar el trabajo invisible de las mujeres y su participación en la generación de los bienes y las riquezas de un país, sería inmenso el valor de todas las horas humanidad destinadas a la reposición de la fuerza laboral mundial”. Gloria Sayavedra Herrerías y Eugenia Flores Hernández. *Ser mujer: ¿un riesgo para la salud?*, op.cit., p. 267.

<sup>70</sup> Marcela Lagarde. *Los cautiverios de las mujeres*, op.cit., p. 124.

<sup>71</sup> Marcela Lagarde. *Género y Feminismo*, op.cit., pp. 147-148.

<sup>72</sup> Marcela Lagarde. *Género y feminismo*, op.cit., p. 148.

exigencia a los gobiernos y a las instancias internacionales que calculen e incluyan a las estadísticas y análisis socioeconómicos el monto del aporte económico de las mujeres por su trabajo invisible<sup>73</sup>.

Para la realización de este trabajo invisible, las mujeres utilizan como herramienta su cuerpo, su sexualidad y su subjetividad, y el tiempo empleado en él es indeterminado, desarrollando dos o hasta tres jornadas durante cada día, ya que lo que se hace se deshace y se consume en forma inmediata y sin reparo. Las actividades femeninas en el hogar, caracterizadas por su continuidad repetitiva y rutinaria, involucran contacto y preocupación continua con las necesidades de los/las que viven al alrededor de la mujer. Las cargas de trabajo son interminables, así como la necesidad de reproducción de la vida humana.

La reproducción privada, doméstica es asignada a las mujeres como actividad prioritaria e ineludible, y las mujeres son recluidas en el ámbito privado a recrear la vida cotidiana bajo la subordinación y/o supervisión de los hombres y de las instituciones. Este trabajo sigue siendo invisible, mismo para las contemporáneas, y cuando se visibiliza sigue sin ser valorizado económicamente. De acuerdo a Marcela Lagarde, esta situación “constituye un mecanismo de extracción de trabajo a las mujeres y de la explotación femenina”<sup>74</sup>.

El trabajo de reproducción de las mujeres queda subsumido (a veces desaparece) en los papeles y en las instituciones que la involucran, subraya Marcela Lagarde sin mediar contrato de compra-venta, sin remuneración económica salarial, ellas trabajan en la preservación y en la transformación vital y cotidiana de *los otros*. Ideológicamente su trabajo aparece –en la sociedad de la dependencia económica de la mujer y de la anulación de su trabajo-, como un intercambio entre cónyuges (por amor o por obligación terrena o divina), y entre madre e hijos (por instinto maternal): ella cuida a los otros, ella sostiene a su prole. Al hacerlo es femenina,

---

<sup>73</sup> Ibid, Nota 47, p.184.

<sup>74</sup> Ibid, p. 167.

se realiza como mujer. Ni las actividades de la mujer son vistas como trabajo, ni el sostén económico del hombre es visto como salario. Ellas no son asalariadas, son mantenidas y el cónyuge ejerce formas particulares de violencia y dominio sobre ellas mediante el dinero<sup>75</sup>.

## **El trabajo público**

En el trabajo público las mujeres encuentran un espacio de libertad frente a la mayor coerción doméstica y familiar. La circunstancia de salir, de ganar dinero, de ser tratadas como personas, aun con discriminación genérica, el trabajo y lo público, las relaciones de contrato y la movilidad espacio temporal aunadas a la novedad de experiencias, al ejercicio de la capacidad de aprendizaje y a la puesta en práctica de habilidades y conocimientos en el desarrollo de actividades, constituyen un espacio menos opresivo para las mujeres.

La posibilidad de encontrar a los hombres haciendo las mismas cosas que ellas o trabajando igual que ellas, sólo sobreviene en lo público, porque ahí pueden realizar actividades y esfuerzos comunes, si bien no idénticos. De ahí el sentido liberador del trabajo, tienen acceso a una actividad que trasciende su otro trabajo, cuyo contenido es la entrega a los otros.

Para muchas mujeres el trabajo fuera de su casa es asociado subjetivamente con el sufrimiento, con la frustración, trayéndoles una situación de conflicto, ya que el trabajo es asumido en contra de su voluntad. Lo hacen ante el apremio económico familiar, por la pérdida del cónyuge, o por no tenerlo, esta condición las obliga a salir de la casa y del mundo doméstico.

La situación conflictiva en que viven las mujeres que trabajan fuera de la casa, considera Elú de Leñero, “se agrava notablemente, porque su trabajo es

---

<sup>75</sup> Marcela Lagarde. *Género y feminismo*, op.cit., p. 131.

convertido en causante de todo lo negativo que sucede en el hogar. Y lo más grave del caso no es que otros lo digan: ella misma lo cree así”<sup>76</sup>.

Muchas de ellas, ante la crisis que significa asumir el trabajo público, procuran reencontrar, en este mundo, núcleos de identidad femenina privada, y lo logran a través de las relaciones de poder, en las formas de comportamiento y en lo que se espera de ellas, en ser servilmente de otros, a pesar de las relaciones contractuales, o a realizar actividades domésticas en el trabajo. Así, “las mujeres llevan el ser femenino doméstico al ámbito público, en un esfuerzo por pisar tierra, por no dejar de ser mujeres... en el espacio que identifica la esencia de la masculinidad: el trabajo público”<sup>77</sup>.

Aunque los conflictos que conlleva el trabajo público para las mujeres – el mundo de afuera -, cada vez más mujeres incorporan el trabajo como un elemento central positivo de su identidad, pues obtienen de él gratificaciones económicas, desarrollan nuevos saberes, nuevos conocimientos, desarrollo personal, intelectual, nuevas relaciones, nuevas alternativas, que implican grados significativos de autonomía y de independencia personal, y empoderamiento.

### **La doble jornada**

Las mujeres, además de su trabajo de reproducción, de su trabajo doméstico, invisible, desarrollan un trabajo público, de producción, visible socialmente. Estos dos trabajos constituyen para las mujeres en una doble jornada, la cual se define por dos clases de trabajo diferentes, pero realizados cada día de manera sucesiva, simultánea, continua o discontinua. “La doble jornada de trabajo se constituye por la jornada pública de trabajo productivo, asalariado, bajo contrato, y por la jornada privada de trabajo reproductivo. Se distingue también, por el espacio en que se realiza: la jornada pública se lleva a cabo, de manera ideal, en

---

<sup>76</sup>María del Carmen Elú de Leñero. Trabajo de la mujer y fecundidad: especial referencia a México, en: *La mujer y el trabajo en México*. Secretaría del Trabajo y Previsión Social. México, 1986, p. 95.

<sup>77</sup> Marcela Lagarde. *Los cautiverios de las mujeres*, op.cit., p. 141.

un lugar destinado a la producción, y la jornada reproductiva es doméstica, se lleva a cabo en la casa”<sup>78, 79</sup>.

Doble jornada significa que “en una misma unidad convencional de tiempo... que es el día, la mujer lleva a cabo dos jornadas distintas definidas por trabajos cuyas características sociales son diferentes”<sup>80</sup>. Lo que hace diferente al trabajo es, en algunas ocasiones, el contenido, en otras su finalidad y en otras más, es impago e invisible si lo realiza para su grupo familiar. Los límites de la jornada doméstica varían, plantea Marcela Lagarde, si se trata de: trabajo exclusivo, realizado sólo por la mujer; las condiciones económicas, técnicas y sociales en que lo realice; el número de personas a quienes se hace sobrevivir con éste, de la edad de ambos, de los requerimientos que la mujer debe satisfacer; las características del territorio que es a la vez objeto del trabajo: la casa; si es un trabajo compartido con otros, o si se cuenta con una trabajadora asalariada; y si la misma mujer realiza otra jornada, la duración variará significativamente<sup>81</sup>.

“La contradicción objetiva en la experiencia de la mujer, independientemente de que así lo conceptualice, consiste en que un mismo día vive en regímenes opresivos diferentes: con relaciones sociales diferentes, con normas y valores diferentes, con formas de evaluación no homogéneas; así, requiere dobles habilidades, conocimientos y saberes, porque ambas jornadas implican especialización...”<sup>82</sup>.

Estos dos trabajos forman una unidad entre el mundo de la reproducción y el de la producción, entre lo público y lo privado. Las mujeres no sólo tienen que cumplir una doble jornadas, un sobre-trabajo, sino que deben vivir una doble vida, una

---

<sup>78</sup> Marcela Lagarde. *Los cautiverios de las mujeres*, op.cit., p.127.

<sup>79</sup> En el caso de las mujeres académicas de la FES-Zaragoza UNAM, parte de su trabajo público, institucional se desarrolla en el ámbito doméstico, en la preparación de clases, corrección de trabajos, calificaciones, asesorías a tesis, etc., conllevando un cúmulo todavía más grande de trabajo.

<sup>80</sup> Marcela Lagarde. *Los cautiverios de las mujeres*, op.cit., p. 127.

<sup>81</sup> *Ibid*, p. 128.

<sup>82</sup> *Ibid*, p. 129.

doble opresión: ser madres, esposas y obreras, madres, esposas y campesinas, madres, esposas y académicas, etc.

El doble régimen está constituido por condiciones diferentes, asegura Marcela Lagarde<sup>83</sup>:

- por una jornada caracterizada por relaciones laborales contractuales, con límites definidos en cuanto a contenido, carga, productividad, condiciones de realización, de espacio y tiempo de trabajo, derechos y obligaciones más o menos establecidos y renegociados de manera individual o colectiva, pero social; los roles claros y fijos, y por personajes que concretan el lugar en las relaciones y en el trabajo mismo: el patrón, los trabajadores, los administradores, los capataces, etc.
- por la jornada doméstica: no concebida como trabajo, sino como actividades propias del sexo femenino, es decir, como naturaleza femenina. Esta jornada no tiene límites formales ni se establece mediante contrato laboral. Este trabajo es realizado por las mujeres como un deber ser cuyas condiciones se establece de manera personal y directa en un enfrentamiento de fuerzas entre las personas, o frente a la fuerza de la cantidad de actividades, de las obligaciones filiales, maternas y conyugales, cada día, a cada momento.

Los hombres que realizan trabajos domésticos, considerados propios de la mujer, transgreden el orden social y genérico. En cambio, las mujeres no dejan de tener desempeño en la reproducción, aunque realicen otros trabajos y otras actividades, fuera del hogar.

Las mujeres que tienen las dos jornadas de trabajo ve reducido el tiempo de reposición cotidiana de ella misma, es decir, para cumplir con sus actividades domésticas y públicas, le quita hora al sueño, al descanso, al entretenimiento, al

---

<sup>83</sup> Marcela Lagarde. *Los cautiverios de las mujeres*, op.cit., p. 129.

autocuidado, a otras actividades. Las mujeres no restan actividades, no tienen menos trabajo, obligaciones y deberes, por el contrario, suman actividades, horas de trabajo, responsabilidades. Lo que no puede es disminuir el volumen de trabajo, sólo lo puede hacer en menos tiempo. Esto genera un sobre-trabajo, un doble desgaste de su fuerza, de sus energías que puede llevar a condiciones de malestar, dolencia e incluso enfermedades físicas y psíquicas.

Es indiscutible que en la actualidad hay una presencia masiva de las mujeres en el mercado laboral, en el mundo público y visible, sin embargo el trabajo doméstico, invisible de las mujeres continúa como obligación de ellas, no importando cuantas horas/día tengan que trabajar para cumplir con sus “obligaciones”, con su deber ser.

El peso de la especialización doméstica se expresa en la subjetividad femenina, y cuando es posible elegir, priorizan el mundo privado sobre el público. Cuando no existe esta posibilidad, y desarrollan la doble jornada, las mujeres se debaten en tensiones subjetivas y prácticas para ampliar el tiempo. Sus preocupaciones sobre las actividades a cumplir, presentan una jerarquía en la cual lo doméstico ocupa los primeros lugares.

### **La subjetividad**

Marcela Lagarde define la subjetividad como la particular concepción del mundo y de la vida del sujeto. “Está constituida por el conjunto de normas, valores, creencias, lenguajes y formas de aprehender el mundo, conscientes e inconscientes, físicas, intelectuales, afectivas y eróticas”<sup>84</sup>. La subjetividad se estructura a partir del lugar que ocupa la y el sujeto en la sociedad, y se organiza en torno a formas específicas de percibir, de sentir, de racionalizar, de abstraer y de accionar sobre la realidad, y se expresa en comportamientos, actitudes, acciones, en el cumplimiento de su ser social, de acuerdo al marco histórico de su

---

<sup>84</sup> Marcela Lagarde. *Los cautiverios de las mujeres*, op.cit., p. 302.



cultura. “La subjetividad es la elaboración única que hace el sujeto de su experiencia vital”.

La subjetividad humana no es universal. Es también una construcción interactiva e intersubjetiva entre la y el sujeto y los otros, entre la y el sujeto y el mundo. Eso significa que aun cuando mujeres y hombres comparten dimensiones culturales lo hacen desde su subcultura genérica y por ende su percepción del mundo y sus experiencias vitales tienen una particular significación de género. Este enfoque es importante porque permite analizar la subjetividad de mujeres y hombres en su dimensión intelectual y afectiva, es decir, posibilita indagar en qué, para qué, cómo se piensa y cuáles son los pensamientos, pero también indagar cuáles son las emociones y el uso que se les da, cuáles son los afectos desarrollados, cuál es la afectividad, en qué y en quién está centrada, hacia dónde se dirige, en qué se consumen las energías afectivas, qué papel juegan en la vida. Además es esencial puntualizar la relación entre afectividad y intelectualidad de cada quien.

En el centro de la subjetividad está el deseo, confirma Marcela Lagarde, y añade: “la capacidad deseante del sujeto hace posible la existencia aún en las condiciones más precarias. En efecto, el contenido del deseo define las acciones de las mujeres y los hombres y es evidente que los deseos están genéricamente conformados”<sup>85</sup>. Eso implica que por la particular construcción de género de las mujeres y los hombres, ellas y ellos desarrollan subjetividades específicas por género y específicas por persona.

La construcción social del género significa que hay asignaciones de género, cada persona es enseñada a ser mujer o a ser hombre de diversas maneras y por diferentes personas, instituciones y medios y cada quien aprende o no según sus posibilidades, o sea, hace suyo en grados diferentes el conjunto de mandatos de género. Este es un proceso pedagógico que ocurre a las personas casi sin darse cuenta. La experiencia internalizada va configurando la subjetividad, y por eso el

---

<sup>85</sup> Marcela Lagarde. *Género y feminismo*, op.cit., p. 46.

género es constitutivo de la subjetividad, y aunque todas las personas son, en diferente medida, conservadoras en relación con el género, todas por otro lado, aunque no lo acepten, cambian.

Los procesos de cambios son vividos con contradicciones bastante complejas y hay que enfrentarse a la oposición a estas modificaciones de género. Desde luego, son las mujeres las que mayoritariamente propugnan por cambios de género en sus propias vidas, en la cotidianidad, en la comunidad en que viven, en las instancias civiles, gubernamentales, en el espacio del trabajo público y otros, y es evidente que quien hace más oposición, o tiene más dificultad a los cambios son los hombres.

La sociedad también resiente los cambios genéricos, aunque sean benéficos para las y los sujetos sociales y para la misma sociedad. Es posible encontrar sectores, esferas sociales y estatales más proclives a apoyar y a generar cambios de género y otras áreas se destacan por su pasividad o su oposición. La institución de educación superior, supuestamente, es una institución de mayor abertura al cambio, a nuevas ideas, planteamientos, sin embargo, en la concreción de los hechos, sigue siendo patriarcal y afianzando la diferencia genérica basada en el sexo.

### **La subjetividad femenina**

La subjetividad femenina, marcada por la expropiación de su cuerpo, produce en cada mujer la necesidad, el imperativo deseo de *ser-para-los-otros*. La vida de las mujeres adquiere sentido siempre y cuando haya vínculos con *otros* y “cada mujer puede trabajar, sentir, pensar para *los otros*. La realización vital, ontológica, implica la presencia interna y externa de *los otros*, implica que cada mujer sea habitada por los otros y desde luego desplazada de sí misma por ellas y ellos. En el centro de la vida de cada mujer no se encuentra su Yo, ahí están asentados *los otros*. Las energías vitales de cada mujer deben destinarse a satisfacer las

necesidades vitales y los deseos de los otros, su trabajo, sus pensamientos y su afectividad cumplen con esa disposición”<sup>86</sup>.

De acuerdo a esta teorización, la subjetividad de las mujeres es específica y se desprende de la forma de estar y del lugar que ocupan en el mundo, es decir de su condición genérica. A partir de esa condición, la mujer es un ser dependiente y limitado, y frente al paradigma dominante que es el hombre, la afectividad femenina expresa de manera permanente la carencia sobre la que se levanta la renuncia: el *ser-de-otros*, *ser-para-otros*. En su condición de dependencia, la mujer deposita emocionalmente su vida en los otros. Por su vinculación con los afectos positivos y con la vida, la mujer es capaz de sentimientos y muestras de ternura, aceptación, comprensión, muestras de felicidad o de gozo por la existencia de *los otros* y de sus logros y avances, es capaz también de condolerse y de ser compañía ante el sufrimiento, es capaz de dar muestras de amplias y diversas de cariño corporal y de erotismo.

La adscripción subordinada de las mujeres al poder y su admiración por los poderosos, aunada al pensamiento mítico, contribuyen para que las mujeres sean firmes seguidoras de las interpretaciones sobrenaturales. Patricia Corres Ayala<sup>87</sup> trabajando sobre una nueva versión del pensamiento mítico, más libre, amante de la belleza, cercano a lo divino y a lo humano, poético, imaginativo, lúdico, reversible, plantea que para consumir nuestras creaciones, necesitamos la intervención de los dioses, y para construir nuestra realidad, “tenemos que ser más de lo que somos, tenemos que ser con los otros”.

Lo femenino, arguye la autora, se expresa a través del pensamiento mítico; lo masculino mediante el pensamiento racional. Las dos formas consideran la diferencia, pero no de la misma manera. El pensamiento racional realiza la

---

<sup>86</sup> Marcela Lagarde. *Género y Feminismo*, op.cit., p. 60.

<sup>87</sup> Patricia Corres Ayala. El pensamiento mítico: una vía para iniciarse en la reflexión de lo femenino. En: Corres Ayala, Patricia (coord.) *La verdad del mito*. Universidad de Guadalajara, Guadalajara, 1994, pp. 13-25.

diversidad en el marco de las jerarquías superior-inferior, de las dicotomías bueno-malo, falso-verdadero, feo-bello. En este sentido, la diferencia es planteada como exclusión: o tú o yo, porque, dice Patricia Corres, “la conjunción rompe con el principio lógico de la no contradicción: sólo puede existir uno y no dos a la vez”. En contraste, el pensamiento femenino concibe la diferencia en el marco de la reversibilidad, no del pensamiento lineal. “La reversibilidad implica la posibilidad del juego y del mundo simbólico”.

En el pensamiento mítico no existe las dicotomías, todos los elementos conviven, se mezclan, se confunden armoniosamente, azarosamente. “El mito abre la posibilidad de que los dioses se casen con los humanos, de que se conviertan en dioses. En el mito, los dioses masculinos engendran hijos sin necesidad de tener madre; diosas se hacen madres sin la intervención masculina”.

En cambio, “la fuerza de la razón usa la lógica de las separaciones, a partir de las cuales desarrolla la cultura, elabora el saber, construye las sociedades y se impone a la fuerza del cambio, de la disolución”.

Patricia Corres señala que por eso las culturas masculinas son guerreras y lo propio del hombre es entonces conquistar, combatir, ganar poder, resistir, destruir al otro, mientras que la figura femenina es la tejedora, la que relaciona, une, la que con la continuidad del hilo construye la diversidad de las formas siempre entrelazadas, que sabe que tan solo con jalar la hebra se puede desbaratar todo, que conoce de la fragilidad de las cosas, de lo humano.

Las mujeres capturan el mundo y actúan sobre él desde la magia, o sea, aplican este principio para explicar lo que ocurre y para propiciar que ocurran ciertas cosas. Su lógica mágica no incorpora operaciones como la deducción, la inducción o la síntesis, sobre todo para analizar las causas que definen su existencia o la relación entre los hechos que les suceden. No porque las mujeres

no sean capaces, sino porque el pensamiento mágico es imperativo en su subjetividad.

Esta forma se desarrolla con otras formas de pensamiento racionales a partir de evidencias empíricas, y eso se desprende de la relación de las mujeres con su trabajo. “El conjunto de análisis y experimentaciones que llevan a cabo las mujeres para resolver la vida cotidiana de ellas mismas y de todos aquellos a quienes están adscritas, hacen de ellas permanentes pragmáticas”<sup>88</sup>.

La subjetividad de las mujeres es mágica, religiosa, poblada de creencias. Las mujeres creen en los dioses, en los hombres, en los cuentos y en el chisme. Su subjetividad es un mundo de fantasía, de fe y de magia. En su subjetividad se mezclan elementos y formas de interpretación mágicas con formas laicas de pensamientos, confiriéndoles una muy particular forma de desorganización a su concepción del mundo, pero es con este desorden subjetivo que las mujeres se conducen por la vida creyendo.

### **Subjetividad y poder**

En su condición de dependencia, la mujer deposita emocionalmente su vida en los otros. “Su responsabilidad es extrema si de los otros se trata, y la asume en general con un sentido narcisista y dramático: como víctima o como heroína. Es tal la devaluación social de que es objeto, que para contrarrestar los efectos de la negación valorativa de su ser, considera cada hecho, cada acto, cada movimiento, como heroicos y omnipotentes, en la sumisión y en la obediencia; de ahí su autoidentidad de víctima”<sup>89</sup>.

La adscripción subordinada de las mujeres al poder y su admiración por los poderosos desde su servidumbre voluntaria, aunados al pensamiento mágico,

---

<sup>88</sup> Marcela Lagarde. *Los cautiverios de las mujeres*, op.cit., p. 300.

<sup>89</sup> *Ibid*, p. 303.

contribuyen a que las mujeres sean firmes seguidoras de las interpretaciones esotéricas y sobrenaturales. También a que estén dispuestas a creer en la magia blanca o negra, en la lectura de las cartas, del Tarot, de las manos, en los cristales, en los horóscopos, sea para saber de su destino, de las causas de su abandono, de sus encuentros. Para sus problemas de enfermedades y/o dolencias, recurren a las oraciones, a las mandas, a la llamadas formas alternativas de curación y sanación: homeopatía, naturismo, yoga, flores de Bach, a las pociones mágicas, a las yerbas, al shorei, y muchas veces asocian estas formas con los tratamientos alópatas.

Por su disposición a creer, por su necesidad de explicaciones y certezas futuras, es tan fácil ejercer el poder sobre ellas. Sobre el tema, plantea Marcela Lagarde, que “cualquiera que tenga los atributos del poder y ejerza la magia sobre ellas, puede encantarlas, es decir, someterlas a su influencia afectiva, ideológica o política. Por eso las mujeres son las primeras conversas, seguidoras de gurús, por eso son consultoras y creyentes de magas y brujas, de médicos, psicólogos y adivinos”<sup>90</sup>. Pero sobre todo, las mujeres están dispuestas a creer en la palabra de cualquiera, principalmente si se trata de devaluarlas, en particular la palabra de otras mujeres.

Sus creencias mágicas y su actitud esperanzada se deben a su sujeción al poder, a los deberes y mandatos genéricos, a la fuerza de sus cuerpos, fundamentalmente a su *cuerpo vivido*, ese cuerpo subjetivado. Además, su falta de protagonismo, su debilidad política, su carencia y su trabajo invisible llevan a las mujeres a considerar mágico casi todo lo que les ocurre.

Las formas de comportamiento de quien obedece son ritualizadas y en esa medida, las mujeres ocultan, fingen, exageran. Su comportamiento es estereotipado y la dimensión de sus relaciones es personal y está basada en tratos personales. “Sus conocimientos genéricos no interesan a nadie en lo

---

<sup>90</sup> Marcela Lagarde. *Los cautiverios de las mujeres*, op.cit., p. 306.

público, y ellas carecen de conocimientos públicos para intercambiar. Por eso son buenas escuchas y ésta es una cualidad exigida a las mujeres por los hombres en el marco de la cultura patriarcal”<sup>91</sup>.

Cuando las mujeres incursionan en la vida pública, lo hacen con toda la carga personal, privada, doméstica. Por eso es tan difícil para ellas exhibir su figura ante muchas personas y articular un discurso estructurado con seguridad. La timidez es un pesar generalizado entre ellas<sup>92</sup>, y sólo es la expresión emocional de la inseguridad internalizada de quienes han debido obedecer desde la autodevaluación política.

Otra característica básica de la subjetividad femenina es el miedo, el temor. Las mujeres pocas veces se arriesgan a cambiar, temerosas a la pérdida. El temor de las mujeres es a la desolación, al abandono y no al dolor, porque en general las mujeres sufren, sienten dolores intensos. Las mujeres son tan carentes que cualquier pérdida representa mucho para ellas, así como cualquier persona lo es todo para ella. Las mujeres están dispuestas a todo con tal de tener a alguien a su lado que las proteja, dispuestas a sufrir, ser violentadas, golpeadas, humilladas, desvaloradas. Esto ocurre por su imposibilidad de protagonizar, por eso se acoge y se deposita en los demás, para paliar y si es posible vencer la angustia, la soledad, la carencia.

Los hombres pueden decidir y actuar sobre los hechos, sobre la vida, y de manera particular, sobre las mujeres. Los hombres transforman las cosas y obtienen productos, dinero y reconocimiento social: ellos son. Dan amparo, protección y seguridad y el mundo puede caminar bien, siempre y cuando haya un hombre en torno al cual vivir. Para la mujer, cualquier tipo de vida es soportable junto a un hombre, porque le otorga seguridad. De esa forma, las mujeres se depositan

---

<sup>91</sup> Marcela Lagarde. *Los cautiverios de las mujeres*, op.cit., p. 308.

<sup>92</sup> La timidez no es una característica exclusiva de las mujeres, sino de los oprimidos, los que son considerados inferiores en el mundo.

social y subjetivamente en el hombre. La violencia, la humillación, la permanente servidumbre son vivibles siempre y cuando él esté dispuesto a protegerla.

A cambio de la omnipotencia masculina puesta en juego para las mujeres, ellas otorgan su adhesión plena, su obediencia, su incondicionalidad, sus cuidados, su trabajo, su amor a los hombres y a los quehaceres de la vida social para los que son requeridas. El hombre es la divinidad terrena, sostiene Marcela Lagarde<sup>93</sup>, “tener ambas deidades, Dios y hombre, es indispensable para las mujeres en su vida, que no es sino un modo de sobrevivencia. Una deidad las protege desde el cielo y en la eternidad; la otra, les procura la existencia real concreta en la vida terrenal”. Para tolerar la coerción del hombre recurre a lo sobrenatural, lo invoca, le pide fortaleza para soportar o para modificar al otro. No para cambiar ella misma, “porque no se concibe como individuo con voluntad sobre sí, ni sobre el mundo; no se representa ejerciendo poderes transformadores sobre su propio ser, aunque fuera con ayuda divina. Ella se imagina inmutable a través del tiempo: igual a todas las que vivieron antes, igual a quienes vendrán, y se inmoviliza”.

Pero, de manera simultánea, la mujer se sabe también diferente. El terror de ser como todas las demás, señala Marcela Lagarde, es enfrentado con la obcecación de magnificar diferencias formales: el color del pelo, las dimensiones de la figura, la indumentaria, el tipo de casa, los atributos educativos, el tamaño de las uñas, la calidad de los hijos o del esposo, la capacidad de sufrimiento, el tipo de enfermedades padecidas, etcétera<sup>94</sup>.

En la concepción dominante del mundo, cualquier cosa es elevada a la categoría de diferencia esencial, para lograr la separación, la no identificación, la enajenación de las y los individuos. La conciencia individual basada en la singularidad es confrontada con la conciencia grupal (clasista, genérica, universitaria) como si fueran contradictorias y excluyentes.

---

<sup>93</sup> Marcela Lagarde. *Los cautiverios de las mujeres*, op.cit., p. 326.

<sup>94</sup> *Ibid*, p. 327.



En este sentido, las mujeres se piensan diferentes y no reconocen lo que tienen de común con las demás. Lo común a todas desaparece apoyado por la ideología patriarcal que las representan con atributos inherentes al ser mujer, con los aspectos biológicos, con la naturaleza. La conciencia de las mujeres es fragmentaria y se encuentra desarticulada entre el soy y el somos.

Las mujeres se conciben primeramente como hija de, que como mujer; primero como esposa, madre, viuda, ayudante de, que como mujer. Este hecho es evidente con mujeres que fueron esposas, se han divorciado y continúan llevando el apellido conyugal, o se presentan como la “ex” de alguien, o las viudas que se presentan como “viuda de”. Esto es así para mantener al menos esa relación de continuidad y de contigüidad con el otro. La conciencia femenina se estructura a partir de su *ser para otros*, de sus relaciones conyugales y maternas o por su dependencia en relación con los hombres y el poder.

### **Espacio y tiempo femenino**

En base al sexo, cada género queda obligado a vivir la vida desde un espacio, un tiempo, un territorio, actividades y formas de ser y de pensar, de relacionarse, absolutamente exclusivas y excluyentes<sup>95</sup>. La mujer es asimilada en la cultura patriarcal con la totalidad conformada por la imbricación de: familia-casa-mundo doméstico-comida-cuidados-salud. Por esta razón son atributos de la mujer a su vez cada uno de ellos. En esta concepción del mundo, afirma Marcela Lagarde, “son sexuados todos los seres vivos, pero también todas las cosas, las acciones, los comportamientos, las relaciones, las actividades, los lenguajes, los espacios, los elementos de la naturaleza, el cosmos”<sup>96</sup>.

---

<sup>95</sup> Marcela Lagarde. *Los cautiverios de las mujeres*, op.cit., pp. 333-334.

<sup>96</sup> *Ibid*, p. 334.

Todo en este mundo es caracterizado y valorizado como femenino o masculino. Y, desde esta perspectiva, todo lo que es concebido como vital, de vida o de muerte, es identificado con la mujer, con la feminidad. El espacio interior, el recogimiento, las emociones, los sueños, pertenecen al ámbito femenino.

En esta condición de *ser para otros*, las mujeres se constituyen en base a la familia, que es un atributo y un espacio femenino. Las mujeres representan la casa, son la casa donde viven, pero también son la casa en sentido simbólico, sitio de partida y de arribo, lugar privado para el recogimiento personal y las satisfacciones vitales. Para la mujer la casa es un lugar de trabajo, de la realización plena, del amor, de la salud y de la enfermedad, del cuidado de los demás, de la soledad, de su reclusión y de la muerte. La casa es su espacio vital exclusivo<sup>97</sup>.

La actividad del hombre se desarrolla fuera, en el exterior, la de hilar y tejer, dentro, en el hogar. La mujer vive dentro, tiene una vida interior. La historia que se elabora desde lo masculino se basa en lo visto, lo que pasó fuera, mientras la historia desde el femenino, se construye desde lo que pasa en los sentimientos, la imaginación, la fantasía, las ilusiones, lo que se gesta dentro.

En ese mismo orden de ideas, Marcela Lagarde<sup>98</sup> sostiene que el espacio femenino es adentro por el encierro de las mujeres en la reproducción, que deriva de las tareas sociales y culturales atribuidas a su cuerpo y a su subjetividad. Adentro, además, por los espacios físicos y sociales en los cuales la mujer transita. “Adentro y afuera: mundos distintos y separados, privado y público, interior y exterior son realidades construidas en torno a la profunda división de la sociedad, de la cultura y de la vida de los seres humanos basada en la adscripción genérica que segrega”.

---

<sup>97</sup> Marcela Lagarde. *Los cautiverios de las mujeres*, op.cit., p. 330.

<sup>98</sup> *Ibid*, pp. 334-335.

Mujeres y hombres son diferentes sexual y genéricamente, conforman por eso subjetividades diferentes, de acuerdo con esa vivencia histórica de género. De ahí que sus tiempos no son iguales. El tiempo del hombre tiene como esencia el hacer, su dimensión es el futuro, es la trascendencia de la vida. El contenido del tiempo de las mujeres es la repetición de sí mismas. La esencia del tiempo de las mujeres es la espera de la repetición de un devenir inmanente, determinado fuera de la mujer. “Es la repetición infinita de lo idéntico: el ciclo de vida que realiza a través del cuerpo y de una subjetividad cautivos. La sexualidad cosificada, procreadora o erótica y la sujeción dependiente a los hombres y al poder”<sup>99</sup>. El verbo de las mujeres es esperar y su actitud en esa espera es la esperanza.

Si la casa es bonita, grande o chica, si está cuidada y ordenada, si se realiza su mantenimiento con asiduidad, todo se convierte de manera implícita en responsabilidad, obligación y atributo de la mujer. Aunque todos vivan en la casa y puedan hacerse cargo de algunas actividades o si la mujer no tiene tiempo para ocuparse de algunas actividades domésticas, no importa. Los demás no se ocupan, siempre esperan que lo haga la mujer, porque la responsabilidad directa de la casa le es propia. Como mujer debe preocuparse y resolver los problemas de la casa y de lo doméstico, de la familia y de los familiares. Si lo hace es natural, si no lo hace genera confusión, desconcierto. “El mal funcionamiento de la casa, las faltas en el quehacer, los problemas familiares, son agresiones de la mujer al resto de la familia, atentados emocionales y sociales que se ubican en la órbita del poder: son desobediencia política”<sup>100</sup>.

La mujer es la comida, objetiva y subjetivamente, porque aunque todos coman y puedan preparar los alimentos, es ella que lo hace, pero además los compra, los limpia, los desinfecta, los prepara, los lleva a la mesa, recorre las sobras. Dejar de hacerlo significa una transgresión de aquello que le está asignado, ha faltado a su feminidad, a un orden social y político. La cocina, así como toda la casa, es un

---

<sup>99</sup> Marcela Lagarde. *Los cautiverios de las mujeres*, op.cit., pp.337-338.

<sup>100</sup> Ibid, p. 331.

espacio predominantemente femenino, porque en la división emocional del trabajo, la casa, la familia, el trabajo doméstico y sus ocupaciones no son de un modo llano un conjunto de actividades o un trabajo, constituyen además un modo de vida femenino.

Sus quehaceres no son reconocidos, tampoco la energía aplicada y la movilización física y subjetiva para el cumplimiento de estas actividades. Hacer o dejar de hacer no implica la expresión de cualidades adquiridas de las mujeres o de facultades desarrolladas, no se piensa que sus acciones son consecuencia de conocimientos o de un saber particular, de un trabajo creador, mas como algo inherente, propio de la mujer.

La subjetividad de las mujeres corresponde a su existencia *para otros*, el contenido femenino son *los otros*. “El ser de la mujer se constituye sobre lo que lo otro y los otros necesitan de ella. Así, la familia y la pareja son para las mujeres espacios vitales –emocionales, intelectuales y eróticos –“. El espacio-territorio de la mujer es la casa. En ella, la mujer permanece encerrada por y en su trabajo, en su mundo, por las normas y el poder que le impiden salir. Casa y mujer conforman así la unidad indisoluble, en la cual no se sabe dónde comienza una y dónde acaba la otra. Es tal la identidad entre casa y mujer que la feminidad implica que no haya mujer sin casa, ni casa sin mujer. De esa unidad surge la aspiración social femenina y los grandes esfuerzos que hacen las mujeres por obtener su propia casa, su marido y sus hijos.

“Como síntesis de su modo de vida, la subjetividad de las mujeres corresponde al adentro. Es una subjetividad de la reproducción que debe dirigirse fundamentalmente a reproducirla. La subjetividad masculina se construye también sobre el adentro como soporte, pero sobre éste se superpone el afuera como expresión de la búsqueda y de la creatividad para desenvolverse en lo diverso con los demás y no para los demás”<sup>101</sup>.

---

<sup>101</sup> Marcela Lagarde. *Los cautiverios de las mujeres*, op.cit., p. 336.

La vida de las mujeres es fundamentalmente reproductiva, su tiempo es el de la reproducción, de un pasado que reitera, reafirma y reproduce. Como el adentro es eje de su identidad, a las mujeres las define el tiempo de la recurrencia, de la repetición, de lo ya vivido por *los otros* y de lo que *otros* vivirán, es un tiempo sin sorpresa, todo se rehace y con ello trae la certidumbre, la confirmación de que el devenir es natural. Es un tiempo cíclico<sup>102</sup>.

El tiempo de las mujeres es de espera, y está anclado en su *cuerpo-para-otros* y produce la vida humana, hecho considerado natural y definido desde la ideología de la feminidad, por la fuerza de la naturaleza encarnada en la mujer. Su tiempo es de espera porque lo trascendente de sus propias vidas siempre les es otorgado *por otros*, por los hombres, los hijos, las hijas, el matrimonio, la familia. Y, además tiene que ver con lo que esperan de sí mismas. Esperan cumplir con el deber de la repetición, de no cambiar, de no apartarse de sus funciones y atributos naturales. “Esperan recorrer un camino conocido por la memoria del cuerpo: el ciclo de vida de las otras mujeres”<sup>103</sup>.

### **La maternidad y el trabajo en la subjetividad femenina**

Si bien las prácticas sociales son el resultado de la acción de las y los sujetos, debemos reconocer, a la vez, que esas y esos sujetos son hechos por (son efectos de) tales prácticas. Recordemos que la ideología patriarcal posiciona a las mujeres como sujetas dentro de las prácticas sociales de la maternidad y, por extensión, normativiza la sexualidad femenina bajo la forma de maternidad y del trabajo femenino como trabajo maternal y doméstico.

Ese planteamiento, sostenido tanto por Marcela Lagarde como por Mabel Burin, implica afirmar que la subjetividad femenina es una construcción social e histórica.

---

<sup>102</sup> Marcela Lagarde. *Los cautiverios de las mujeres*, op.cit., p. 338.

<sup>103</sup> *Ibid*, p.339.

Igualmente, Gloria Bonder<sup>104</sup>, señala que las representaciones ideológicas patriarcales acerca de la mujer operan como una fuerza material en la constitución misma de su subjetividad y sexualidad. En el mundo de lo privado, las mujeres, dada su particular posición de ser reproductoras y productoras de sujetos, aunque no sujetos mujeres, y de facilitar las condiciones que realimentan la subjetividad en sus aspectos más íntimos, necesitan desarrollar modos de relaciones con los otros, con el tiempo, con el espacio, con los sistemas simbólicos, especialmente en los intentos de integrar los modos de pensar, sentir, actuar, de sus procesos lógicos, al mundo público, a la vez que tienen que subsumirlos o reprimirlos en vez de utilizarlos para producir transformaciones en el mundo privado-doméstico. La convicción social, tanto del punto de vista material como simbólico, es que, en tanto las mujeres producen sujetos, ellas se producen a sí mismas, creando con la maternidad la base de su subjetividad<sup>105</sup>.

La cultura patriarcal, junto con la maternidad crea otro ámbito de confinamiento particular para las mujeres: el ámbito doméstico, como ya hemos analizado en el eje de trabajo privado. La adscripción de las mujeres al ámbito de lo íntimo, privado, personal, ha domesticado a las mujeres (y a socializar el trabajo público de los hombres), y traído como consecuencia, la asignación de un lugar social a las mujeres: la casa y un trabajo privilegiado, el trabajo doméstico y su extensión: prestar servicios – custodia del hogar, la reina del hogar, alguien que reina, pero que no gobierna -.

Esta asimetría propuesta por la cultura patriarcal da cuenta entonces, significativamente, de la subordinación de la mujer a su papel casi exclusivamente maternal y doméstico: su función reproductora delinea su rol social, colorea su inserción cultural y define su subjetividad. Esto es evidente cuando se observa el ejercicio laboral de mujeres que se desempeñan fuera del ámbito doméstico: en su mayoría son empleadas subordinadas o se desempeñan en el área de la

---

<sup>104</sup> Gloria Bonder. *Grupos de concientización: historia o prehistoria de los estudios de la mujer*. Publicación CEM, Buenos Aires, 1982, p. 55.

<sup>105</sup> Mabel Burin. *Estudios sobre la subjetividad femenina*, op.cit., p. 78.

educación o la salud-enfermedad, generalmente prestando servicios, además de que conservan igualmente la responsabilidad por lo que sucede en el ámbito doméstico. Esto exige a las mujeres un doble funcionamiento mental, y les produce sentimientos de inadecuación, de inutilidad, de desvalorización, etc.

Algunas de las resoluciones habituales consisten en que, al no poder concebir mediaciones que les permitan el pasaje del ámbito privado al público, las mujeres tratan de resolver el conflicto mediante la oposición entre el amor y el trabajo. Ante esta oposición, las mujeres desarrollan un estado de crisis vital. R. Kaes<sup>106</sup> sostiene que las crisis ponen en suspenso, mediante un acto de ruptura, los sentimientos de sí, de continuidad y de mismidad, que constituyen la experiencia de subjetividad. Las crisis son momentos particularmente vulnerables en la constitución de la subjetividad, y requieren de dispositivos específicos que contengan las ansiedades que se ponen en juego.

Mabel Burin<sup>107</sup> desarrolla un planteamiento interesante al insertar en el trabajo doméstico femenino el trabajo de maternaje, y lo nombra “el otro trabajo invisible”. El otro trabajo invisible es el que realiza el aparato psíquico de la persona que realiza la labor de maternaje, y que consiste en una serie de prestaciones *yoicas* diversas, puestas en juego con carácter de necesidad y en forma permanente; tales prestaciones *yoicas* son las que realiza el Yo materno para lograr que la criatura devenga en sujeto psíquico. Una de estas prestaciones es la de la *disociación operativa*, que consiste por una parte, en que el Yo materno se configure en un Yo observador, que regule, analice, sintetice y sistematice todas las experiencias que provienen de las intensas demandas de la criatura, que le organice un ritmo, que le transmita una tolerancia a la espera, que prevea y anticipe el resultado de sus acciones. Por otra parte, la persona que realiza la labor de maternaje debe colocar su Yo al servicio de una regresión transitoria, que le permita mimetizarse con las necesidades de la criatura, de identificarse con ella

---

<sup>106</sup> R. Käes. *El aparato psíquico grupal*. Granica Eds., Barcelona, 1977, p. 37.

<sup>107</sup> Mabel Burin. *Estudios sobre la subjetividad femenina*, op.cit., p. 125.

para comprenderla. El yo materno asimila, metaboliza y neutraliza las experiencias y ansiedades displacenteras de la criatura, y se las devuelve transformadas en experiencias y ansiedades asimilables. Este interjuego permanente, constante y necesario, entre un Yo observador y un Yo regresivo, es parte de ese hecho maternal que Mabel Burin denomina “el otro trabajo invisible”.

Además, esta autora caracteriza como trabajo invisible a la tarea que debe realizar el aparato psíquico de la madre ante los deseos amorosos y los deseos hostiles. Se trata de deseos que sufren profundos cambios durante el embarazo, parto y puerperio, que requieren una dura exigencia de trabajo al aparato psíquico. La criatura impone al Yo materno la necesidad de saciar tres tipos de hambres: de alimentos, de estímulos y de afectos. El aparato psíquico de la madre se encuentra ante la tarea de reducir las tensiones intrapsíquicas, y de mantener cierta armonía, no sólo de sí misma, sino también de esa criatura que depende tanto de quien realiza el hecho maternal<sup>108</sup>.

### **Los deseos configurantes de la subjetividad femenina**

De acuerdo con la clase social, el grupo étnico, el grupo de edad (entre otras adscripciones) a los que pertenecen, las mujeres siempre aspiran a tener lo que corresponde a las mujeres de otros grupos. Marcela Lagarde aporta algo sustancial a respecto: “Mediante el mecanismo cultural conocido como envidia, la mujer es enseñada a desplazar la insatisfacción vital y proyectarla como deseo de lo otro, de lo que cree que poseen las otras y de lo cual, inexplicablemente para ella, ha sido privada. La envidia vivida por las mujeres consiste en la proyección de su carencia y se expresa en aspiraciones como las siguientes: cuando sea grande, cuando tenga hijos, si me vuelvo rica, el día que me case, ora que me saque la lotería, cuando nazca mi nieto. Su espera se transforma en esperanza y se plasma en el futuro”<sup>109</sup>.

---

<sup>108</sup> Mabel Burin. *Estudios sobre la subjetividad femenina*, op.cit., pp. 124-125.

<sup>109</sup> Marcela Lagarde. *Los cautiverios de las mujeres*, op.cit., p. 340.



Si es niña quiere ser grande, si es vieja quisiera ser joven, si está soltera quiere casarse, si es infértil quiere hijos y si tiene hijos quisiera que fueran menos, si es flaca quisiera subir unos quilos, si es gorda quiere ser flaca, rubia si es morena, quiere ser rica, etc. La forma en que vive, como está, siempre está mal. La felicidad a la que aspira es idealista, no recoge las contradicciones de la existencia y por ello no es realizable, es fantasiosa.

La ideología de la feminidad crea sueños y fantasías en las mujeres y en los hombres, y es uno de los cimientos sociales, de la cohesión y la persistencia de instituciones, prácticas y relaciones sociales. La ideología de la felicidad es una de las fuentes de choque que permiten a las mujeres darse cuenta de que en vez de ser felices, sufren. O por el contrario, esta ideología permite hacer sentir felices a las mujeres con su propia opresión, puede hacer sentir inmensas satisfacciones a las mujeres que viven para el cumplimiento de su deber ser: cautivas felices.

Mabel Burin<sup>110</sup>, desde la perspectiva de la salud mental, aborda el tema de la configuración de los deseos constitutivos de la subjetividad femenina: amorosos, maternal y de trabajo (principalmente el trabajo doméstico, el trabajo maternal y sus extensiones en formas laborables extradomésticas), a la vez que la función de los mismos incide como agente de regulación y de control social sobre la salud mental de las mujeres.

Para la constitución de la subjetividad femenina, la misma autora considera que uno de los determinantes básicos es el imaginario social, construido sobre la base de un discurso ideológico (de la ideología patriarcal) que se funda en un esencialismo<sup>111</sup> del sujeto y no en una construcción social del mismo, y en la naturalización de sus condiciones de existencia y no en la producción-reproducción de las mismas. Sobre la base de tal esencialismo y naturalismo, el

---

<sup>110</sup> Mabel Burin. *Estudios sobre la subjetividad femenina*, op.cit., pp. 30-31.

<sup>111</sup> Esencialismo, categoría sostenida por un biologicismo que indica que el bien masculino es el pene y el bien femenino es el hijo o sus capacidades procreativas, prácticamente sin mediaciones sociales y culturales que incidan sobre tales supuestos. Esencialismo que supone que el varón o la mujer es poseedor de un bien del cual el otro quiere apoderarse. Mabel Burin. *Estudios sobre la subjetividad femenina*, op.cit., p. 181.

discurso ideológico crea una supuesta identidad, coherente y unitaria, como garante del ser mujer. A ese imaginario social, entrelazado con el imaginario personal, interpela las situaciones de crisis vitales en las mujeres, especialmente a aquellos deseos “esenciales”, “naturales”, constitutivos de la subjetividad femenina<sup>112</sup>. Mabel Burin sostiene que “la ideología patriarcal no es una superestructura más o menos superflua o engañosa, sino que es la condición de realización de todas las prácticas que en su conjunto constituyen la práctica social y está supeditada a ésta”<sup>113</sup>.

Entre los deseos que configuran la subjetividad femenina se encuentran también los deseos amorosos, el deseo de saber, el deseo de poder, el deseo de crear, en los cuales se encuentra el peso mayor de la incidencia de la cultura patriarcal, en cuanto a lo limitado de sus representaciones para las mujeres. Los deseos amorosos se refiere al vínculo amoroso con un hombre, un hombre que la salve. R. Barnett y Grace Baruch<sup>114</sup> sostienen que “las mujeres requieren un marido para que puedan completar una tarea crucial como es la formación de la identidad; no casarse implica no establecer nunca la propia identidad”. Para muchas mujeres, el vínculo amoroso con un hombre significa una dependencia dolorosa, a veces desgarrante, conduciendo a ligaduras objetales sentidas como experiencias disgregantes de sus vivencias de unicidad.

En relación al deseo de poder, las mujeres quedaran asignadas al ejercicio del poder en el ámbito privado, expresado fundamentalmente en el poder afectivo, regulación y distribución de los vínculos emocionales, ejercido en forma privilegiada sobre los hijos, en la privacidad del ámbito doméstico, es decir, el poder de la emocionalidad en los límites del hogar; en tanto que los hombres quedaron asignados al área de poder racional y económico en el ámbito público.

---

<sup>112</sup> Mabel Burin. *Estudios sobre la subjetividad femenina*, op.cit., pp. 49-50.

<sup>113</sup> Ibid, p. 50.

<sup>114</sup> R. Barnett y Grace Baruch, citadas en: Mabel Burin. *Estudios sobre la subjetividad femenina*, op.cit., p. 159.

El deseo de saber de las mujeres obedece a que las mujeres parezcan/padezcan con un saber estrictamente ligado al cuerpo, a los ciclos corporales (menstruales, embarazo, parto, puerperio, menopausia), un saber ligado a una realidad inmediata: su cuerpo, que según Mabel Burin<sup>115</sup>, es un deseo asociado a las representaciones del amor y de la muerte.

Foucault<sup>116</sup> enfatiza que el saber funciona según un juego de represión y de exclusión de aquellos que no tienen derecho más que a un determinado tipo de saber, según un dispositivo que denomina los “circuitos reservados del saber”, aquellos que se forman en el interior de un aparato de producción, y a los cuales no se tienen acceso desde fuera. Se puede entender que allí afuera estuvieron las mujeres, en ese lugar de exclusión. Pero aquellos excluidos del saber oficial configuran otros modos de saber, otros saberes que, según Foucault pueden utilizarse como instrumento de combate, así como puede ser expropiados por los dispositivos oficiales de poder-saber, o bien quedar confinados a un lugar social de marginación. A estos saberes, el autor denomina saberes sometidos, son aquellos calificados como incompetentes, ingenuos, jerárquicamente inferiores al nivel del conocimiento o de la cientificidad exigida oficialmente. Estos saberes aparecen bajo la forma de saberes marginales, locales, específicos. Son esos saberes de los cuales las mujeres se adueñan, la producción del saber como poder, como garantía de existencia, han estado excluidas las mujeres a lo largo del desarrollo histórico-social del patriarcado. El saber de las mujeres quedó condenado a la inexistencia y sus deseos de saber quedaron subsumidos en el deseo del hijo, deseo regulado por el ideal maternal.

La concepción de creatividad en las mujeres casi siempre estuvo asociada a la gestación de deseos maternos bajo el supuesto de que, mientras creaba a un niño o a una niña, se creaba-recreaba a sí misma. El deseo de crear de la mujer no va más allá, porque “crear es un modo de transformar las propias capacidades,

---

<sup>115</sup> Mabel Burin. *Estudios sobre la subjetividad femenina*, op.cit., p. 158.

<sup>116</sup> Michel Foucault. *La microfísica del poder*. La Piqueta, Madrid, 1978.

y por lo tanto, un modo de crearse”<sup>117</sup>, y esto es así por la actitud de acatamiento a la realidad exterior, de sometimiento, que lleva implícita un sentimiento de inutilidad de los esfuerzos. La actividad creadora de una persona no se expresa necesariamente en la producción de una obra de arte, los procesos creativos son aquellos que no sólo hacen surgir objetos, sino que también hacen crecer sujetos, un logro creativo sería, para las mujeres, transformar a sí mismas y a su realidad social. La realización de un acto creador, la gestación de un espacio creativo generador de nuevas formas de ser y estar en el mundo.

Si bien la estructura de la sociedad patriarcal ha sufrido transformaciones a lo largo de la historia, su peso y sus consecuencias son de suficiente arraigo hasta nuestros días como para merecer un análisis más amplio y detallado que escapa de los límites de este trabajo. Por el lugar que ocupan las mujeres en la sociedad y en la cultura, por su condición genérica, el poder que ejercen, el saber que detentan y la creatividad que desarrollan son menores, secundarios y específicos: el poder, el saber y la creatividad de la procreación, maternidad y del erotismo, los cuales se circunscriben en el mundo íntimo, privado, doméstico. Las luchas de las mujeres (formas de resistencia) por no seguir padeciendo el silenciamiento, marginación, subordinación de las múltiples formas que puede asumir el poder, debería otorgar un espacio importante para la constitución del deseo de poder, saber y crear en la configuración de la subjetividad femenina. Una alternativa sería redimensionar el origen y los alcances de esos deseos en el orden afectivo hacia nosotras mismas.

La subjetividad es un todo complejo articulado, y se ha delineado solo algunas de sus referencias. Vale la pena señalar que la subjetividad de las mujeres, construida social y históricamente en la feminidad dominante, se caracteriza por su especialización limitada a cuidados específicos *de otros*, por la religiosidad, la magia, las creencias, la fantasía, el trabajo fundamentalmente doméstico. Sus saberes son limitados a ciertos espacios y direcciones: sabias de la casa y de la

---

<sup>117</sup> H. Fiorini, citado en: Mabel Burin. *Estudios sobre la subjetividad femenina*, op.cit., p. 160.

comida, de los hijos e hijas, del erotismo y de la maternidad. Sabía de los afectos y emociones, pero no de sí misma.

El conjunto articulado de las exigencias de género en torno al cuerpo, a la sexualidad, al poder, al trabajo y a la subjetividad de las mujeres hace que ellas tiendan a desarrollar condiciones desfavorables de salud-enfermedad. No es una elección. Deben cumplir con los mandatos asignados por la organización genérica, por la cultura patriarcal: deben ser cuerpo *de-para-otros*, para la procreación y erotismo, por lo tanto una sexualidad atrapada en un cuerpo que no les pertenece; ejercer poderes desde la subalternidad, poderes secundarios, marginales; desarrollar un trabajo de producción y reproducción, de seres humanos y humanas y reposición de las condiciones esenciales para la vida de las y los individuos; una subjetividad construida y marcada por la expropiación de su cuerpo, por su vínculo con *los otros*.

Para hablar de salud-enfermedad fue necesario comenzar por referirse a una situación previa a lo que la definición de salud-enfermedad proponga. “Tratándose de nosotras, estamos obligadas a mencionar la identidad de quien todavía es un *ser-para-otros*”<sup>118</sup>.

---

<sup>118</sup> Eva Giberti. Prologo a: Mabel Burin. *Estudios sobre la subjetividad femenina*, op.cit., p. 19.

## **2. LOS PARADIGMAS DE LA SALUD Y ENFERMEDAD**

## 2. LOS PARADIGMAS DE LA SALUD Y ENFERMEDAD

Las Ciencias de la Salud, en el abordaje de las problemáticas que le corresponde, cuenta fundamentalmente con tres grandes paradigmas, cuyos objetos de estudio y prácticas se distinguen.

### **El paradigma dominante: el de la enfermedad**

Al final del siglo XVIII, mientras la Revolución Francesa pregonaba los derechos de igualdad y libertad, se asistía a una intensificación de las preocupaciones, especialmente por parte de los médicos, con la diferencia entre hombres y mujeres. El argumento central que atraviesa buena parte de los trabajos de la época y también justifica las intervenciones concretas, dice respecto a una distinción natural, de carácter biológico y predeterminado, entre los sexos. Hombres y mujeres serían naturalmente distintos en sus características físicas, así como en sus características morales o psicológicas. Además, las cualidades atribuidas a cada uno y sus funciones sociales son descritas con el mismo grado de determinismo que sus funciones fisiológicas. El género parecía irremediablemente ligado al sexo en una única e invariable dirección.

Los médicos, como legítimos traductores de los designios naturales, esos hombres de ciencia cuidarán en garantizar que nada perjudique el rumbo “natural” de los acontecimientos, que tendría como resultado final la generación de una mujer preparada para asumir el papel de madre y esposa y de un hombre capaz de ser el proveedor competente.

Fabiola Rohden,<sup>119</sup> analizando la construcción de una determinada concepción de la diferencia entre los sexos y los géneros que se produce en el contexto de las

---

<sup>119</sup> Fabíola Rohden. *Uma Ciência da Diferença: sexo e gênero na medicina da mulher*. FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2001, pp. 15-34.

significativas transformaciones socioeconómicas que caracterizaran el siglo XIX, plantea que en los autores de la época, la diferencia física entre los sexos es expresada desde los huesos hasta el cerebro, pasando por la piel, por los músculos y por las fibras. El cuerpo masculino es casi siempre descrito como superior en relación al femenino. Aunado a eso, se insiste en la idea de que las características femeninas reflejarían la misión pasiva que la naturaleza reservara a la mujer, además por supuesto de una predestinación a la maternidad. El cuerpo femenino estaría moldeado para la gestación y para el nacimiento, lo que parecía evidente cuando se observaba su cadera ancha y curva. Entre los temas más abordados por los médicos estaban la naturaleza del útero y de los ovarios, la virginidad y la pubertad. Ese pasaje para la fase reproductiva de la vida femenina, tan evidenciada por el surgimiento de la menstruación, es relacionada con el del miedo a la masturbación y a la ninfomanía<sup>120</sup>.

En la búsqueda de los signos para identificar las enfermedades femeninas, los médicos notaban que el clítoris o los labios vaginales aumentados serían un indicador fundamental de la lascivia femenina. El cuerpo mostraría las evidencias a los especialistas. Los neurólogos proponían tratamientos como dietas, drogas, baños, y los ginecólogos una cura radical y definitiva. La cirugía ginecológica surgía como el medio más idóneo de tratamiento y, aunque fuera el centro de muchas controversias, ayudó a consolidar el *status* profesional de la nueva especialidad (ginecología). Los métodos de los ginecólogos estaban orientados por la hipótesis de que las mujeres eran dominadas por sus órganos reproductivos y de que todas sus enfermedades en última instancia tenían origen en esa parte del cuerpo. En el caso de los disturbios mentales ligados a la menstruación, se justificaría, por ejemplo, la remoción de los ovarios. La ovariectomía, al lado de la

---

<sup>120</sup> En el caso de la ninfomanía, los intentos de explicación formulados durante el siglo XIX se dividen entre las teorías que privilegiaban el papel del cerebro y aquellas que se enfocaban en los genitales. En el primer grupo estaban los neurólogos, anatomistas y frenólogos. En el otro, los ginecólogos que creían que las enfermedades de los ovarios o los desordenes menstruales podrían causar irritaciones en el sistema nervioso, afectando el cerebro y dando origen a las enfermedades mentales.



escisión del clítoris o de los labios vaginales, era recomendada en casos de excesivo deseo sexual<sup>121</sup>.

En lo que se refiere a los hombres, Carol Groneman<sup>122</sup> argumenta que el equivalente de la ninfomanía era la satiriasis. Pero los médicos afirmaban que esa enfermedad ocurría con menor frecuencia y gravedad que la ninfomanía. Y hasta tanto se creía que las ninfomaniacas tenían como destino la prostitución o el internamiento en asilos; los hombres eran imaginados como más capaces de aprender a controlarse. Por detrás de esa diferenciación estaba la concepción de que la mujer tenía, por naturaleza, menos deseo sexual, y por lo tanto, la manifestación de ese deseo de forma predominante llevaba a la sospecha de una patología. Los hombres, por su vez, tenían naturalmente más deseo sexual, aunque menos enfermedades provocadas por su exceso. Cuanto al tratamiento de los hombres, raramente se hablaba en castración o reclusión, puesto que los hombres no eran definidos por su genitalia. Y jamás comportamientos como el adulterio, muchos enamoramientos y otras señales que caracterizaban la ninfomanía, eran usados para diagnosticar la satiriasis<sup>123</sup>.

Estaba en la escena un doble patrón de moral sexual, calcado también en la noción de que el deseo sexual femenino era potencialmente peligroso. Las mujeres más fácilmente cedían a los atractivos del sexo porque eran menos dadas al control de sí mismas. Las mujeres con exceso de deseo no eran solamente enfermas, sino también peligrosas para su familia, el orden moral, la civilización. Esa amenaza se volvía cada vez más importante en la medida que las mujeres

---

<sup>121</sup> Carol Groneman, citada en: Fabiola Rohden. *Uma ciência da diferença*, op.cit., p. 29.

<sup>122</sup> Carol Groneman, citada en: Fabiola Rohden. *Uma Ciência da Diferença*, op.cit., p. 29.

<sup>123</sup> Elaine Showalter (1993) describe como la cirugía pélvica se volvió moda entre las mujeres en Inglaterra en el siglo XIX. La autora relaciona ese hecho a un fenómeno más general de curiosidad médica por el cuerpo de la mujer, que se traduce sobretodo en las ganas de diseccionarlo y en la utilización de los nuevos instrumentos de examen ginecológico. En relación al cuerpo masculino no había tantas fantasías, y la idea de abrir este cuerpo no parecía tan fascinante. Citada en: Fabiola Rohden. *Uma ciência da diferença*, op.cit., p. 33.

reivindicaban simultáneamente mayores oportunidades de experiencia sexual y autonomía<sup>124</sup>.

Al mismo tiempo, se concibe la idea de la frigidez femenina y el consecuente entendimiento de que el placer de la mujer durante el acto sexual no era necesario para la procreación. También se habla de una supuesta fragilidad moral de la mujer, sujeta a los desgobiernos sexuales, a la disimulación, a la mentira, al capricho y dotada de aptitudes intelectuales mediocres.

Fabiola Rohden indica asimismo que en esta época se multiplican los tratados consagrados a las enfermedades femeninas, del cuerpo y del alma a una sola vez, como los vapores, las pasiones y la histeria, siempre asociadas al útero. De allí se derivaría la idea de que las enfermedades de las mujeres nada más serían la expresión misma de la naturaleza. En la medida en que son mujeres, son también enfermas y son enfermas porque son mujeres<sup>125</sup>.

Carol Groneman<sup>126</sup> aclara que la noción de sexualidad enferma o “furor uterino” viene, por lo menos, desde Hipócrates. Pero es a partir del siglo XVIII que surgen cambios importantes en las concepciones sobre la sexualidad femenina. Hasta esa época prevalecía la imagen de lascivia inherente a la mujer. Poco a poco, se desarrolla la noción de que la mujer tiene menos deseo sexual que el hombre, Pero, ella es menos racional y por lo tanto más destinada al descontrol, al paso que en el hombre, el deseo sexual es controlable en función de un mayor predominio de la razón en su carácter. El discurso iluminista había propagado esa imagen de la racionalidad masculina en contraste con la naturaleza irracional de las mujeres. La Iglesia alentaba la ideología de la no pasionalidad femenina,

---

<sup>124</sup> En las primeras décadas del siglo XX, ya se hablaría más de la importancia del placer sexual de la mujer en el matrimonio y se comenzaba a osar separar sexo y procreación. Sin embargo, también se fortalecía la condenación de las mujeres que osaban dejar en segundo plan las funciones de madre y esposa. Mujeres con educación superior y feministas eran percibidas como masculinizadas. Al mismo tiempo, las teorías psicoanalíticas proclamaban que la madurez sexual femenina solo se daba con el intercurso heterosexual y el placer con la penetración. Carol Groneman (1994), citada en: Fabiola Rohden. *Uma ciência da diferença*, op.cit., p. 33.

<sup>125</sup> Fabiola Rohden. *Uma ciência da diferença*, op.cit., p. 16.

<sup>126</sup> Carol Groneman (1994, citada en: Fabiola Rohden. *Uma ciência da diferença*, op.cit., p.27.

también abanderada por las propias mujeres de determinados segmentos sociales que, en virtud de la asociación entre pasión o deseo moderados y moralidad superior, podrían mejorar su *status*, controlar sus vidas y expandir sus oportunidades..

También surgen diversas manifestaciones de sorpresa en vista de lo que el cuerpo de la mujer es capaz. Nada más misterioso que la histeria, nada más sorprendente de lo que surge del vientre de las mujeres. Y su existencia normal se presenta como una patología establecida, manifestada en los embarazos y en las hemorragias periódicas. Se trata pues de un cuerpo inestable, que debe ser regulado por las menstruaciones, pero que está sujeto a movilidad y a la hipersensibilidad, capaz hasta mismo de retener impresiones que serán transmitidas al feto. Y lo más grave es que esas mujeres, que parecen susceptibles de perturbar el orden del mundo, son también la garantía de la procreación de la humanidad, de la manutención del orden primario<sup>127</sup>.

La imagen médica de la belleza femenina se confundía con la representación de buena esposa y madre productora de muchos seres humanos y humanas. Su feminidad se reflejaría en un cuerpo redondeado, voluminoso, senos generosos, caderas desarrolladas, características de la maternidad. Los médicos “constatan” impresionados como la belleza ideal de las mujeres es delineada por la naturaleza en virtud de la función primordial que les toca. Y es con base en esas “evidencias” propiciadas por la naturaleza que la medicina debería orientarse. El modelo de madre debería ser utilizado para pensar en el equilibrio físico, mental y moral de la mujeres. La cuestión es que esos médicos se olvidaban que la definición de belleza que preconizaban consistía en el fondo, en una reafirmación de sus propias convicciones.

---

<sup>127</sup> Jean-Pierre Peter, citado en: Fabíola Rohden. *Uma ciência da diferença*, op.cit., p. 16.

Ese énfasis en la definición de la diferencia sexual y en la especificidad femenina asociada a la maternidad ha sido percibida por algunos autores<sup>128</sup> como un fenómeno claramente identificable a finales del siglo XVIII y inicios del siglo XIX. Ese es el momento en que el sexo, particularmente el femenino, pasará a ser cada vez más discutido por los científicos, especialmente los médicos.

Londa Schiebinger<sup>129</sup> al estudiar las especificidades del esqueleto femenino proporciona un ejemplo interesante de cómo la anatomía es moldeada por circunstancias sociales. Ella demuestra que es en el contexto de la redefinición de la posición de la mujer en la sociedad europea a finales del siglo XVIII que surgen las primeras representaciones del esqueleto femenino, demostrando que los intereses de la ciencia no son arbitrarios, sino que inciden sobre partes del cuerpo políticamente significantes. Es el caso de la afirmación de que la mujer tiene un cráneo menor, con una consecuente menor capacidad intelectual, y por lo tanto, menores condiciones de participar en los dominios del gobierno, comercio, educación, ciencia. O, entonces, de la constatación de que la mujer tiene la pelvis mayor, lo que prueba que es “naturalmente” destinada a la maternidad y que esa función suplanta cualquier otra que pueda tener en la vida.

Hasta el final del siglo XVIII, la medicina no había hecho progresos suficientemente revolucionarios para cambiar su estatuto, como sucedería en el siglo siguiente. El Iluminismo había inaugurado la posibilidad de abordar empíricamente el estudio de las enfermedades sin tanta conexión a los antiguos dogmas. El siglo XIX asiste al nacimiento del imperialismo de los hechos. El suceso de la mecánica y de la astronomía estimulan a los médicos a osar utilizar la ciencia experimental para explorar las enfermedades. Al mismo tiempo, el rigor científico penetra poco a poco en la clínica. El amplio y confuso conjunto de las enfermedades necesitaba ser clasificado, ordenado. Para eso, fue preciso recurrir más y más a la autopsia. Y los efectos de la Revolución Francesa, movimiento

---

<sup>128</sup> Thomas Laqueur, citado en: Fabiola Rohden. *Uma ciência da diferença*, op.cit., p. 17.

<sup>129</sup> Londa Schiebinger, citada en: Fabiola Rohden. *Uma ciência da diferença*, op.cit., p. 20.

ideológico de ruptura con las creencias del pasado y del culto a la razón que llegará hasta excluir la Iglesia de las facultades y hospitales, posibilitó que Paris se tornase el reino de los anatomistas y que Francia inaugurase las transformaciones en la medicina moderna<sup>130</sup>.

Paralelamente, ocurría un cambio en la mentalidad médica que permitía creer que el conocimiento del enfermo vivo podría apoyarse en el conocimiento del cuerpo de un muerto. La introducción de la muerte en la reflexión médica tiene como gran responsable a Bichat, según el cual el hombre no muere por enfermarse, sino, al contrario, se vuelve enfermo por ser mortal. Sus estudios basados en el concepto de tejidos y de la descomposición anatómica elemental darán una base sólida al concepto de enfermedad y a la futura elaboración de la distinción entre lo normal y lo patológico. La confrontación entre los síntomas y las lesiones de los tejidos u órganos es aceptada, y Laennec y Bretonneau progresan en la clasificación de las enfermedades. Laennec es también responsable por la introducción de la auscultación en el diagnóstico, y vale la pena señalar que él inventa el estetoscopio por pudor, por no osar colocar su oído en el pecho de una joven muchacha. Al lado de la auscultación, la percusión, la palpación y la inspección pasan a constituir el nuevo arsenal de examen del enfermo y enferma. Técnicas como el toque retal o vaginal solo serán utilizadas más tarde, al final del siglo XIX<sup>131</sup>.

Todavía en el siglo XIX se asiste al desarrollo de la fisiopatología, encarnada en la figura de François Magendie quien hará de la medicina una ciencia experimental fundada en datos y no en doctrinas, y propondrá que la fisiología del hombre normal camine al lado de la fisiopatología del enfermo. Sus concepciones triunfarán con el seguimiento dado por Claude Bernard, quien impondrá la medicina experimental, estudiando sobretodo las funciones normales y sus desvíos patológicos. En el transcurso del siglo, Virchow intenta probar a los

---

<sup>130</sup> Maurice Tubiana, citado en: Fabiola Rohden. *Uma ciência da diferença*, op.cit., p. 21.

<sup>131</sup> Maurice Tubiana, citado en: Fabiola Rohden. *Uma ciência da diferença*, op.cit., p. 21.

médicos la importancia de los análisis microscópicos. Más tarde, esa trayectoria será propicia para que Pasteur venza la teoría de la generación espontánea y muestre la existencia de diversos microorganismos causadores de enfermedades. El cirujano escocés Lister se valdrá de esos descubrimientos para proponer el primer aséptico, el ácido fénico. Pero la polémica fue intensa y no fue sin problemas que la asepsia se propagó. Es solamente al final del siglo XIX que se observaran los primeros resultados efectivos al combate a la infección y que se vuelve posible la vacunación preventiva. Otro progreso inestimable, al lado de la asepsia, especialmente para la cirugía, es el descubrimiento de la anestesia, aplicada por primera vez con éxito por el dentista americano Warren en 1846<sup>132</sup>.

Las tres últimas décadas del siglo XIX serán marcadas por una coyuntura de transformaciones y descubrimientos que incluyen el desarrollo de la química farmacéutica y el descubrimiento de los Rayos X en 1895. Sin embargo, se destaca la impregnación de los principios de pasteurización en la terapéutica, en la clínica, en la cirugía y en la higiene. Más allá de la prevención ahora instaurada por las vacunas, la medicina curativa se lanza en la batalla de la desinfección externa e interna, por medio de inhalaciones, inyecciones ginecológicas, lavajes intestinales. La clínica pasa a integrar el análisis bacteriológico de la orina y del sangre, por ejemplo. El término “infección” empieza a ser usado para explicar múltiples enfermedades. La asepsia quirúrgica extiende el campo de la intervención de la medicina operatoria. La cesárea, la histerectomía, la extracción del apéndice se volverán recurrentes, al lado de nuevas intervenciones en el intestino, en el estómago y riñones<sup>133</sup>.

La nueva fórmula adoptada por los hospitales también será representativa de tales cambios, tanto en el plan de la cirugía cuanto en el de la higiene. Se crean unidades distintas, propias a cada actividad, como la sala de cirugía, el laboratorio, el pabellón de aislamiento. Los enfermos, clasificados en distintas categorías,

---

<sup>132</sup> Maurice Tubiana, citado en: Fabiola Rohden. *Uma ciência da diferença*, op.cit., p. 22.

<sup>133</sup> Jacques Léonard, citado en: Fabiola Rohden. *Uma ciência da diferença*, op.cit., p. 22.

deben adecuarse al nuevo orden espacial del hospital. Es también por esa época que se encamina para la definición del “enfermo” como un personaje social. Claudine Herzlich y Janine Pierret<sup>134</sup>, estudiando particularmente el caso de la tuberculosis, defienden la idea de que fue durante el siglo XIX que se cristalizó el personaje del enfermo en la forma moderna. El enfermo pasó a emerger tanto como individuo, en su existencia concreta, como también con un estatuto colectivo, ocupando un lugar en el conjunto social.

Es también en las últimas décadas del siglo XIX que los médicos dejan de ser meramente practicantes del arte específica de cuidar del cuerpo para tornarse hombres de peso en la vida cultural de su época. La revolución provocada por Pasteur asocia el médico a la imagen de eficacia y de veracidad de los principios científicos. El paciente deja de seguir simples consejos y pasa a obedecer ordenes. El médico encarna la ciencia y su potencia, volviéndose un “sacerdote” con poderes normativos. El médico se cree capaz de enunciar las reglas que la sociedad debe reconocer. A eso corresponde una creciente oficialización de la medicina por el Estado<sup>135</sup>.

Los médicos entonces pasan a abogar el derecho de opinar sobre los más diferentes temas, principalmente sobre aquellos que consideraban más fundamentales para la manutención de un determinado orden social. En función de eso, tratan de asuntos que ultrapasan el dominio restricto de la salud y la enfermedad, convirtiéndose en verdaderos especialistas de la sociedad. Los doctores del siglo XIX diagnostican los problemas sociales y proponen las soluciones que consideran más pertinentes. Solamente considerando ese escenario es que se comprende como la medicina pasa a hablar con tanto énfasis sobre la diferencia sexual y, en particular del género femenino. Los problemas generados por las transformaciones en los papeles sociales ocupados por mujeres y hombres eran percibidos por muchos médicos como una importante cuestión

---

<sup>134</sup> Claudine Herzlich y Janine Pierret, citados en: Fabiola Rohden. *Uma ciência da diferença*, op.cit., p. 22.

<sup>135</sup> Claudine Herzlich y Janine Pierret, citados en: Fabiola Rohden. *Uma ciência da diferença*, op.cit., p. 22.

social, para la cual ellos pretendían dar una respuesta que estaría fundamentada en el conocimiento que abstraían de la naturaleza.

Es en ese contexto y bajo estos escenarios que surge y se desarrolla el paradigma de la enfermedad, derivando una práctica eminentemente curativa y deshumanizada. “La visión fragmentada del individuo, efecto del pensamiento cartesiano en las ciencias, llevó a los médicos a sobrevalorar la enfermedad respecto de la persona”<sup>136</sup>. La visión mecanicista de la física clásica se convirtió en un paradigma de la descripción del pensamiento científico. La medicina ajustó a esta visión sus explicaciones referentes a la etiología de las enfermedades. Para Descartes, una persona sana era como un reloj en buen funcionamiento, y una persona enferma era comparable a un reloj cuyas partes no funcionaban bien<sup>137</sup>. En este caso, el agente causal único del reloj descompuesto (la enfermedad) es un microorganismo. La visión cartesiana de los organismos vivos, considerados como máquinas construidas a partir de partes separadas, ofreció el marco conceptual dominante para erigir el trabajo médico.

La práctica médica, conformada bajo los principios de disyunción, reducción y abstracción, constituye lo que Edgar Morin llama de paradigma de simplificación. “Este paradigma, que controla la aventura del pensamiento occidental desde el siglo XVII, ha permitido sin duda, los enormes progresos del conocimiento científico y de la reflexión filosófica; sus consecuencias nocivas posteriores no se comienzan a revelar hasta el siglo XX”<sup>138</sup>. El principio de disyunción ha aislado radicalmente entre sí a los tres grandes campos del conocimiento científico: la Física, la Biología, las Ciencias Humanas. La única manera de remediar esta disyunción fue a través de otra simplificación: la reducción de lo complejo a lo simple (reducción de lo biológico a lo físico, de lo humano a lo biológico).

---

<sup>136</sup> Oliva López Sánchez. *Enfermas, mentirosas y temperamentales*. Plaza y Valdés, México, 1998, p. 27.

<sup>137</sup> Dossey, L., citado en: Oliva López Sánchez. *Enfermas, mentirosas y temperamentales*, op.cit., p. 85.

<sup>138</sup> Edgar Morin. *Introducción al pensamiento complejo*. Gedisa, Barcelona, 1994, p. 29.



Esta lógica racional, presente en el pensamiento médico moderno, propició la incorporación de instrumental para “ver” los órganos internos. Foucault<sup>139</sup> señala que ver lo invisible representó la esencia de la clínica. “El estetoscopio y el martillo de reflejos inventados por los primeros clínicos fueron una extensión de los sentidos, y en particular de la mirada”<sup>140</sup>. No obstante la materialización del pensamiento científico racional presente en el diagnóstico, las formas de curar el cuerpo siguieron siendo a la usanza de la medicina griega. El uso de vejigatorios, la aplicación de sanguijuelas para extraer sangre del cuerpo, o bien, la realización de sangrías, además de una alimentación rica en nutrientes, son la muestra fehaciente de un desfase entre las formas de curar el cuerpo y la nueva concepción del cuerpo humano homologado al funcionamiento mecánico<sup>141</sup>.

Los hospitales representaron el espacio idóneo para aprender anatomía y patología, pues las disecciones de los cuerpos hechas en estos lugares permitía a los futuros médicos aprender más sobre la enfermedad. Así que el mejor lugar para estudiar medicina eran los hospitales, porque tenían, por un lado, a los enfermos para aprender con los signos y síntomas y, por otro, a los cadáveres para identificar las causas internas de la enfermedad<sup>142</sup>.

Este paradigma, concebido durante mucho tiempo, y aún lo es a menudo, desde un orden simplificador, una visión mutilante y unidimensional, fragmenta los fenómenos de los que intentan dar cuenta. La práctica médica se caracteriza principalmente por la curación, la cual se basa en los signos, síntomas y en la etiología única (cuando es conocida) de la enfermedad; el tratamiento se basa fundamentalmente en la administración de fármacos e intervenciones quirúrgicas, el cuerpo es fragmentado en partes, abstraído de su unidad cuerpo-mente y de las condiciones sociales en que se desarrolla.

---

<sup>139</sup> Michel Foucault, citado en Oliva López Sánchez. *Enfermas, mentirosas y temperamentales*, op.cit., p. 84.

<sup>140</sup> Oliva López Sánchez. *Enfermas, mentirosas y temperamentales*, op.cit., p. 85.

<sup>141</sup> *Ibidem*

<sup>142</sup> M. Fresán. El perdedor iluminado, citado en: Oliva López Sánchez. *Enfermas, mentirosas y temperamentales*, op.cit., p.68.

Desde la perspectiva de género, este paradigma llevado a la práctica médica significa los problemas de salud-enfermedad de las mujeres como irremediables y naturales, reduce a la mujer en un cuerpo-naturaleza procreador o erotizado; representaciones del cuerpo de las mujeres, en tanto cuerpo sexuado y naturalizado sobre el que se construye una “verdad”. Irma Saucedo González ilustra esta idea: “El cuerpo sexuado de las mujeres no es un dato indiferente para el campo de la salud, como no lo es tampoco para la experiencia vivida ni para la constitución de identidades femeninas y/o masculinas. Así como el discurso médico nombra la sexualidad de las mujeres para la procreación o la enfermedad, nombra la sexualidad de los hombres para la no-contención y violencia o localización del placer en la genitalidad”<sup>143</sup>.

El cuerpo femenino no sólo ha inspirado ideas eróticas en los pintores y escultores, también ha alentado las ideas escatológicas en los médicos, cuya curiosidad científica ha legitimado la disección de los cadáveres femeninos con el fin de investigar y descubrir sus secretos<sup>144</sup>. El cuerpo expuesto en la mesa de cirugía representaba el lugar de revelación de los signos de la patología a la mirada médica. La insistente preferencia de los médicos por disecar cuerpos femeninos puede haber sido que, en el proceso de separación entre el cuerpo y la persona, en el cual el cuerpo era un signo desprovisto de valor que permitía la ejecución de la autopsia, el cuerpo femenino, en comparación con el masculino, fue percibido como vestigio depreciado que facilitaba la desmembración de su anatomía. Oliva López Sánchez<sup>145</sup> en este brillante trabajo sobre la concepción médica del cuerpo femenino durante la segunda mitad del siglo XIX en México, que hemos venido citando, relata múltiples casos donde se ejemplifica este hecho, evidenciando cómo la lógica empirista de la medicina justifica la sujeción del cuerpo con el fin de generar conocimientos para curar a los enfermos.

---

<sup>143</sup> Irma Saucedo González, Prológo en: Oliva López Sánchez. *Enfermas, mentirosas y temperamentales*, op.cit., p. 18.

<sup>144</sup> L. Jordonova, citado en: Oliva López Sánchez. *Enfermas, mentirosas y temperamentales*, op.cit., p. 94.

<sup>145</sup> Oliva López Sánchez. *Enfermas, mentirosas y temperamentales*, op.cit.

La presencia de un pensamiento empirista en la ciencia médica justificó no sólo la disección de los cuerpos sin vida, sino también la experimentación con los vivos. Pero además, hubo una tendencia a coleccionar curiosidades que el cuerpo humano podía ocultar e incluso despojos corporales atomizados. El cuerpo de las mujeres, una vez sin vida, representaba la posibilidad de obtener fragmentos anatómicos singulares. Las osamentas pélvicas maltrechas, los úteros gangrenados, los fetos deformes, etc., resultaron ser los objetos de colección y exhibición más cotizados, sin que se viera en esta práctica una ruptura axiológica<sup>146</sup>.

La noción de cuerpo femenino considerado como objeto anatómico a conocer, involucraba a todas a las mujeres sin excepción de clase. La fisiología femenina, según los médicos, operaba de la misma manera en todas ellas, fueran ricas, pobres, blancas, negras o indígenas, aunque algunos médicos consideraban que la práctica de ciertas conductas, sobre todo las de la clase pobre, iban en detrimento de su salud.

Las razones por las cuales las mujeres se convirtieron en el objeto de experimentación de los médicos, fueron por un lado porque las mujeres eran la parte de la población que más solicitaba el servicio, debido a los estados de embarazo que con frecuencia las hacían asistir a los hospitales o llamar al médico para ser atendidas en sus partos. Por otro lado, al medicalizarse el embarazo cobró fuerza la idea de la mujer como una eterna enferma y, en consecuencia, los progresos de la anatomía y la biología del cuerpo femenino se constriñeron al estudio gineco-obstétrico. Este hecho justificó la satisfacción de la curiosidad por saber cómo era la fisiología de la mujer, cuya enfermedad era atribuida a su naturaleza femenina, la cual, pensaban los médicos, estaba determinada por su útero. “El útero fue entendido como una vorágine, y se le responsabilizó, primero, de ser la pérdida de los hombres y luego, de ser el causante de la histeria femenina y de toda clase de padecimiento en las mujeres. Las referencias

---

<sup>146</sup> Oliva López Sánchez. *Enfermas, mentirosas y temperamentales*, op.cit., p. 97.

médicas ya no están marcadas por un sentido religioso, el cual pretendía el control de la sexualidad “insaciable” de la mujer con el fin de salvar del pecado a los hombres, sino que ahora, con la secularización del discurso, la enfermedad era sinónimo de pecado. Desde esta lógica médica, el cuerpo de las mujeres sirvió como cobaya”<sup>147</sup>.

Oliva López Sánchez observa que la medicina clínica en México durante el siglo XIX, fue practicada en 90% de los casos con mujeres cuyos padecimientos estaban asociados al aparato reproductor y al embarazo. Los temas acerca de las enfermedades propias de las mujeres que ocupaban la atención de los médicos, según los artículos de *La Gaceta Médica de México*, órgano de difusión de la Academia Nacional de Medicina de México (LGMM) eran: cáncer en la matriz, matriz grávida, peligros de las inclinaciones de la matriz, pre inclinaciones y anteflexión en el embarazo y el parto, histerectomía abdominal total o supravaginal en afecciones neoplásticas y de anexos, la preñez extrauterina, operaciones para corregir la extroversión de la matriz, tratamientos en el prolapso de la matriz, rupturas de la matriz, quistes de ovario<sup>148</sup>. Los cuerpos de las mujeres eran los que con mayor frecuencia estaban en la mesa de cirugía y auscultación de los hospitales para realizar un sinnúmero de cirugías y tratamientos médicos.

Además de la discriminación social, de clase, racista y de género en el tratamiento médico, la experimentación, la amputación de un órgano como objeto de colección, la violación a la intimidad (ya que en el caso de las mujeres pobres no se guardaba confidencialidad de su nombre y dirección) y la necesidad de aprender en los libros vivos, los médicos estigmatizaban a las mujeres<sup>149</sup> debido a que sus características físicas no siempre correspondían con el ideal del cuerpo

---

<sup>147</sup> Oliva López Sánchez. *Enfermas, mentirosas y temperamentales*, op.cit., pp. 100-101.

<sup>148</sup> *Ibid*, p.103.

<sup>149</sup> La estigmatización es un tipo de estratificación, al igual que el género y la edad, cuya significación ofrece bases para la diferenciación y, por lo tanto, para la desigualdad. El término *estigma* fue creado por los griegos para referirse a signos corporales con los cuales se intentaba exhibir algo malo y poco habitual en el estatus moral de quien los presentaba. En la actualidad, el término *estigma* ha sido utilizado para hacer referencia a un atributo profundamente desacreditador. G. Berreman, citado en: Oliva López Sánchez. *Enfermas, mentirosas y temperamentales*, op.cit., p. 104.

femenino, ya que el estereotipo dominante es aquel que describe a la mujer como un ser bello, cuyo cuerpo es armonioso, sus caderas y senos voluminosos, sus pies y manos pequeñas. Estos son los cuerpos admirados por los hombres, incluidos los médicos. Toda aquella que tiene un cuerpo que no corresponda con esta descripción es estigmatizada como fea o horripilante, según las características fenotípicas y genéticas de la mujer; además el estigma sirve para justificar su inferioridad. Una mujer que no corresponde a los criterios de belleza vigentes, sufre una doble opresión: por ser mujer y por estar fuera de los cánones de la belleza, pero si además pertenece a una etnia indígena o negra y, si además es pobre o iletrada, entonces sufre múltiples opresiones.

La cultura patriarcal proporciona el rasgo constante en la vida de las mujeres: el sometimiento. Por parte de la ciencia médica, de acuerdo al paradigma positivista de la enfermedad, la mujer es concebida como un ser débil sometida a las negligencias biológicas propias de su sexo, mientras tanto, el hombre goza de una supuesta superioridad biológica y, por lo tanto, ejerce dominio en el ámbito público. Esta visión justifica la reclusión de la mujer en el espacio doméstico. A la mujer se le otorgó un papel casi sublime: recibió el trono y el cetro del hogar y la nombraron la reina del hogar.

La práctica médica contribuye, desde su función social reguladora, a reforzar la práctica de confinar a las mujeres, especialmente a las casadas y con parejas, al espacio doméstico para que puedan cumplir con uno de los papeles más importantes de su género: la procreación. En este sentido, la preocupación por la salud de las mujeres tiene un trasfondo social mayor: las mujeres como seres moralizantes de la sociedad y reproductoras de la materia humana necesaria para contribuir con el desarrollo económico.

En el caso mexicano, indica Oliva López Sánchez, “la medicina moderna destinada a las mujeres, a finales del siglo XIX, devino una práctica curativa invasora, en la que imperó la fragmentación del individuo. Esta visión se nutrió del

pensamiento cartesiano y de la influencia positivista de las ciencias formales”<sup>150</sup>. Aceptando, continua la misma autora, que la medicina es una práctica social que opera según las demandas culturales, políticas y económicas de la población en la cual tiene lugar, “podemos decir que la ciencia médica mexicana decimonónica estaba condicionada por fenómenos sociales estructurales provenientes de la Colonia. Además, esta práctica médica estuvo marcada por al menos cuatro formas de desigualdad social, a saber: el clasismo, el racismo, la subordinación de un sexo al otro y el estigma corporal”<sup>151</sup>.

Con la creciente racionalidad del pensamiento médico, las explicaciones demoníacas acerca del funcionamiento de la matriz fueron alejándose, y en su lugar aparecieron las explicaciones biologicistas de la debilidad femenina, cuyo origen físico era el útero. Esta explicación esencialista, basada en la supuesta biología femenina, adscribió la pasividad como característica universal, pero también la debilidad física, la dependencia moral y el temperamento frugal fueron atribuidos como características naturales e inherentes a las mujeres; racionalidad que sigue vigente en los días de hoy.

### **El paradigma de la salud**

Hacia la década de los 60 del siglo XX, surge en Estados Unidos el paradigma ecológico. La ecología humana presupone una mejor comprensión de la estructura y de las funciones de la vida en la que se ve un conjunto de relaciones concretas que expresan un equilibrio dinámico entre todas las funciones orgánicas de los seres vivos y del medio ambiente en su conjunto. “El hombre forma parte integrante del mundo vivo (biosfera); debe vivir en armonía con el medio natural y social, si bien él es, por su actividad, el principal motor de cambio del medio, e incluso el perturbador de los ecosistemas naturales (naturaleza)... La vida sobre la tierra, así como los fenómenos biológicos (como la salud y la enfermedad de los

---

<sup>150</sup> Oliva López Sánchez. *Enfermas, mentirosas y temperamentales*, op.cit., p.139.

<sup>151</sup> Oliva López Sánchez. *Enfermas, mentirosas y temperamentales*, op.cit., p.139.

seres vivos) derivados de ella, constituye un sistema ecológico abierto que está en relación necesariamente estrecha con el medio. Cuando el sistema de intercambio no es específico a la especie, sobrevienen los trastornos fisiopatológicos. Cuando este sistema de intercambio desaparece sobreviene la muerte”<sup>152</sup>.

Estos intercambios requieren intervenciones complejas. El medio social humano es tan artificial y extraño al organismo que éste debe, por un lado, transformar los elementos de su entorno para su utilización o incorporación y, por otro, defenderse contra todo elemento extraño que ponga en peligro su vida. Para permitir el mantenimiento de este equilibrio ecológico, el organismo posee un carácter específico, llamado “variación biológica” que permite su adaptación a los diversos factores exteriores dentro de ciertos límites. Esta adaptación es interna (homeostasis, reflejos innatos y condicionados) o externa (a los diversos medios, natural, socioeconómico y cultural). El individuo, el grupo y la especie se adaptan a los factores del medio a través de mecanismos fisiológicos, psicológicos y culturales<sup>153</sup>. La salud se refiere a un equilibrio dinámico entre un agente, el medio ambiente y el huésped (hombre/mujer).

Este marco conceptual llevado a la práctica médica establece la prevención como un elemento importante en la recuperación/manutención de la salud, quedando implícito que la prevención es menos costosa que la curación, generando por lo tanto menos gastos en la atención para la salud, tanto para los/las usuarias como para las instituciones de salud. Otra ruptura epistemológica elaborada, respecto al paradigma de la enfermedad, fue haber incorporado, tanto en la formación del personal de salud como en el desarrollo de la práctica médica, las ciencias sociales.

Sin embargo, este paradigma no ha sido desarrollado en su integralidad, por lo menos no en México, optando por permanecer en la unicausalidad, ya sea del

---

<sup>152</sup> Hernán San Martín. *El hombre y su ambiente*. Almendros, Buenos Aires, 1968, p. 39.

<sup>153</sup> *Ibid*, p. 41.

agente (microorganismo), del medio (condiciones físicas, sociales, económicas, culturales, políticas) o del huésped (mujer u hombre).

El concepto de prevención en la práctica profesional de salud, ha sido predominantemente de tipo individual, es decir la responsabilidad de la salud recae sobre la/el individuo, y en nuestros días, la prevención es tan cara cuanto la curación, siendo así una práctica privilegiada de grupos sociales con recursos económicos elevados, desarrollada principalmente en instancias de carácter privado. La iniciativa hacia la prevención siempre debe partir de la persona que, con antelación debe tener los conocimientos para requerirla. Los seguros médicos privados, por ejemplo, sólo hacen reembolso de los gastos médicos cuando un diagnóstico es establecido, para los “chequeos” no hay reembolso, excepto cuando en ellos se diagnostica una enfermedad. Si todo sale bien, el gasto corre por cuenta del/de la asegurada. A nivel público, la prevención de hecho no es realizada, solamente la curación, de forma tardada y tardía, y los medicamentos casi nunca están a disposición de los/las derechohabientes.

En relación a la inclusión de las Ciencias Sociales, se puede observar, por ejemplo, en las Unidades Multidisciplinarias de Atención Integral (UMAI) adscritas a la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza de la UNAM, que en la elaboración del historial clínico se incluye una lista de cuestiones sobre los aspectos sociales, económicos y culturales de las y los pacientes que acuden a estos espacios, sin embargo dichas problemáticas quedan solamente contempladas en la anamnesis, pero no son retomadas en los demás pasos del método clínico, o sea, en el pronóstico, plan de tratamiento y evaluación. Esto evidencia la desarticulación de las ciencias sociales respecto a las ciencias biológicas, además de que las primeras parecen servir solamente de relleno a las historias clínicas, reduciendo la atención al ámbito de la enfermedad y no de la salud. Así, sigue vigente una restrictiva visión médica, fundada en una ideología biologicista/patologicista, y en una práctica normativa de tipo curativa, elitista, sexista y altamente costosa.



El paradigma contemporáneo de la salud<sup>154</sup>, en otra vertiente, propone una estructura conceptual abarcadora que agrupa estilo de vida, ambiente, organización de los cuidados con la salud y biología humana. La prevención y promoción a la salud establece tres niveles:

- Primaria: inhibición del desarrollo de una enfermedad antes que ocurra a través de elementos protectores específicos, que incluyen inmunización, saneamiento ambiental y protección contra accidentes y riesgos ocupacionales. Estas medidas son muy eficaces en la reducción de la mortalidad y morbilidad por enfermedades infecciosas.
- Secundaria: diagnóstico precoz para cáncer, hipertensión, enfermedades venéreas y otras enfermedades curables, y tratamiento de ellas a través de medidas como rastreamiento y exámenes médicos periódicos.
- Terciaria: rehabilitación o recuperación de las funciones normales, es decir, cuando la enfermedad ya se instaló y provocó secuelas, la prevención consiste en evitar la total incapacidad, después que los cambios anatómicos y fisiológicos estén más o menos estabilizados. El objetivo es recuperar la/el individuo afectado para una vida satisfactoria y auto-suficiente.

La realización de estos niveles de prevención encuentra sus mayores obstáculos en los contextos más generales, como son las instituciones de salud, donde definitivamente la prevención y/o promoción de la salud, aparecen como simples discursos sin las consecuentes articulaciones en la práctica de las Ciencias de la Salud.

Para significar este hecho, vale la pena resaltar que en el Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006 del Ejecutivo Federal Mexicano<sup>155</sup> y el Programa Nacional

---

<sup>154</sup> G.E.A. Dever. *A epidemiologia na administração dos serviços de saúde*. Pioneira, São Paulo, 1988, pp. 7-23.

<sup>155</sup> *Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006*. Presidencia de la República Mexicana.

de Salud 2001-2006<sup>156</sup>, se inserta en un discurso que pretende transitar por la salud, su búsqueda y manutención, si bien acaba aterrizando en la enfermedad como un modelo de práctica médica.

Por ejemplo, se hace explícito, en estos dos documentos, la importancia de los temas del embarazo, el aborto, el SIDA, las drogas, el alcoholismo y el tabaquismo en la adolescencia, dejando entrever la necesidad de establecer programas para atender a estos problemas particulares. Todos, por supuesto, son de fundamental importancia para la salud de las mujeres y de los hombres, y es un aliento verificar su observancia en el discurso oficial, más no se contempla los programas, estrategias y acciones específicas para abordar dichos problemas, tampoco la integralidad de los problemas emergentes para la construcción del proceso de salud de las mujeres y de los hombres, sólo los focos rojos diríamos, pero además acaba por aterrizar en programas para la atención a las enfermedades, descuidando de manera significativa la promoción y protección de la salud, incluso la de tipo individual.

Si bien, a partir de 1995, en México, la reforma del sector salud toma un nuevo impulso y avanza a ritmos diversos en los subsectores de población abierta, de seguridad social y privado, la reorganización de los servicios médicos está en marcha, el sector privado ha crecido y las puertas están totalmente abiertas a la industria de los seguros como el actor emergente en salud, o mejor dicho, en enfermedad.

“El sistema de salud está hoy más fragmentado con servicios diferenciados en función de la capacidad de pago o de prepago. En el sistema descentralizado para población abierta la cobertura ‘universal’ y gratuita sólo abarca a 13 acciones de salud pública y de atención a los individuos y las familias. El déficit de recursos

---

<sup>156</sup> *Programa Nacional de Salud 2001-2006*. Secretaría de Salud. México

para garantizar la cobertura de primer y segundo nivel de atención a la población no-asegurada es tan grave en ocho estados que sufren un ‘desastre sanitario’<sup>157</sup>.

Los institutos de seguridad social deben garantizar, por ley, todos los servicios médicos requeridos. Pese a la reforma de 1997, que significa un incremento sustancial del subsidio fiscal al Instituto Mexicano de Seguro Social (IMSS), todos sus recursos físicos y humanos por derechohabiente, así como los servicios prestados disminuyen sistemáticamente en el periodo de 1994 a 2000. De esta manera, aunque la población asegurada formalmente tiene acceso al tratamiento requerido, la insuficiencia de recursos limita en la realidad este derecho. Una situación semejante aqueja al Instituto de Seguro y Servicio Social de los Trabajadores del Estado (ISSSTE)<sup>158</sup>.

En México, el gasto público en salud, cuya cifra es de 2.6% del Producto Interno Bruto (PIB) está entre los más bajos del continente, comparado con países en una fase similar de desarrollo. Este crónico subfinanciamiento y su efecto sobre el déficit de recursos físicos y humanos son centrales en la problemática del sector salud<sup>159</sup>.

El desfinanciamiento público en salud y su impacto sobre la prestación de servicios de calidad, explican en gran medida el incremento del gasto en salud de los hogares que pasa de 2.9% de gasto monetario total en 1984 a 3.5% en 2000. El 10% de las familias más pobres no tiene recursos para atenderse ya que en 2000 sólo el 49% gastó en salud, en comparación con el 86% del 10% de las familias con los ingresos más altos. Además, la desigualdad en el gasto relativo es desfavorable para las familias más pobres ya que dedican el 5.2% de su gasto total a la salud, mientras que las familias con el ingreso más alto, gastan el 3.5%. El gasto en medicamentos, en 2000, representó en promedio el 36% del gasto en salud y sube a 47% para los hogares más pobres, en comparación con el 31%

---

<sup>157</sup> *Programa de Salud 2001-2006*. Gobierno del Distrito Federal. Secretaría de Salud. México, p. 7.

<sup>158</sup> *Ibidem*

<sup>159</sup> *Ibid*, p. 8.

para los hogares de más altos ingresos<sup>160</sup>. Este hecho viene evidenciar que a mayor pobreza, más problemas de salud-enfermedad, más gastos en medicamentos, menos gastos en alimentación, en educación, en bienestar, y en consecuencia una menor calidad de vida.

Es en este contexto de desfinanciamiento, fragmentación y disminución de la capacidad de respuesta de las instituciones públicas de salud, que la competencia y la promoción del sector privado son ofrecidos como la solución a los problemas del sector. La esencia de la reforma nacional en marcha, a partir del Programa Nacional de Salud 2001-2006, consiste en introducir el aseguramiento universal, aunque voluntario, para dar el sustento económico a la lógica de competencia mercantil en la producción de servicios de salud, con el fortalecimiento de una mezcla público-privado, donde los administradores del financiamiento como los prestadores de servicios, compitan por los clientes.

Las propuestas para extender plenamente este modelo están muy avanzadas. El Programa Nacional de Salud 2001-2006, postula la introducción del Seguro Popular voluntario con un subsidio estatal que ofrece cobertura de unas 80 intervenciones, la libre elección del médico y de la clínica de primer contacto. Está en marcha la reorganización corporativa del IMSS y sólo falta reformar la ley del ISSSTE, así como ampliar y precisar el marco regulatorio.

En el caso del Distrito Federal, “las precarias condiciones de vida y trabajo se reflejan en la salud de los capitalinos, particularmente en las desigualdades entre grupos y regiones... El perfil de mortalidad general de la población del DF se caracteriza por tener como las cuatro primeras causas de muerte a las enfermedades del corazón, la diabetes, el cáncer y las enfermedades cerebrovasculares, en el quinto lugar la cirrosis hepática – relacionada con desnutrición, consumo de alcohol o hepatitis – seguida por los accidentes y por las causas

---

<sup>160</sup> Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI). *Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares*. México, 2000.

perinatales y la influenza y neumonía comúnmente asociadas con carencias en la atención médica”<sup>161</sup>. Actualmente la Secretaría señala dos desafíos que requieren ser enfrentados: mejorar las condiciones generales de salud y disminuir la desigualdad en salud entre grupos sociales y zonas geográficas. Asimismo, indica algunas debilidades del sistema de salud, como son: la falta de claridad cuanto a la responsabilidad que corresponde a las distintas instancias que intervienen en la regulación sanitaria; ausencia de un sistema integral de prevención y atención oportuna a las víctimas de desastres físicos, biológicos y químicos, y esta carencia se refiere al fraccionamiento del sistema de salud en varios subsistemas, los cuales operan con una lógica distinta; restricciones en el acceso oportuno al tratamiento requerido y de calidad; desigualdad en el acceso a los beneficios del sistema de salud y al tratamiento requerido<sup>162</sup>.

En materia de salud, se puede afirmar que el Programa de Salud del Distrito Federal tiene en la mira la salud, aunque no descuida la enfermedad. Esto queda claro en la explicitación de los valores y principios que rigen dicho Programa, donde la salud es considerada como un *valor ético* y un *derecho* tanto de hombres como de mujeres: “El valor básico que sustenta la política de salud del gobierno de la ciudad es su reconocimiento del valor intrínseco e igual de todos los hombres y todas las mujeres. Esto lo obliga a respetar y proteger por igual la vida de cada ser humano. La concreción de este valor es el derecho a la salud como derecho ciudadano y, por tanto, la responsabilidad del gobierno, garante del interés colectivo o común. Este valor ético conduce sus políticas respecto a los individuos y las colectividades”<sup>163</sup>.

De la misma manera, y de forma todavía más transparente se esclarece desde que objeto –la salud y la prevención- parte el Programa, donde “es hacer realidad el derecho a la protección a la salud y avanzar en la vigencia de la gratuidad, la universalidad y la integralidad en la atención de la salud mediante una política de

---

<sup>161</sup> *Programa de Salud 2001-2006*. Gobierno del Distrito Federal. Secretaría de Salud, México, p. 12.

<sup>162</sup> *Ibid*, pp. 17-19.

<sup>163</sup> *Ibid*, p. 21.

salud que construye el camino para asegurar este derecho a partir del fortalecimiento de los servicios públicos y su financiamiento solidario”, y además de que la política social se convierte en una política de promoción de la salud concretada en “programas de protección social dirigidos a niños, mujeres, ancianos, personas con discapacidad y desempleados, así como en los programas educativos, de vivienda, agua, drenaje y ambientales”, quedando evidente que todos estos condicionantes tienen impacto sobre las condiciones y estilo de vida de la población.

Sin embargo, y desde una mirada muy propia de los documentos citados, podemos pensar que no hay grandes perspectivas de transformación de las problemáticas de salud-enfermedad de las mujeres y hombres mexicanos. Esto podría explicarse sobre todo por el modelo económico-social vigente en México – el neoliberalismo – que de una forma simple, “se interpreta como la puesta en práctica de una serie de medidas de política económica, orientadas a conformar una economía de libre mercado, donde se alienta la participación de la iniciativa privada y se restringe el quehacer del estado, principalmente en la asignación del gasto para la satisfacción de requerimientos prioritarios del sector de servicios, tales como salud y educación, y donde además se induce la globalización, entendida ésta como la movilidad de los flujos financieros en el mercado mundial, propiciándose la difusión del conocimiento a través de la internacionalización de la informática, situación que, en la medida que se disponga de recursos humanos, materiales y financieros, impacta positivamente los diferentes sistemas, incluido el de la salud<sup>164</sup>. Es por esto entonces que la salud cada vez más es colocada como responsabilidad personal, ya no como responsabilidad del Estado. En este sentido, sólo puede acceder a la salud las mujeres y los hombres con recursos para hacerlo, quedando la gran mayoría de ellas y ellos excluidos de tal derecho y ejercicio, porque estos recursos no son sólo económicos, sino también simbólicos, educacionales, de conocimiento y saberes, de posibilidades y oportunidades.

---

<sup>164</sup> Arturo Guzmán Vázquez, Alfredo Gómez Castellanos y Luiza Pizeta. Un modelo de planeación estratégica: La FES Zaragoza en el ámbito del neoliberalismo y la globalización. *Revista Síndesis*, n° 4, octubre-diciembre, 2001, FES-Zaragoza UNAM, México, p. 3.

Pero afortunadamente también desde hace algún tiempo, en diferentes movimientos, espacios y con múltiples reivindicaciones participativas, se hace referencia a otro modelo de salud: la comprensión de que la salud-enfermedad se construye con base en un proceso histórico-social, donde las relaciones de género tiene demarcado espacios normativos, existenciales e simbólicos, calcados en la exclusión, en la jerarquía y en la desigualdad de lo femenino frente al masculino.

### **El paradigma histórico-social: proceso salud-enfermedad. Una alternativa de salud integral para las mujeres**

Alrededor de 1980, un grupo de latinoamericanos interesados en determinar las especificidades de los problemas de salud y de enfermedad de realidades diferentes a las de Estados Unidos y Europa, y considerando las particularidades latinoamericanas, proponen un nuevo paradigma donde el objeto de estudio es el proceso salud-enfermedad, entendido este como un proceso particular de la vida social en general, en el cual intervienen tanto aspectos biológicos cuanto sociales, culturales, económicos y políticos. En la contemporaneidad, y desde este paradigma, se comienzan a teorizar sobre las obsolescencias del pensamiento científico-médico y sobre la necesidad de recuperar espacios y planteamientos que atañen al mundo individual, pero también colectivo-social, de la cotidianidad, del género y de lo étnico, que se habrían dejado descuidados.

Bajo esta perspectiva, plantea Jaime Breilh<sup>165</sup> que la salud-enfermedad es multidimensional y contradictoria por un constante movimiento, enlazado a las posibilidades y límites que determinan la capacidad de transformación de una persona, una comunidad y una sociedad. Es decir, el movimiento de la vida social se desarrolla bajo un sistema de contradicciones entre proceso saludable y proceso destructivo que en su unidad y oposición condicionan el desarrollo de la

---

<sup>165</sup> Jaime Breilh. *Los nuevos conceptos y técnicas de investigación. Guía pedagógica para un taller de metodología.* (Epidemiología del trabajo) 2ª. Ed. CEAS, Quito, 1995, pp. 25-26.

salud-enfermedad. “Esas contradicciones entre los procesos de la vida social que nos “protegen-perfeccionan” y los que nos “destruyen-deterioran”, suceden en varios dominios de oposiciones de la vida de trabajo y de consumo, que se perfilan en la vida colectiva, determinan el desarrollo de las contradicciones más específicas de la vida cotidiana e individual y, por la mediación de estas últimas, se desarrollan las contradicciones en el genotipo y fenotipo humanos, donde los procesos físicos y psíquicos (fisiológicos) que garantizan la sobrevivencia y nos ofrecen defensas y reservas, se oponen a los procesos fisiopatológicos que deterioran nuestras defensas y reservas y determinan el envejecimiento rápido, la enfermedad y la muerte”.

El proceso salud-enfermedad es pues un objeto complejo, abarca los niveles individual, colectivo e institucional y las dimensiones biológica y social; implica entonces afirmar que la salud y la enfermedad tiene un componente biológico, pero además se construye histórica y diferencialmente según el espacio geopolítico, el género, la clase social, la etnia, la escolaridad, la edad, el trabajo, y otras adscripciones individuales y/o colectivas, a través de un proceso a lo largo de toda la vida. La salud-enfermedad es también condicionada por las políticas implantadas en un determinado momento histórico. En ese sentido, el proceso salud-enfermedad es dialéctico y dinámico, es multideterminado y multidimensional.

Esa complejidad está animada por una tensión permanente entre la aspiración a un saber no parcelado, no dividido, no reduccionista, y el reconocimiento de lo inacabado e incompleto de todo conocimiento<sup>166</sup>.

La práctica médica, derivada de este paradigma, sería integral y, su eje fundamental, la prevención individual, colectiva e institucional. La integralidad de esta práctica médica se refiere a los múltiples problemas de salud-enfermedad que afectan a mujeres y hombres a lo largo de su vida, derivados tanto de

---

<sup>166</sup> Edgar Morin. *Introducción al pensamiento complejo*. Gedisa, Barcelona, 1994, p.23.



procesos biológicos y físicos, como sociales, culturales, políticos y económicos, que deben ser atendidos por cada quien, pero también y al mismo tiempo por la familia, por la comunidad en que se inserta la/el individuo, y por las instituciones de salud, a través de los servicios de atención a la salud.

Este paradigma si incluye a lo biológico, y plantea que con el nacimiento se hereda una carga genética, que al pasar del tiempo, pueden manifestarse en problemas (favorables o desfavorables) de salud o de enfermedad (riesgos biológicos, riesgos genéticos intrínsecos), sin embargo, según las condiciones de vida, la satisfacción de las necesidades vitales, la calidad de los recursos materiales y simbólicos utilizados con ese fin y el medio socio-económico-cultural-político en que transcurre la vida, se puede tender más hacia a la salud o hacia a la enfermedad. Este proceso se establece en cada momento de la vida, en cada ciclo de vida, el cual incide, positiva o negativamente en el otro, determinando la salud-enfermedad a nivel individual y colectivo/social.

A nivel institucional las políticas de salud, condicionadas por este paradigma tendrían un gran impacto en la salud-enfermedad a nivel individual y colectivo, porque entre muchas cosas, facilitaría el acceso a los servicios de salud, diversificaría los diagnósticos, pronósticos y tratamientos, determinaría la organización y los tipos de los servicios de salud como participativos y democráticos, incluiría a los diferentes grupos sociales en la atención, no jerarquizando los problemas de salud y enfermedad, tampoco solo priorizando los problemas sexuales-reproductivos de las mujeres. Establecería tanto la especialización como la generalidad en el tratamiento y prevención de los problemas, integralizando el cuerpo a ser cuidado, con una metódica multi/interdisciplinaria, para dar cuenta de la complejidad del fenómeno salud-enfermedad.

El paradigma histórico-social - *proceso salud-enfermedad* -, es sin duda, una alternativa a la práctica médica hegemónica de corte positivista y su concepción

de que todo está regido por las leyes básicas e inmutables de la naturaleza, o por la tendencia surgida con el neoliberalismo de que la salud es una cuestión solamente de responsabilidad personal y además una mercancía, la cual solo puede ser adquirida por aquellas y aquellos que pueden pagar por ella.

Un desafío inicial es tener claro sobre el objeto del cual se está hablando. Tradicionalmente, sobre el género femenino, los “servicios de salud de la mujer” han sido entendidos como aquellos que atienden a las necesidades de salud relacionadas a la reproducción humana. Si bien hubo un aumento del acceso a estos servicios, también se generó una fragmentación en la atención a la mujer, cuyos problemas de salud no se limitan a los órganos reproductivos. La mayoría de los contactos de las mujeres con el sistema de salud ocurre por problemas agudos o crónicos de orden no reproductiva. Estos contactos, generalmente, son “oportunidades perdidas” por la atención a las necesidades reproductivas. Por otro lado, los servicios de salud “de la mujer” se mantienen ciegos cuando dejan de apreciar otras necesidades de la mujer como persona, problemas como hipertensión arterial, violencias, cáncer, diabetes, por referirse a los más graves. Se puede argumentar que estos problemas no son exclusivos de ellas; la organización del sistema de salud como un todo sufre de falta de integralidad tanto en la atención a los hombres como a las mujeres. Sin embargo, es en la atención a las mujeres que los servicios de salud establecen estructuras y mecanismos específicos de parcialización en el cuidado, tornando esta falta de integralidad más patente y susceptible de críticas.

La experiencia de múltiples programas de salud demuestran que es necesario no apenas tener buenas intenciones y un programa normativamente correcto para atender bien a la mujer. Es preciso desarrollar, cada vez más, la capacidad de organizar los servicios de manera flexible y formar profesionales de salud orientados a una asistencia integral y humana, con equidad, y sin el uso abusivo de tecnologías médicas, por ejemplo.

Este modelo significa una subversión, respecto al modelo hegemónico, en varios niveles, a partir de la consideración de que la mente y cuerpo se constituyen en una unidad, y no en el aislamiento cognitivo de la/del individuo (mente) pensante, y si en la formación de una colectividad como una praxis. En ella, los insumos del proceso, son las vidas cotidianas de las/los participantes, especialmente en sus propias vivencias corporales más íntimas en el área de la sexualidad, tan silenciadas socialmente, que en el caso de las mujeres, las vivencias corporales – de la menarca, menstruación, sexualidad, contracepción, aborto, gestación y parto – sirvieron de parámetros de diferenciación aguda de los hombres, y por eso mismo, facilitarían la auto-identificación entre las mujeres, cuyas diferencias sociales son frecuentemente grandes. En este modelo paradigmático, la inclusión de la mujer subvierte la tendencia a la especialización y fragmentación que predomina en el modelo positivista de la enfermedad y promueve una conversación con muchas voces y perspectivas, capaz de componer una visión nueva, plural y multidimensional; por esto es alternativo.

También es relevante en este paradigma la inclusión del término problemas del proceso salud-enfermedad, con la idea de que la salud-enfermedad son condiciones de un proceso que deben ser problematizadas, y no simplemente aceptas como inherentes a la condición biológica humana.

De esta forma, nacen juntas la percepción de la opresión y de la posibilidad de transformación: a partir de la identificación colectiva de las mujeres como “mujer”, elaboración de una crítica al significado naturalizante/biologizante de mujer. Esta crítica establece “mujer” como categoría política, con una propuesta de construcción del proceso salud-enfermedad en que el objeto (mujer) es re-significado.

La subjetividad que sería, de acuerdo al paradigma de la enfermedad, un fenómeno individual, es revelada en el modelo histórico-social, también como colectiva; y colectivamente caracterizada como sin poder, subordinada o

desvalorizada, pero al mismo tiempo, con potencial de transformar esta propia definición.

Este modelo es planteado como alternativo, también porque el concepto de género insiste analíticamente en la importancia de la relación de lo social y del poder, así como incluye el contenido empírico que es históricamente (re)elaborado. Las relaciones de género son mutuamente constituidas (o dialécticas) entre los términos del modelo binario: hombre/mujer, individual/colectivo, biológico/social, subjetividad/objetividad, razón/emoción, público/privado, producción/reproducción, salud/enfermedad, todos son factibles de ser abordados como mutuamente constituidos. Lo que el viejo paradigma separó, el nuevo está relacionando – y de una forma dialéctica.

Las experiencias por las cuales pasan las mujeres, son particulares y colectivas, situadas por las condiciones sociales de género, de clase, raza/etnia, escolaridad, religión, trabajo, edad, etc., que se entrecruzan en las situaciones individuales y colectivas de las mujeres. Y es solamente el proceso histórico el que permite avanzar para el delineamiento de esta perspectiva y el enfrentamiento de las contradicciones del orden patriarcal, capitalista neoliberal, globalizante vigente: la mujer sujeta de significación – que significa en vez de ser significada por *los otros*.

En esta construcción, el control del cuerpo reivindicado tiene múltiples significados. Expresa una conciencia nueva del cuerpo colonizado por *los otros* – hombres, corporación médica, por ejemplo – representantes de la tradición del poder patriarcal. Explicita un deseo por una igualdad en la sexualidad, separada de la reproducción, libre de la amenaza del embarazo indeseado. Controlar la fecundidad es, por otro lado, condición para una igualdad mayor en el ámbito profesional, en que el papel femenino en la reproducción humana significa interrumpir carreras, disminuir el tiempo y la energía disponible para el trabajo remunerado, en fin, significa concurrir en condiciones desiguales en el mercado de trabajo, en estas sociedades organizadas de acuerdo a las exigencias de la

producción. Pero además y al mismo tiempo, se reivindica una atención integral a sus problemas de salud-enfermedad, propios de su condición de género y de otras condiciones a las que están adscriptas las mujeres en sus situaciones particulares de vida.

La intensidad de los discursos médicos se proponen, incluso en la contemporaneidad, a hablar de las diferencias calcadas en la naturaleza; porque ven en el cuerpo femenino solamente la manifestación de la capacidad reproductora; esto muestra cuanto estas diferencias genéricas son imprescindibles para mantener y afianzar la desigualdad y la inequidad respecto al derecho a la salud y a una buena calidad de vida. Esta postura médica está condicionada a las propias expectativas de estos personajes inmersos en un determinado contexto social fuertemente marcado por una jerarquía entre los géneros que se basa en la distinción entre las esferas privada y pública y en la oposición entre naturaleza y cultura. Para la medicina, la naturaleza estableció la división y el orden que la sociedad debe reproducir y de la cual no se puede, o no se quiere escapar.

La conformación del tipo y calidad de la atención médica ofrecida a las mujeres, a sus problemas de salud-enfermedad, e incluso su propia concepción de cuerpo, de salud y enfermedad están condicionadas por los paradigmas y prácticas médicas vigentes para promover, prevenir, curar, fragmentar su cuerpo, experimentar en y con su cuerpo, controlar su cuerpo, su sexualidad, desconocer sus necesidades y su integralidad, o para considerar a las mujeres sujetas: capaces de decidir sobre su cuerpo y su vida.

Porque para las mujeres la democracia no se refiere solamente al ejercicio de la ciudadanía en la esfera pública, sino también a las relaciones en la vida cotidiana, en el trabajo, en la familia, en la salud-enfermedad, en la educación. Estos temas no son sólo centrales, sino estructurantes de la propia ética feminista.

## **La salud como mercancía *versus* la salud como derecho**

A partir de las diferencias biológicas entre mujeres y hombres, se justifican también las diferencias en la atención y cuidado de la salud-enfermedad de mujeres y hombres. Y también se justifican demandas y ofertas de productos, de medicinas, de soluciones mágicas, de cremas, intervenciones diversas y otros tantos mecanismos, dirigidos preferencialmente a la mujer, para hacer valer la salud como mercancía.

La salud parece, hegemónicamente, en la práctica profesional de las Ciencias de la Salud, como una mercancía, o mejor dicho, toma la forma, en el modo de producción capitalista, de mercancías propiciadoras de salud: el seguro médico es salud, Pharmaton es salud, Yogurt es salud, acudir a una consulta médica es salud, belleza es salud, delgadez es salud, el ejercicio es salud. En este sentido, se incentivan las consultas médicas y el consumo de sustancias y productos, y la salud se reduce a algo a ser recuperado/adquirido en un mercado de bienes de consumo. Aunque estos elementos pudieran, en determinados casos, representar medidas necesarias, se han vuelto productos a consumirse sin ninguna prescripción acertada.

De hecho, la salud fue históricamente adaptándose a la lógica del mercado. Es el proceso que parece en el pensamiento sanitario, bajo la rubrica de “medicalización” de la sociedad, pero que es, en general, mal comprendido porque está vinculado a la noción funcionalista de “disfunción social” o “desvío” (a ser corregido) y no a los mecanismos estructurales, ligados a la ampliación y generalización del mercado.

Hoy día es posible afirmar que la salud se expresa o es representada a través de servicios o mercancías, pasando a ser algo que se obtiene o re-obtiene, permanente e infinitamente, por el consumo de sustancias (medicamentos, yogures, vitaminas, etc.) o acciones (salones de belleza, ejercicios, masajes,

lipoaspiración, dietas, etc.) embestidas de salud. Es decir, la salud deja de ser una característica de toda mujer u hombre y pasa a ser algo a ser obtenido en el consumo.

Queiroz<sup>167</sup> afirma que “bajo el punto de vista de la relación médico/paciente el desarrollo de la medicina occidental moderna ha sido visto como un proceso por el cual el paciente pierde su integralidad y conciencia de si mismo y se vuelve objeto de manipulación”. Tal concepción parece referida no propiamente a la salud, al bienestar, sino al contrario, a la enfermedad. Enfermedad que tiene que ser controlada o prevenida y además eliminada.

Para que la salud sea ofrecida como mercancía es necesario que se aumente el grado de su inexistencia en las mujeres y hombres. Es preciso que las mujeres y los hombres tengan expandido su grado de carencia de salud. En este sentido, vale como ilustración un reportaje de una revista titulado: “Como perder peso y ganar salud: la dieta ideal”. Se afirma en el reportaje: “*Manchete publica ahora todo lo que Ud. necesita saber para montar su dieta ideal. Con ella, si obeso, Ud. va bajar de peso; si ya es flaco, conquistará el peso que siempre soñó. Si es dueño de un físico perfecto, además de la buena forma, Ud. va adquirir más salud y disposición, más inmunidades contra las enfermedades, sin hablar en la alegría de vivir, una consecuencia natural de todo eso*”<sup>168</sup>.

Todos los lectores del reportaje se encuadran en el grupo de las/los carentes o necesitadas/os de salud: las/los gordos y las/los flacos y las/los de físico perfecto. Además se percibe la salud elástica, una idea feliz para los propósitos de la mercantilización de la salud, en la medida en que, siendo la noción de salud tan plástica, es siempre posible atribuir a las y los individuos la condición de carentes de salud, o sea, de productos de salud.

---

<sup>167</sup> M.S. Queiroz. O paradigma mecanicista da medicina ocidental moderna: uma perspectiva antropológica. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, 20 (4), 1986, p. 312.

<sup>168</sup> Como perder peso e ganhar saúde: A dieta ideal. *Revista Manchete*, 28 de mayo de 1998, p. 15, São Paulo, Brasil.

Hay también infinidad de productos que ilustran la plasticidad de la noción de salud y la necesidad de salud, como aquellos que sirven para todo y para todas/todos, como es el caso de Bio Danone que actúa: *“en la regulación del tránsito intestinal; en la protección de la flora intestinal; en la reposición de la flora intestinal; en el combate a la constipación y a la diarrea; en la inhibición de la proliferación de los gérmenes patogénicos; en la desintoxicación intestinal; es nutritivo; ayuda en la asimilación del hierro; es fuente de calcio y proteínas, lo que favorece la mineralización ósea”*<sup>169</sup>.

Cualquier persona puede encuadrarse como necesitada de la bio danone. De hecho, ¿quién puede decir que su tránsito gástrico o su bienestar digestivo no puede ser mejorado?

Y de esta ecuación se neutraliza la noción de salud como proceso social porque se trata de una ecuación cerrada o autosuficiente: toda y todo aquel que consuma el producto tendrá automáticamente salud → el estado de necesidad inicia el proceso; el producto da cuenta de la necesidad y sobreviene el estado de salud.

Plantea Fernando Lefevre<sup>170</sup> que la salud-enfermedad como consumo, individual y colectivo, coloca a las mujeres y hombres en una trampa, que consiste en considerar a este proceso como respuesta a necesidades o carencias naturales de salud, de la misma forma que el alimento es la respuesta a la carencia natural que es el hambre. Y añade que filosófica, ética y políticamente la salud no puede ser vista como algo que se tiene o que se adquiere. La salud es un derecho y esto implica un orden social que construye la salud, considerando las condiciones de vida, de trabajo, de recreación, descanso, justicia, libertad, medio ambiente, igualdad de oportunidades y de derechos entre mujeres y hombres

---

<sup>169</sup> Folleto publicitario de la Bio Danone. Brasil.

<sup>170</sup> Fernando Lefevre. *O medicamento como mercadoria simbólica*. Cortez Editora, São Paulo, 1991, p. 151.



Pero, felizmente, desde hace varios años la Organización Mundial de la Salud, a través de la Organización Panamericana de la Salud, trabaja para elaborar un enfoque de la salud y el desarrollo que incorpore una perspectiva de género. Rebecca J. Cook<sup>171</sup> sostiene que los derechos de la mujer en el área de la asistencia sanitaria pueden ser violados por la falta de ciertos servicios de salud, así como por la carencia de información acerca de sus opciones de salud, o sencillamente por la inexistencia de tecnología apropiada para facilitar su carga de trabajo dentro y fuera del hogar. “Hoy las filas de los pobres están desproporcionadamente integradas por mujeres solas que son cabezas de familias. Estas mujeres y también muchachas que viven en la pobreza, recurren a estrategias para afrontarla que incluyen aceptar trabajos mal remunerados en ambientes llenos de riesgos conocidos para su propia salud y la de las generaciones venideras. Muchas de ellas son presa fácil de creciente número de redes de prostitución y son víctimas de la violencia – violaciones y otros malos tratos – que se acentúa en épocas de crisis tales como los conflictos étnicos y las guerras”.

Una característica dinámica del enfoque de los derechos humanos es la posibilidad de utilizarlo de una manera proactiva, por la cual se fomente una cultura de igual valor y dignidad para todas las mujeres y hombres, y se respete el principio de no discriminación, tanto en el acceso a los bienes y servicios existentes como en la libertad de participación y elección.

El principal instrumento moderno derivado de la Declaración Universal para la protección de los derechos humanos de la mujer es, en la actualidad, la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (la Convención de la Mujer), aprobada en 1979. Este acuerdo es el instrumento legal internacional definitivo y exige el respeto y la observancia de los derechos humanos de la mujer. Esta Convención es universal en sus alcances y

---

<sup>171</sup> Rebecca J. Cook. *La salud de la mujer y los derechos humanos. Promoción y protección de la salud de la mujer en la legislación internacional sobre derechos humanos*. Publicación Científica n° 553. Organización Panamericana de la Salud, Washington, D.C., 1994, p. x.

abarcadora en sus contenidos. Es el primer tratado internacional en el que los países miembros, conocidos como Estados Partes, asumen el deber legal de eliminar todas las formas de discriminación contra la mujer en las esferas civil, política, económica, social y cultural, incluidas la atención médica y la planificación de la familia. El 1 de enero de 1994 esta Convención es firmada por 130 países, incluso México.

La Convención de la Mujer<sup>172</sup> exige a los Estados Partes, en general, que “sigan, por todos los medios apropiados y sin dilaciones, una política encaminada a eliminar la discriminación contra la Mujer”, y en particular, que “eliminen la discriminación contra la mujer en la esfera de la atención médica a fin de asegurar... el acceso a servicios de atención médica, incluso los que se refieren a la planificación de la familia”. De este modo, los Estados Partes asumen la obligación de determinar los riesgos que corre la salud de la mujer.

Los medios elegidos por cada Estado para combatir los peligros para la salud dependerán de sus circunstancias específicas, tales como el acceso de la mujer a una atención médica apropiada, los sistemas de prestación de servicios médicos y la epidemiología de la morbilidad y mortalidad femeninas. El imperativo internacional que está surgiendo como consecuencia de la extensión de la Convención es que los medios elegidos por los Estados deben conducir a la promoción y protección de la salud de la mujer e incrementar su dignidad y capacidad de autodeterminación.

El proceso salud-enfermedad, entendido como una construcción histórica-social, trasciende la eliminación de enfermedades y afecciones para abarcar las distintas dimensiones en las cuales las mujeres están inmersas. Así, es necesario prestar atención a la multiplicidad de derechos humanos, más allá de la provisión de servicios médicos, de enfermería y otros servicios conexos, y contribuir de

---

<sup>172</sup> Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women (Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer). En: Human Rightst – a compilation of international documents. Geneva, United Nations, 1993, p. 153.

diferentes maneras y en distintos niveles a la consecución y conservación de la salud. Entre los derechos relacionados con la promoción y protección de la salud de la mujer se encuentran:

- el derecho a estar libre de toda forma de discriminación;
- los derechos relacionados con la libertad y la autonomía individuales, incluidos los derechos a la propia vida, a la libertad y la seguridad, a la familia y la intimidad, y a la información y la educación;
- los derechos a la asistencia médica y a los beneficios de los adelantos científicos;
- los derechos relacionados con la potestad de la mujer, incluidos el derecho a la libertad de pensamiento y reunión y el derecho a la participación política.

El contenido medular de los derechos relacionados con la promoción y protección de la salud de las mujeres deben de estar de acuerdo con los requerimientos de su propia salud-enfermedad. En el análisis legal, debe desarrollarse un método para determinar las necesidades de la mujer. Esto es de fundamental importancia puesto que, por lo general, las leyes han sido redactadas por hombres y no siempre toman en cuenta los efectos que producen en las mujeres. Al abordar las necesidades de la mujer no solo se deberán tener en cuenta las consecuencias de las leyes para ella, sino también los efectos que tendrán, por ejemplo, para los sistemas de prestación de asistencia sanitaria, para la investigación médica y para la asignación de recursos.

La utilización de datos recabados de estudios sobre las problemáticas de salud-enfermedad y la aplicación de métodos legales sensibles a las necesidades de la mujer ayudan a explicar la negligencia de la ley respecto de la salud de la mujer y quizá permitan poner al descubierto antiguas creencias sobre la neutralidad de las leyes que, en realidad, discriminan a la mujer en los aspectos más fundamentales, como es la salud.

Plantea Rebecca J. Cook<sup>173</sup> que “las encuestas y los estudios epidemiológicos, incluidos los realizados por las Naciones Unidas y sus organismos especializados, demuestran que la negligencia respecto de la salud de la mujer produce elevadas tasas de muerte y enfermedad evitables en madres e hijos y lleva a la exclusión de la mujer del acceso a oportunidades educativas, económicas y sociales”.

El reto, entonces, consiste en asegurar la inclusión de la perspectiva de la mujer en los análisis legales, éticos y en otros estudios conexos sobre las circunstancias que rodean su vida, a fin de levantar el velo de invisibilidad que la cubre y comprender mejor, y transformar la condición de la mujer y la situación de las mujeres: de desigualdades e inequidades a igualdades y equidades. Esta manera de enfocar la ley también puede aplicarse a la información médica y a la organización de los sistemas de asistencia médica, y puede ser adoptada por los que conocen de los problemas de salud-enfermedad de la mujer en los planos individual, comunitario, nacional e institucional.

Es importante señalar que el análisis sobre el derecho a la salud de la mujer, comienza con el derecho de estar libre de toda forma de discriminación. La Convención de la Mujer establece que el estado de inferioridad y opresión de la mujer no es solo un problema de desigualdad entre hombres y mujeres, sino, sobre todo, una consecuencia de la discriminación por motivos de sexo y género contra las mujeres. A diferencia de los tratados sobre derechos humanos precedentes, la Convención de la Mujer delimita la norma legal como la prohibición de todas las formas de discriminación contra la mujer, diferenciándola de la norma más restringida de no discriminación entre los sexos.

Rebecca J. Cook<sup>174</sup> indica que existen ya iniciativas para mejorar las condiciones de salud-enfermedad de las mujeres a través de la legislación internacional sobre

---

<sup>173</sup> Rebecca J. Cook. La salud de la mujer y los derechos humanos, op.cit., pp. 19-20.

<sup>174</sup> Ibid, p. 60.

derechos humanos. En el plano nacional, existen asociaciones de atención médica prestando ayuda legal a las mujeres para que conozcan sus legítimos derechos y puedan promover la protección legal de su salud y bienestar. En el plano internacional, las asociaciones médicas están desarrollando programas para promover el papel de la ética médica en la protección de los derechos humanos y para educar a sus miembros acerca de la aplicación de esa ética a la práctica y la investigación. Todas estas iniciativas son dignas de elogio, pero esporádicas.

Las mujeres necesitan no sólo de tratados, sino también necesitan acciones urgentes para convertir los términos de las legislaciones sanitarias en realidades para sus vidas y para su acceso a la atención médica en sus diversos problemas de salud-enfermedad.

Existe una gran necesidad de conocer, comprender y transformar las condiciones desfavorables de salud-enfermedad de las mujeres. Este imperativo requiere recursos de distintas clases, entre los que se encuentran la educación de las y los profesionales de las Ciencias de la Salud acerca de la legislación sobre los derechos humanos y la educación de las y los defensores de los derechos de las humanas acerca de la forma de obtener e interpretar la información sobre la salud-enfermedad de las mujeres, así como la inclusión de la perspectiva de género en las currícula de las carreras de las Ciencias de la Salud.

Porque no se pueden llevar en consideración los posicionamientos cerrados que insisten en los encuadres filosóficos de una teoría conservadora, condenando la salud-enfermedad de mujeres y hombres a una visión demasiado restrictiva, simplificadora. Ha de ser en un contexto multidimensional que se comprenda la salud-enfermedad, proceso que se desenvuelve en interrelación dialéctica con los demás procesos de la vida individual y social.

### **3. METODOLOGÍA**

### 3. METODOLOGÍA

El concepto de metodología que en esta investigación hemos desarrollado se refiere aquel definido, de forma abarcadora y concomitante, como<sup>175</sup>:

- la discusión epistemológica sobre el camino del pensamiento que el objeto de la investigación requirió;
- la presentación adecuada y justificada de los métodos, técnicas y instrumentos operativos que fueran utilizados para las búsquedas relativas a las indagaciones de la investigación;
- la “creatividad de la investigadora”, es decir la marca personal y específica en la forma de articular teoría, métodos, hallazgos

La realidad social no es ni cuantitativa ni cualitativa, son los valores, las definiciones y convenciones implícitas en los supuestos paradigmáticos, en las perspectivas teóricas o en las formas de encarar el conocimiento de lo social, los que definen en última instancia la opción cuantitativa o cualitativa<sup>176</sup>.

Esta investigación se define como cualitativa porque está conceptualizada como un conjunto de prácticas interpretativas. Partimos de la premisa epistémica de que el conocimiento es producido en la interacción dinámica entre la/el sujeto y el objeto de conocimiento y que hay un vínculo indisoluble entre el mundo objetivo e (Inter)subjetivo de las/los sujetos. Esta investigación social-cualitativa, se desarrolló en un “setting natural”, es decir no construida artificialmente por la investigadora, involucrando la observación de situaciones reales y cotidianas; trabajamos en la construcción no estructurada de la información y se buscó el

---

<sup>175</sup> Maria Cecília de Souza Minayo. Introdução., en: Maria Cecília de Souza Minayo e Sueli Ferreira Deslandes (orgs.). *Caminhos do Pensamento: epistemologia e método*. FIOCRUZ, Rio de Janeiro 2002, p. 19.

<sup>176</sup> María Luisa Tarrés. Lo cualitativo como tradición, en: María Luisa Tarrés (coord.) *Observar, escuchar y comprender. Sobre la tradición cualitativa en la investigación social*. El Colegio de México y Porrúa. México, 2001, p. 55.

significado de la acción social según la propia visión de las mujeres académicas participantes.

Asimismo, significa que la metodología desarrollada está articulada no sólo con la perspectiva teórica con la que se ha definido el objeto de esta investigación – proceso salud-enfermedad de las mujeres – sino también con el método, las técnicas e instrumentos de análisis y de abordaje, buscando adecuarse a la realidad, de tal forma que el proceso científico y sus resultados puedan tornarse públicos y ser debatidos por otras y otros investigadores. Así, el método y el corte cualitativo de la investigación queda subordinado a la visión que sobre la sociedad y sobre las mujeres se desprende de las teorías utilizadas.

A partir de la perspectiva de género y de la teoría del género femenino, rectora de la investigación, así como del paradigma del proceso salud-enfermedad, fueron establecidas categorías-ejes de análisis: sexualidad, poder, trabajo público y privado, y subjetividad, así como el marcador de edad, constituido por los ciclos vitales: infancia, adolescencia y adultez. De esta manera, metodológicamente, se buscó determinar a través de la categoría de condición de género, las semejanzas entre la mujer genérica y las mujeres académicas, y a través de la categoría de situación de género, las particularidades y especificidades de las mujeres académicas entrevistadas; semejanzas, diferencias y especificidades respecto a la elaboración del proceso y problemas de salud-enfermedad. Este conjunto articulado de categorías se encuentra desarrollado en los capítulos I y 2<sup>177</sup>.

El proceso de investigación - que se caracterizó metodológicamente en un constante vaivén entre el trabajo teórico analítico y la información empírica - implicó un diseño que incorporó la definición del problema, hipótesis, objetivos y un plan de acción, la recolección de información, su análisis que supuso una

---

<sup>177</sup> Los ejes metodológicos de condición y situación de género, bien como los de sexualidad, poder, trabajo y subjetividad, utilizados en esta investigación, es un aporte teórico-metodológico de la Dra. Marcela Lagarde.



sistematización, evaluación e interpretación, y un momento de elaboración del informe.

Para abordar el problema de investigación nos propusimos explorar el papel que juega la condición de género (*ser-para-otros*) en la determinación del proceso y de los problemas de salud-enfermedad en las situaciones particulares de las mujeres académicas adscritas a las Carreras de Cirujano Dentista, Enfermería, Médico Cirujano y Psicología de la División de las Ciencias de la Salud y del Comportamiento de la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza de la Universidad Nacional Autónoma de México.

En el desarrollo de esta problemática, nos planteamos la hipótesis central de la investigación, que se traduce en el siguiente planteamiento: de acuerdo a la perspectiva y teoría de género feminista, la condición del género femenino – *ser cuerpo-para-otros y ser sujeta de dominio del poder patriarcal, así como la sobrecarga de trabajo y la constitución de una subjetividad vinculada a los otros* - es determinante en la construcción del proceso y problemas de salud-enfermedad en las mujeres. Si esta condición es válida para la mujer genérica entonces, las mujeres académicas de las carreras de la FES-Zaragoza, citadas anteriormente, se encuentran en condición semejante, aun cuando sus situaciones particulares de vida sean diferentes.

En este sentido, el objetivo principal de esta investigación fue comprender, en forma lo más integral posible, cómo en la vivencia y experiencia con la sexualidad, con el poder, en el trabajo público y privado y en la constitución de la subjetividad, se desarrolla el proceso salud-enfermedad de 13 mujeres académicas adscritas a las carreras que conforman la División de las Ciencias de la Salud y del Comportamiento de la FES-Zaragoza UNAM, mujeres que se supone son privilegiadas en términos de conocimientos científicos, habilidades, experiencias sobre y con la salud-enfermedad, también privilegiadas por las alternativas de desarrollo personal e intelectual y de condiciones de vida saludables. Así, se

buscó describir, analizar e interpretar la diversidad de situaciones personales, familiares y profesionales, dentro de las cuales, el orden patriarcal opera desviando a las mujeres hacia procesos de deterioro de la salud (enfermedades, malestares, dolencias – del *ser-para-otros*) y no hacia procesos de bienestar, goce, de placer, de plenitud, es decir, procesos saludables – del *ser-para-sí-mismas*.

En el diseño de la investigación se tomó en consideración la estrategia a seguir en la investigación. Para la construcción del campo teórico se consultaron libros de textos, revistas, periódicos, investigadoras y otras investigaciones, y para la información acerca de cómo las mujeres experimentaron los diferentes ciclos vitales en relación a los ejes de sexualidad, poder, trabajo público y privado, y subjetividad, en la determinación del proceso y los problemas de salud-enfermedad, así como en cuestiones de gestión y cuidado de la salud-enfermedad la indagación se centró en las propias mujeres académicas, examinando la experiencia de salud-enfermedad de las mujeres en sus propios términos. En un instante, en el momento de la entrevista, confluye el pasado, el presente y el futuro, porque también se indaga sobre el proyecto de vida de las mujeres académicas.

En este contexto, esta investigación fue realizada a tres voces: la de la investigadora, de las autoras y autores que contribuyeron con los elementos teóricos-metodológicos, y la voz de las mujeres académicas entrevistadas que, desde su propia perspectiva, elaboraron su historia, a partir de sus relaciones sociales cotidianas a nivel público y privado.

La información recabada, en esta investigación, no aspira a generalizaciones estadísticas. El método de generalización aquí empleado es el de la generalización analítica, en el cual una teoría elaborada previamente ha sido desarrollada progresivamente en el curso de la investigación, como una red conceptual con que se compararan los resultados empíricos del caso de las

mujeres académicas de la División de las Ciencias de la Salud y del Comportamiento de la FES-Zaragoza UNAM.

El momento empírico de esta investigación se realizó con base al método de estudio de caso como un medio para abordar el proceso salud-enfermedad de las mujeres, es decir, el estudio de una entidad particular para alcanzar una comprensión más desarrollada del problema de investigación. En el aspecto procesal ha tenido gran importancia, pues se trata de secuencias de eventos desplegados en el tiempo, en los que las mismas mujeres están involucradas en situaciones donde sus posiciones van siendo especificadas. Ha permitido trazar encadenamientos de los ejes de análisis y apreciar cómo se relacionan en el tiempo. En el problema que nos ocupa, el estudio de caso estuvo claramente ligado a un marco teórico definido y preestablecido, el de la perspectiva de género y la teoría del género femenino.

La importancia del estudio de caso es que se desarrolla “como un método articulador del dato y la teoría, ya que a través de éste, se puede intentar crear una serie de hipótesis, que en otros contextos concretos deben verificarse, lo que permite establecer un planteamiento maduro teóricamente, al mismo tiempo que adecuado en cuanto a los datos empíricos correspondientes. Por otra parte, el estudio de caso puede describir en forma rigurosa una situación social y explicar, tentativamente, sus múltiples factores y componentes. Constituye más bien un enfoque que enfatiza la particularidad de un problema específico, cuyos límites delimitan también su propio universo<sup>178</sup>”.

La técnica de recolección de información fue la entrevista no estructurada, la cual permitió un alto grado tanto de libertad y profundidad. “Se ha definido la entrevista como una situación construida o creada con el fin específico de que un individuo pueda expresar, al menos en una conversación, ciertas partes esenciales sobre

---

<sup>178</sup> Hans Gundermann Kröll. El método de los estudios de caso, en: María Luisa Tarrés. *Observar, escuchar y comprender*, op.cit., p. 282.

sus referencias pasadas y/o presentes, así como sobre sus anticipaciones e intenciones futuras”<sup>179</sup>. En este sentido, la entrevista es, ante todo, un mecanismo controlado donde interactúan personas: una entrevistada que transmite información y una entrevistadora que la recibe, y entre ellas existe un proceso de intercambio simbólico que retroalimenta este proceso.

Por su parte, Albert Brimo, señala que “una entrevista no estructurada nunca se apoya en una lista de preguntas establecidas con relación al orden en que se efectúan o en la forma como son planteadas, sino más bien en una conversación más libre; la libertad variará dependiendo de la naturaleza de la entrevista no estructurada de que se trate”<sup>180</sup>.

Para la aplicación de la entrevista no estructurada, se optó por la entrevista a profundidad, cuya unidad de análisis fue individual, la cual según José I. Ruiz Olabuénaga y María Antonia Ispizúa<sup>181</sup>, involucra “un esfuerzo de inmersión” de la entrevistada frente a, o en colaboración con la entrevistadora que asiste activamente en este ejercicio de reposición casi teatral.

Partimos del supuesto que si bien las mujeres entrevistadas poseían y conocían información valiosa, les resultaba difícil comunicarla o transmitirla en forma verbal, es decir, a través de cuestionamientos directos. Para sortear esta dificultad, se diseñó una entrevista flexible donde la secuencia y el tipo de preguntas fue más abierto y libre, lo que permitió que fuera la mujer entrevistada quien decidiera parcialmente estos puntos, con el fin de crear una atmósfera de tolerancia, aceptación y comprensión. Para lograr tal condición, tanto el papel de la investigadora como el contexto de la entrevista fueron aspectos claves para

---

<sup>179</sup> Fortino Vela Peón. Un acto metodológico básico de la investigación social: la entrevista cualitativa, en: María Luisa Tarrés. *Observar, escuchar y comprender*, op.cit., p. 66.

<sup>180</sup> Albert Brimo, citado en: Fortino Vela Peón. Un acto metodológico básico de la investigación social, op.cit., p. 70.

<sup>181</sup> José I. Ruiz Olabuénaga y María Antonia Ispizúa. *La descodificación de la vida cotidiana*. Bilbao, Universidad de Deusto, 1989, p. 126.

develar los sentidos, significados e interpretaciones de ciertos temas difíciles de tratar, tales como la sexualidad y la subjetividad.

El papel de la investigadora no fue directivo al mantener las pausas adecuadas entre preguntas e intervenir en lo esencial para orientar la conversación hacia el tema de la salud-enfermedad u otro relacionado con el mismo. La intervención fue más bien de ofrecer los estímulos necesarios para provocar el desenvolvimiento de la mujer académica entrevistada. Por otra parte, el contexto situacional fue espontáneo e informal, las entrevistas se llevaron a cabo en lugares donde las mujeres entrevistadas efectúan sus actividades cotidianas: en el local del trabajo público (FES-Zaragoza, UNAM) o en el local de su residencia.

En la entrevista estuvo presente tiempos y espacios distintos. El tiempo de la entrevistada, quien aceptó contar sus vivencias, sus intimidades, para reconstruir sus experiencias pasadas con la mirada del presente, y mi tiempo como investigadora, quien elaboró y sistematizó la información a partir de la hipótesis e interpretaciones orientadoras del proceso de conocimiento, y de mi propia percepción. Con estos dos tiempos se entrelaza el tiempo histórico, es decir, las diversas épocas en que se desenvuelven los acontecimientos, cuyo reconocimiento permite contextualizar tanto a las protagonistas como sus vivencias<sup>182</sup>.

En esta investigación, la entrevista a profundidad, permitió evitar la descontextualización de situaciones y las alteraciones en la espontaneidad de la acción y en el intercambio lingüístico. La información privilegiada fue aquella que pudo entregar una mayor densidad de información pertinente o estratégica de la situación investigada. Lo hicimos a través de las narrativas de las mujeres académicas.

---

<sup>182</sup> Fortino Vela Peón. Un acto metodológico básico de la investigación social, op.cit., p. 68.

La entrevista a profundidad se constituyó, así, en una técnica indispensable e invaluable en la generación de un conocimiento sistemático de los hechos sociales en la elaboración del proceso salud-enfermedad de las mujeres, así como para el estudio de los sucesos presentes en la subjetividad e identidad femenina, permitiendo visibilizar hechos ocultos, no pensados como integradores de dicho proceso. Proporcionó una lectura de lo social a través de la reconstrucción del lenguaje, en el cual las entrevistadas expresaran sus acciones, pensamientos, sentimientos y deseos.

El conocimiento generado con la entrevista cualitativa es por sí mismo auténtico y acorde a las realidades descritas por las entrevistadas, hecho que le impone su carácter científico, es decir, las experiencias de las mujeres rebasan las supuestas versiones de validez y confiabilidad impuestas por la visión masculina dominadora. Se buscó así maximizar el objeto y ampliar la información recogida y desde allí iluminar los factores más necesarios en el momento del análisis de las semejanzas, diferencias y especificidades de las mujeres académicas en relación a la elaboración del proceso y problemas de salud-enfermedad, y al mismo tiempo desarrollar descripciones completas y profundas que suministran una base sustantiva para los juicios de semejanza.

La selección de las entrevistadas se apoyó, por una parte, en un muestreo intencional<sup>183</sup>, y por otra parte, en la respuesta voluntaria de las mujeres académicas de la FES-Zaragoza UNAM, adscritas a las carreras de Cirujano Dentista, Enfermería, Médico Cirujano y Psicología, pertenecientes a la División de las Ciencias de la Salud y del Comportamiento, a mi invitación por abordar el proceso salud-enfermedad vinculado a los temas de sexualidad, poder, trabajo público y privado, subjetividad, problemas de salud-enfermedad, y gestión y cuidado de la salud-enfermedad. Una vez contactadas y agendado el lugar y la fecha de la entrevista (entre los meses de junio y julio de 2002), se procedió a la realización de la misma y mi papel como investigadora consistió en dirigir a las

---

<sup>183</sup> Fortino Vela Peón. Un acto metodológico básico, op.cit., p. 83.

entrevistadas hacia los temas referidos. La información permitió mantener un margen de movimiento de las mujeres informantes tan amplia cuanto posible. Fue factible introducir cuestiones y hacer intervenciones que permitieron abrir el campo de expansión de la entrevista, y profundizar el nivel de información o opiniones de la entrevistada.

El muestreo intencional siguió un proceso de acumulación de entrevistas hasta lograr un “punto de saturación” en el cual, con las 13 mujeres académicas entrevistadas, se consideró haber captado todas las dimensiones de interés de manera tal que los resultados provenientes de una nueva entrevista no aportarían ya información de relevancia a la investigación. Los requerimientos en la selección de las mujeres académicas, informantes para la investigación, fueron: aquellas mujeres académicas que interactúan cotidianamente en las actividades de docencia, y/o investigación, y/o difusión de la cultura, en la División de las Ciencias de la Salud y del Comportamiento, en las carreras de Cirujano Dentista, Enfermería, Médico Cirujano y Psicología, porque se consideró que estas mujeres con formación, información y práctica en el área de las Ciencias de la Salud, son las que debieran contar con mejores condiciones de salud; que contaran con más de 40 años de edad para así abarcar un mayor período del ciclo de la adultez, y por lo tanto más tiempo de exposición para el desarrollo de problemas de salud-enfermedad; que tuvieran disposición del tiempo mínimo para efectuar la entrevista; y que accedieran, sin condiciones, a realizar la entrevista.

El contexto de ubicación laboral de las mujeres académicas es la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza que se encuentra localizada en la zona oriente de la ciudad de México, como una entidad descentralizada de la Universidad Nacional Autónoma de México. Está conformada por 7 carreras organizadas de la siguiente manera: En el Campus I, la División de las Ciencias de la Salud y del Comportamiento, organizada en las carreras de Cirujano Dentista, Enfermería, Médico Cirujano y Psicología y en el Campus II, la División de las Ciencias

Químico-Biológicas, en las carreras de Biología, Ingeniería Química y Química Farmacéutico Biológica.

La población docente total (Campus I y II), en el año 2002, en las siete carreras impartidas, es estimada en un total de 1.605, distribuida en las siguientes categorías laborales o nombramientos<sup>184</sup>:

- Profesores de Carrera	268
- Profesores de Asignatura	1.102
- Ayudantes de Profesor	202
- Técnicos Académicos	33

Cabe señalar que la FES-Zaragoza no cuenta con datos sobre el número del personal docente por carrera, tampoco por sexo-género. En este sentido, no hay documentos oficiales dónde pudiéramos haber recabado información sobre el número y la distribución por nombramiento de mujeres académicas en las carreras de la División de las Ciencias de la Salud y del Comportamiento. Esto significa que en la institución las mujeres no somos ni estamos simbolizadas.

Se buscó seguir los pasos fundamentales para la realización de la entrevista, incluyendo la presentación de la investigadora, a través de una conversación inicial de aproximación, explicitando el interés y los objetivos del estudio, justificación en la elección de la entrevistada, garantía de anonimato en la publicación de la información y de la libertad en rehusarse a contestar las cuestiones que juzgasen embarazosas o de interrumpir la entrevista si juzgase conveniente. Para tal efecto, fue necesario contar con una grabadora, pues en este caso, es el medio de evaluar el procedimiento de producción del documento, además de que se constituye en una garantía de primera importancia puesto que además de los pasos iniciales, ya referidos, está grabado el momento en que se

---

<sup>184</sup> Universidad Nacional Autónoma de México. Facultad de Estudios Superiores Zaragoza. *Tercer Informe de Actividades, 2002.*



pide autorización para la grabación, ya que nadie puede disponer a su criterio de la voz de otras si no cuenta con su aceptación.

En este sentido, esta investigación ha sido realizada con una preocupación ética, es decir, fue configurada por el compromiso y aceptación de algunos aspectos que consideramos imprescindibles: 1) pensar la investigación como una práctica social, adoptando una postura reflexiva frente a lo que significa producir/reproducir conocimiento; 2) garantizar la visibilidad de los procedimientos de recolección y análisis de la información; y 3) aceptar que la dialógica es intrínseca a la relación que se estableció entre la investigadora y las mujeres académicas informantes<sup>185</sup>.

En lo que se refiere a la relación entre investigadora y entrevistadas, los cuidados éticos esenciales en la investigación cualitativa fueron: los consentimientos informados, la protección del anonimato y el resguardo del uso abusivo del poder. El consentimiento informado es el acuerdo inicial que sella la colaboración y, como tal, es instrumento esencial para discutir las informaciones y presupuestos que orientaron la investigación. Es un consentimiento inicial, pasible de ser revisado en diferentes momentos, toda vez que el propio proceso de participación trae nuevas posibilidades de interpretación sobre la investigación; la posibilidad de deshacer el acuerdo es cláusula fundamental del consentimiento informado.

Cuanto al resguardo de las relaciones de poder abusivas, la postura ética implica el establecimiento de una relación de confianza en que fue asegurada a las mujeres participantes el derecho de no-respuesta, o sea, la no revelación o la revelación velada, como en el pedido de desligar la grabadora. Desde el punto de vista de la investigadora, el cuidado que se colocó fue el de la sensibilidad cuanto a los límites apropiados de la revelación, cuidando para que la curiosidad fuera controlada por el principio del respeto a la intimidad y de la no-disrupción de las estrategias de enfrentamiento presentes en la interlocución.

---

<sup>185</sup> Mary Jane P. Spink y Vera Mincoff Menegon. A pesquisa como prática discursiva: superando os horrores metodológicos, en: Mary Jane Spink (org.) *Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano*, 2<sup>a</sup> ed. . Cortez Editora, São Paulo, 2000, pp. 91-92.

Vale señalar que, subyacente a la información rescatada sobre cuestiones tan sensibles y sentidas como sexualidad, poder, trabajo, subjetividad y problemas de salud-enfermedad, a lo largo de sus vidas, existe una realidad muy profunda que estuvo presente en la actitud de las mujeres académicas frente a la entrevistadora y a las cuestiones propuestas. Se trata de la ansiedad, el temor, la inhibición y a veces la vergüenza en narrar sus vivencias, experiencias y problemas. Frente a esta situación, se buscó tomar en cuenta estas emociones, no denotando admiración, sorpresa, disgusto, o cualquier otro sentimiento que pudiese interferir en el relato de la entrevistada. En los casos de profunda emoción al narrar algunos de los sucesos ocurridos, sobre todo en la infancia y adolescencia, las mujeres entrevistadas llegaron a llorar, a tartamudear, a silenciarse, se procuró respetar estos momentos, desligando la grabadora y retomando la entrevista sólo cuando la mujer estuviera en condiciones de hacerlo con la tranquilidad requerida para el recuerdo y la narrativa de las vivencias, experiencias, de los problemas, objeto del estudio.

El anonimato se constituye en un mecanismo de protección que implica la no revelación de informaciones que posibiliten la identificación de las mujeres académicas participantes en la investigación. Es frecuentemente entendido como confidencialidad, aunque el carácter público de la investigación es incompatible con el secreto implícito en la confidencialidad. Garantizar el anonimato, fue el compromiso ético posible. Como una forma adicional de guardar el anonimato, se solicitó a las mujeres académicas participantes en las entrevistas, que eligieran una flor para nombrarlas y para referirnos a ellas en la descripción, análisis e interpretación de sus narrativas. Ellas son: Gardenia, Dalia, Margarita, Amapola, Flor de Lotus, Tulipán, Jacaranda, Alcatraz, Hortensia, Bugambilia, Rosa, Lilis y Orquídea.

Las entrevistas tuvieron una duración total de aproximadamente 50 horas. Fueron realizadas en el local de trabajo o en el domicilio de las mujeres participantes,

después de un contacto inicial para agendar, de acuerdo a la disponibilidad de cada una de las mujeres académicas, día, horario, local y tiempo disponible. La entrevista se realizó, previa elaboración de una guía temática (Anexo 1), constituida por: datos personales (nombre, edad, dirección; formación profesional; otros estudios; carrera de adscripción; grupo social de pertenencia ubicado a través de categorías profesionales del padre y de la madre); ciclos vitales a través de la niñez, adolescencia y adultez y en cada ciclo los ejes-categorías de sexualidad, poder, trabajo público y trabajo privado, subjetividad, y problemas de salud-enfermedad, y en el ciclo actual de la adultez, se incorporó además el tema de la gestión y cuidado de la salud-enfermedad.

En este sentido, se tomaron sólo algunos fragmentos del mundo social, aquellos que hemos considerado inciden más significativamente en el proceso salud-enfermedad de las mujeres académicas, fragmentos que son incuantificables, personales y complejos. La utilización de la entrevista, posibilitó una producción mayor de información y con un alto grado de profundidad. La aproximación cualitativa permitió alcanzar cuestiones inaccesibles, que una simple pregunta y respuesta no hubiera permitido.

El análisis de las entrevistas abarcó el momento de la escucha y el de la transcripción, para el cual se tomó en cuenta el apego estricto a lo que las mujeres entrevistadas hablaron, conservando incluso el estilo coloquial de la narrativa. La escucha fue realizada con audífonos para que nadie más, excepto la investigadora, escuchara las voces y las narrativas de las mujeres entrevistadas, guardando así el anonimato y la confidencialidad de la información. Fue necesario escuchar, en la grabación, repetidas veces a las mujeres, algunas voces se oían muy queditas y otras veces sus voces estuvieran inaudibles. Las horas fueron interminables, de avanzar y retroceder, escuchar y nuevamente escuchar, tener seguridad de las palabras pronunciadas por las mujeres, confirmar la información.

La descripción de la problemática, objeto de esta investigación, en las vidas de las mujeres entrevistadas se desarrolló con muchos detalles, a veces con un carácter episódico, pero siempre fue más allá de las apariencias. Al exponer sus vivencias, por medio de narrativas, las mujeres entrevistadas superaron la condición de simples descriptoras de acontecimientos en sus vidas. En la narración, las mujeres participaban de los hechos relatados, distinguiéndolos y jerarquizándolos, demarcando con exactitud los hechos sensibles, y en ningún momento fueron ofuscados por la intromisión de acasos accidentales.

La interpretación de las narrativas personales de cada mujer entrevistada y el discurso como un todo, fueron articulados con el campo teórico construido, buscando las semejanzas entre las mujeres entrevistadas y la mujer genérica, así como evidenciando las diferencias entre la mujer genérica y las mujeres académicas, y las especificidades entre las mujeres académicas, en relación a sus vivencias y experiencias y como éstas inciden en el proceso salud-enfermedad y en los problemas derivados de tal proceso.

El proceso de interpretación envolvió la identificación de contrastes, clarificación de relaciones y construcción de una forma coherente de comprensión de la información contenida en cada discurso y presentada por medio de las narrativas, que expresan la *voz integral de las mujeres académicas* – visibilidad de la información. Están imbricadas así la explicitación del proceso de interpretación, considerándolo como circular e inacabado, así como la comprensión de la dialógica en una doble acepción: elemento básico de la producción de sentidos en el encuentro entre la investigadora y la voz de la entrevistada y del sentido de la interpretación entre la investigadora y otras/otros investigadores. Es con esa finalidad que se buscó desarrollar una técnica de análisis, que fuera un camino de visualización.

En este proceso de interpretación concebido como un proceso de producción de sentidos<sup>186</sup>, cabe señalar que el sentido es el medio y el fin de nuestra tarea de investigación. Como actividad-medio, proponemos que el diálogo trabado con las informaciones que elegimos, como nuestra materia prima de investigación, nos impone la necesidad de dar sentido: conversar, escuchar, posicionar, buscar nuevas informaciones, priorizar, seleccionar, son consecuencias de los sentidos que atribuimos a los eventos que componen el transcurso de la investigación. Estos eventos buscamos entenderlos a la luz de categorías, hipótesis e informaciones contextuales variadas. La interpretación surge, en esa forma, como elemento intrínseco del proceso de investigación. No habría, así, momentos distintos entre la recolección de la información y la interpretación. Durante toda la trayectoria de la investigación estuvimos inmersas en el proceso de interpretación.

Como actividad-fin, explicitamos los sentidos resultantes del proceso de interpretación presentando los resultados del análisis que realizamos, por medio de la inclusión de todas las hablas de las mujeres académicas entrevistadas, y que se constituye como estrategia para asegurar el rigor – entendido siempre como la objetividad posible en el ámbito de la intersubjetividad<sup>187</sup>.

El sentido es producido interactivamente y la interacción no incluye solamente la mujer académica que habla y otra (la investigadora) que escucha, sino todas y todos los otros que hablan, que oyen o que, imaginariamente podrán hablar u oír. Es bajo esa óptica que el diálogo se amplía, incluyendo interlocutoras e interlocutores presentes y ausentes.

Para buscar el sentido en las narrativas de las mujeres académicas, participantes en la investigación a través de entrevistas, se procedió a la aprehensión global de las entrevistas: la transcripción en forma manuscrita, seguida por la captura en la computadora, en el procesador de datos tipo Word for Windows, buscándose una

---

<sup>186</sup> Mary Jane P. Spink e Helena Lima. Rigor e visibilidade: A explicitação dos passos da interpretação, en: Mary Jane P. Spink (org.). *Práticas discursivas e produção de sentido no cotidiano*, op.cit., pp. 105-106.

<sup>187</sup> Mary Jane P. Spink y Helena Lima. Rigor e visibilidade, op.cit., p. 105.

primera aproximación con el texto transcrito para aprehender los momentos específicos de significancia relativos a las categorías de análisis pre-establecidas y su relación con el proceso salud-enfermedad. A seguir, se realizó el agrupamiento de las 13 entrevistas por los distintos ejes y temas de análisis, usándose las funciones de cortar y pegar para transferir el contenido del texto de cada entrevista para la versión agrupada.

Este procedimiento que envolvió la organización de cada narrativa, permitió tener una idea del conjunto y al mismo tiempo conservar la particularidad de cada narrativa. Una vez agrupadas las entrevistas, se estableció el análisis, eje por eje, tema por tema, contrastando con el campo teórico, construido previamente, sobre los mismos ejes-categorías de análisis. Se fue elaborando una correlación entre lo teórico y lo empírico, buscando desde las propias voces y narrativas de las mujeres, la correspondencia con lo planteado a nivel teórico.

Los ejes-categorías se constituyeron en formas de visualización de las dimensiones teóricas. Se buscó organizar los contenidos a partir de estas categorías, preservando la integralidad y la secuencia de las narrativas habladas, evitando así descontextualizar los contenidos presentes en ellas, e identificar en las vivencias y experiencias de estas mujeres, sus relaciones con la sexualidad, poder, trabajo y subjetividad, y como a través de estos hechos, elaboraron el proceso salud-enfermedad y sus consecuentes problemas.

Este mapeamiento corresponde a la técnica de análisis desarrollada por Marie Jane P. Spink e M. Jiménez<sup>188</sup>, y denominado por las autoras de Mapas de Asociación de Ideas.

Los mapas de asociación de ideas tienen el objetivo de sistematizar el proceso de análisis de las prácticas discursivas en busca de los aspectos, que en el caso de

---

<sup>188</sup> Marie Jane P. Spink y Maria Giménez. Práticas discursivas y produção de sentido: apontamentos metodológicos para a análise de discursos sobre a saúde e a doença. *Rev. Saúde e Sociedade*, 3 (2), 1994, pp. 149-171.

esta investigación, corresponden a la condición del género femenino (*ser-para-otros*) en la determinación del proceso salud-enfermedad de las mujeres académicas.

Para el análisis de los problemas de salud-enfermedad de las mujeres académicas entrevistadas, fue necesario agruparlos en una clasificación. Esta clasificación está en parte basada en los planteamientos de Arthur Jores<sup>189</sup> y en parte es producto de una propia reflexión, ya que la problemática presentada por las mujeres académicas no corresponde integralmente a las propuestas ya existentes en la literatura. Tuvimos, pues, que adecuar una de estas propuestas a los objetivos de este trabajo. En este sentido, se ha clasificado, en 3 grupos, los problemas de salud-enfermedad que las mujeres académicas han relatado como tales: infecto-contagiosos<sup>190</sup>, crónico y/o-degenerativos<sup>191</sup>, y dolencias y malestares<sup>192</sup>.

Por otro lado, a través de las narrativas en los distintos ejes-categorías, hemos rescatado otras problemáticas que consideramos inciden en el desarrollo del proceso salud-enfermedad, aun cuando las mujeres académicas no los han mencionado como problemas: son vivencias, experiencias con la sexualidad, con

---

<sup>189</sup> Arthur Jores. *La medicina en la crisis de nuestro tiempo*. 5ª.ed., Siglo XXI, México, 1979.

<sup>190</sup> Son enfermedades caracterizadas por el hecho de que tanto la etiología como la patogenia son conocidas (etiología quiere decir la causa verdadera de la enfermedad; patogenia son aquellos procesos en el organismo que, apartándose de la norma, representan la causa inmediata de la sintomatología patológica). Las enfermedades infecto-contagiosas son todas aquellas que son causadas por agentes nocivos externos que afectan a la mujer y al hombre: enfermedades parasitarias, bacterianas, incluso las infecciones por virus. Arthur Jores, op.cit., pp. 10-11.

<sup>191</sup> Enfermedades de las cuales se conoce solamente la patogénesis, siendo desconocida la etiología, es decir su causa propia y verdadera. En estas enfermedades el tratamiento se reduce en terapia patogénica, y sin ella la persona llegaría a una muerte segura. Esta terapia patogénica no es verdaderamente causal y así resultan posibles las recidivas, es decir, la causa desconocida puede volver a actuar de nuevo. Y además no es posible elaborar una terapia eficaz sobre la base de los conocimientos patogenéticos, véase por ejemplo el caso de asma bronquial y alergias. Arthur Jores, op. cit., pp. 16-17, y por otra parte son problemas que según las propias académicas no son curables, sino tratables.

<sup>192</sup> Las dolencias y los malestares corresponden a un conjunto de problemas que no se encuentran en la clasificación médica tradicional, como enfermedades. Algunos autores, como Arthur Jores, incluye algunos de estos problemas (pero no todos los manifestados por las académicas) en los llamados problemas psicosomáticos, término que significa que los factores psicológicos desempeñan un papel decisivo en su causación. Sin embargo, para los objetivos de este trabajo, optamos por nombrar como dolencias y malestares, aquellos síntomas sin una correspondencia directa con algún problema de salud-enfermedad.

el poder, con el trabajo y con la subjetividad, que confieren a las mujeres situaciones de displacer, de incomodidad, de sobrecarga, de autoestima baja; situaciones en las cuales las mujeres académicas son fundamentalmente *ser-para-otros*.

La metodología y el instrumento utilizado permitió examinar la experiencia de las mujeres en sus propios términos. La tarea de escuchar a las mujeres, recuperar y descubrir la vida de las mujeres ha resultado imprescindible, ya que son pocos los rastros que ellas dejan, porque históricamente las mujeres han sido dejadas de fuera de las historias centradas en ellas.<sup>193</sup>

La perspectiva de género y la teoría del género femenino, en tanto elementos constitutivos de los procesos y relaciones sociales han sido tomadas como punto de partida y llegada para definir las experiencias de salud-enfermedad de las mujeres a través de lo cotidiano, reflejado y transmitido por la memoria femenina. La recuperación de la palabra femenina – *la voz integral de las mujeres* - se convirtió en un trabajo prioritario, y la oralidad ha sido el vehículo privilegiado para hacer saber del proceso y de sus problemas de salud-enfermedad.

---

<sup>193</sup> Antonio Barba Alvarez. *Calidad y cambio organizacional: ambigüedad, fragmentación e identidad*. UAM Iztapalapa, México, 2002, p. 256.



**4. EL PROCESO SALUD-ENFERMEDAD DE LAS MUJERES ACADÉMICAS**  
**DIVISIÓN DE CIENCIAS DE LA SALUD Y DEL COMPORTAMIENTO**  
**FES-ZARAGOZA UNAM**  
**Análisis e Interpretación**

**4. EL PROCESO SALUD-ENFERMEDAD DE LAS MUJERES ACADÉMICAS**  
**DIVISIÓN DE CIENCIAS DE LA SALUD Y DEL COMPORTAMIENTO**  
**FES-ZARAGOZA UNAM**  
**Análisis e Interpretación**

La información sobre el desarrollo del proceso salud-enfermedad, que se obtuvo a través de las entrevistas realizadas a 13 mujeres académicas, se presentan de acuerdo a los ciclos vitales (infancia, adolescencia y adultez) y en cada uno de ellos, según los ejes-categorías de análisis (sexualidad, poder, trabajo público, trabajo privado, subjetividad) y como en este proceso, se condicionan problemas de salud-enfermedad a estas mujeres.

Si las primeras partes de este trabajo constituyen el campo teórico alrededor de la condición genérica de la mujer y cómo esta es determinante en la construcción del proceso salud-enfermedad y los subsecuentes problemas de salud-enfermedad de las mujeres, en esta parte toca el turno de la escucha. Escuchar a las mujeres académicas sobre las problemáticas acerca de su cuerpo, sexualidad, poder, trabajo, subjetividad y los problemas de salud-enfermedad vividos por ellas, ante la consigna que se les plantea: hablar de sus experiencias como mujeres-niñas, mujeres-adolescentes, mujeres-adultas, mujeres académicas.

El análisis y la discusión sobre la problemática en cuestión está elaborada como un momento final de reflexión y de diálogo entre los niveles teórico y empírico del proceso de investigación.

Conviene aclarar que cuando se hable de mujeres académicas, se estará refiriéndose siempre a aquellas que fueron entrevistadas, y cuando no sea así se hará explícito a que mujeres se refiere, y para cuidar el anonimato de la información proporcionada, al referirse a las mujeres académicas y transcribir sus narrativas, se las identificará con nombres de flores, y ellas son: Gardenia, Dalia,

Margarita, Amapola, Flor de Lotus, Tulipán, Jacaranda, Bugambilia, Hortensia, Alcatraz, Rosa, Lilis y Orquídea, y con el mismo fin, se excluirán los nombres de las personas que ellas mencionan, así como aspectos, situaciones que pudieran servir de identificación de las académicas.

Como se había planteado en el campo teórico, la edad es un marcador en la vida de las mujeres. Para ellas la edad no solo representa una cronología en el tiempo, o cambios fisiológicos, o la edad que sienten tener, sino fundamentalmente aquello que la sociedad y la cultura determina a partir de las normas sociales y estereotipos de lo que significa ser mujer niña, mujer adolescente, mujer adulta, mujer vieja. El conjunto de significados acerca de la edad marca distintas formas de desarrollo, formas de vivir, formas de relación, actividades, posibilidades y acceso a oportunidades, así como impedimentos, formas de ejercer el poder, y desde luego, marca de manera significativa el desarrollo del proceso salud-enfermedad y los problemas derivados de él.

La edad cronológica de las mujeres académicas en el momento en que fueron entrevistadas - estaba entre los 40 y 55 años de edad, distribuidas de la siguiente manera: 1 de 40 años, 1 de 42 años, 2 de 44 años, 1 de 45 años, 1 de 46 años, 1 de 47 años, 3 de 49 años, 1 de 50 años, 1 de 53 años y 1 de 55 años.

Cuanto al lugar de residencia, 11 de ellas vivían en el Distrito Federal, siendo que 6 en la Delegación de Iztapalapa, 1 en la Delegación de Iztacalco, 1 en la Delegación de Tlahuac, 2 en la Delegación de Coyoacán, 1 en la de Benito Juárez; 2 de ellas vivían en el Estado de México, siendo que una era residente de Tlanepantla y la otra de Ecatepec.

En relación a la formación profesional, las mujeres académicas indican que son médicas cirujanas (2), cirujanas dentistas (3), enfermeras (3), psicólogas (2), pedagoga (1), socióloga (1), y (1) formada en relaciones internacionales. Algunas tienen especialidades (docencia, medicina del deporte, enfermería psiquiátrica,

medicina quirúrgica, gestión de instituciones de educación superior, estudios de la mujer, psiquiatría y psicoanálisis, inglés y francés; otras más han realizado estudios de posgrado a nivel de maestría (salud pública, enseñanza superior, sociología, sociología del trabajo, investigación educativa, análisis de grupos e instituciones) y una de ellas realiza el doctorado en ciencias sociales.

Todas ellas están adscritas a las carreras que conforman la División de las Ciencias de la Salud y del Comportamiento de la FES-Zaragoza UNAM: Cirujano Dentista (3), Enfermería (3), Médico Cirujano (3) y Psicología (3), y una de ellas se desempeña en tres carreras simultáneamente (medicina, enfermería y cirujano dentista).

El grupo social, según categoría profesional, al cual pertenecían, en el momento de su nacimiento, se ubica de la siguiente manera: de sus padres, 11 estaban insertos en el sector servicio, y 3 de ellos eran profesionistas, 2 eran obreros, siendo que uno de ellos era obrero especializado; de sus madres, 12 se dedicaban exclusivamente al trabajo doméstico y solamente una de ellas era profesionista y trabajaba a nivel público y privado.

## **LA NIÑEZ**

Hay que tener en cuenta que hay etapas o ciclos en la vida de las mujeres de mayor densidad, donde se conjugan cambios de estado vital, cambios existenciales y de identidad. La niñez se presenta aparentemente como una etapa más libre de problemas, como un período de la vida dedicado al juego, a la despreocupación, al recibimiento de cariño, atenciones, cuidados. Si bien para las mujeres la niñez es el espacio del descubrimiento de su cuerpo para el placer y el goce propios, simultáneamente es el espacio de su adormecimiento.

## La sexualidad en la niñez

Estas mujeres académicas cuando niñas tuvieron múltiples y distintos problemas, entre ellos el abuso sexual y las prohibiciones en su cuerpo. A la pregunta si pasaron por algún tipo de **abuso sexual**, señalaran:

**Margarita:** *“tocaron mis piernas, una amistad masculina de la familia”*

**Tulipán:** *“si hubo manuseos, me tocaron las nalgas”*

**Bugambilia:** *“un tío me tocó el cuerpo”*

**Alcatraz:** *“el esposo de una hija de mi madrina si me manoseó”*

**Rosa:** *“si, recuerdo que fue antes de los 6 años, un primo, ya adolescente, sí me llegó a tocar”*

Este tipo de abuso denota la habilidad de una persona, basada en la doble posición dominante de poder, de hombre y de adulto para enredar a la niña en una vinculación de tipo sexual, frente a una condición de vulnerabilidad. Ellas no protestan, siquiera tienen claro lo que está pasando, no lo comentan con nadie porque como no hubo violencia manifiesta, no hay señales sobre tal suceso, y temerosas de la autoridad masculina se callan.

**Rosa:** *“este primo me convencía, me conducía y me dejaba tocar. Me sentía mal, algo me decía que eso no estaba bien, pero era yo muy pequeña y no me podía explicarme. Pero sí me recuerdo que me hacía sentir sucia. Mi mamá... pues ahí si le adjudico a ella un poquito de descuido a mi persona, me dejaba sola por muchas horas y este chamaco sí se aprovechó”*

Estas mujeres-niñas al relatar estos hechos lo toman casi con naturalidad, sin asombro, sin sorpresa, como algo menor. Otras más, no tienen muy claro si pasó algo o no, o lo que significa el abuso sexual.

**Gardenia:** *“no lo consideraría abuso sexual, es más, siquiera me acuerdo. Mi mamá nos acostaba cuando venía sus hermanos acá, pero... Yo no me recuerdo de ningún maltrato, alguna cosa que se haya sobrepasado”*

**Orquídea:** *“yo no lo considero así, yo tenía juegos sexuales con mis hermanos, yo tengo hermanos más grandes. Jugábamos en la casa de una vecina de enfrente de mi casa, y ahora sí que nos sorprendieran, y lo consideraran como abuso sexual, yo no, yo lo considero juegos sexuales”*

Y otras titubean, no se recuerdan y a la pregunta expresa se pasaron por alguna situación de abuso sexual, optan por decir un “no”.

Para estas mujeres académicas, desde su niñez, había una pedagogía sobre la capacidad de placer, transmitida y aprendida a partir de mensajes prohibitivos sobre el cuerpo, su sexualidad, y el mensaje es doble: lo que estaba prohibido, pero tal prohibición, restricción, es para su bien, para su protección. Desde la niñez las mujeres tienen sus cuerpos adiestrados, normados, controlados, vigilados. Sobre la cuestión de las **prohibiciones respecto a sus cuerpos**, contestaran:

**Rosa:** *“he estado entre 3 hermanos y ellos eran muy represivos, igual que mi papá y cuando me llegaba a sentar y estaba con las piernas abiertas, me decían: siéntate con las piernas derechas, bájate la falda y mi reacción era de sentirme protegida, cuidada, de que me respetaban mucho”*

**Dalia:** *“todo lo referente al cuerpo, todo mi sexo era prohibido”*

**Gardenia:** *“que no nos tocáramos”*

Un conjunto de reglas explícitas e implícitas norman la prohibición de tocar el cuerpo por el sólo placer de hacerlo. En cambio aparece la limpieza en el centro de la relación de la niña con su cuerpo ya distanciado de su subjetividad mediante el tabú. La niña, durante mucho tiempo sólo puede tocar su cuerpo para limpiarlo, para bañarlo y cambiarlo de ropa.

**Flor de Lotus:** *“mi mamá por ejemplo nunca usaba los nombres de los genitales, hablaba con eufemismos, usaba palabras mayas que no me acuerdo. Por ejemplo, cuando me enseñó a bañarme sola nunca decía: lávate los genitales, sino decía: lávate allí, cosas por el estilo”.*

El sexo es un tabú, algo que debe ser ocultado, algo que siquiera existe. A través de esta normatividad, el tocarse, ese acto que produce placer, se transforma en sentimiento de culpabilidad para las niñas, otras veces sus madres (y también sus padres) no les da explicaciones, siquiera se habla de ello, es algo innombrable, por eso también a veces tampoco se recuerdan se hubo o no alguna señalización a respecto.

**Lilis:** *“que no me tocara, que cerrara las piernas, que no andara en ropa interior en la casa, teníamos que tener mucho pudor. Mis padres nunca hablaban de sexo o porque teníamos que cubrirnos o no. Todo lo que era la sexualidad era prohibido”*

**Hortensia:** *“no me acuerdo que me hubiesen prohibido. Yo fui una niña muy educada, nunca decía malas palabras... no tuve amistades, por lo tanto mi infancia fue solitaria”*

**Alcatraz:** *“no tengo muy claro... no debería usar muchos pantalones, y además eran indicaciones de mucha protección, que debiera cuidarme mucho, si iba a baños públicos, no sentarme en las tazas, sino en el aire, cuidarme de que nadie me tocara, sentarme con las piernas cerradas”*

Las situaciones vivenciadas por estas niñas y las imágenes transmitidas sobre sexualidad, como algo prohibido, oculto, innombrable, las formas de abuso ejercidas sobre ellas, sobre su cuerpo, tienden a ser desatendidas tanto por las niñas como por la familia, en una actitud de negación, pero que terminan por marcar la subjetividad. “La niña descubre por diferentes vías el erotismo de su cuerpo y debe olvidarlo. Las prohibiciones, los regaños y los castigos sirven para que aprenda a tocarse sin intencionalidad erótica. Pero sirve a la enajenación de la mujer con su cuerpo, sobre todo la distancia de la madre y su silencio... El silencio materno en torno al erotismo de la mujer, impone no sólo el tabú en acto, sino que revela la no transmisión de la sabiduría y de conocimientos eróticos de la madre a la hija... Este silencio de la madre a la hija destaca que en la pedagogía de la feminidad, la madre ocupa un papel central como mentora de la hija e, como le enseña positivamente todo lo que debe ser y hacer; con su silencio, le enseña la

negación en torno al placer. El erotismo no es para las niñas, está reservado a ciertas mujeres, y sólo durante un lapso que abarca de la juventud a la adultez<sup>194</sup>.

Desde su condición de género, estas niñas comparten la opresión, la expropiación y enajenación del cuerpo, aprenden que sus cuerpos son *para otros*, y en este sentido, en el desarrollo del proceso salud-enfermedad se posicionan hacia experiencias de displacer y desconocimiento de su cuerpo, y aprenden que *los otros* son los propietarios de este cuerpo: para usarlo, nombrarlo, normarlo, controlarlo, decidir sobre el cuerpo. Esta forma de vivir el cuerpo, en la niñez, es determinante de cómo vivirán su cuerpo en los ciclos posteriores, queda una impronta en el cuerpo, y también en la subjetividad, una subjetividad construida *para-otros*.

### **El poder en la niñez**

Es interesante notar como desde niñas las mujeres aprenden quien es que tiene el poder y quien es que toma las decisiones en la familia, aprenden desde tempranas edades que sus mamás tienen un poder subalterno, circunscrito al ámbito doméstico, y otras veces el ejercicio del poder sólo se da cuando no se encuentra presente la figura masculina del padre. Casi todas las mujeres académicas entrevistadas indican que la madre tomaba las decisiones sobre la casa, sobre lo doméstico, pero quien manejaba y distribuía el dinero era el padre, que el padre era el jefe, era el que merecía el respeto, era quien decidía sobre lo considerado realmente importante. Este modelo es pasado a la hija, y ella lo reproduce como algo natural, propio de su género: su ámbito es el doméstico, el mundo íntimo de lo privado, y el ámbito masculino es el de afuera, de lo económico, de lo que importa. En el proceso pedagógico de ir conociendo, aprendiendo, asimilando, interiorizando que como mujer tiene un poder secundario, acerca a la mujer-niña a una condición de impotencia, de no poder decidir o decidir solamente en ciertos ámbitos, en aquellos desvalorizados socialmente.

---

<sup>194</sup> Marcela Lagarde. *Los cautiverios de las mujeres*, op.cit., pp. 213-214.



**Gardenia:** *“lo que decía mi mamá se hacía, pero era mi papá quien manejaba el dinero y lo distribuía”*

**Margarita:** *“las decisiones las tomaba mi mamá... bueno en la casa”*

**Amapola:** *“mi papá decidía todo sobre todos. Mi mamá siempre ha hecho lo que mi papá dice, pero mi papá no ha sido castrante”*

**Tulipán:** *“cuando estaba mi papá era él. Pasaba casi todo el día trabajando y los sábados llegaba tarde. Mientras él no estaba, la quien tomaba las determinaciones era mi mamá, pero en cuanto llegaba mi papá, era él quien decidía sobre los hijos, qué comer, hasta el momento de tomar agua, tenía que ser después de la comida”*

**Jacaranda:** *“creo que había dos posibilidades: las meramente domésticas que correspondían a mi madre y la cuestión financiera que correspondía al proveedor, a mi padre”*

**Bugambilia:** *“en la casa decidía mi madre y sobre los hijos. Mi padre decidía como gritar, como mandar, como nos mandar, como a veces nos golpeaba”*

**Alcatraz:** *“mi padre era el que daba el dinero, era el jefe de la casa, éramos cuatro hijos y entonces había muchos gastos, mi padre tenía doble trabajo, en la mañana y en la tarde, entonces quien realmente tomaba las decisiones era mi mamá, pero se manejaba que a él se tenía que respetar, que él era el jefe de la casa”*

**Rosa:** *“mi padre decidía sobre todos. Mi papá ha sido muy autoritario, de corte fascista incluso, y las decisiones obviamente venían de mi papá. Mi mamá delegaba todo a él, lo que tu papá digas, nos decía”*

Y ¿cómo recuerdan su **relación con la familia**, estas niñas?, ¿cómo vivenciaran su relación con la familia?, ¿qué situaciones familiares fueron marcantes para ellas? Algunas recuerdan haber mantenido relaciones muy cercanas con su madre, lo que las acercaba más a un sentimiento de bienestar, de acompañamiento, e incluso puede haber sido clave en el sentido que dieran a sus vidas.

**Rosa:** *“de no ser porque fuera descuidada, era muy... siempre buscaba ser solidaria conmigo. Ella era muy sola y siempre andaba buscando con quien hablar. Ella sostuvo una comunicación muy abundante conmigo”*

**Alcatraz:** *“muy buena, muy estrecha y ella vivió hasta que yo tenía 9 años de edad. Fue una relación muy corta, pero muy amorosa y nos llevábamos muy bien las dos”*

**Jaracaranda:** *“creo que era excelente, creo que siempre fue una muy buena relación que además yo tuve que construir porque yo quedé huérfana muy joven, entonces, tengo muy pocos recuerdos realmente importantes de esta relación*

Otras, en cambio, fueron marcadas por relaciones difíciles, hechos que las marcaron hasta el momento de la adultez, como dolencias, como pendientes a resolverse, con grandes malestares psíquicos por no haber podido nunca descifrar lo que las hacían tan lejanas a sus madres.

**Dalia:** *“sin comunicación con mi madre”;*

**Flor de Lotus:** *“difícil por el número de hermanos”;*

**Lilis:** *“no me acuerdo mucho de la relación con mi mamá, ella siempre ha tenido un carácter muy difícil, muy impulsiva, no tengo muy claro... tengo más presente la relación con mi padre”*

**Orquídea:** *“no era buena, fue de competencia, muy desigual, a mi mamá no le gustaba que yo fuera...”.*

En la relación con el padre y hermanos se evidencia igualmente situaciones de lejanía para unas o de cercanía para otras. Algunas de las niñas-mujeres académicas tenían relaciones conflictivas con su madre y también lo tenían con el padre, hecho que las dejaba en un estado de mayor indefensión, más cercanas al malestar, al desconcierto; otras menos porque sólo con el padre mantenían relaciones penosas.

**Flor de Lotus:** *“difícil porque mi padre casi no existía”*

**Amapola:** *“a mi padre casi no lo veía”*

**Jacaranda:** *“siempre fue y es una relación de fuerzas, siempre fue y es una relación de rebeldía de mi parte, yo era la más pequeña de la familia y seguramente por eso la menos tomada en cuenta”;*

**Alcatraz:** *“no muy buena. Era mi papá muy metido en su trabajo, muy patriarcal en el sentido machista, que los hombres son los que mandan, son lo que dicen lo que está bien y no se les debe de discutir”*

**Rosa:** *“con mi padre fue terrible. Con mis hermanos pues, como hombres eran el reflejo de mi papá, uno de ellos era muy burlón, pero era cálido, me protegía. Mi hermano del medio era muy tosco, muy bruto. Me aventaban las cosas, no me pegaban porque mi papá no se les permitía, ellos reproducían el modelo de mi papá, pero*

*curiosamente mi papá pegaba a mi mamá, pero no permitía que me tocaran mis hermanos”*

**Dalia:** *“con mi padre era una relación de miedo”*

Otras menos indicaron una buena relación, pero estas no eran las que tuvieran relaciones de acompañamiento con sus madres.

**Tulipán:** *“con mi padre muy amigable”*

**Hortensia:** *“con mi padre una relación muy cercana”*

Muchas interrogantes surgen sobre la problemática de las relaciones familiares, seguramente habría que profundizar sobre el tema, sobre la vida de estas mujeres, pero sin duda el contexto en que vivían estas familias, sus condiciones sociales y económicas, el número de hijas e hijos de estas madres y padres, las condiciones de salud-enfermedad, y por supuesto características personales, subjetivas, son algunos de los aspectos que pudieron haber incidido en la relación de estas niñas con sus madres y padres.

El orden fundado sobre el sexo es desde luego un orden de poder, en el cual hay un reparto de poderes que se concretan en maneras diferenciadas de vivir y en oportunidades y restricciones para mujeres y hombres. En la cuestión referente a las **relaciones de competitividad**, la capacidad del ejercicio del poder, se hizo presente en la niñez de las mujeres académicas, y aunque algunas relatan haber tenido alguna competencia con sus hermanas, la mayoría indica que la competencia estuvo dada con los hermanos., o más bien que ellos competían con ellas.

Esto porque ser mujer u hombre significa ser especialista de género con un contenido político asignado, es decir hay una valoración de las y los sujetos en rangos de superior, mayor, inferior, menor, para lograr la desigualdad valorativa. Aunque esta designación política es determinada independientemente de su voluntad, su conciencia y su necesidad, los hombres y las mujeres aprenden, desde temprana edad, que son ellos - los hombres - los que inciden en el mundo

y que los hechos femeninos son desmerecidos, así es que por eso los hermanos de estas niñas no admitían o no soportaban, sentían una competencia desleal, cuando ellas obtenían más que ellos: más estudios, más medallas, más diplomas, más distinciones.

Pero como el despliegue del poder es dialéctico, cada quien ejerce poder al interactuar, estas niñas también tenían recursos para competir con sus hermanos. Mismas sujetas a control, ellas ejercieron poder, decidieron sobre sus vidas, en el ámbito de la educación, y esto les dio una cierta holgura para la construcción de la salud, del bienestar, de la autoestima.

**Alcatraz:** *“no competíamos, podría haberse pensado que sí. Incluso ahorita lo llega él a pensar porque sigo estudiando. No, lo que pasa es que antes que mi mamá muriera, y ella se murió por una complicación operatoria, se le operaron las varices y se complicó con embolias múltiples, tuvo infarto pulmonar, y mi mamá se sentía enferma, y bueno yo fui la única hija, las dos estábamos siempre muy unidas, y ella me dijo: por favor, estudia, es lo único valioso que puedes hacer en la vida. Ella no me dijo: cástate, ten hijos ni nada, y yo tomé muy a pecho, y ya después me gustó, me encarrillé y a lo mejor mis hermanos varones han de pensar que competía con ellos, pero no”*

**Bugambilia:** *“el hermano mayor competía conmigo, desde el punto de vista intelectual, en relación a los roles que tiene que representar... al mayor le exigieron mucho... era el consentido de mi madre, el primer hijo, hombre, hijo deseado, etc. Fue siempre su adoración, excelente en los deportes. Mi hermana una mujer muy guapa, mucho muy guapa, divertidísimo pues era así la payasita de la casa, con puntadas excelentes, con un sentido del humor muy especial, después seguía yo, que siempre fui más seria... En relación a mi familia, soy la más pequeña de estatura, entonces no tenía mucho con que concursar, entonces lo único que pude concursar fue con mi inteligencia y con las calificaciones... te voy a ser franca, fui muy golpeada por mis hermanos, los dos mayores... Con mi hermana tiré la toalla, con la belleza paso, con ella no competía”*

Hay niñas-mujeres académicas, sin embargo, que no se colocan en relación de competitividad, mas bien, asumen la función aprendida de la maternidad, estas niñas-madres se hicieron cargo de sus hermanos o hermanas.

**Tulipán:** *“no porque el rol que se me asignó fue de... el engendro número uno de la familia. Mi hermana era muy chiquita, mi hermano era un bebe, yo cuidaba de mis hermanos. La competencia no se dio, era más bien una relación de protección, y sí se me cargaron mucho. Estas responsabilidades eran como deberes y obligaciones a cumplir”*

**Lilis:** *nos llevábamos bien, aún con todos los problemas. Éramos hermanos muy unidos, yo trataba siempre de protegerlos, yo en este momento sentía que era responsable de ellos”*

Incluso, desde niñas, se construye el velo de la igualdad, la ceguera de género, se piensa en la neutralidad de los géneros, que las mujeres estamos en iguales condiciones que los hombres, y otras veces (o muchas) nos sentimos tan semejantes a los hombres que nos identificamos con ellos y no con las mujeres, aunque pudieran haber otros factores particulares que llevaran a que esta niña-mujer, en las relaciones con su hermano, con los otros niños, relatara:

**Jacaranda:** *“la relación con mi hermano era espléndida, era de camaradería, de compañerismo, muy cercanos. Con mi hermana éramos distantes, era muy delicada, siempre se enfermaba, no le gustaba hacer travesuras, era la consentida de la familia, muy obediente, entonces si que no combinaba mucho con ella. Yo jugaba con puros varones, en el edificio donde yo estaba había puros hombres, y me llevaba excelente con ellos”*

Estas mujeres, desde niñas, iban generando algunos recursos de empoderamiento, otras más reproduciendo el modelo de docilidad, de ayuda, de *ser-para-otros*, tenían que obedecer, cumplir y para eso eran vigiladas, algunas castigadas. Se les preguntó sobre **el grado de obediencia y a quién(es) debían obediencia**, y contestaron:

**Bugambilia:** *“yo debía obediencia a todo el mundo, mis hermanos me mandaban, mi mamá me mandaba, mi papá me mandaba. Mi deber era estudiar antes que nada, comportarse bien, y en el caso de que no hubiera servidumbre, hacer de todo. No me vigilaban, no me tomaban en cuenta. Yo podía no llegar a comer y no pasaba nada”*

**Gardenia:** *“Yo siempre escarmenté por mi hermana, la grande. A ella la regañaban, yo entonces decía: si a esa mensa la regañan, eso no*

*lo hago yo. Todo lo que hacía ella, yo no lo hacía. Siempre fui muy bien portada, muy bien, siempre por la derecha, nunca tuve problemas. Mi mamá no nos dejaba salir ni ver la tele si llegábamos tarde o no hacíamos alguna cosa que ella quería”*

**Amapola:** *“No porque yo era muy dócil”*

**Hortensia:** *“No era necesario”*

**Jacaranda:** *“Por supuesto que debía obediencia a mis papás. Mis deberes y obligaciones era contribuir en el trabajo doméstico, había una... digamos... la casa era así como una extensión de ella (se refiere a su madre), que nos obligaba a tenerla en las mismas condiciones que ella quería estar siempre: siempre limpia, siempre ordenada. Vigilancia no, castigos muchos, por supuesto que muchos, de todo tipo, maltrato físico, verbal, psicológico, de parte de mi madre y de mi padre. **¿Cómo reaccionabas?** Pues, con mi mamá había una actitud de sumisión, al contrario con mi papá. Con mi mamá iba yo de mañosa y le decía: mamá, pégame porque hice esto. Yo me adelantaba a ella, trataba de conmovérla y siempre funcionó. En cambio, mis hermanos los tenía que perseguir bajo de la cama, por toda la casa... Yo prefería sacrificar el perdón anticipado antes de vivir las golpizas. Había una cuenta, te iban contando las faltas y a la tercera ya no había salvación, entonces te decían: te va una, van dos, y a la esta altura, mi mamá ponía a remojar varas de membrillo en la tina y tu sabías que a la tercera nada más iba por la vara”.*

**Lilis:** *“No, para la escuela nos decían que era nuestra obligación y responsabilidad, para las cuestiones de la casa, fuera de que me regañaban si estaba mal hecho, no me vigilaban”*

**Rosa:** *“sí, para que yo hiciera bien las cosas, se enojaba mucho si yo no hacía las cosas. No se preocupaba mucho con la comida, pero sí con la limpieza. Si llegó a darme mis nalgadas y mis cuerazos”*

Se puede entender que estas niñas estuviesen adscritas a determinadas reglas para configurar la ordenación del mundo familiar, pero lo importante a destacar en estas narrativas es el contenido de la vigilancia y del castigo, porque derivado de esta vigilancia y castigo, todas estas niñas-mujeres pasaron por violencia, en sus distintas expresiones, una fue amenazada, otras sufrieron algunos golpes, palizas y en el decir de ellas, manazos y trancazos. Las mismas y otras más recibieron maltrato verbal, desvalorización, insultos, gritos, indiferencia e impedimento para su desarrollo. Y ¿cómo reaccionaron a la violencia? Pues con rencor, temor, culpa, miedo, deseo de venganza, coraje, humillación, inseguridad y un fuerte deseo de ser querida. Pero casi todas se sometieron, no se rebelaron, aceptaron por impotencia, por carecer de recursos (materiales y simbólicos) la situación

impuesta, la condición heterodesignada: *ser-para-otros, ser-sin-poderes*, sin fuerza, sin vigor, y en este sentido un elemento más en la construcción de un estado de desasosiego, de inconformidad, de no entender. A la pregunta se habían pasado por algún tipo de **violencia**, indicaron:

**Gardenia:** *“me amenazaban por la ropa que usaba, como me vestía, recibía amenazas de dejar de ir a la escuela. Recibí indiferencia sí, de mi mamá y mi papá. Mi papá cuidaba mi hermana, la grande y mi mamá ha hermana chica. Entonces yo era la del medio, nadie me pelaba y yo decía: aquí estoy... Frente a esta situación ¿qué hacías? Yo ofrecía mis servicios: mamá yo te lavo el piso, los vidrios, yo te coso esto mamá, te hago lo otro. ¿Cuáles eran tus sentimientos? De mucho rencor a mis papás, porque sentía que no me querían”*

**Dalia:** *“si mi mamá nos daba de golpes, con lo que encontrara. Hasta la fecha digo que fue mi mamá una madre golpeadora. También insultos, gritos, indiferencia. Mi papá era muy regañón. Cualquier cosa que no le pareciera... mi mamá era de las que, aunque ella tuviera un problema, ella buscaba siempre a quien tenía la culpa entre nosotros. Siempre se desquitaba con alguien. Y mi papá estaba más ocupado con mujeres que con la familia”. ¿Cuál era tu reacción? De rebeldía. ¿Y tus sentimientos? De temor, venganza hacía mi mamá”*

**Margarita:** *“mi mamá me pegaba y mi hermano mucho me desvalorizaba” ¿Y qué sentías? Me sentía humillada, me daba coraje”*

**Amapola:** *“mi hermana mayor evitaba que mi mamá nos pegara, yo fui sobreprotegida por ella. Gritos si, insultos de mi papá y también de mi abuela paterna, una vez por haber roto un plato. Ella también desvalorizaba mucho a mi mamá. Mi abuela destruyó el matrimonio de mi mamá. ¿Cómo te sentías? Con mucho temor y culpa”*

**Flor de Lotus:** *“no, a veces creo que si, si recibía palizas, yo era terrible, yo me acuerdo una vez, por quitarle un juguete a mi hermano, lo correteé y entonces el se cayó y se pegó, y entonces creo que sí me pegaron. Mi mamá era más hábil en el maltrato verbal, en los insultos. También había mucha, mucha desvalorización... mi mamá siempre nos decía: Uds. dos (se refiere a ella y a una hermana) no se dejen de ningún hombre, Uds. van a tener que estudiar para no tener que aguantar cosas así. Pero, por otro lado... mi mamá me agredía en el sentido que siempre me criticaba. Si yo estrenaba alguna ropa, me decía: te ves gorda, no te queda este color. Siempre algo negativo, y eso sí me creó mucho rencor hacía mi mamá y mucha distancia. Sentí mucho oportunismo porque yo sentí que no me ayudaban, éramos pobres, con tantos*

hermanos, nunca había lo suficiente y yo aprendí desde niña que las cosas que tenía me tenían que durar, yo nunca fui una niña que: hay que necesito unos zapatos, nunca. Yo sentía que casi no participaban en términos de apoyarme, de preguntarme cómo te va, pero si lograba yo algún triunfo, entonces si mi mamá se sentía así ancha. **¿Has podido comprender el comportamiento de tu mamá?** Hoy día entiendo, pero no deja de doler. **¿Qué sentías?** Temor, porque hubo tiempos que mi mamá se puso muy, muy mal, mucho grito y todo era pleito y yo tenía miedo que algo pasara a mis hermanos, en términos de que yo sabía que ella podía lastimarlos con las cosas que decía”

**Tulipán:** “manazos de mi madre y trancazos de mi padre. Gritos cuando mi pobre madre se desesperaba, insultos si, era parte del lenguaje florido de mi madre. Sí hubo impedimento porque mi hermana reprobó en la escuela, entonces mi mamá pensó que no debía haber diferencias entre las hijas y solicitó a los maestros que también me reprobaran, aunque había aprobado el año. También hubo desvalorización por la diferencia que hace mi madre con respecto a las mujeres y los hombres. Bueno, no era desvalorización, sino que sentía yo la diferencia enorme cuanto a la cantidad y calidad de las responsabilidades que se daba a mis hermanos y a nosotras. Eso me daba mucho coraje y sentimiento de malestar”

**Bugambilia:** “no me tomaban en cuenta, yo podía no llegar a comer y no pasaba nada”, pero si he recibido golpes de mi hermano, de mi hermana para divertirse. Para que me dejaran jugar con ellos, tenía que dejarme golpear primero. Por los golpes me rompieron los lentes. De vez en cuando me golpeaba mi mamá por travesuras. Los insultos, constantemente de parte de mi hermano mayor, de mi hermana y de mi padre, una forma de insulto terrible, es decir, el silencio. Gritos, mi papá todo el tiempo, me dejó muchas marcas. Desvalorización, constantemente. Impedimento para mi avance también por un problema de salud, poliomeilitis. El problema no fue la enfermedad, sino como mi padre tomó la enfermedad: me castigó con el silencio porque su hija tenía que ser perfecta y como no lo fui, me borró. La actitud de mi mamá también muy contradictoria... en ciertos aspectos me protegió, por otro lado aceptó la indiferencia de mi padre hacía mi. Fue terrible, que tu no sepas porque no te quieren de niña o porque te dejaran de hablar. Piensas que tu estás mal, que tienes la culpa. A mi me costó mucho trabajo llegar a la situación de decir: no, el problema no es mio... Eso no se le hace a una niña. **¿Qué más sentías?** Culpa, mucho miedo, mucha inseguridad, mucho deseo de ser querida”

**Hortensia:** “sobretudo desvalorización de mi padre. **¿Tu reacción?** Ninguna, aprendí a callar, no me expresaba, solo en algunos momentos platicábamos”



**Alcatraz:** “nada más una vez mi papá me golpeó muy fuerte por una calificación, falsifiqué su firma. Me recuerdo que entre los hermanos nos agredíamos mucho verbalmente, nos decíamos de cosas. **¿Cuáles eran tus sentimientos frente a la violencia?** Mi abuela hizo sufrir mucho a mi mamá, llegué a desearle algo a mi abuela, no algo muy malo, pero sí que no se la pasara mejor de lo que la pasó mi mamá”

**Lilis:** “física no, psicológica si. Mi mamá siempre ha tenido preferencia por los hijos varones, de hecho tanto en la familia de mi padre y de mi madre, la mujer era nada más para casarse. Algo curioso es que el hecho que mi papá tuviera puras mujeres era para su familia un fracasado, porque mientras más varones tuviera era mejor, no? Entonces, la violencia era emocional, ¿para qué vas a la escuela si tienes que casar? Desde los 8 años tuve neurodermatitis, un problema de estrés, por los problemas de la casa, por tener que asumir roles que no me correspondía. **¿Qué sentías?** Creo que eran sentimientos ambivalentes. Por un lado tenía coraje de ver toda la situación, porque aunque nuestros padres no golpeaban a nosotros, había golpes entre ellos, y por otro lado teníamos culpa, porque pensaba que a lo mejor nosotros somos los que estamos causando los problemas, pero también el temor que se fueran separar, desintegrar la familia. **¿Llegaste a comprender lo que pasaba entre tu madre y tu padre?** Nunca lo entendí”

**Rosa:** “recibía golpes principalmente de mi mamá, pero nunca que me lastimara o me rompiera algo. También verbalmente se ponía muy brava. Mi papá a mi me llegó a pegar pocas veces. Desvalorización si recibí, y por el hecho de ser mujer, me hacían sentir que por este hecho estaba por debajo. Mi mamá siempre me hacía ver que por el hecho de haber nacido mujer iba sufrir mucho, que iba pasar mucho trabajo. Mi papá era un hombre curioso, porque al contrario decía que yo tenía que ser una profesional, que la situación como mujer me iba permitir ser profesional, rebasar toda la desvalorización de la sociedad. Mi papá era violento, pero no con palabras groseras, y no directamente conmigo, no cuando fui chiquita. **¿Tuviste algún impedimento para tu desarrollo?** Yo desde los 9 años ya vivía por esta zona, era una zona muy atrasada, muy violenta, las escuelas que habían eran muy malas, incluso los delincuentes, los rebeldes sin causa, asistían a estas escuelas. Era una zona que me oprimía mucho y aún cuando los problemas habían disminuido un poquito, las golpizas que mi papá daba en mi mamá, todavía habían problemas. Mi medio hermano fue a vivir con nosotros, mi abuela también fue a vivir con nosotros, mi mamá tenía muchos pleitos con mi papá. Pero para eso, antes, cuando vivía en otro lugar, fue una época muy aguda, mi papá golpeó mucho a mi mamá, fue cuando más golpeó a mi mamá, y eso me trastornó mentalmente, me mortificaba mucho. Iba a la escuela, pero me quedaba pensando en los problemas que había con mis papás, y

*decía: ¿porqué? Esto impidió mi desarrollo en la escuela, impidió que avanzara. Me decían que yo era una burra. Fue hasta cuando llegué al 6° de primaria, encontré a una maestra que me ayudó mucho porque me estimuló, me elevó mi autoestima, me dijo que era inteligente, que podía, que no era tonta. Me llevaba a su casa, me enseñó otro ambiente, otro tipo de relación. (En este momento, Rosa llora mucho) **¿Cuáles eran tus sentimientos en relación a la situación vivida entre tu padre y tu madre? Sobretudo de culpa no sé porque, y mucha inseguridad***

**Orquídea:** *“la violencia era psicológica, insultos, gritos, desvalorización, siempre me decían, por ejemplo, que era maldita, mala, que no respetaba a mi mamá, no querían que yo estudiara porque como mi papá había muerto, no había dinero. **¿Cómo reaccionabas, qué sentías?** Yo pensé irme de la casa, siempre fue muy rebelde. Yo sentía que no me querían, pero no lo entendía, ahora lo veo. Mi mamá tenía tantos hijos, yo siempre le ayudé, pero ella quería que le ayudara más”*

La violencia hacia las mujeres, desde su niñez, es una constante en la sociedad, en sus diferentes espacios. Y, a pesar de ser vista como algo indebido, es reafirmada por el imaginario colectivo en base a la debilidad natural de las mujeres y del correspondiente papel de protección y tutelaje, también natural, de los hombres (y de muchas madres), sobre la fuerza y la agresividad masculina. Las distintas expresiones de violencia hacia estas niñas son a la vez actos de afirmación patriarcal, aún cuando la violencia es ejercida de una mujer a otra mujer, porque la violencia de mujeres hacia mujeres también obedece a un mandato patriarcal.

La violencia, como ejercicio del poder, conlleva no solo marcas en el cuerpo físico, sino sobretudo, en el caso de esas niñas-mujeres académicas, marcas en la subjetividad, marcas que reflejan el sentirse rechazadas, inseguras, improntas que vienen a reforzar su subalternidad, aunque les pegue, les grite, insulte, ignore, desvalorice, al padre y a la madre (desde sus propias carencias), hay que justificarles: “es que...” Siempre habrá un buen pretexto para ejercer la violencia contra las mujeres y más sobre las niñas - de las mujeres, las más indefensas -. Ellas aprenden, también desde este ámbito, que no se pertenecen, que sobre ellas

es válida (aunque es considerado malo) la violencia, el ejercicio vertical del poder, ese que causa daño, heridas en el cuerpo, en la subjetividad, en la autoestima.

### **El trabajo en la niñez**

En lo que se refiere al trabajo, las mujeres académicas en la niñez, ejecutaban múltiples tareas domésticas, impuestas por su género, solo a ellas, porque sus hermanos hombres no tenían estas obligaciones. Las actividades que desarrollaban eran en su mayoría las de lavar los trastes, ayudar con la comida, sea en la compra o en la preparación de los alimentos, pero también lavar el baño, planchar, hacer las camas, barrer, sacudir los muebles, incluso pintar la casa, pero las que además les correspondían eran las de cuidar a los hermanos más chicos, arreglarlos, llevarlos y sacarlos de la escuela. Estas mujeres, en la niñez, son madres porque cumplen funciones y porque se relacionan de manera maternal con sus hermanos y hermanas menores, los/las cuales, en mayor o menor medida, están a su cargo. Se convierten en madres por herencia, porque sus propias madres les heredan en vida a sus hijos.

Marcela Lagarde explica la tarea de estas nanas pequeñas: “La sociedad no les confiere el título de madres a estas niñas; la ideología de la maternidad cubre el contenido de esta maternidad infantil, y sólo identifica a niñas que juegan, o en caso extremo que ayudan a sus madres. El hecho de que este fenómeno no sea apreciado como maternidad se debe a que en la ideología de la maternidad, madre es aquella que cumple con el estereotipo: los hijos son de quien los pare, madre es la que parió”<sup>195</sup>.

Estas niñas-madres no concuerdan con el estereotipo que sólo ve maternidad donde hay cuerpo y hombre, pero sí son madres porque la maternidad es un hecho cultural, un estado de vida que en ocasiones pasa por el cuerpo, por la sexualidad, pero en otras, no tiene que ver con esa dimensión, sino con formas de

---

<sup>195</sup> Marcela Lagarde. *Los cautiverios de las mujeres*, op.cit., p. 402.

relación entre la mujer y el niño/niña – *los otros* - que implican ciertos cuidados, afectos, actividades y trabajos, que puede desempeñar cualquier persona, independientemente del sexo y de la edad. Pero además, sostiene Marcela Lagarde “no se reconoce como maternidad debido a que en ella se centran el poder y el reconocimiento de la madre: la primera que no está capacitada para reconocer la maternidad de su hija sobre sus otros hijos, es la propia madre; si lo hiciera, restaría valor a su ser”<sup>196</sup>.

Son las hijas también las principales colaboradoras de la madre en las actividades de reproducción, ya que son las mujeres más cercanas en la vida cotidiana. Son las hijas, quienes naturalmente cuidan a sus hermanos, y también cuidan la casa. Por la dependencia y la sujeción opresivas que las ata a sus madres, deben obedecer y cumplir con esa obligación. Este quehacer, no es representado como trabajo porque tanto la maternidad como el trabajo son considerados como contenidos de la vida adulta. Los principios de interpretación son que las niñas no son madres (ellas sólo juegan y se entretienen cuidando a sus hermanos) y las niñas no trabajan (sólo aprenden cosas de mujer, aprenden a ser mujer) y eso impide la comprensión de la maternidad y del trabajo infantil.

“Las niñas aprendices adquieren en esta vivencia pedagógica y laboral, de manera simultánea, dones para la maternidad y con ello avanzan en la consecución de la feminidad”<sup>197</sup>. Estas son las narrativas de las niñas-mujeres académicas que comprueban los planteamientos señalados, a la pregunta de que **¿cuáles eran las actividades realizadas?** ellas afirmaron:

**Lilis:** *“mis padres siempre tuvieron conflictos matrimoniales... entonces quien entraba con las labores domésticas, de cocina, de cuidar a los hermanos era yo. Tenía yo 8 años. Debíamos ir a la escuela, teníamos que irnos solos, yo arreglaba a mis hermanos, como que yo sentía la responsabilidad de llevarlos a la escuela, y a la salida los regresaba a la casa. Estudiábamos en la tarde, en la*

---

<sup>196</sup> Marcela Lagarde. *Los cautiverios de las mujeres*, op.cit., p. 402.

<sup>197</sup> Ibid, p. 403.

*mañana es cuando asumía roles domésticos, y mismo cuando estaba mi mamá yo la ayudaba en la casa. Mi madre me enseñó a lavar y a tender la ropa, lo demás aprendí viendo como lo hacía”*

**Rosa:** *“desde muy chiquita fui muy participativa en la casa. Desde los 7 años hacía los quehaceres de la casa, yo no cesaba de lavar loza, guisar, pero mi mamá me cuidaba de que no me quemara. Pero lo que era la limpieza, hacía mucho, tender cama, limpiar, trapear. Antes de irme a la escuela yo lavaba, dejaba recogida la casa, por eso me he acostumbrado siempre a llegar tarde a las cosas”*

**Tulipán:** *“mi hermana por ser chiquita rehuía los deberes y a mi hermano no le dejaban hacer nada, yo entonces asumía muchas responsabilidades, como ayudar a mi mamá, hacer tanto trabajo en la casa, lavar los trastes, planchar, hacer de comer, comprar la despensa, diseñar los menus para toda la semana”*

**Flor de Lotus:** *“no era muy pesado, era lavar trastes, ayudar en la comida, hacer compras, pero eso sí mi mamá siempre cargó con lo más pesado. Diario ayudaba, pero más que en la casa, donde yo más le ayudaba a mi mamá era con mis hermanos, los llevaba a la escuela, iba por ellos”*

**Jacaranda:** *“encerar el piso, lavar los trastes, a mi me apodaban la ratona Bon Ami, ratona porque era muy chiquita y Bon Ami porque era muy acuciosa para limpiar todos los rincones. Lo hacía absolutamente diario y fue mi mamá quien nos adiestraba y nos habilitaba en todas esas tareas”*

**Hortensia:** *“diario tenía que ayudar a cocinar, planchar, poner y quitar la mesa. Nadie me enseñó, aprendí viendo. No había castigos porque no me negaba a hacer”*

Ellas además tenían la obligación de las tareas de la escuela, y en su mayoría no contarán con la asesoría de nadie para cumplirlas. Las cuestiones de la escuela eran aprendidas en la escuela, las de la casa eran aprendidas en la casa, ni para una, ni para la otra, fue necesario contar con ayuda, se supone que así tenía que ser, y así fue.

**Flor de Lotus:** *“Mi mamá era casi analfabeta, apenas terminó la primaria y mi papá nunca estaba. Mi mamá preguntaba si había hecho las tareas, pero no las checaba”*

**Jacaranda:** *“no me acuerdo a que horas hacía la tarea, pero las hacía, y jamás tuve asesoría, en mi casa jamás”*

**Hortensia:** *“cumplía con todas las tareas, solo me castigaban por utilizar las dos manos, era ambidiestra”*

La maternidad y el trabajo infantil no se agota en los cuidados hacia los hermanos menores o en las pocas o muchas actividades desarrolladas en la casa, estas niñas fueron protagonistas directas en la reproducción social, afectiva, intelectual y material *del otro*, y por el espacio que esta relación y estas funciones ocupan en su propia vida y en la conformación de su propia identidad, además de la generación de un desgaste físico y psíquico por la responsabilidad asumida, por el esfuerzo realizado.

### **La subjetividad en la niñez**

Formadas para asumir los roles propios de su género, estas mujeres todavía niñas ya llevaban marcada en su subjetividad la carencia del género al que estaban adscritas. Algunas de ellas indican que su nacimiento representó un gusto, una alegría. Para muchas el hecho de haber nacido mujer representó un problema, una decepción, una tragedia, un desastre. Se les preguntó: ***¿cuál fue el significado de tu nacimiento para tu padre y tu madre?***

**Gardenia:** *“mi mamá siempre nos platicaba que cada vez que nacía una de nosotras, mi papá decía: ¡ai! No fue niño, y siquiera iba nos ver, no?”*

**Dalia:** *“un problema porque para empezar no había recursos económicos, a mi papá le ofrecieron un puesto en otra ciudad, entonces para ellos yo fui un estorbo, porque me tuvieron que llevar y había muchas broncas porque en este lugar no había infraestructura, y por lo tanto me tuvieron que regalar con mi abuela. Para mi papá el nacimiento de sus hijos varones era lo máximo, cuando nacía una mujer decía: otra mujer más, y para mi mamá daba igual”*

**Amapola:** *“mi mamá dijo: uno más y mi papá quería niño”*

**Tulipán:** *“para mi madre fue de confusión, porque no quería tener hijos ni tan rápido ni tan seguido. Hubo cobranza por tener otra hija. Para mi papá las mujeres eran la cosa más hermosa que pudiera existir. Los hijos no fuimos deseados, fuimos aceptados porque no les quedó de otra a mi pobre madre”*

**Jacaranda:** *“yo creo que una tragedia porque nos llevamos un año de diferencia y entonces el apodo de ratona, la del pilón, la chiquis, todos esos apodos siento que tenían que ver a lo mejor con una idea no muy planeada. Primero porque mi hermana era enfermiza, en segundo lugar ya tenían el varón, yo realmente vine a meter muchísimo ruido, sobretodo un embarazo muy difícil, sietemesina, mi mamá con una fiebre puerperal en el momento de mi nacimiento, me*

*tienen que dar cuarentena... entonces, creo que no había por parte de mi padre mucho gusto porque yo naciera y mi mamá tampoco”*

**Bugambilia:** *“fue un desastre total. Una hija no deseada, dicho por mi madre. Una hija rechazada, intentaron abortarme”*

**Hortensia:** *“no recuerdo claramente, pero sé lo que me contaba mi madre. Mi madre adoraba la morena\* y cuando yo nací dijo: ¡mira es querita!”*

¿En qué medida se vieron afectadas en sus vidas estas niñas no deseadas? Seguramente el saberse no deseada no trae sentimientos y estados de alegría, de dicha, sino de tristeza, de incompreensión, de carencia afectiva, que en la problemática de este trabajo se traduce como estados muy cercanos al malestar, a la dolencia, y también a la enfermedad ya que la depresión puede conllevar a una inmunodepresión, dejando el cuerpo más vulnerable a desarrollar problemas en detrimento de la salud.

Algunas de las niñas-mujeres académicas, no obstante, fueron queridas, eran la primera hija de la pareja o eran la primera niña entre los hijos varones, como es el caso de:

**Alcatraz:** *“fui una niña deseada por ambos, era la segunda, entonces mi hermano ya había nacido, para mi mamá fue algo, creo mucho mayor que para mi papá, para el fue su primera hija, para ella yo fui muy especial”*

**Lilis:** *“fue un acontecimiento muy importante, principalmente para mi padre. Mi madre tuvo todos sus hijos en casa, entonces para él eran momentos muy especiales porque él me vio nacer, me recibió. Mi mamá todavía hace broma y me dice que mi papá, desde que nací, se enamoró de mi, en el aspecto de que soy su niña consentida”*

**Rosa:** *“yo fui recibida con mucho gusto porque fui la niña. Algo antagónico, por un lado era niña, era la mujer, con todo lo que significaba ser mujer en la época, pero a mi padre le dio mucho gusto que yo fuera mujer, mi mamá estaba feliz que yo era la niña, que iba a ser su compañerita”*

**Orquídea:** *“fue muy importante porque yo era la primera hija, mi papá me quería mucho porque yo era la primera, ya después vino tres varones”*

---

\* Hortensia se refiere a la hermana morena

Seguramente esas niñas tienen como marcador en su identidad y subjetividad el haber sido deseadas, queridas, mismo desde su nacimiento. Esto genera condiciones de bienestar, de alegría, de privilegio, evaluación afectiva, condición más cercana a la salud.

Y ellas, **¿cómo sabían que eran niñas?** Pues algunas no sabían, pero muchas se dieron cuenta por las marcas del género, o sea, por los accesorios con que vestían sus cuerpos o por las diferencias en relación a sus hermanos hombres. ¿Cómo darse cuenta de que eran niñas por otros referentes? ¿Acaso son niñas, son mujeres por su valorización social, por sus oportunidades, por el poder decidir qué, con quién y cuándo jugar? Mas bien por una diferencia basada en la menor flexibilidad para los juegos, para los horarios, por la incomodidad de los atuendos, por las miradas en sus cuerpos, por la incomodidad de esas miradas. ¿Será que esas niñas vivieran plenamente su niñez? o la tuvieran circunscrita a los mandatos de género? Vivieran más recluidas, con menos movilidad, con más trabajo, más responsabilidades, justamente por ser mujeres-niñas. La pregunta de mayor pertinencia, que dejamos planteada como reflexión es: ¿Cómo se las arreglaran estas niñas para desear ser una mujer en un mundo paternalista, masculino y fálico?

**Rosa:** *“por mi manera de vestir y también porque hubo una diferenciación muy marcada con respecto de mis hermanos. A ellos los dejaba jugar hasta muy tarde, les dejaba jugar a las canicas, a mi no. Había una diferenciación muy clara, la educación incluso fue muy diferente”*

**Lilis:** *“no recuerdo... lo que me acuerdo era que siempre anduve de vestido y de trenzas”*

**Alcatraz:** *“pues yo lo percibí en un mundo de hombre como una desventaja. Había una situación de que los hombres eran lo máximo, superiores a las mujeres. Yo lo aceptaba, pero no estaba muy conforme. Simplemente eran más que yo, eran cuatro contra un... yo era sumisa por minoridad”*

**Orquídea:** *“porque me trataban diferente respecto a mis hermanos, no dormía en la recámara de ellos...”*

**Bugambilia:** *“por las pantaletas que tenían muchos encajes, y no podía sentarme, me chocaban estas pantaletas, me picaban y yo veía que mis hermanos usaban calconzitos que no les picaban”*



**Jacaranda:** “no tengo ningún recuerdo que me haya causado conflicto con respecto a eso. Pero sí sabía que era niña, ¿cómo lo sabía? No sé, si me lo preguntas ahora, a la distancia, me pongo a pensar y creo que habría muy pocas cosas, talvez el hecho de ir ofrecer flores a la iglesia, que tenían que vestirme de blanco... A partir de los 6 años ya no usaba la ropa de mi hermano, que era la que me daban, y claro era ropa masculina, pero... si tuviera que ubicarme en algo es en esto, de ir a iglesia y que a las niñas nos sentaban en un lado y a los niños en otro lado, como que había esa diferenciación muy marcada, que no te permitían usar pantalones, las niñas íbamos de vestidos ampones, de crinolina... era muy claro donde estaban las niñas y los niños”

**Tulipán:** “no sé, yo siempre supe que era niña, pero me di cuenta cuando mi papá nos bañaba juntos y veía una cosa chiquita allí colgando. Y preguntaba a mi papá: ¿qué sientes? Lo apachurraba y le decía: ¿le duele? ¿no sientes que se te mueve?”

**Flor de Lotus:** “que me diera cuenta no. Siempre fui conciente de eso. Pero cuando empecé a llegar a los 10, 11 años, había como que... mis tíos me empezaron a mirar de una forma que me hacía sentirme terriblemente incómoda. Creo que fue en este momento cuando empecé a pensar que había algo diferente, aunque nunca me tocaran”

**Margarita:** “pues porque usaba vestido y por los juegos”

Estas niñas-mujeres académicas llevan en el cuerpo la impronta de haber dejado la niñez, sea por las responsabilidades asumidas, por el trabajo o por lo que sucede en sus cuerpos sexuados: la menstruación. Las cuestiones planteadas fueron: **¿cuándo dejaste de ser niña? y ¿hasta que edad tu consideras que si es niña?** A lo que ellas respondieran:

**Gardenia:** “dejé de ser niña como a los 12 años, con la menstruación. Yo quería ser siendo niña, pero como tenía eso de la regla, ya no me dejaban brincar y saltar como antes. Me quitaron mi niñez, porque yo seguía niña. Inclusive cuando entré a la prepa, mi hermana me pintaba para que no me viera niña”

**Dalia:** “no tengo ni idea cuando dejé de ser niña, talvez cuando empecé a tener novios. Es bien difícil saber hasta que edad una es niña, yo tengo una hija de 15 años y para mi sigue siendo mi niña”

**Margarita:** “fui niña hasta que me casé y pienso que siempre somos niña”

**Flor de Lotus:** “yo no sé si fui mucho tiempo niña, o sea, haberme cargado de tantas responsabilidades, yo empecé a actuar y a comportarme como se fuera un adulto chiquito. Siempre tenía mi

*opinión y a mis hermanos siempre les estaba diciendo que hacer. ¿Hasta qué edad se es niña? Depende de la familia, depende de cómo la eduque. Yo he visto niñas que nunca fueron niñas y hay familias donde tienen 30 años y siguen siendo niños”*

**Tulipán:** *“cuando empecé a asumir muchas responsabilidades. Se es niña hasta la edad que no tienes que tomar decisiones”*

**Jacaranda:** *“Yo me imagino que el niño es que no tiene responsabilidad, o que relativamente no la tiene, o las puede manejar adecuadamente, no? Yo calculo que dejar de ser niña fue alrededor de los 11-12 años, no talvez a los 8 años, por fin lo dejo en 8 años, porqué? Porque mi mamá era muy enfermiza, tuvo muchos problemas de salud y siempre estaba yendo al hospital, por una operación o... yo me recuerdo muy bien que ella llegó un día y se lamentó que no hubiera nadie que le sirviera un consomé. Yo sentí como que mucha preocupación y dije: tengo que aprender y si aprendí a cocinar talvez desde esta edad. Subía en los banquitos para hacerle la comida a mi mamá, que estaba enferma, pero además ya para hacerme cargo de la ropa y del quehacer de la casa. Entonces son responsabilidades que yo asumí, que no eran mias, que por supuesto tenía que haberlas resuelto mi papá o mi mamá, pero que al no resolvérselas, asumí yo. Y creo entonces que uno deja de ser niño, no? al asumir estas tareas”*

**Bugambilia:** *“yo dejé de ser niña al 6° año de primaria, pero ni me di cuenta”*

**Hortensia:** *“dejé de ser niña ya bastante crecida”*

**Alcatraz:** *“psicológicamente cuando mi madre muere, a los 9 años, pero bueno, ya físicamente a los 12 años cuando empecé a menstruar y fue cuando me empezó a caer el veinte que ya no era una niña”*

**Rosa:** *“con la primera menstruación, me veía distinta, por ahí me daban un beso, me gustaba los muchachos”*

**Orquídea:** *“a los 12 años cuando comencé a menstruar”*

Para cuando fueran grandes tenían sus sueños, muchas lo realizaran, otras no, tuvieron que contentarse con carreras afines, con otras realizaciones que aunque dicen haberlas satisfecho, no fueron lo que tenían pensado en la niñez, período clave en la construcción de los anhelos, deseos, esperanzas. Llegar a concretar los sueños siempre es estar más cercana a la salud, a la dicha. En la niñez es más generalizado el hecho de que las expectativas de *los otros* funcionen como mandatos, tanto por la diferencia de edad, como por el autoritarismo prevaleciente. Las primeras expectativas son claves de identidad asignada y la primera conciencia nos es dada por los deseos y las expectativas de los otros: madre,

padre, hermanos, otras, otros parientes, maestras, y cualquier otra persona importante. **¿Qué querían ser estas niñas cuando fueran grandes?**

**Gardenia:** *“médico”*

**Dalia:** *“yo quería ser profesionalista”*

**Orquídea:** *“secretaría, porque tenía una prima que era secretaria y la admiraba mucho”*

**Rosa:** *“la imagen de mi maestra que me ayudó me marcó tanto que yo quería ser maestra. Para mi era un sueño. Mi maestra era un ángel para mi”*

**Lilis:** *“siempre quise estudiar medicina”*

**Hortensia:** *“en algún momento pensé en ser monja”*

**Bugambilia:** *“tenía varios planes. Uno fue que quería estudiar las plantas y árboles, otro era ser directora de orquesta y otro más ser enfermera”*

**Jacaranda:** *“Ah! Yo quería ser dependenta de un centro comercial, tener una cajita registradora y poder manejar los billetes... el ruido que hacía en las máquinas. Era la ilusión de mi vida”*

**Tulipán:** *“un montón de cosas. A mi pasó lo que le pasa a otros infantes, buscas un modelo interesante. En este momento no era interesante ser ama de casa. A mi me interesaba la policía, los militares, yo jugaba con esas cosas. Mi madre quería que yo fuera enfermera, a mi me gustaba eso de la violencia”*

**Flor de Lotus:** *“creo que quería ser científica, me gustaba mucho todo eso de los robots”*

**Amapola:** *“quería ser médico”*

**Margarita:** *“maestra”*

Los **hechos más significativos** que marcaron la niñez de las mujeres académicas fueron para algunas satisfactorios, contribuyeron a su desarrollo saludable, otras sin embargo no fueron marcadas con hechos definitorios de satisfactores de salud, más bien, fueron hechos dolorosos, incluso de enfermedades propias o de sus familiares.

**Flor de Lotus:** *“así como un punto especial, no. Me acuerdo que yo iba a la primera escuela que asistí, fue una escuela de monjas, y eran muy estrictas y pegaban, y entonces una de las veces me pegaron porque llegamos tarde. Se quitaban el cinturón que estaba hecho como de cordón, y con eso me pegaron. Me acuerdo que me enojé muchísimo porque yo decía: porque si no fue mi culpa, fue culpa de mi mamá que nos mandó a esta hora. Tendría yo como 6 años y me acuerdo de la lucidez de este pensamiento. Porque*

*demonios me van a pegar si no fue mi culpa, no? Fue un momento muy especial. Y hay otro momento, en la misma escuela, me acuerdo que nos leyeran el cuento de Hansen y Gretel y hay un momento en donde los niños matan a la bruja y se salvan, y entonces cuando llega ese momento del cuento todos mis compañeros aplaudiendo que mataran a la bruja, y yo empecé a llorar, y la maestra me decía: y ¿tu porqué lloras? Pues porque la mataron y dice la maestra: pues ella era mala. Y me acuerdo muy claramente que le dije: pues ella no tiene la culpa de ser bruja, ella era así, era bruja, no podía actuar de otro modo”*

**Tulipán:** *“el problema de mi rodilla, la muerte de mi abuela materna, sus constantes problemas de salud y la muerte de mi tía”*

**Jacaranda:** *“la importancia del juego, del desafío. Mi hermano y yo hacíamos cualquier cantidad de cosas para desafiar el peligro, entonces creo que eso era muy interesante... descolgarnos de un edificio de 5 pisos, por ejemplo, con un cable, eso es importante. Otra cosa era que a mi hermano y a mi nos gustaba ganar dinero y no tener dependencia económica. Éramos los mandaderos de todo el edificio, cosa que a mi papá le causaba mucha indignación, mi papá viene de una familia muy tradicional... el tenía que aportar todo, no? Entonces mi hermano y yo, como podíamos, íbamos por tortilla, por tacos, combustibles, etc., incluso los patines que nos regalaban, los deshicimos para hacer un carrito, lo teníamos debajo de las escaleras del edificio, que tenía como 20 departamentos, y donde había una especie de hueco, y mi hermano y yo pusimos unas láminas y allí guardábamos todo lo que podíamos para estar haciendo los mandados de los vecinos, no? Siempre tuvimos dinero mi hermano y yo, y eso nos permitía pagar a mi hermana para que hiciera el quehacer de la casa”*

**Bugambilia:** *“lo que más me marcó fue el desprecio de mi padre”*

**Hortensia:** *“la claustrofobia. Son pocas cosas que yo me acuerdo, pero entre ellas una si me marcó, es que mi madre y mi padre tenían unos amigos en el edificio y cuando me quedaba dormida, ellos iban a jugar con estas personas, mi hermano si se quedaba conmigo, el mayor, pero yo me despertaba y no veía a mis padres, y para mi era como estar sola en el mundo. Salía corriendo, exactamente por el elevador... me sentía abandonada y además en un lugar oscuro”*

**Alcatraz:** *“la muerte de mi madre, si acaso también las medallas que fui ganando... me fui dando cuenta que no era tan mala como para haber sido mujer. Mis hermanos eran buenos, pero no sacaban diplomas, yo era la única de los cuatro que ganaba medallas”*

**Lilis:** *“los problemas entre mis padres, la poca comunicación que había entre nosotros con nuestros padres”*

**Rosa:** *“mi infancia tuvo momentos muy duros, pero lo que más me marcó fue que yo no quería exactamente lo que mi papá quisiera que yo fuera. Quería ser diferente”*

**Orquídea:** *“tener un hermano que me apoyara, me llevaba con él a divertirme”*

### **La salud-enfermedad en la niñez**

Los problemas de salud-enfermedad hacen parte del proceso salud-enfermedad, pero se enfatiza que la construcción del proceso no se agota en los problemas. Estos son resultantes de todo el proceso y, por supuesto de otras condiciones sociales, además del género. Para los objetivos de este trabajo, se presenta los problemas de salud-enfermedad recordados y relatados por las mujeres académicas, en el ciclo de la niñez.

Los problemas de salud-enfermedad fueron múltiples, aunque no considerados de gravedad por ellas mismas, que se tipifican como **infecto-contagiosos**:

- problemas bucales
- amigdalites
- diarreas
- resfriados
- gripes
- sarampión
- varicela
- paperas
- infecciones estomacales
- infecciones urinarias.

Otras manifiestan mayor gravedad de sus problemas, que hemos clasificado como **crónico y/o degenerativos** por ser tratables, no curables, por la durabilidad en el tiempo, por desconocerse tanto la etiología como la patogénesis de dichos problemas.

- Poliomeles (con parálisis, atrofia, problemas de columna)
- deformación de la rodilla
- alergias

- neurodermatitis
- colitis
- pie plano con las consecuencias que se originan y que se arrastran a lo largo de sus vidas, porque no fueron atendidos
- problemas de vista
- reumatismo

Respecto a las **dolencias y malestares**, las mujeres académicas indican los siguientes problemas:

- sangre por la nariz
- cólicos
- mordida por un perro
- dolor de estómago
- dolor en la columna
- dolor en las piernas
- dolor en los brazos
- migraña
- fractura de diente
- hiperquinesia
- rehabilitación con ejercicio extenuante y consecuente dolor
- 3 años de hospitalización
- separación de la familia por miedo a contagio
- inmovilidad
- depresión
- ansiedad
- desórdenes alimentares
- mareos
- problema con la estatura
- problema con el peso
- callos
- manos atadas para no rascarse

- ungüentos corporales que causaban molestia
- caída de uña por un golpe

Todas indican haber recibido las vacunas prescritas para la niñez, aunque habría que pensar porque una de ellas entonces desarrolló poliomelitis. Podría pensarse que ¿las vacunas por estos años no obedecían a un alto criterio de calidad?, o ¿la aplicación de la vacuna contra la poliomelitis fue realizada a destiempo y por lo tanto no llegó a inmunizarla del problema?, o que aunque fue aplicada a tiempo y tuviera la calidad necesaria para la inmunización, en esta niña, particularmente, ¿sus condiciones biológicas, físicas y/o psíquicas no permitieron alejarla de tal problema?, o ¿en esta época esta vacuna todavía no había sido descubierta?

A sus problemas recibieron **atención médica**, no todas ni para todos los problemas:

**Dalia:** *“nunca, yo misma me preparaba los tes para el dolor de la panza”*

**Flor de Lotus:** “solo cuando teníamos algún accidente”

Para algunas hubo **problemas que no se atendieron**, y aunque lo justifican por la precariedad de la situación económica, por la ignorancia del padre y/o de la madre, por no acostumbrarse en la época cuidar y checar periódicamente la condición de salud-enfermedad, manifiestan inconformidad. Estos problemas son: problemas bucales, pie plano, rodillas, alergias y falta de apoyo psicológico.

Algunas de las niñas pasaron por **cirugías**: Hortensia y Flor de Lotus de muelas, Jacaranda y Dalia de las amígdalas, Bugambilia pasó por varias del pie y de la pierna por la poliomelitis, y una de ellas, **Alcatraz**, llegó a tener de 10 a 12 cirugías de la cadera.

La **alimentación** de ellas, de manera general, la indican como buena en cantidad y calidad, aunque algunas refieren la desigualdad en el recibimiento de los

alimentos, en comparación con los hombres, sea el padre o los hermanos: *“buena, pero los hombres recibían más”, “buena, comíamos todos juntos, pero a mi papá se servía primero”, “suficiente e igual para todos, pero lo mejor era para mi papá”,* otras más si indican carencia alimentaria: *“precaria, no había dinero, era casi casi lo que caía, y se servía primero y mejor a mi papá y a mis hermanos”, “mala por comer muy tarde y era muy picante”, “buena en calidad, pero insuficiente, y siempre se servía primero a los hombres”;* también refieren la obligatoriedad en el consumo de los alimentos: *“muy buena, rica, pero había obligatoriedad de comer todo”, “sana, pero impositiva”, “éramos obligados a que comer lo que se servía, en mi casa no se podía desperdiciar nada”,* y la referencia de la indiferencia en la preparación de los alimentos: *“lo mismo todos los días”.*

Todas recibieron **ropas** adecuadas, abrigadas, aunque dos mujeres indican que eran ropas usadas, *“las que quedaban a mi hermana”, “eran suficientes porque nos regalaban”.* Todas pudieran **dormir y descansar** lo suficiente en la niñez, tuvieran entre 8 a 9 horas de sueño, sin embargo solo una de las niñas-mujeres académicas relata haber sistemáticamente descansado durante el día, pero ninguna de ellas tenía un **espacio propio en el hogar**, todas compartieron la recámara con las hermanas y una de ellas con la abuela.

Además de lo relatado por ellas mismas como problemas de salud-enfermedad, hay un conjunto de problemática originada en los ejes-categorías de sexualidad, poder, trabajo y subjetividad que se rescata y se plantea como situaciones que pueden condicionar y mismo determinar condiciones de enfermedad, malestar o dolencias, no sólo en la niñez, sino en los ciclos posteriores de sus vidas.

- abusos a su cuerpo, a su sexualidad
- prohibiciones del cuerpo
- el autoritarismo de sus padres, madres e incluso de los hermanos hombres
- alto grado de obediencia hacia ellos
- sometimiento
- relaciones conflictivas con la madre, con el padre, hermanos, hermanas



- amenazas, golpes, gritos, desvalorización, indiferencia, insultos, impedimento económico, impedimento para el avance
- múltiples actividades domésticas desarrolladas para *los otros*, además de los deberes y obligaciones de la escuela
- actividades de maternidad en el cuidado de los hermanos menores
- una subjetividad marcada por la maternidad infantil, al cuidado *de otros*
- carencia de atención afectiva
- necesidades, deseos y anhelos truncados
- autoestima baja
- alimentación precaria as veces, secundaria otras
- menor flexibilidad en los juegos en relación a los niños (hermanos)
- atención insuficiente a sus requerimientos y problemas de salud-enfermedad
- falta de un espacio propio en el hogar

Este conjunto de problemáticas se relaciona con el proceso salud-enfermedad. Las niñas, ahora mujeres académicas, no tienen muy claro que más allá de los problemas considerados estrictamente orgánicos, existe otras problemáticas que inciden en esta condición, tampoco que lo ocurrido en la niñez tendrá incidencia en los ciclos posteriores de sus vidas. A partir de una visión fragmentada de sus cuerpos, de sus vidas, de sus relaciones, de la construcción de la salud-enfermedad como un proceso elaborado a lo largo de toda la vida, estas mujeres no se percatan de que muchos de sus problemas tienen origen en la niñez, en su condición de género asignada y marcada desde su nacimiento, a partir del sexo visible que las hacen invisibles. Mujeres académicas, que desde la niñez, se aproximan más a la enfermedad, al malestar, a la dolencia que a la salud, aunque lo nieguen, porque esta negación también es una construcción genérica.

## ADOLESCENCIA

La adolescencia como condición evolutiva de la persona humana, implica una compleja serie de cambios somáticos, que inciden en la integración de la imagen de sí misma y en su adecuación al ordenamiento psíquico anterior y a su alineamiento en la realidad social. En este sentido, vivir la adolescencia es carecer o padecer una condición mayor de incertidumbre. En ella se desarrolla la ansiedad, la duda, la angustia por la existencia, la agonía de verse y sentirse diferente a la niña que era, pero que todavía es distante de la adultez. Cambia su organismo, su aspecto exterior y sus manifestaciones hacia el entorno, algo cambia para ya no ser como antes. Los mayores cambios físicos en la mujer se ubican en la primera menstruación y en el inocultable crecimiento de los senos<sup>198</sup>.

Sin embargo, la adolescencia no es un evento únicamente biológico y/o psicológico, es un fenómeno histórico-cultural, nos diría Ana María Rosado Castillo<sup>199</sup> y “consiste en una serie de cambios y reestructuraciones tanto físicas como psicológicas y sociales, cuyos significados culturales se configuran por la realidad concreta en la que el individuo crece y se educa”. Así, para los objetivos de este trabajo, se considera la adolescencia como un fenómeno complejo y multidimensional configurado por aspectos históricos, culturales, sociales, económicos y políticos, aspectos que son marcados de manera individual (y colectiva) por otras adscripciones como el género, la dinámica familiar, la condición específica de salud-enfermedad.

### La sexualidad en la adolescencia

A la pregunta si, en la adolescencia, pasaran por algún tipo de **abuso sexual**, algunas de las mujeres académicas contestaran con un incierto “no”: **Gardenia, Dalia, Margarita, Amapola, Alcatraz.**

---

<sup>198</sup> Alfredo Alcántar Camarena. Adolescencia y Transición. *Cuadernos de Ciencias de la Salud y del Comportamiento*, N° 7, 2004, p. 51. FES-Zaragoza, UNAM.

<sup>199</sup> Ana María Rosado Castillo. Adolescencia y comunicación. *Cuadernos de Ciencias de la Salud y del Comportamiento*, N° 7, 2004, p. 137. FES-Zaragoza, UNAM.

Al enfrentar la crisis del paso a la adolescencia, estas adolescentes luchan por mantenerse conectadas a sus conocimientos infantiles, resistiendo afanosamente las convenciones represivas de la femineidad. “Durante la adolescencia, nos dice Annie G. Rogers<sup>200</sup>, las niñas también comienzan a silenciarse a sí mismas de manera eficaz, con el fin de protegerse de ser apartadas, denigradas o excluidas. Sus narraciones en las entrevistas están muy imbuidas de las frases “no sé” y “no sabría decirlo”, que demarcan un activo proceso de represión. Cuando su autosilenciamiento se hace menos conciente y más habitual, las niñas entran en una desazón mental de autocuestionamiento debilitador, interrogándose sobre la validez de lo que en realidad están experimentando y viendo”.

Este proceso puede ser reemplazado por otra versión de la confusión, el de no saber cómo ocurrieron los eventos en el tiempo, lo que les dificulta poder relatar sus vidas.

Otras como **Bugambilia**, dice que no y explican: “*porque no se lo admitía a nadie*”, en cambio otras hablan con voz de conocimiento o de reconocimiento y relatan situaciones muy claras de abuso sexual, entendido como todo acto que sin el consentimiento de estas adolescentes, excede, atropella, fuerza el cuerpo femenino, en el ámbito de la sexualidad.

Sandra McNeill<sup>201</sup> que ha estudiado la respuesta de las mujeres en situaciones de abuso sexual y ante la visión de los genitales masculinos, en el siglo XX, divide la reacción de la abusada en tres fases: un primer momento de miedo, sorpresa y asco, seguidos de irritación o indignación y, finalmente, sentimientos de culpa, vergüenza o humillación, tal como nos relata Flor de Lotus, cuando en el transporte, un hombre llegó a eyacularse en ella.

---

<sup>200</sup> Annie G. Rogers. Voces exiliadas: la disociación y el “retorno de lo reprimido” en los relatos de mujeres. *Isis Internacional*, N° 29, 2000, p. 35. Ediciones de las Mujeres, Santiago.

<sup>201</sup> Sandra McNeill, citada en Germaine Greer. *La mujer completa*. Kairós, Barcelona, 2000, p. 425.

**Flor de Lotus:** *“no, abuso sexual no. Fue en la prepa, cuando tenía yo 16 años. Iba yo en el camión, porque entonces no había peseros, y yo vivía en la Colonia Roma y mi prepa era la 6, y de repente un hombre se para de tras de mi y me aferró y yo sentí como se flotaba contra mi y yo trataba de liberarme y no podía porque me tenía totalmente inmovilizada, incluso no podía yo pegarle un codazo porque me tenía así. Yo no alcanzaba entender, yo decía: pues que se mueva, sí hay sitio allí. Y sentí como que de repente me apretó más fuerte, y cuando llegué a la escuela y me fui al baño, y sí había eyaculado en cima de mí”. **¿Tu reacción?** “Me dio mucho asco, muchísimo asco y después me dio coraje. No me sentía yo violada, ni por el estilo, pero me dio mucho coraje porque me acordaba de... yo decía, bueno, a lo mejor si lo empujo o grito, pues yo no entendía lo que me estaba haciendo, yo nomás sentía que me apretaba. Y además porque yo ya me había acostumbrado, yo de joven era delgada, pero siempre fui nalgoncita y de cintura chiquita, y el tiempo era de usar las falditas y los pantaloncitos, y siempre me andaban diciendo de cosas en la calle, unas groseras, otras no tanto, pero más o menos había aprendido a no hacerles caso. Ahora que me acuerdo, una vez regresando a casa de mi clase de inglés, pasé junto a un grupo de muchachos y uno de ellos me metió la mano por atrás. Esto me convenció que las mujeres tenemos cierta vulnerabilidad”.*

Algunas refieren que sí las tocaran, pero no expresaban preocupación por el hecho, aunque hay que tomar en cuenta que sí es un recuerdo presente en sus vidas, o sea que las marcaron:

**Tulipán:** *“no, sólo lo habitual, los apretones y manuseos en el transporte”*

**Jacaranda:** *“fíjate que... no, creo que no. Es que es muy difícil valorar en la distancia y decir no me pasó nada, no? Pero quiero decir, no sé si abuso sexual se puede llamar a las cosas que te suceden cotidianamente en la calle, que te dan una nalgada, que te persiguen, eso sí definitivamente”*

**Hortensia:** *“intentos de manuseo de un vecino”*

**Lilis:** *“no... bueno fuera de los noviazgos, afortunadamente no”*

**Orquídea:** *“Ah! Si, en el camión que me agarraban las pompis, tengo mucha mala suerte, una vez hasta se bajó un tipo, y como iba a verme con mi hermano en el deportivo, el tipo este me iba persiguiendo y un amigo de mi hermano, bien fuerte, me apoyó”*

Pero una de ellas, en particular, narra una experiencia mucho más intensa, una experiencia marcante vivida en el propio medio familiar, como es lo común en

estas situaciones. Cuando Rosa empieza a relatar su experiencia se siente tímida y cohibida porque era como si se mirase a través de la niebla, en algunas partes no podía ver nada, luego algo se le alcanzaba. Un abuso sexual que no fue anunciado como tal, llegó precedido por una conversación razonable que no suscitó sospechas. Por eso el abusador busca ganar la confianza de ella, y en ese marco se desplegó el abuso. ¿Por qué esta mujer no sospechó de él luego al inicio, no desconfió del toque a su cuerpo? Sin razones evidentes que justifiquen su inquietud, no llega a creerla, y volviéndose la espalda al hecho, se calla. Pero, ya después hay la ocasión en que se manifiesta una señal de atropello, algo la perturbó y le produjo recelo. Esta intranquilidad subsiste y crece a medida que ella suma preguntas que teme contestar: ¿qué se propone?, ¿qué quiere de mi? Presa de sus dudas, el tiempo pasa para ella sin que pueda resolverse a hacer que su “acompañante” la libere del abuso.

**Rosa:** *“mi padre estaba obsesionado que yo llegara virgen al matrimonio. Mi papá tuvo una influencia que considero un abuso de autoridad. El se contemplaba como la persona idónea para ayudarme en este caso. El me explicaba que yo era una hija tan buena, que era una muchacha que no merecía haber tenido que aguantarme tanto tiempo, y entonces el consideraba que debía apoyarme y ayudarme. Mi papá osó, porque fue una osadía, de tocarme, osadía de tocarme, no me violó pero me tocó. El me dio una explicación haciendo uso de su experiencia y yo de mi inexperiencia, y yo se lo dije después que abrí los ojos, no se lo iba a perdonar. Después lo perdoné porque es mi padre, pero esto precipitó que yo me diera cuenta que estaba en un error, que el no era nadie para tener que tocarme. Fue el muy oportunista, y llegué a confundir si mi papá realmente me quería como una hija o como una mujer. Es cuando me hice despertar, porque al momento pensé que era por un apoyo. El me enseñó a masturbarme, pero porque la relación con mi mamá estaba muy deteriorada”.*

Como “el que calla otorga”, para el abusador este silencio actúa como una señal de aquiescencia al designio que sólo él conoce y ha decidido concretar. El sí sabe lo que quiere y hacia dónde va, por lo que gana terreno con cada minuto que pasa. Ella, en cambio, lo pierde: el tiempo transcurrido hace crecer su incertidumbre, su recelo y también su temor.

Antes que ocurriera una violación (porque seguramente hacia ella iba) a esta adolescente le surgen nuevas preguntas: ¿cómo le detengo?, ¿cómo me libero de esto? Para el padre abusador, actor de una ferocidad calculada pero enmascarada tras gestos seductores y tiernos que él mismo cree, nada real justifica el miedo, el desconfort, el coraje de esta mujer, su hija. Para él, estas emociones eran parte del juego.

***¿Qué sentías, cómo reaccionabas?*** Interrumpo para preguntarle con curiosidad sobre eso. “*Yo empecé a darme cuenta que el iba por un camino que era equivocado y me horrorizó. Dios mío, dije, estoy cayendo en una relación incestuosa, y me dio mucho miedo y me dio mucho coraje. Yo entonces asistía a unas terapias con una psicóloga que me ayudó mucho organizar a mi vida y a tomar la energía como para... ¿qué está ocurriendo?, cómo va mi mamá interpretar eso? La puedo dañar, me estoy dañando yo, el está enfermo, definitivamente el está mal. Y fue cuando ya en la universidad unos amigos me ayudaran a romper con esta situación”.*

Un abuso sexual, consumado o no, enseña a las mujeres la siniestra intimidad que puede existir entre su sexo, los apetitos de un hombre y la violencia. Allí aprenden que hay hombres, aunque seas sus padres biológicos, que quieren cobrarles caro el simple hecho de ser mujeres.

La menstruación, hecho biológico, muy significativo en la vida de las mujeres, ocurrió para una de las adolescentes-mujeres académicas a los 10 años, para otra a los 11 años, para siete de ellas fue a los 12 años, para tres a los 13 años y para una más a los 14 años. La información con que contaban, los cambios que ellas experimentarían a partir de este hito, fueran diversas, bien como las formas de relaciones establecidas con los muchachos, el tipo de información sobre sexualidad, dónde y con quién la obtuvieran, la imagen de sexualidad que recibieran, la vivencia o no de la primera relación sexual, todos temas de gran interés para estas adolescentes. Veamos como narran esta parte de sus vidas.

**Orquídea:** “No hubo cambios, yo vi como algo normal. No tuve información antes que ocurriera, fue cuando yo le avisé a mi mamá lo que había sucedido y entonces me explicó, pero no que yo podía embarazarme a partir de ahí”. **¿Con los muchachos, cómo te llevaba?** “No fui nada precoz, si bailaba, si salía, pero no así como que pensaba en casarme, tener novios. Me llevaba mejor con las amigas”. **¿Tenías información sobre sexualidad?** “Si recibí en la escuela y después un tío que es homosexual, yo le preguntaba a él”. **¿Qué tipo de información te daba?** “Sobre el embarazo, qué cosa debía hacer, cómo debía de me cuidar, qué cosas debía hablar”. **¿Había expectativas, algún sentimiento?** “Como para mi no eran muy atractivos los muchachos, no pensaba en tener relaciones o cosas así”. **¿Qué imagen recibiste sobre la sexualidad?** “Más bien como mala”. **¿Tuviste tu primera relación sexual en la adolescencia?** “No”.

**Rosa:** “casi, casi tenía prohibido tener novio”. **¿Y cómo era tu relación con los muchachos?** “Amistosa, sociable, pero con los novios era yo muy reprimida. Era tierna, pero tenía mucho temor, me ponía muy nervosa”. **¿Qué información tuviste sobre la menstruación y sobre sexualidad?** “Sobre la menstruación fue con una maestra, la que me ayudó en la primaria. Preparó una clase para explicar y otra maestra, a través de juegos, nos explicó. Sobre sexualidad yo lo sabía en teoría. Era como dos esferas: en la preparatoria teníamos la información científica sobre reproducción, la biología, pero a la hora de trasladarlo a mi persona, yo tenía como... una barrera, la abstención era lo único que para mi contaba. Solamente casada podía yo llegar a tocar... Tomar anticonceptivos ni soñar”. **¿Y tu primera relación sexual?** “Fue bien más tarde”.

**Lilis:** “Empecé a sentir cambios en mi cuerpo, como me desarrollaba y que nadie me explicaba. Mi madre nunca nos explicaba. Empiezo a descubrir la atracción por el otro sexo, cambia mi cuerpo, pero también empiezo a tener miedo”. **¿Cómo se manejaba la menstruación en una familia con tantos hijos e hijas?** “Era de ocultamiento, nadie se podía dar cuenta que estaba uno menstruando. Teníamos las toallas sanitarias escondidas, era difícil la situación por los hermanos y era totalmente de ocultamiento”. **¿Y con los muchachos, cómo era la relación?** “Me llevaba bien con ellos, pero me daba miedo los compañeros, no me acercaba mucho a ellos, con las muchachas bien, tenía yo más amigas. Entre las compañeras platicábamos y se decía que con el beso se embarazaba uno, entonces eso era prohibido” **¿Recibiste información sobre sexualidad?** “En la escuela y en relación a como cambiaba nuestro cuerpo y sobre higiene. En ese momento era suficiente la información que recibía. Me dejaba mucha curiosidad, quería saber como eran las relaciones sexuales y como nacía un

bebe, y ahí no se trataba eso”. **¿Cuándo y cómo te enteraste?** “Hasta la preparatoria, con una maestra que era muy abierta, ella ofreció un taller sobre sexualidad y aprendí muchas cosas y preguntaba a ella sobre las relaciones sexuales, como se podía embarazar y todo eso, no por querer hacerlo, sino porque tenía mucha curiosidad” **¿Qué imagen te fue transmitida sobre sexualidad?** “Una imagen negativa y algo prohibido”. **¿Tuviste tu primera relación sexual en la adolescencia?** “No”.

**Alcatraz:** “¿Qué cambió? Los celos de mi papá. Yo era muy sociable, tenía muchos amigos en la calle y mi papá cuando llegaba del trabajo y me veía platicando con ellos se enojaba mucho. En una ocasión se enojó muchísimo, mandó llamar a mis hermanos y me sentó en el ante comedor y me dijo que ya era una mujer, que ya no era una niña, y que todos los hombres, incluyéndose a él, todos, eran unos cabrones, y que me cuidara, que me fijara a quien le hablaba”. **¿Tenías información sobre la menstruación?** “En la escuela primaria, no fue mi abuela, ni mi padre. Mi primera menstruación me tocó en la cama, en el hospital, estaba yo enyesada, operada, y fue un susto terrible porque pensaran que la herida de la operación se había abierto”. **¿Había cuidados especiales durante la menstruación?** Nada más las toallas sanitarias”. **¿Tenías información sobre sexualidad?** “Pues ninguna, la fui adquiriendo en la plática con los amigos, y en una ocasión encontré un cajón de mi papá lleno de revistas pornográficas y me las eché todas, y ahí todas las dudas que tenía iba con mis amigos en la prepara, no con mis hermanos, y me platicaban”. **¿Qué imagen recibiste de la sexualidad?** “Como una imagen de respeto, que te puede hacer daño porque eran cabrones, pero también como algo que podía darte algo muy padre. Como no tenía mucha claridad, si era bueno o malo, como que eran ambas cosas juntas, me despertaba respeto”. **¿Tu primera relación sexual fue en la adolescencia?** “No”.

**Hortensia:** “Mi madre nunca me dijo nada sobre la menstruación, sino fue a través de una prima, no sabía por donde sangraba una y lo que supe es que iba a pasar todos los meses”. **¿Qué cambió a partir de ahí?** “Tener más cuidado con mi higiene”. **¿Cómo era tu relación con los muchachos?** “No me relacionaba con ellos... yo no sabía como tratar a los hombres, a pesar de tener hombres en la familia”. **¿Recibiste información sobre sexualidad?** “Nada”. **¿Cuándo empezó tu inquietud sobre sexualidad?** “Bastante después... con los besos y apapachos y sentía yo que era un pecado, que estaba pecando y pensaba que podía embarazarme. No sabía yo como se embarazaba, pero pensaba yo que por los besos”. **¿Qué imagen recibiste de la sexualidad?** “Negativa”. **¿Tuviste relaciones sexuales?** “No en la adolescencia”.



**Bugambilia:** *¿Qué cambió para ti con la menstruación?* “No poder ir a nadar y el dolor, los cólicos”. *¿Tenías información?* “Sí”. *¿Había prohibiciones?* “Nada durante la regla”. *¿Y tu relación con los muchachos?* “Padrisima, en la casa entraban siempre muchachos con mis hermanos y eran tus cautes, nadábamos, íbamos de bicicleta, íbamos de día de campo. Convivíamos con los primos, íbamos a fiestas, a bailes, éramos muy sanotes”. *¿Y con las muchachas?* “Me caían gordas por presumidas y porque no se divertían... por los tubos, se hacían muy interesantes. A mi con las mujeres no...me llevo hasta cierto punto, tengo buenas amigas pero hay mucha competencia”. *¿Qué información tenías sobre sexualidad?* “Pues mira, no mucha. Aprendí en los libros, en la biblioteca, y lo comentaba con mi mamá y ella me lo explicaba cuando no entendía algo. En la escuela no, con amigas tampoco”. *¿Tenías información sobre las formas de placer?* “En el Kamasutra, pero más que nada era pictórico”. *¿Qué imagen te fue transmitida sobre la sexualidad?* “Creo que positiva en el aspecto de que era parte de la fisiología”. *¿Tuviste tu primera relación en la adolescencia?* “Sí, fue algo que ocurrió y fue bonito, pero sentí dolor”. *¿Hubo cambios?* “No me marcó, si usaba métodos anticonceptivos, pero como tenía problemas de tipo hormonal, no me pudiera haber embarazado”. *¿El placer era prioritario para quién?* “Más que nada para él”. *¿Había prohibiciones?* “Era muy celoso”. *¿Cuál fue tu movilidad sexual en la adolescencia?* Duré 3 años con el mismo novio”.

**Jacaranda:** “Con la menstruación sí hubo cambios muy importantes, se acabó el juego con los varones, se acabaron los permisos para ir con mi hermano, vino una comprensión de repente muy fuerte”. *¿Tuviste información?* “No, eso fue terrorífico porque ya para entonces mi mamá estaba muy, muy enferma y la relación era muy difícil. Pero yo recuerdo muy bien, a pesar de que mi hermana era mayor, yo nunca había notado nada. Recuerdo muy claramente que siendo niños, mi hermano y yo estábamos jugando en un jardín donde había cuevas, y encontramos un envoltorio lleno de sangre, y nosotros creímos que habíamos descubierto un asesinato..., ve tu a saber, y fuimos corriendo a ver mi mamá... la expresión de mi mamá... quítenme esta cochinada... casi se desmaya, pero nunca se nos explicó, entonces me quedó el impacto de la sangre, no sólo por eso, sino porque mi mamá había tenido muchas desesperaciones, y yo la veía siempre... siempre con sangre..., de tal modo que cuando yo tengo mi menstruación, digo a mi mamá asustada: oye mamá me está saliendo sangre, y me dijo: ponte un pedazo de algodón y báñate. Yo fui, pero no paraba la sangre, y bueno, quien sabe... allí tengo algún bloqueo como resolví esto, pero sé que lo resolví”. *¿Cómo era tu relación con los muchachos y las muchachas?* “Maravillosa, creo que fui muy afortunada siempre, sigo creyendo

que la fortuna me sigue. Tuve muy buenas amigas, hasta la fecha frecuento con mis amigas de la secundaria, y pues tenía yo alguna suerte para liderar los grupos y me iba muy bien. Nunca tuve problemas por estar sola, al contrario, siempre tuve mucha compañía, mucha posibilidad de establecer vínculos”. **¿Recibiste información sobre sexualidad?** “Información no, chismes sí. Información venida de un adulto con una cierta preparación, absolutamente no. Los chismes eran de compañeras de la secundaria”. **¿Qué imagen tenías de la sexualidad?** “Sobre la sexualidad en general yo no tengo recuerdos negativos, pero la información que sí recibo sobre la relación sexual es terrible, realmente me asustó porque me hablan del dolor, me hablan de la posibilidad del embarazo, me hablan del abuso, pero es hablado, yo no lo vivo, pero sí me atemorizo con la posibilidad de encontrarme con esa experiencia sexual. También había versiones de que era algo sucio y pecaminoso”. **¿Tuviste en la adolescencia relaciones sexuales?** “No, fue después, en la adultez”.

**Tulipán:** “Sobre la menstruación tuve información técnica de mi mamá sobre los alimentos que hacían daño. Tuve un poco de malestar por los trapos. **¿Información sobre sexualidad?** “De mi mamá sobre aspectos biológicos, reproductivos, las formas de protección y algo sobre las formas de placer”. **¿Algún sentimiento en particular?** “Es un asunto bastante complicado, cada quien lo entendía y lo ejercía como podía. No tenía expectativas ni miedos”. **¿Cuál era la imagen que tenías de la sexualidad?** “De mucha responsabilidad”. **¿Tu primera relación fue en la adolescencia?** “Sí, fue algo emocionante, un reto intelectual. Fue con mi prima y fue una bronca cuando se da cuenta mi mamá. Sentí todo al mismo tiempo, amor, temor, culpa, placer, porque sabes que estás haciendo cosas que no debes hacer, que están mal vistas por tu familia, por la sociedad”. **¿Qué cambió para ti?** “La integración de mi derecho a disfrutar”. **¿Cuál era el modelo de sexualidad?** “El placer era prioritario para mí”.

**Flor de Lotus:** “Con la menstruación primero me asusté mucho porque nunca nos había hablado de esto, pensé que era una hemorragia y me iba a morir, y luego me fastidiaba porque entonces mi mamá nunca me había hablado de eso, de sexo, de nada, y cuando empecé a menstruar empezó a decirme cosas como: no te vas con los muchachos, si ellos te hacen algo me dices, pero nunca me hablaba abiertamente, siempre me daba así como indirectas, y eso me molestaba terriblemente, porque decía: bueno, ¿si me quieres decir algo, porque no me lo dice claramente? Me molestaba mucho... porque además los secretos, que mi papá no se diera cuenta y como algo muy vergonzoso e impuro, esa era la idea que me daba. Allí yo ya sabía que iba a ser rebelde toda la vida,

entonces me chocaba esto”. **¿Tuviste problemas en y con la menstruación?** “No, afortunadamente no. Sólo una vez, creo que entre la primera menstruación y la siguiente, tardó como 3 o 4 meses en volver, y mi mamá lo sabía eso y nunca me llevó con un doctor que me explicara ni nada. Entonces, pues yo feliz que no había vuelto a parecer y mi mamá preocupada: oye ¿no te fuiste con algún muchacho?, ¿no te hicieron nada?, o sea, esta fue la cosa que me chocaba”. **¿Cómo era tu relación con los muchachos?** “Me hacía tontos, me daban asco porque se sentían muy galanes. Me hacían tan tontas sus bromas, sus juegos. Yo sentía que maduraba más que ellos y no los aguantaba, aunque no dejaba de ser halagador que me buscaran. Yo desde chica no quería casarme, quería estudiar”. **¿Recibiste información sobre sexualidad?** “En mi familia no, con las amigas y en la secundaria tenía una maestra que le tenía mucha confianza y ella me explicaba. Básicamente sabía, pero mucha información no”. **¿Qué imágenes te transmitieran de la sexualidad?** “Fue una imagen muy liberal porque fue el tiempo en que mucha información llegaba por la televisión, por ejemplo, me acuerdo que fue cuando los Beatles estaban allí, estábamos en plena revolución sexual, todas las películas tenían algo que ver con el sexo, o sea, esa fue la información que empezó a llegar. Yo leía revistas, nunca platicaba de eso con mi mamá, pero finalmente la información que me llegaba era una información muy liberal”. **¿Cuándo tuviste tu primera relación sexual?** “No en la adolescencia”.

**Amapola:** “La información sobre menstruación la recibí en la escuela y hubo cierta conciencia de que podía quedarme embarazada”. **¿Hubo alguna prohibición?** Nada, quedaba claro que debías cuidarte, no era necesario prohibir, ya sabíamos lo que era malo”. **¿Cómo te relacionabas con los muchachos?** “Casi no tuve amigos hombres, ni amigas. No iba a fiestas, ni al cine. Fue después de mi fiesta de 15 años que empecé a tener novios”. **¿Qué información recibiste sobre sexualidad?** “Ninguna, solo en la preparatoria, a los 18 años. Cuando percibí en el cuerpo de un muchacho su pene, me dio miedo, una situación que no me explicaba”. **¿Qué imagen te fue transmitida sobre sexualidad?** “De que no era bueno, pero tampoco que era malo”. **¿Y tu primera relación sexual, fue en la adolescencia?** “No”.

**Margarita:** “Cuando tuve mi primera menstruación me asusté, pero mi hermana mayor me explicó y mi mamá me enseñó a usar y lavar las toallitas”. **¿Te prohibían algo?** “Si, llegar tarde y que no me tocaran”. **¿Tenías información sobre sexualidad?** “Nada más sobre la menstruación, lo demás vine saber en mi matrimonio”. **¿Qué imagen recibiste de la sexualidad?** “Que era prohibido”.

**Dalia:** “No tuve ninguna información sobre la menstruación. Sufría muchos cólicos. Me caía gordo porque no tenía yo ninguna información y estar determinado número de días sangrando... era feo”. **¿Cómo era la relación con los muchachos?** “Normal, sólo pláticas, ir a fiestas, al parque”. **¿Y sobre sexualidad, tuviste información?** “Nada, ni en la escuela, ni por parte de mis papás. Me puse a leer como se embarazaba una persona, porque la regla. Empecé a obtener información pero no a través de mis amigos, porque sí me daba mucha pena preguntar”. **¿Qué imagen recibiste de la sexualidad?** “Pues de lo prohibido, por parte de mi mamá”. **¿Mantuviste relaciones sexuales?** “No, fue en el matrimonio”.

**Gardenia:** “Con la menstruación ya no podía treparme a la bicicleta”. **¿Tenías información?** “Por la hermana, la grande”. **¿Había que cuidarse?** “Traerme las toallitas en mi mochila... que no brincara, no diera sentones, que no fuera brusca, subir y bajar escaleras”. **¿Hubo prohibiciones?** “Que no me tocaran, siquiera la mano”. **¿Qué información tenías sobre sexualidad?** “Ni se me cruzaba que podía tener un niño”. **¿Qué imagen tenías de la sexualidad?** “Que hasta que no me casara no podía tener ninguna relación”. **¿Y qué pasó?** “Pues, esperé a casarme”.

Es común que en el México de hoy, las mujeres inicien su vida sexual y/o conyugal en el ciclo de la adolescencia, no así en la época que estas mujeres académicas eran adolescentas, donde los patrones de comportamiento eran mucho más restrictos a las mujeres, las familias eran unidades más cerradas, el cuidado con el cuerpo de las hijas era muchísimo más esmerado, es decir, las familias mexicanas no habían pasado todavía por las grandes transformaciones en sus estructuras de formación y funcionamiento, eran mayormente tradicionales en la moral y en la educación de sus hijas.

Aunque no siempre se dejaba explícitas las prohibiciones sobre el cuerpo, estas adolescentas sabían lo que les era negado: la proximidad con los muchachos, no tener ningún contacto físico con ellos. Y para cuando tuvieran su primera menstruación, diría Germaine Greer<sup>202</sup> “los genitales femeninos internos ya habían desaparecido hace tiempo de su conciencia, como parte del proceso por el que la

---

<sup>202</sup> Germaine Greer. *La Mujer Completa*, op.cit., p.58.

naturaleza de ser mujer queda encubierta bajo la identidad femenina y la modestia extiende su sudario sobre los goces y deseos de las niñas pequeñas”.

El útero revela bruscamente su presencia a la adolescente que empieza a desarrollarse haciéndola sangrar por la vagina. “Cuando más difícil sea el proceso, cuanto más abotargada y descompuesta se sienta, cuanto más debilitante sea el dolor, más negativa será su visión sobre el hecho de tener un útero... La menstruación aparece como un inquilino molesto cuyas huellas tiene que limpiar. A veces incluso le pondrá un nombre. Las chicas italianas le llaman *il marchese* (el marqués) y las alemanas solían llamarle *der rote König* (el rey rojo). Ambos apelativos designan a un tirano, pero rezuman menos resentimiento que la designación inglesa de la menstruación como *the curse* (la maldición)”. En Brasil, las muchachas todavía hoy, suelen referirse cuando están en el período menstrual como: “*estoy incomodada*”, en el sentido de sentirse inconforme, molesta. Se conoce a los tapones para absorber el flujo menstrual como toallas sanitarias como si la sangre fuese algo sucio y también peligroso. Ahora las toallas se anuncian por televisión, no porque las funciones femeninas hayan dejado de considerarse vergonzosas o repulsivas, sino porque los ingresos potenciales son enormes.

Ni las mujeres ni los hombres tienen una actitud positiva hacia la menstruación. En la publicidad que se hace de las toallas no se puede mencionar la sangre, en las familias de las mujeres académicas la menstruación era de ocultamiento, nadie debía enterarse. Es muy extendida la creencia, amplía Marcela Lagarde<sup>203</sup> “de que si los hombres tienen relaciones con una mujer menstruante, su sangre se adherirá al pene, se le harán costras, se inflamará y sufrirá molestias dolorosas. Se trata del poder maléfico del menstuo”. La menstruación está plagada de vergüenzas, de engaños y de temores, y es todo un problema mantenerla en secreto.

---

<sup>203</sup> Marcela Lagarde. *Los cautiverios de las mujeres*, op.cit., p. 223.

Así como en la niñez, en la adolescencia, casi no hay lenguaje en las enseñanzas eróticas hacia la hija. “Este silencio de la madre a la hija destaca que en la pedagogía de la feminidad, la madre ocupa un papel central como mentora de la hija e, como le enseña positivamente todo lo que debe ser y hacer; con su silencio, le enseña la negación en torno al placer”<sup>204</sup>.

Al llegar a la adolescencia el cuerpo de las niñas cambia y, en el mejor de los casos, las madres lo nombran u lo definen sólo en torno a la sexualidad maternal, en torno a la procreación, a la salud o al dolor. Las madres y las instituciones que imparten educación sexual directa (como lo recibieran algunas de las mujeres académicas en las escuelas donde estudiaban) explican a la joven con distintos niveles de profundidad, que su cuerpo está dispuesto para procrear, y que con la menstruación han de sufrir, o por lo menos han de estar limitadas en su proceder.

El cuerpo menstruante anuncia el cuerpo gestante. Sin embargo, de manera recurrente con los otros descubrimientos corporales, aparece nuevamente la prohibición: la joven adolescente ha de mantenerse virgen en tanto no se case.

### **El poder en la adolescencia**

Las relaciones de poder de las adolescentes con su entorno siguen marcadas por un poder subalterno, secundario al de sus padres, madres y hermanos. En la adolescencia, más que en la niñez, se instaura la posibilidad de dominio sobre estas adolescentes-mujeres académicas.

Este eje-categoría, a través de las entrevistas realizadas a las mujeres académicas, se refiere a sus deberes y obligaciones, la relación con la familia, a las relaciones de competitividad, a la autonomía para decidir sobre su vida, sobre la carrera a cursar, e indiscutiblemente sobre las formas de vigilancia, castigo y violencia ejercidas sobre ellas.

---

<sup>204</sup> Ibid, p. 214.

**Gardenia:** *“mis deberes y obligaciones eran ayudar en la casa, hacer la comida, quehaceres varios y estudiar. Me llevaba bien con mi familia, no había competitividad”. ¿Tenías autonomía para salir, tener novios?* *“No, teníamos que estar en casa a las 7 de la noche, o a las 9 cuando había fiesta. Para salir había que pedir permiso a mi papá”. ¿Cómo fue tu decisión sobre la carrera?* *“Quería hacer medicina, pero por temor a lidiar con los muertos, decido que no. Opté por biología con especialidad en oceanografía, en Baja California, pero mi papá dijo que no: no vas a ir a ningún lado, lo que quieras estudiar lo vas estudiar aquí. Entonces me cambié a odontología”. ¿Había vigilancia, castigos, alguna forma de violencia hacia ti?* *“Siempre hubo control por parte de mi papá y mi mamá, no nos castigaban porque no desobedecíamos. Hubo indiferencia porque a mi no me daban dinero, mi papá decía que tenía que pedir a él. Yo decía: ¿porqué tengo que pedir? Entonces hacía anillitos de chaquiras, y como había hecho curso de corte y confección en la secundaria, hacía pantalones, cosía a todos y sacaba mis quintos y no lo pedía a mi papá”.*

**Dalia:** *“Mis deberes y obligaciones eran estudiar y atender el negocio”. ¿Cambió la relación con tu familia?* *“No, era igual que de niña”. ¿Seguían las relaciones de competitividad?* *“Ellos competían conmigo, yo no” ¿Con quién tenías amistades, tenías autonomía para salir?* *“Mis amistades eran con gente de la escuela y no podía moverme, no tenía autonomía. Mi papá me lo prohibía, y mi mamá nunca tuvo iniciativa, siempre era mi papá quien tenía la palabra, mi mamá sólo nos daba la respuesta de mi papá”. ¿Había control, vigilancia sobre ti?* *“Si, de mis papás. ¿Alguna forma de violencia?* *“Si, de indiferencia”. ¿Cómo decidiste sobre tu carrera?* *“Yo lo decidí, no quería venir al DF, quería ir a Oaxaca, pero como tenía una hermana estudiando acá, mi papá me hizo venir”.*

**Margarita:** *“Tenía que estudiar y ayudar en la casa”. ¿Y tu relación con la familia, cómo era?* *“Muy buena, perdí a mi papá y me dolió mucho”. ¿Con quien tenías amistades?* *“Mis amistades era con mis amigas, y para salir tenía que pedir permiso a mi mamá y a mis hermanos”. ¿Te vigilaban, controlaban?* *Si, me hermano del medio asumió el papel de papá y era muy estricto, a veces me gritaba”. ¿Decidiste por ti sola estudiar enfermería?* *“Tuve influencia de mi papá y de mi novio”.*

**Amapola:** *¿Cuáles eran tus deberes y obligaciones?* *“Lavar mi ropa, ayudar en la casa e ir a la escuela”. ¿Cómo era la relación con tu familia?* *“Con mi madre alejada, con mi padre seguí queriéndolo. Mi papá se separó de mi mamá porque tenía otra mujer*

y otra hija, esto dejó a mi mamá como autómatas y muy dependiente. Entonces me sentí alejada de mi mamá, ella no reaccionaba. Con mis hermanas bien”. **¿Con quien tenías amistades, podías salir?** “Con muchachas de la escuela, para salir tenía que pedir permiso a mi mamá y a mi hermana mayor”. **¿Había vigilancia, castigo, sufriste algún tipo de violencia?** “Vigilancia si, castigo no. Recibí gritos y desvalorización de mi abuela paterna, yo la odiaba, y también recibí desvalorización de mi misma”. **¿Cómo decidiste estudiar medicina?** “Lo decidí con el apoyo de mi papá”.

**Flor de Lotus:** **¿Cómo era la relación con tu familia?** “Mi papá empezó a mostrarse más accesible y mi mamá más desconfiada. Con mi mamá seguía difícil”. **¿Cómo fue la decisión sobre tu carrera?** “Como la mayoría de los psicólogos, hay alguien por allí, una duda, un problema que quieres investigar, quieres averiguar, entonces decides. El mio era mi mamá, yo quería saber que le había pasado, porque era tan... porque yo sentía que quería querernos, pero había una incapacidad, eso es lo que entendí de grande”. **¿Pasaste por violencia?** “Meros insultos y gritos. Una vez estando yo en la prepa, yo no me acuerdo, creo que salí con un muchacho, bueno le dice que iba comprar mi libro, lo cual era cierto, pero después del libro nos fuimos al cine y regresé muy tarde y entonces cuando llegué a casa, pues mi mamá estaba preocupada, lo cual yo entendí, pero como que no me gustó la forma como me lo preguntó. Me lo preguntó como insinuando que yo me había ido a un motel, cosa así. Me dio tanto coraje que le dije: de todos modos lo que hice y adonde fui no es asunto tuyo. Me volteó dos cachetadas. Creo que fue la última vez que me pegó”. **¿Algún impedimento para tu avance?** “Si, de tipo económico”

**Tulipán:** **¿Cuáles eran tus deberes y obligaciones?** “Cuidar de mis hermanos más chicos, hacer el quehacer, pararse temprano, cocinar, planchar la ropa, llevar a mi hermano a la escuela. Ayudaba en la administración y control de la casa”. **¿Cómo era la relación con tu padre y tu madre?** “Se volvió muy rebelde, pero seguía cariñosa”. **¿Con quién tenías amistades, tenía autonomía para salir, te vigilaban, te castigaban?** “Mis amistades eran los cuates del CCH, tanto hombres como mujeres. Sí podía salir, intentaban controlarme, me regañaban, me pegaban, principalmente de parte de mi madre. Sí hubo golpes, desvalorización”. **¿Eras libre para decidir sobre las relaciones sexuales, con quién tenerlas?** “No, me faltaba dinero, pero cuando podía sí tenía autonomía” **¿Cómo te protegías, te cuidabas?** “Se reducía en conocer a la persona”. **¿Cómo fue la decisión sobre la carrera?** “Eché un volado”.

**Jacaranda:** “Háblame sobre la decisión de la carrera. “Fue al azar, yo iba para otra carrera. Estando formada en la fila para hacer



los papeles definitivos de inscripción, platicando con la compañera que está al lado de mi en la fila, ella me dice que va estudiar para diplomática y me platica cosas maravillosas. El mundo era tan pequeño, no? digamos que la cotidianidad doméstica de mi casa era tan reducida que según yo iba estudiar lo que había estudiado mi hermano, siguiendo un poco el camino de mi hermano, porque así no tengo que gastar en libros... y allí decido que no". **¿Pasaste por alguna forma de violencia?** "A partir de la muerte de mi mamá, se volteó la relación, yo asumo el mando completo de la casa, y ocupo este lugar que tenía mi mamá, y siempre mi papá se doblégó a lo que yo quiero".

**Bugambilia: ¿Tus deberes y obligaciones?** "la escuela, ayudar en la casa, ir al super, al mercado, ver la ropa, fue muy difícil, ya no teníamos servidumbre" **¿Cómo era la relación con tu padre, tu madre, tus hermanos?** "A mi padre casi nunca lo veía. Con mi madre, muy difícil. A los 16 o 17 años mi hermana se casó, y mi mamá descubrió que tenía hija, otra... y me rebelé. No pedía permiso para nada, solo avisaba. Con mis hermanos... sobretodo el mayor me pegaba para molestarme". **¿Con quién tenías amistades, te vigilaban, te castigaban?** "Mis amistades eran más con hombres, no me vigilaban ni me castigaban. Había insultos, gritos, desvalorización, indiferencia sobretodo de mi padre". **¿Tenías autonomía para salir, para tener relaciones sexuales?** "Si, yo tenía libertad para decidir sobre estos asuntos, tenía autonomía y control en las relaciones sexuales" **¿Te casaste?** No me casé formalmente, pero tuve vida pareja. **¿En esta etapa?** "No, más adelante".

**Hortensia: "Como era la relación con tu familia?** "Mi madre era la autoritaria, mi padre el sexo débil. Mi hermano me mandaba planchar sus pantalones y no me dejaba, me rebelé. **¿Tenías autonomía para salir, te controlaban?** "Tenía que pedir permiso, no me controlaban porque siempre llegaba temprano a la casa o le avisaba a mi padre" **¿Porqué, cómo te decidiste por esta carrera?** "Sobre la carrera de educadora no sé, creo que me gustaba los niños. De hecho mi madre quería que estudiara la prepa y odontología. Mi padre, curioso, quería que estudiara enfermería. Entonces, no sé, si por llevarles la contra, estudié para educadora y después pedagogía. Pero, creo que tiene algo que ver porque la gente con la cual estaba cercana estaba en educación, y por allí estuvo la cuestión" **¿Sufriste alguna forma de violencia?** "Nalgadas que me daba mi padre como cariño. Indiferencia si, en muchos momentos me sentí cosa, una cosa que estaba allí, pero...".

**Alcatraz: ¿Cuáles eran tus deberes y obligaciones?** "Mi padre se vuelve a casar y mi abuela se va a su casa. Y ahí tenía que entrar

parejo con la señora, hacer el quehacer y todo. En la prepa no hubo problemas, pero cuando entré a la carrera, fue una guerra terrible. La carrera de medicina es muy, muy absorbente. Entonces, ya en la carrera, lo que yo hacía era lavarme mi ropa, plancharla, cocinarme y limpiar mi cuarto, ya no podía hacer más, tenía guardias, exámenes. Entonces lo que hice fue colocarme como huésped”. **¿Cómo era la relación con tu madrastra?** “Buena en un principio, y después terrible. Al principio porque yo le ayudaba y después con la carrera ya no puede y ella nunca entendió, ella sólo tenía la primaria. Para ella fue terrible porque atendía a mis hermanos y a mi papá y al hijo”. **¿Había relación de competitividad entre Uds?** “Siento que si, ella competía conmigo, pero yo nunca pude competir con ella pues estaba muy metida en la escuela. Me acuerdo una ocasión, su cumpleaños es un día antes de mi santo, y ella hacía festones, yo estaba en otro rollo, otro mundo. Y me acuerdo que un pretendiente que tenía me envió por un mensajero, un huacal de manzanas y un arreglo gigante de flores, y ella pensó que era para ella, entonces ella si competía”. **¿Y con tus hermanos, cómo te llevabas?** “Con los más chicos era una relación distante, yo no les dedicaba mucho tiempo, y el más grande se llevaba muy bien con mi madrastra y también conmigo, íbamos a fiestas, al cine, hasta la fecha nos llevamos bien”. **¿Con quiénes tenías amistades?** “Predominaba más con los hombres, porque eran menos complicados que las mujeres”. **¿Tenías autonomía para salir, pudiste decidir tu carrera?** “Sí. La carrera lo decidí por mi. Si hubo influencia porque yo estudiaba en la prepa del centro, muy cerca de la Academia de San Carlos y me gustó muchísimo la pintura y todo lo que hacían allá. Me escapaba de la prepa y me iba para allá. Cuando terminé la prepa yo dije a mi papá que quería estudiar artes plásticas y mi papá me dijo que no me dejaba, que eso me lo dejaba como hobb, pero que tenía que estudiar algo para poder me mantener. Y que yo tenía inteligencia como para estudiar algo. Entonces dije: medicina que ya conozco. Pero me hubiera gustado mucho haber estudiado artes plásticas”. **¿Pasaste por algún tipo de violencia?** “Psicológica si, también gritos de mi madrastra, y ella intentaba desvalorizarme frente a mi papá. Indiferencia también, cuando mi papá se casa yo pierdo a mi papá, el se dedicó totalmente a su nueva familia. No fue indiferencia económica, sino moral. Yo no sentí tanto, porque el nunca estuvo en la casa”.

**Lilis: Con tu familia, ¿cómo era la relación?** “Con mi madre era tirante, era difícil, siempre ha sido difícil, siempre ha tenido un carácter muy complicado, muy difícil de entendernos y siempre ha sido difícil, no nada más conmigo, sino también con mis hermanas”. **¿Llegaste a comprenderla?** “Solamente ahora entiendo porque mi madre es como es y porque de los problemas con mi padre”. **¿Y con tu padre?** “Buena, siempre fue buena, siempre me apoyó a estudiar,

a hacer lo que yo quisiera. Es algo que tengo que agradecer toda mi vida a mi padre en el aspecto de que a pesar de que en su familia la mujer se devaluaba mucho y tuvo muchos problemas por tener tantas hijas, tantas mujeres, el procuró siempre mandarnos a la escuela, a darnos las oportunidades para salirnos adelante. Una vez nos dijo: lo único que puedo dejar a mis hijas es que sean autosuficientes, si ellas tienen una carrera van poder salir adelante, no van necesitar de un hombre para salir adelante”. **¿Y con tus hermanas y hermanos?** “Peleábamos mucho, peleábamos por la ropa, porque cada quien quería andar por su lado. Yo vine estudiar a México y nos veíamos nomás los fines de semana, y estaba tan agotada que lo único que quería era dormir o hacer tareas. Peleábamos más que nos llevábamos bien”. **¿Cuáles eran tus deberes y obligaciones?** “Ya no hacía tanto en la casa porque salía muy temprano de la casa, a las 5 de la mañana y llegaba a las 8 o 9 de la noche, entonces mis labores domésticas disminuían entre semana, y los fines de semana, pues yo aprovechaba para ayudar en lo que más pudiera. Pero por ejemplo, mi ropa yo siempre lavaba y planchaba”. **¿Con quiénes tenías amistades?** “Éramos todas hijas de familia, todas tratando de estudiar, eran buenas, muy agradables”. **¿Cómo fue la decisión en estudiar enfermería?** “Quería estudiar medicina y no lo hice por varias cosas. Una fue que no me quedé en la universidad, no pasé el examen, iniciaba la facultad y el acceso era muy restringido. La otra fue cuando vine estudiar aquí en el DF, me dieron la oportunidad de estudiar la licenciatura en enfermería y dice: bueno, estudio enfermería y a lo mejor después estudio medicina. Ya me gustó la carrera, empecé a encontrar muchas bondades y no me arrepiento de haber estudiado esa carrera”. **¿Tenías autonomía para salir, te vigilaban, te castigaban?** “Nunca me negaron permisos para salir, pero siempre con normas y reglas: horas para llegar, avisar donde andaba, si había oportunidad mi padre iba por mi a las reuniones, a la hora que el pusiera, o iba yo con mis hermanos. No nos vigilaban, éramos tantas que no les alcanzaba vigilarnos. Si nos castigaban, antes de planear a salir teníamos que pedir permiso, sino nos castigaban”. **¿Alguna forma de violencia?** “Seguía con la violencia psicológica, era igual porque los problemas seguía entre mis padres. Tuve impedimento para relacionarme con la gente, siempre le tuve miedo a la gente, que me hirieran, me lastimaran, eso me marcó mucho. Tuve no sé si el privilegio o la mala suerte de ser la primera nieta de muchos que acudía a la universidad, que viajaba sola y eso me pesaba mucho, porque siempre presionaban a mi padre, que como que yo viajaba sola, que como me estaba dando estudio siendo mujer. Eso me agobiaba y me presionaba mucho, sobretodo para no defraudar a mis padres que habían puestos muchas esperanzas y esfuerzos en mí, y era mucho esfuerzo para ellos mandarme a la escuela y para mí mucho esfuerzo psico-emocional y físico por viajar todos los días”.

**Rosa: ¿Cuáles eran tus deberes y obligaciones?** “A parte de lo de la casa, era la escuela, fui muy destacada, abanderada. Levaba con mucho orgullo mis calificaciones a mi papá y mi mamá, y me di cuenta que no les interesaba. Mi papá me remuneraba, pero no era esto que yo quería” **¿Cómo seguía la relación con tu padre?** “Me hice de un círculo de amigos muy sanos y un amigo me decía que si yo no lograba ver lo que estaba ocurriendo en este momento, me iba arrepentir toda mi vida. El no sabía a fondo cual era mi problemática **(el padre la enseñaba a masturbarse y la tocaba)** pero veía que mi papá, si yo llegaba un poco tarde, 11 o 12 de la noche a la casa, porque andaba yo con ellos, mi papá se ponía como un ogro. Entonces yo dije: es que no puede ser un padre, este es un hombre celoso, no es un padre. Entonces, es cuando decidí enfrentarme con mi papá y me salí de mi casa, pero más adelante, a los 27 años. Me organicé para los gastos y hablé con él. El me ofendió diciendo que era yo una puta. Era puta cuando salía a divertirme y no estaba haciendo nada, y cuando el me manuseaba no era puta. Yo ahí me encomendé mucho a Dios, recobré e reinicié mi relación con Dios y me ayudó mucho, me hice más fuerte”. **¿Tu mamá llegó a saber de lo que tu papá hacía?** (En este momento Rosa se pone a llorar, yo desligo la grabadora, le tomo de las manos hasta que ella recobra su serenidad. Me comenta que nadie sabe de estas cosas, solo ella y ahora yo, pero no me pide que no incluya su relato. Me comenta que son recuerdos muy tristes, pero le hizo bien desahogar, fue un alivio que alguien más supiera de eso, fue como compartir una carga, un peso). “Mi mamá ha desconfiado de lo que me hizo mi papá, pero yo nunca le confirmé nada, no hemos platicado del tema”.

Esta mujer adolescente habló con dolorosa maestría de la experiencia de estar cara a cara con este padre abusador, y esto desmiente el supuesto del sentido común de que las víctimas quieren olvidar. Entre los debates que participan de esta coartada con la que se fabrica el silencio, se encuentra la lógica patriarcal que mantiene a los hombres libres de toda culpa. En el fragor de la misma desplazan el foco de interés de la tragedia vivida por las mujeres, como es el caso de esta adolescente. En el debate se pierde como referente el accionar y el padecer de la víctima y el abusador queda libre de toda responsabilidad. La abusada sigue presa de la vergüenza y por esto urge callarla y llenar el mutismo pretendiendo que nada pasó, incluso se crea la necesidad de “perdonarlo porque es mi padre”, una demanda social ubicada en la lógica patriarcal.

(Y sigo con Rosa) **¿Y cómo reaccionaba tu mamá frente al maltrato recibido de tu papá?** *“Mi mamá lo demandaba a las autoridades y mi papá... o sea, tenía una actitud muy tibia, ella no tenía respaldo legal, mi papá corría el documento de la demanda y se lo aventaba y le daba otro cachetazo. Ella lloraba, peleaba, le decía sus cosas, ella hablaba tanto... a lo mejor si hubiera sido más sumisa... Ella llegó a intentar separarse, nos quedamos como un mes en casa de una tía, pero entonces el la amenazaba de que la iba a acusar de abandono de hogar y perdía ella... se enfrentaba ella a perder por todo lo que había luchado, que era su casa. Intentó separarse dos o tres veces, se quedaba con la familia, pero no hubo respuestas, eran mujeres como ella. Ella terminaba regresando y se recriminaba ella misma diciendo: es que yo no tengo dignidad, no tengo vergüenza, y me lo confesaba con pena: mi hija, la mujer tiene que ser diferente, es como si yo te estuviera enseñando el vicio de fumar y te dijera que no fumaras. Eso va ser muy duro para ti, tu tienes que ser diferente a mí. Eso planteaba como un reto para mí”.*

Las mujeres temen a los hombres, pueden soportar insultos, humillaciones cotidianos, sufrir violaciones y abusos sexuales reiterados y a pesar de todo guardar silencio, tolerar una vida de patadas y golpes propinados por un marido, porque tienen miedo. Soportan sufrimientos sin fin porque las han convencido de que si huyen, las seguirán y sufrirán castigos aún peores. La mujer paralizada por el miedo es una figura destinada a ser maltratada. Estas mujeres tienen más miedo porque no cuentan con una familia que pueda defenderlas, no tienen hermanos dispuestos a administrar un correctivo a los hombres que las han maltratado, amenazado, tampoco tienen hermanas que puedan ofrecerles su solidaridad. Es que la sociedad no tiene estructurado un espacio para el empoderamiento de las mujeres.

Las mujeres sufren lo peor y no a manos de desconocidos en las calles peligrosas, sino en su propia casa, por obra de sus seres más próximos y queridos. Entre los motivos por los cuales las mujeres no denuncian las agresiones o desisten de dar seguimiento a la denuncia, el principal es el miedo. Peor que ser víctima de una agresión es que te maten. El miedo de las mujeres es una construcción cultural, instituida y mantenida por hombres y mujeres por igual en interés del grupo masculino dominante.

Vique Martín<sup>205</sup> declara que “los hombres no maltratan a las mujeres porque tengan un problema de baja autoestima. No son un grupo marginal de la sociedad con problemas emocionales que merezca compasión. Un hombre pegará a una mujer por cualquier motivo. No porque se haya empezado a mostrar ‘más asertivo’, sino sencillamente porque está allí, como un blanco, y cualquier cosa puede servir de excusa”.

En la narrativa de Orquídea se evidencia como las madres también pueden ser castrantes, y así actúan para que sus hijas acumulen capital cultural: la opresión como mandato cultural.

**Orquídea: ¿Cuáles eran tus deberes y obligaciones?** “A parte de ir a la escuela y traer buenas calificaciones porque este también era mi trabajo, tenía que ayudar en la casa”. **¿Cómo te relacionabas con tu madre?** “Se tornó difícil, mis hermanas empezaron a casarse y mis hermanas más jóvenes trabajaban y mi mamá quería que yo trabajara y estudiara”. **¿Tenías autonomía para salir, tener amistades?** “Sí, no tenía ni horario para llegar en casa”. **¿Había vigilancia, control, castigos?** “Mi mamá me controlaba en la ropa, no tenía ropa, no podía comprar muchas cosas. Me decía: ¿qué quieres, un zapato o un libro? Yo decía: para un libro, pues”. **¿Y la decisión sobre la carrera a estudiar?** “Pues que mi hermano tenía un amigo que era arquitecto y su hermana era azafata y querían que estudiara para azafata, y decía mi hermano: mejor que estudie para psicóloga”. **¿Pasaste por algún tipo de violencia?** “Recibí golpes de mi mamá, también de mis hermanos, me pegaban con lo que cayera. Mi mamá me insultaba, me decía de cosas. Tuve dificultades en la carrera, en una materia y la universidad era tan lejos y aunque me iba a las 5 de la mañana... y a parte no tenía para los libros. Mi mamá me daba todo el tiempo que yo quisiera para ir a la biblioteca o para recursar materias, pero no para los libros”.

El poder es, según Foucault, una vasta tecnología que atraviesa al conjunto de relaciones sociales y produce efectos de dominación. Las técnicas de funcionamiento del poder cruzan transversalmente los cuerpos, y se convierte en actitudes, gestos, prácticas y produce efectos. El poder se difunde cotidianamente

---

<sup>205</sup> Vique Martín, citada en Germaine Greer, op.cit., p. 432.

mediante infinitos mecanismos y prácticas sociales, los cuales, al actuar, producen un conjunto de relaciones móviles que siempre son asimétricas<sup>206</sup>.

Referirse al poder en su nivel microfísico conlleva, según Héctor Cevallos Garibay<sup>207</sup> la necesidad de analizarlo en su forma capilar de existencia, cuando el poder alcanza y penetra los cuerpos y las almas de los individuos, insertándose y determinando sus gestos y actitudes, su discursos y sus vidas cotidianas. Las implicaciones políticas de la concepción del poder microfísico quedan evidenciadas en las narraciones de las adolescentas-mujeres académicas, en las cuales se resalta el mito de la condición de víctimas de las mujeres a fin de mantenerlas bajo control, que permanezcan siempre al alcance de la vista, que comuniquen adónde van, por qué medios, a qué hora regresarán. El padre que cuando su hija adolescente sale por la noche insiste en ir a buscar para llevarla a casa le está instilando inconscientemente miedo a la vez que ejerce un control consciente sobre ella.

Su hijo adolescente corre mayor peligro pero, dada la adscripción de género del miedo, al padre difícilmente se le ocurriría ofrecerse a irlo a buscar para llevarle a casa cuando sale con sus amigos. El mito de la condición de víctimas de las mujeres, sostiene Germaine Greer<sup>208</sup>, las mantiene alejadas de la calle y recluidas en casa, el lugar donde corren mayor peligro.

La mujer sujeta a cualquier expresión de violencia, tiene pocas esperanzas de que algo cambie mientras se empeña en seguir confiando en el maltratador/a y acepta que la culpa es suya. La impotencia de las mujeres para conseguir protección contra la violencia es evidente y sucede que una y otro están engastados en la textura de las relaciones cotidianas. La mujer tarda en captar la implacable hostilidad que refleja la violencia en sus distintas formas, porque además si esta

---

<sup>206</sup> Michel Foucault. *Historia de la Sexualidad*. Siglo XXI, México, 1983, p. 114.

<sup>207</sup> Héctor Cevallos Garibay. *Foucault y el poder*. Coyoacán, México, 1986, p. 41.

<sup>208</sup> Germaine Greer. *La Mujer Completa*, op.cit., p. 424.

violencia no se expresa en golpes, no es considerada violencia o es más fácilmente tolerada.

La indiferencia, el desprecio, la desvaloración, son formas que violentan la integridad de estas adolescentes-mujeres académicas. Las hijas desarrollarán una mayor confianza en sí mismas si sus padres y madres estimulan y aprecian sus esfuerzos, pero es raro que éstos presten demasiada atención a estas cuestiones y cuando lo hacen, suelen exigir una verificación objetiva de los méritos de la hija antes de alentarla. La seguridad de los chicos se ve reforzada, en cambio, por la atención de la madre, que es abundante y raras veces condicionada.

Aunque ciertamente todo poder implica una lucha y un enfrentamiento de fuerzas, es posible encontrar manifestaciones de poder que no está marcadas por estas características, como aquellas que Etienne de La Boétie denomina “servidumbre voluntaria”, como es el caso de algunos de los relatos, en donde no se percibe ninguna resistencia, más bien, una aceptación, una sumisión incondicional hacia el padre o hacia la madre, quienes desde sus lugares, vigilan, castigan, someten, marginan y se intenta corregirlas.

Así, el poder no es una institución, ni una estructura, ni tampoco la capacidad de alguien, sino que es simplemente una estrategia compleja de prácticas de dominación en un determinado contexto.

El tema del poder nos hace recordar el eslogan feminista “lo personal es político”. Las diferencias de poder y de jerarquía entre hombres y mujeres, entre adultos/adultas y adolescentes, que circulan en las familias mexicanas (entre otras) se expresan en prácticas cotidianas, en el interior de las familias, en formas de relacionarse con la sexualidad, en prácticas de disciplina, vigilancia y castigos, pero también prácticas violentas.



La violencia contra las mujeres es de distinta índole y adquiere diferentes manifestaciones de acuerdo con quién la ejerce, contra qué tipo de mujer y la circunstancia en que ocurre. La violencia afectiva y corporal implicó, para estas adolescentes, en gritos, maltrato, humillación, distintos grados de ultraje erótico, en golpes, en sojuzgamiento económico, en la imposición de decisiones, en engaño, en indiferencia, en desvalorización. Esta variedad de acciones son dañinas a sus condiciones de salud-enfermedad y son a la vez actos de afirmación patriarcal sobre ellas.

Sobre estas prácticas actúan las prescripciones y los mandatos acerca de cada género, los supuestos invisibilizados, mitos, lealtades, también invisibles, en torno a lo que es o debe ser una mujer, una relación padre-hija/hijo, madre-hija/hijo, un matrimonio, un hombre, una mujer. Un ejemplo fatídico de todo ello es el supuesto de la confianza que se da por el hecho de que haya seres humanas y humanos vinculados por lazos de sangre o por ligazón paterna-filial.

En realidad, el poder, en tanto relaciones verticales de dominación, de vigilancia, de castigo, de normatización y disciplinarización, conforma la clave explicativa del porque las mujeres son *cuerpo-para-otros*, cuerpos para el trabajo, para la atención de otros, aunque también se evidencia en la voz de estas mujeres-adolescentes las diferentes formas de resistencia, rebeldía y transgresión a las prácticas restrictivas y/o violentas.

### **El trabajo en la adolescencia**

Las labores domésticas de las adolescentes mujeres-académicas se intensificaron para algunas de ellas, para otras seguían siendo múltiples pero iguales que en la niñez, otras más desarrollaban algunas actividades nomás, y para otras además del cuidado de la casa, había que cuidar a los hermanos. Y todo eso sin descuidar la escuela y las tareas consecuentes. En la adolescencia se viene reforzar lo aprendido en la niñez, el trabajo doméstico como ámbito

particularmente femenino, el cual genera sobrecarga de trabajo para estas estudiantas: el doméstico, el remunerado, el escolar.

Para este eje-categoría se preguntó sobre las **actividades desarrolladas** en el hogar, el **tiempo dedicado** a estas actividades, **la frecuencia** que lo hacía, sobre la ejecución de **trabajo a nivel público**, los **motivos** que las llevaran a hacerlo, el **destino del dinero** percibido, y se participaban en alguna **organización de tipo social**. Lo que ellas comentaran fue:

**Gardenia:** *“Mis labores se acrecentaron, tenía que lavar, planchar, cocinar, todo... Trabajaba en media 3 horas diarias y atendía a mis hermanas, a mi mamá y a mi papá. “A los 14 años trabajé como asistente de contabilidad. Trabajaba 8 horas diarias, fue por un año. Trabajé fuera por no estar haciendo el quehacer de la casa y para ganar dinero. El dinero pertenecía a mi, y lo gastaba en ropa, zapatos”. Participaba en la iglesia como catequista”.*

**Dalia:** *“Me dedicaba al quehacer del departamento, lo hacíamos entre mi hermana y yo. Para la escuela me dedicaba unas 9 horas diarias”.*

**Margarita:** *“Tenía pocas actividades en la casa, por la facultad y el trabajo. Trabajaba como maestra, por 2 horas diarias”.*

**Amapola:** *“Mis actividades eran varias, sobre todo en los fines de semana y siempre las cumplía. En la escuela me pasaba 8 horas. A los 18 años trabajé como cajera en una tienda, durante 8 horas diarias, en las vacaciones. Lo hice por dinero para comprar ropas y libros”.*

**Flor de Lotus:** *“Si tenía que ayudar en la casa, pero nos rotábamos, mis hermanos también lavaban trastes, mi papá cocinaba y la mayor responsabilidad era de mi mamá. También estudiaba inglés y daba clases de inglés. Parte del dinero se lo daba a mi mamá, siempre fui generosa, por ejemplo, llevaba a mis hermanos al cine, a comer a todos. Otra parte era para mis gastos”.*

**Tulipán:** *“Mis actividades eran múltiples y era para todos. A parte de estudiar yo daba clases, 2 horas diarias, porque según mi mamá, las mujeres debíamos trabajar y aportar algo para la casa. El ingreso era para mí, solo llevaba el pan para la casa. Participaba en la iglesia, tocaba”.*

**Jacaranda:** *“Yo tenía todas las actividades, hacía todas. A los 13 años empecé a trabajar públicamente, porque como ya no podía ganar dinero con mi hermano y ya estaba acostumbrada a tener mi dinero, entonces decidí emplearme en un taller de costura y hacía yo bolsas de rafia y bufandas y cosas de esas y ganaba mi dinero. El*

*dinero pertenecía a mi, no tenía que dar a la casa, pero yo sabía que lo podía utilizar en algunas cosas que estaban negadas por parte de mi papá, por ejemplo, yo pagué las dos operaciones de mi hermano. El dinero yo lo destinaba, yo decidía adonde, pero muchas cosas tiene que ver con mis hermanos. Si iba a iglesia, participaba como catequista”.*

**Bugambilia:** *“Muchas actividades, casi todas. Además tocaba el saxofón y trabajaba en el hospital, 8 horas diarias. Tenía como 18 años y trabajé por dinero. Lo gastaba conmigo y para la casa de mi mamá. Participaba en la iglesia”.*

**Alcatraz:** *“Mis actividades eran limpiar mi cuarto, lavar y planchar mi ropa, durante los fines de semana”.*

**Lilis:** *“Ya no hacía tanto en la casa porque salía muy temprano y llegaba por la noche, entonces mi labores domésticas disminuyeron entre semana, y los fines de semana pues yo aprovechaba para ayudar en lo que más pudiera, pero por ejemplo, mi ropa yo siempre lavaba y planchaba. Trabajaba yo con un historiador, le ayudaba a archivar sus cosas y al final de la carrera trabajé en un hospital infantil, pero no aguanté y salí. La decisión en trabajar fue mía, por este año mi padre empezó a tener problemas económicos muy severos y entonces yo vi la oportunidad de entrar a trabajar y poderme ayudar para terminar la carrera. El dinero lo destinaba a mi, a cosas que necesitaba. Durante el bachillerato estuve en un grupo de la iglesia, en un grupo de jóvenes que era lo que más me gustaba porque era un ambiente muy agradable, era conocer otra gente, tenía un sacerdote que nos apoyaba, nos alentaba”.*

**Hortensia:** *“Cada quien tenía que hacer sus cosas. Si trabajé fuera, en temporadas de vacaciones, en una tienda departamental y en Petróleos, porque quería tener dinero”.*

**Rosa:** *“Yo seguía haciendo mucho en la casa. Participé en algunos partidos políticos, no muy connotados, en los comités y grupos de actividades políticas”.*

**Orquídea:** *“Seguía ayudando en la casa. Si trabajé fuera, pero solo en las vacaciones. Tenía un amigo que su papá era gerente de una empresa, entonces trabajaba en eso. El dinero se lo daba a mi mamá”.*

La dimensión más dramática del trabajo doméstico y del esfuerzo vital se encuentra sobre todo en el trabajo realizado para quienes son aptos. Marcela Lagarde<sup>209</sup> llama trabajo materno excedente al trabajo y a las actividades que realizan mujeres maternalmente para los aptos, porque es un trabajo obligatorio e innecesariamente realizado por las mujeres-madres. Es excedente también por la

---

<sup>209</sup> Marcela Lagarde. *Los cautiverios de las mujeres*, op.cit., p. 251.

mayor parte del trabajo y de las energías vitales en movimiento ocupadas en actividades que podrían ser satisfechas de otras maneras, y así las mujeres podrían dedicar su esfuerzo a otras actividades para sí mismas.

Los cuidados a los aptos se hacen a quienes actúan como si estuvieran impedidos. Estas adolescentes y sus madres hacen mucho por ellos: hacen la comida, se la sirven, les recogen sus cosas y sus desechos, los despiertan, lavan, barren y limpian por ellos, recogen y ordenan sus cosas, compran y distribuyen, pagan y reciben, llevan, traen, cobijan estos otros.

Estas actividades son realizadas por las mujeres sólo por el convencimiento cultural de que se trata de un deber ineludible, que es un deber ser, ubicado en el centro de la identidad femenina de las mujeres y del género. Deber ser asociado al irrenunciable amor maternal.

En las sociedades, como la mexicana, que especializan a las mujeres en la reproducción social, el conjunto de acciones de trabajo materno es algo propio de las mujeres, lo han internalizado desde niñas, como parte de sí mismas y constituye un núcleo fundamental de la identidad femenina. De no ser mirados con esta ideología, se hace evidente la incongruencia de gran parte del trabajo y de los esfuerzos vitales de las mujeres. Por un lado porque son un esfuerzo y una carga innecesarios, un sobretrabajo, un exceso que las acerca al desgaste físico y mental, que bien pueden realizar las personas beneficiadas de él.

La contradicción está en que además de poder ser realizado por el beneficiario, la mujer lo hace en el sometimiento, la inferiorización y la desvalorización de sus actividades como trabajo o como esfuerzo vital. Por otro lado, otra contradicción está en que en ese trabajo de hacer *para los otros* y *cuidar a los otros*, las energías vitales no son apreciadas como trabajo o como creación de condiciones de bienestar, tampoco generan reciprocidad social paritaria, ni siquiera gratitud<sup>210</sup>.

---

<sup>210</sup> Marcela Lagarde. *Los cautiverios de las mujeres*, op.cit., p. 253.

Eso es así, explica Marcela Lagarde<sup>211</sup>, porque existen dificultades para definir el trabajo femenino, primero porque se le juzga a partir de la división histórica del trabajo, como natural, como característica del sexo femenino, y segundo porque una parte de su trabajo le ocurre y lo hace en y por mediación de su cuerpo, y no es diferenciada de él como una actividad social creativa. Tercero, porque el resto del trabajo de la mujer, por asociación, es derivado naturalmente del trabajo no concebido como tal. El trabajo de la mujer es sexualidad femenina, queda subsumido y negado en la feminidad-naturaleza.

Estas adolescentes participaran diferencialmente en la reproducción social y cultural, y lo hicieran con la reproducción de los particulares en procesos que ocurren como reposición cotidiana de condiciones vitales. Al hacerlo, reprodujeron relaciones sociales y políticas, espacios materiales y culturales de vida, contribuyeron a la reproducción de modos de vida y de concepciones del mundo, es decir de la cultura.

Justificado en la división genérica, este trabajo se reproducción es realizado en la sociedad como un hecho incuestionable, en cumplimiento de sus atributos sexuales, como eje social y cultural de su feminidad: como madres aunque biológicamente no lo han sido. Su representación ideológica lo define como atributo genérico de las mujeres.

Las adolescentes que incursionaran en el trabajo público lo hicieran con toda la carga personal, por necesidades económicas, porque querían tener cosas, y también porque querían ayudar a su familia, en este afán de contribuir, participar con su cuerpo, con su trabajo, con su subjetividad al cuidado de los demás. No hacen por un desarrollo personal, sino para ayudar a los demás, para que los demás no tengan que preocuparse con sus necesidades.

---

<sup>211</sup> Ibid, p. 116.

Para estas mujeres adolescentes el trabajo realizado doméesticamente implicó períodos enteros de la vida, tuvieron que desplegar energías que se desgastaran y fue necesario reponerlas de manera cotidiana, en la cantidad y con la calidad que el modo de vida de cada una exigió y permitió.

Los medios de trabajo y de vida, la vivencia del cuerpo, de la sexualidad, las relaciones de poder establecidas varían de acuerdo a la situación de cada mujer, de cada adolescente. Pero lo que es generalizado es la asimilación de estos medios a la identidad femenina al punto que aparecen en la conciencia como una sola cosa.

### **La subjetividad en la adolescencia**

La posición subjetiva es la perspectiva desde la cual un sujeto o sujeta enfrenta su deseo, en otras palabras, expresa formas de vivir y de vivirse. Este recurso permite a las adolescentes- mujeres académicas descentrarse para valorar su experiencia. El descentramiento significa justamente moverse del centro, hacerse a un lado de la posición protagónica para mirarse, para pensarse.

Se les pidió que identificaran el marcador de la entrada en la adolescencia, y sus respuestas van desde aspectos biológicos, hasta los más subjetivos, pasando por no identificar a ninguno. Se trata de cómo se representaban en la adolescencia.

**Dalia:** “La menstruación”

**Flor de Lotus:** “No sé”

**Gardenia:** “*Ya no había tanto juego, había que estar más en la casa haciendo cosas*”

**Margarita:** “*Mi independencia*”

**Amapola:** “*La menstruación y los cambios físicos*”

**Hortensia:** “*los cambios físicos*”

**Tulipán:** “*la responsabilidad*”

**Jacaranda:** “*asumir responsabilidades, la insistencia en el cortejo de los varones, me tocaran muchas serenatas, muchos ramos de flores, muchos versos, estuve muy acompañada en este sentido, y eso me hacía sentir una mujer muy bella, muy galanteada. Si tuve mucha fortuna en este sentido*”

**Alcatraz:** *“ya me dejaban ir a fiestas, que no me tenía mi papá tan vigilada, que ya confiaba en mi, podía yo llegar tarde a la casa, por cosas de la escuela y no me llamaban la atención”*

**Lilis:** *“cambiarme al bachillerato, porque muy poca gente entraba a estudiar el bachillerato, fue muy importante para mi. La otra fue encontrar al novio”.*

**Orquídea:** *“mi entrada en la preparatoria, en una que surgió en el movimiento del 68”.*

¿Cuáles eran las **similitudes y las diferencias** que encontraban en relación con las otras muchachas y los muchachos? Pues estas adolescentes se encontraban más diferentes que semejantes con otras y con los chavos, pues se consideraban más (inteligentes, perfeccionistas, responsables...) que ellos. ¿Estas adolescentes eran especialmente diferentes o porqué razón se sentían “más que ellos”?

El querer ser o querer llegar tiene como referente una aspiración, un ideal, cuya característica es el ser simbolizado en términos comparativos: “era más inteligente”, “era más responsable”, o “hablaba menos que ellas”, “tenía menos apoyo que ellas” es decir se escucha una rivalidad como condición de la propia existencia. No en balde se posicionan para hablar de sí mismas en términos de ser diferentes a ellas o a ellos.

**Gardenia:** *“con las chavas yo veía que todas se pintaban y se arreglaban como si fueran a una fiesta, y con los chavos, yo los veía así como... que nunca me interesaron como sexo, como las locas que andaban atrás de los chavos”.*

**Amapola:** *“Físicamente me parecía a ellas, pero yo hablaba menos que ellas. Con los muchachos, ellos eran más agresivos, no me gustaba que me tocaran, y me decía mi papá: no te lleves con los hombres”.*

**Flor de Lotus:** *“Nos gustaba las mismas cosas, la música, la ropa, a chismear sobre los muchachos, pero no tuve muchas amigas. Yo veía que las otras muchachas tenían más apoyo de su familia, sus familias estaban más al tanto no solo de sus necesidades, sino de lo que pensaban, de lo que querían. Yo era una absoluta desconocida para mis padres. Tenían más camaradería con sus familias, tenían más solvencia económica. Con los muchachos encontraba mucha diferencia, yo era muchísimo más inteligente que ellos”.*

**Tulipán:** “La semejanza con las otras era la capacidad para ser responsable y con los hombres era ser fodonga como ellos. La diferencia con ellos es que son más torpes”.

**Jacaranda:** “Si había semejanzas, podíamos hablar de cosas en común, la similitud en algunas travesuras con los compañeros de la secundaria o con los maestros. Eso nos hacía comunes. En lo que no éramos comunes era que a mi si me interesaba aprender cosas, y yo era más bonita, y no sólo más bonita, sino más inteligente, sufría menos, resolvía más cosas. Con los muchachos, nos podíamos divertir muchísimo y las diferencias fundamentales eran que ellos eran muy bonitos, siempre me han parecido hermosísimos los hombres y eran más libres, eran más atrevidos para hacer cosas”.

**Hortensia:** “Las semejanzas con las demás muchachas eran los problemas físicos de la menstruación, y la diferencia era que la relación de ellas con los hombres era mucho más fácil. Con los hombres, habíamos sido educados iguales, pero con distinciones, por eso no servía a mis hermanos.”

**Alcatraz:** “Me identificaba con las muchachas por haber elegido la misma carrera, me sentía contenta porque no era la única, aunque éramos 4 o 6 nomás, y que preferíamos estudiar a tener novios, andar en fiestas. Sacrificábamos nuestra vida social por estudiar, y que también éramos perfeccionistas. La diferencia con ellas era con las que ya tenían novios, las admiraba. Con los muchachos, pues... yo era una muchacha que no se pintaba, no era muy coqueta, siempre andaba con pantalones, entonces las semejanzas eran que ellos no se preocupaban por muchas cosas. Muchas de mis otras compañeras se pintaban los labios, se arreglaban, se preocupaban porque se les corría la media, yo como siempre andaba con calcetines... Ellos tenían una vida con menos distractores y yo igual que ellos también tenía menos distractores. La diferencia es que ellos eran pocos detallistas o poco perfeccionista, más desparpajados. Para trabajar prefería con las mujeres, no con ellos”.

**Lilis:** “Éramos hijas de familia, que teníamos ropas muy parecidas, pero eran más las diferencias que las similitudes. Yo tenía muchas carencias económicas, en sus familias no había tantos problemas con sus padres, o a lo mejor no lo manifestaban, yo siempre fui de las hermanas mayores y las otras muchachas eran las hijas menores, y eso cambiaba mucho nuestra relación porque mientras ellas querían salir a algún lado, yo tenía que cuidar a mis hermanos o no tenía para salir con ellas. Yo siempre llevaba lo justo para la escuela”. Con los muchachos, la semejanza es que teníamos el mismo ambiente y la diferencia no puedo decir porque no me relacionaba mucho con ellos, pero lo que si me quedaba claro es que nosotras éramos más inteligentes que ellos”.

**Rosa:** “La semejanza estaba en los conservadoras que éramos, en tener un límite con los muchachos”.



**Orquídea:** *“Pues no había semejanzas, había más diferencias. Tenía amistades con ellas, pero no estaba de acuerdo con ellas. Con los muchachos también había más diferencias, pero me llevaba mejor con ellos”.*

La mujer se sabe diferente y esta diferencia respecto a las otras mujeres es la parte de la conciencia femenina más endeble. Está construida, esclarece Marcela Lagarde<sup>212</sup>, sobre características menores que la distinguen de las otras. El terror de ser como todas las demás es enfrentado con la obcecación de magnificar diferencias formales: el color del pelo, las dimensiones de la figura, la indumentaria, el tipo de casa, los atributos educativos, el tamaño de las uñas..”. Y en el caso de las adolescentes de este estudio: el tener novios, una relación más fácil con los hombres, la pintura de la cara, hablar menos, ser más bonita, más inteligente.... En su base, no obstante, se encuentran las diferencias profundas de su situación, las cuales efectivamente hacen que unas se encuentren en circunstancias de vida desconocidas y en ocasiones antagónicas con las otras. Por ejemplo, las diferencias de recursos económicos y las carencias afectivas, las cuales son en la conciencia femenina tan importantes como las primeras, y las similitudes se subsumen en las diferencias.

En la concepción dominante del mundo, cualquier cosa es elevada a la categoría de diferencia esencial para lograr la separación, la no identificación, la enajenación. “La conciencia individual basada en la singularidad es confrontada con la conciencia grupal (clasista, genérica, etcétera), como si fueran contradictorias y excluyentes”<sup>213</sup>.

Así, las mujeres se piensan únicas y no reconocen lo que tienen de común con las demás. Lo común a todas desaparece apoyado en la ideología naturalista que lo representa como atributos inherentes al ser mujer. “Con estos mecanismos de escisión de la conciencia entre el soy y el somos, la conciencia de las mujeres se constituye a partir de la negación del reconocimiento del carácter histórico tanto de

---

<sup>212</sup> Marcela Lagarde. *Los cautiverios de las mujeres*, op.cit., p. 327.

<sup>213</sup> *Ibidem*

su condición como de su existencia individual, y de privilegiar su identidad a partir de la clase o de la pertenencia a otras categorías sociales, en demérito del género”<sup>214</sup>.

Cuanto a las **aspiraciones, metas y necesidades** de estas adolescentes, se evidencia la carencia económica en que vivían, la enorme responsabilidad que tenían con ellas mismas, y mucha necesidad de afecto, pero también de liberarse de la familia, de las responsabilidades asignadas. Leemos importantes claves en estas narrativas, claves que posiblemente dieran paso a que estas adolescentes se incorporaran al mundo escolar universitario, claves que les posibilitaran ser distintas a sus madres, a las mujeres de su medio, de su entorno socio-cultural, claves de empoderamiento, de resistencia, rebeldía y transgresión al mandato cultural de género.

**Jacaranda:** *“me gustaba mucho el modelo de compañero que elegí por pareja. Poder aprender cosas, conocer lugares, poder establecer interesantes conversaciones, poder ser importante. Mi necesidad era el dinero, me hacía muy difícil la vida sin dinero. Yo no podía trabajar demasiado porque llevaba la casa, entonces tenía que resignarme con lo que ganaba en el taller”.*

**Bugambilia:** *“mis necesidades eran económicas”*

**Hortensia:** *“yo nunca tuve aspiraciones, estudié porque quería salir de mi casa y cuanto a mis necesidades, yo necesitaba de una madre, pero una madre amiga”*

**Alcatraz:** *“Bueno, ya que no voy a ser pintora, me gustaría ser ... como ..., me encantó su manera de escribir. No ser ..., sino ..., es lo más parecido, apegado al arte. Pero yo veía como algo que no podía realizar, porque los de esta especialidad ya la hacían estando viejitos, eran muy viejitos, y que costaba mucho dinero. Mis necesidades no eran muchas, que respetaran mi intimidad, mi tiempo y me dejaran salir. Tenía necesidad de más libertad ya que me pasaba estudiando. Necesidades afectivas, todas, muchas. Me hubiera gustado tener una figura que respetar y que me guiara. Tuve todas las carencias, moral y afectiva”*

**Lilis:** *“Siempre soñé en llegar a la universidad, terminar mi carrera y tener una familia feliz, y las dificultades fueran muchas, no tanto académicas, sino familiares. Mi necesidad era económica y afectiva, llevarme bien con mi mamá”*

---

<sup>214</sup> Marcela Lagarde. Los cautiverios de las mujeres, op.cit., pp. 327-328.

**Rosa:** *“Mi aspiración era terminar mi carrera, y mis necesidades eran del tipo recreativas, que pudiera divertirme sin sentir que estaba haciendo algo malo”*

**Orquídea:** *“Mi aspiración era salir de mi casa”*

**Dalia:** *“Mi meta era ser profesionista y tuve todas las facilidades, ninguna dificultad. Mis necesidades tal vez era tener dinero para gastar con la ropa y los zapatos”*

**Amapola:** *“Mi aspiración era hacer mi carrera sin dificultades y mis necesidades eran económicas, de libros, y también de afecto por parte de mi mamá”*

**Flor de Lotus:** *“Mi meta principal era salirme de mi casa, ya no aguantaba yo a mi mamá. Además todas las personas necesitan un espacio y conmigo desde siempre era compartir con mis hermanos, la recámara, el baño, todo era compartir. Lo que yo más deseaba era tener un espacio mio, mis cosas. Mismo porque no quería cometer las mismas locuras que mis papás. Siempre ha sido la relación de amor-odio, porque yo sé que siempre he tenido carencias de tipo afectivo y estas carencias siempre van a estar conmigo. No importa lo mucho que yo reciba y durante mucho tiempo yo veía estas carencias como debilidades, yo decía: ya supérate. Ahora entiendo como que uno se vuelve más compasivo, y entiendo que siempre van a estar conmigo, y esto va ser el cristal a través del cual yo mire las cosas. Yo tenía muchas necesidades afectivas”.*

**Tulipán:** *“Mi aspiración era tener independencia económica, capacidad profesional y ética. Tuve muchas dificultades, sobretodo económicas. La facilidad fue contar con comprensión y aceptación de la carrera cursada. Mi necesidad era sentirme fuerte, capaz”*

**Gardenia:** *“Mi aspiración era ser profesionista y mis necesidades... un chorro, todas”.*

Ninguna de ellas se planteó, en la adolescencia, la aspiración y la meta de casarse y tener hijos, todas quisieran algo diferente para sus vidas, quisieran romper con los modelos convencionales a los cuales estaban adscritas sus madres, sus familias, quisieran estudiar y lo hicieron. Sin embargo, no se deja de percibir, en las narrativas sobre sus necesidades, la dependencia hacia los demás, principalmente la necesidad afectiva, necesidad de *los otros* para sentirse querida, amada, apreciada, respetada, para aprender, saber de cosas, para saber que no estaba haciendo nada malo, necesidad de una madre amiga, de tener una figura para admirar y respetar, necesidad de ser guiada, necesidad *de otros* para ser, estar, existir.

La falta, la carencia, la necesidad, nuestra esencial incompletud, eso que nos funda como sujetas y que es causa del deseo, promoverá el encuentro sucesivo con objetos y personas que siempre son promesa y decepción a la vez, y que nunca colman el deseo.

La autoestima no es voluntaria, espontánea o natural, sostiene Marcela Lagarde<sup>215</sup>. “No proviene de una fuente ajena, sino de las condiciones de vida y de lo que cada una ha experimentado al vivir su vida”. En vista de esta perspectiva, y como elemento constitutivo de la subjetividad femenina, se les planteó a las mujeres-académicas cómo se veían a sí mismas y cómo se sentían consigo mismas en la adolescencia, y en función de estos aspectos, cuáles eran sus afectos y sentimientos predominantes. Eso fue lo que relataran:

**Tulipán:** *“Tenía la autoestima baja por el problema en las rodillas, por problemas económicos y por soledad. ¿Mis afectos? Me sentía enojada con el mundo”.*

**Flor de Lotus:** *“Es algo curioso porque la psicología te lo dice, y es cierto: uno aprende a ver a través de los ojos de tus padres, y yo creo que la mirada de mi mamá era que yo era una niña torpe, una niña con falta de belleza, una niña sin gracia, llena de defectos. Esa era la imagen que mi mamá me transmitía, y durante mucho tiempo esa era la imagen que yo tenía de mi misma. Y por eso te digo que yo era mi juez más severa, porque decía: cómo demonios vas ser así, tu tienes que sobresalir, que ser mejor, pero... Me resulta extraño, porque tengo amigos que me hablan de esta época y la imagen que me dan es de que era yo una mujer muy bella. Y ahora que lo pienso, cuando los hombres me veían, yo pensaba siempre que me estaban criticando, y no. Esta es la imagen super crítica que mi mamá formó de mi, no? Cuanto a los afectos, me preocupaba mucho a mis hermanos, los quiero mucho, pero eso es algo que reprocho a mi mamá, ella nunca propició que nos lleváramos bien, ella nunca trató de construir entre nosotros una verdadera relación de hermanos. Hubo períodos en que no aguantaba yo a mis papás, hubo períodos que los odiaba, después también aprendí a ser más compasiva, más piadosa, a verlos como seres humanos, con más defectos que calidades, pero finalmente tuve que hacer real mi tesis de que nadie tiene la culpa de ser como es. Mi sentimiento*

---

<sup>215</sup> Marcela Lagarde. *Claves Feministas para la autoestima de las mujeres*, op.cit., p. 87.

*predominante en esta época era de desconcierto, había muchas cosas que no alcanzaba yo a entender”.*

**Amapola:** *“Creo que me sentía bien, no me sentía ni muy bonita, pero tampoco fea. Tenía la autoestima un poquito baja por la incapacidad de relacionarme con los demás. Cuanto a los afectos, el amor era para un muchacho, a mi mamá y a mi hermana y era recíproco. Odio sentía hacía mi papá y celos hacía una muchacha que andaba con el muchacho que yo quería. Mis sentimientos predominantes eran de tristeza, ansiedad, mucha depresión, pero era también alegre, pero no expresiva”.*

**Gardenia:** *“Yo me veía guapísima, trabajé en el canal 13, fui asistente de producción, anuncié deportes. Y en relación a las otras muchachas, yo me veía más guapa. Mis afectos eran para mi papá, yo quería tener un marido como mi papá. Envidiaba a mi mamá, por el poder que ejercía, quería ser como ella y sentía celos de mis hermanas, siempre sentí que me querían menos, pero predominaba en mí el sentimiento de alegría”.*

**Margarita:** *“Yo era una muchacha contenta, tenía amor a mi mamá y a mis hermanos y el sentimiento que me predominaba era de satisfacción”.*

**Dalia:** *“Me sentía bien y me veía bien, tenía mucho pegue. Los afectos eran para mis amigos”.*

**Orquídea:** *“Me sentía muy bien, mis afectos eran para mi familia, mis hermanos. Llegaba a sentir envidia, por ejemplo, de una amiga rica que tuviera carro. Era yo muy alegre, muy positiva, muy optimista”.*

**Rosa:** *“Me sentía bien, me sentía muy querida por los vecinos. Mi entorno social ya había cambiado. Navegaba entre la alegría y la depresión”.*

**Lilis:** *“Mi autoestima era muy baja. Siempre he querido mucho a mis padres y mis hermanos, pero en este momento también quería mucho a mi novio y sentía que debían quererme más. Odio si, desgraciadamente he tenido este sentimiento y durante mucho tiempo hacía la familia de mi padre. Envidia no, era a lo mejor el deseo de tener cosas bonitas, pero no envidia. Celos mucho y también me celaban mucho. Mi padre era muy especial con las hijas, no nada más conmigo, y el novio era un poco celoso. Yo siempre me he considerado triste, melancólica e insatisfecha en algunas cosas, por las situaciones familiares”.*

**Alcatraz:** *“Mi autoestima era baja, baja porque cuando ganaba medallas y diplomas, a mi papá no le parecía muy importante, como para mí, nunca tuve un parámetro si lo que hacía yo estaba bien o estaba mal, y a los hermanos varones se les aplaudía mucho. Sentía celos de mis hermanos varones, en cuanto a la libertad que ellos tenían y que sí hubo una discriminación marcada, porque mi papá se los llevaba a jugar fútbol, o sea hacían un equipo ellos. Sentía celos de la compañía de mi papá. Me sentía una muchacha tranquila, madura porque me di cuenta que nadie tenía todo. Me sentí*

*afortunada porque mi papá me compraba todos los libros que le pedía, habiendo tantos compañeros que tenían que estudiar en la biblioteca. Afortunada porque pude estudiar sin trabajar y estudiar la segunda opción que elegí. Fui una persona que sabía de mis carencias, con una autoestima baja, mas supe adaptarme a ser la única mujer en un equipo de hombres”.*

**Hortensia:** *“Mi autoestima era baja, muy baja y mis sentimientos eran de tristeza, ansiedad y muy fácilmente me deprimía”.*

**Bugambilia:** *“Mi autoestima estaba muy bien, era alta, mis sentimientos era de amor hacía mi madre y de rebeldía”.*

**Jacaranda:** *“Me sentía dueña de mi misma, con mucho poder sobre los demás, yo sabía que podía dominar a mi papá, que era muy difícil pero sabía que podía convencer a mi hermano de que yo fuera libre, sabía que podía proteger a mi hermana y que podía cuidarla y acompañarla. **¿Cómo te sentías al ejercer el poder, tenías conciencia de tu poder?** Por supuesto que si tenía conciencia, me encantaba el poder. Los sentimientos que me predominaban era de preocupación, el sentimiento más fuerte era preocuparme por cómo podía poner orden en todo el desorden que vivía. El miedo domesticado de mi hermano, la muerte anunciada mil veces de mi mamá, la prepotencia de mi papá... dentro de ese desorden, cómo entro yo, cómo lo organizo, cómo hallo, cómo meto, cómo saco. Era yo una muchacha tímida, muy callada, muy reservada, muy desconfiada. Tenía momentos de tristeza, de angustia”.*

Gran parte de estas adolescentes tenía una autoestima baja, y una clave para explicar tal hecho, es que la dimensión tradicional de la autoestima de las mujeres es subsidiaria de la estima de *los otros*. No es casual que mujeres diferentes experimenten problemas similares de baja autoestima y unas cuantas de alta autoestima. Ambos procesos están referidos a los soportes de las condiciones de género, al proceso de domesticación de las mujeres. La valoración social de la mujer y de las mujeres y de lo femenino, desde una óptica patriarcal, no sólo es parte de la organización social y política de géneros, sino de la identidad de género asignada a las mujeres y de la autoidentidad de cada una. Estos valores están o han estado en nuestra subjetividad aunque no nos demos cuenta. Pero también la autoestima está construida de acuerdo a otras condiciones, que en el caso de estas adolescentes, se refiere a problemas personales físicos y psíquicos y al entorno familiar, a las relaciones con la madre, con el padre, las y los hermanos.

Las familias de estas adolescentes eran patriarcales en rangos diversos, estas familias conformaban ámbitos complejos y contradictorios de desarrollo personal y de relaciones prioritarias. La contradicción mayor está en la importancia central que tienen las familias en la vida de estas adolescentes (y de las mujeres en general) debido a la alta incidencia de poder sobre ellas, y por ser, al mismo tiempo, la vida familiar parte del sentido de la vida asignado a ellas y sobrevalorado por ellas. “El espacio familiar es de supremacía patriarcal: en él las mujeres deben reproducir el orden social, la cultura y la política de la supremacía, sobrevivir, desarrollarse y realizar anhelos trascendente”<sup>216</sup>.

Para algunas (Flor de Lotus, Lilis) las familias se beneficiaban del trabajo, el sobreesfuerzo y los recursos que ellas, adolescentes, les destinaban, y en cambio estas familia no fueron capaces de apoyar de manera adecuada sus procesos vitales de sobrecarga y de conflictos personales.

Al contrario, las familias de otras adolescentes, no obstaculizaran de manera ostensible el desarrollo personal de ellas. En estas familias, las adolescentes no estuvieran en posición de sujeción, ni de servidumbre (Jacaranda, Alcatraz). Otras obtuvieron apoyo para cursar la carrera, para los libros, aunque si estaban en posición de sujeción (Gardenia, Dalia). Asumieron su responsabilidad como soporte y apoyo, aunque reducido y temporal.

No obstante, sus narrativas son pruebas de rebeldía, de que el avance y la mejoría de estas adolescentes fueron obra de ellas mismas. Para hacer avanzar sus intereses y lograr el respeto a sus decisiones y a su manera de ser, estas adolescentes tuvieron que enfrentarse a la oposición de sus familiares. Parte de su fortaleza, resistencia y rebeldía viene del desarrollo de sus capacidades para persistir y avanzar en estas condiciones.

---

<sup>216</sup> Marcela Lagarde. *Claves feministas para la autoestima de las mujeres*, op.cit., p. 119.

Los hitos vitales son experiencias y hechos definitorios o marcadores, acontecimientos personales extraordinarios que marcaron la adolescencia de las mujeres académicas. Sobre este tema ellas relataran:

**Bugambilia:** *“mi graduación en enfermería”.*

**Hortensia:** *“haber estudiado con monjas en escuelas unisexuales”.*

**Alcatraz:** *“mi primer beso, ahí empezó a mejorar mi autoestima porque me lo dio el muchacho más guapo de la prepa”.*

**Jacaranda:** *“enfrentarme a la muerte. Me enfrento a una enfermedad mortal que es el cáncer, y allí me doy cuenta de todo lo que es el cáncer, y ahora lo sé, pero en aquel momento me aterro en ver a mi mamá llorar tanto por la enfermedad de mi hermana. Ahora sé que mi madre decide morir, que no soporta la enfermedad de mi hermana y entonces decide morir. Entonces, enfrentarme a la enfermedad no solamente de mi hermana, sino de mi hermano y que yo también había venido con unos problemas de enfermedad y la muerte, no?”*

**Lilis:** *“haber entrado a la universidad, el viajar sola. Para mi eso fue algo que me ayudó mucho porque me di cuenta que podía hacer otras cosas y que a parte tenía que cuidarme de mi misma. La otra fue el no poder haberme casado, en este momento, con mi novio”.*

**Rosa:** *“Fui selectiva, a pesar de estar entre drogadictos. Mi adolescencia fue muy dura. No quería reproducir lo que había pasado a mi mamá, lo que ella había vivido. Quería ser diferente, pero no sabía como. Sabía que tenía que empezar un camino diferente de mi mamá, no sólo hacer una carrera. Me di cuenta que de mi dependía para salir del ambiente que vivía y que debería estudiar”.*

**Orquídea:** *“La escuela, mis amigos”.*

**Margarita:** *“el primer día en la secundaria, por el tamaño de la escuela y por la presencia de muchachos”.*

**Flor de Lotus:** *“Una vez me invitaran a una excursión y me había dado cuenta que a mi mamá le daba mucho coraje que yo saliera, que yo pudiera salirme de este ambiente y ella no. Entonces le pregunté a mi mamá y ella al en vez de decirme si o no, me dijo: ¿me estás preguntando o me estás avisando? Y hasta este momento yo no había pensado que tenía esta posibilidad, pero ya que me planteó, yo le dice: le estoy avisando. Otro más y talvez el momento que más me marcó fue que mi papá perdió el trabajo y como yo ya hablaba muy bien el inglés, trabajaba traduciendo, ganaba algún dinero, y entonces encontré otro trabajo de traductora en otra empresa y empecé a ganar, ya me pagaban con cheque y todo, y hubo una navidad en que mi papá no tenía dinero, no había aguinaldo, ni nada, y fue mi cheque lo que sostuvo la casa, y eso me impresionó, no tanto que yo diera el dinero, sino el cambio de mi mamá conmigo. Hasta entonces mi mamá había sido de lo más*



*grosera, sin respecto hacía nosotros, y en este momento, yo sentí que cambió. Y eso, a la par de que me llenó de orgullo decir: mira aquí está, también fue muy doloroso porque entendí entonces que el respecto de mi mamá se ganaba dándole cosas, y eso fue muy doloroso, y sí te marca”.*

No siempre y no todas de estas mujeres vivieron la adolescencia como un proceso de desarrollo personal. Por el contrario, algunas de ellas cuyas condiciones de clase y de carencia, de problemas personales, de salud-enfermedad, las cargas se incrementaran, así como los apremios y la pérdida de personas queridas. No contaran con apoyos sociales suficientes y no encontraron oportunidades: no sólo su autoestima se vio más dañada, también su propia existencia.

De las 13 mujeres académicas entrevistadas, solo 2, en su adolescencia, realizaron alguna actividad artística:

**Alcatraz:** *“El dibujo, me identifiqué mucho con Frida Kahlo. Estudié dibujo en la Escuela de Artes Plásticas”*

**Orquídea:** *“Si hacía teatro y danza”*

La vida de estas adolescentes, como de todos y todas, estuvo prefigurada por el conjunto de condiciones materiales y subjetivas de vida y, desde luego, por la cultura. Es la dimensión vital más extraordinaria, pero lo que hicieron y dejaron de hacer, es decir, las maneras de existir y de vivir de ellas, condiciona de manera importante lo que les sucedió en relación a los problemas de salud-enfermedad generados a nivel físico y psíquico.

### **La salud-enfermedad en la adolescencia**

Los problemas de salud-enfermedad de estas adolescentes, problemas que según el paradigma del proceso salud-enfermedad, son construidos multidimensionalmente, en el cuerpo, en la intersección de la sexualidad, del poder, del trabajo y de la subjetividad, dimensiones todas que contribuyen de manera importante al tránsito hacia la salud o hacia la enfermedad.

Porque en la salud-enfermedad de las mujeres se concentran las condiciones reales en el mundo. Ahí se ve el valor social asignado a la atención a sus problemas, y se ve también la dimensión del cuerpo vivido, de la experiencia vivida, así como en la subjetividad de cada una.

También preguntamos sobre sucesos de cirugías, adicciones, el tiempo dedicado al descanso y a la recreación, la realización o no de ejercicios físicos, si contaban con un espacio propio en la casa, y finalmente la percepción que tenían de estar sanas o enfermas, porque el conjunto de estos elementos pertenecen al ámbito del proceso salud-enfermedad. Veamos lo que dijeran:

**Jacaranda:** *“No, no tenía ningún problema, tampoco pasé por cirugías, no tenía adicciones. Mi dieta era buena, traté de mantener las cosas que hacía mi mamá y que yo había aprendido. Descansaba bastante, aunque dedicaba muy poco tiempo al esparcimiento. Sí, la recámara era un espacio propio. Practiqué voleibol en la secundaria. Para mi estar sana era sentirme fuerte, aún cuando no tenía la conciencia del cuerpo que tengo ahora. Me gustaba mucho saber que mis piernas eran duras, que yo podía caminar horas, apreciaba mucho mi cuerpo”* (pero en la categoría de subjetividad, menciona que tuvo que lidiar con algún problema de enfermedad propio, además del de su mamá, hermana y hermano).

**Alcatraz:** *“Tenía dolor permanente en la cadera, también caries dental porque me tardaba mucho en atenderme y tenía que hacer extracción”. ¿Cuál era tu comportamiento ante la enfermedad? “Me sentí muy protegida, muy cuidada. Y eso me gustaba que me daban atención. Después de algún tiempo empecé a cojear mucho, pero mi abuela, que estaba ahí nomás como un bulto, dijo que yo no tenía nada, que quería llamar la atención. Después de año y medio así, mi papá me llevó con un ortopedista que dijo que tenía la cabeza del fémur totalmente fuera de la cavidad cotiloidea, y como tenía mucho tiempo caminando así, necesitaba una reconstrucción pélvica.*

Yo pensé que, cuando me dijeran que te vas operar, estuve muy contenta, porque dije ahora sí voy poder caminar sin cansarme. Resulta que cuando me operan, en la secundaria, pasó algo interesante porque con la operación para ponerme la cabeza del fémur en la cavidad, me operaran nuevamente mal, y con la mejor de las intenciones, quedó la cabeza en una parte donde no se colocó, y al momento de caminar se desplazó, entonces quedó el hueso fuera de la articulación, quedó en otra parte, pero quedó ahí y no se movía. Entonces dijo el doctor: bueno que se quede así. Bueno, con este problema tuve una diferencia de 5 cm entre una pierna y otra. Y además el doctor decía que a lo mejor yo iba tener que caminar de por vida con muletas. Esto implicaba tener que operarme nuevamente, y en esa operación casi pierdo la vida porque me hizo dos operaciones en una y perdí 5 litros de sangre, pero en el hematoma, como cortan el hueso, entonces es como se tuviera una herida o cortada adentro, entonces hizo un sangrado interno, y hice un hematoma interno de casi 5 litros... vi la luz esa del final del túnel, ese rollo todo, me atendieron bien, le agradezco la vida a mi tío, porque todas las venas las tenía colapsadas, y no me podían canalizar, necesitaba yo sangre. Mi tío logró canalizarme, pudieran transfundirme, me salvaran la vida, y pues esa fue la última, así como quedé, es la última que tengo. Yo no supe el pronóstico del doctor, nadie me lo dijo, que era pasar a usar muletas para siempre. Usaba yo un zapato con un aumento de 5cm, y dije, eso es lo menos importante. Después me volvieran a operar la otra pierna para cortarme 5 cm y quedarme del mismo tamaño. Pasé a usar muletas, y en la secundaria todas las muchachas me trataban muy bien, jugaban con mis muletas y cuando cumplían 15 años se hacían fiestas y yo quería bailar. Mi papá habló con el médico que dijo: si quiere quitarse las muletas que se las quite, si quiere ir a bailar, pues que baile. Yo solita me quité las muletas, yo solita bailé. Después de cierto tiempo, el ortopedista me dijo que yo era su caso más querido, por la evolución y el proceso, que yo llegué a bailar con el fémur totalmente fuera de la cabeza. Yo me adapté a lo que mi cadera se acomodó y dijeran: déjenlo así, ya no le toquen. Eso me motivó mucho en cuanto a ver como podemos llegar a hacer cosas que otros consideran que no son posibles, cuando la persona no lo sabe. Esa fue la enseñanza que me ha dejado mi problema. Ahora sí que me identifiqué muchísimo con Frida Kahlo: “¿pies para qué los quieres si para eso tengo alas?”. Podemos hacer lo que queramos, me hizo crecer”. **¿Algún otro tratamiento para este problema?** “Si, las oraciones, mi mamá era muy rezandera, el pensamiento mágico totalmente canalizado a la religión. Mi adicción era el estudio. Mi dieta fue mala, comía garnachas en la calle. Descansaba poco porque estudiaba mucho, hacía guardias, a veces dormía solo 2 horas, tampoco tenía actividades de recreación, muy poco. Tenía la recámara como espacio propio. Mi percepción de

estar sana era de ser diferente y cuando me sucedió esta situación de darme cuenta de que no hay límites, fue sentirme que yo vine aquí en la vida aprender a través de diferentes lecciones, y que una desventaja me fue dando ventaja sobre los demás, paradójicamente así fue. *Estar enferma era cuando no podía correr, jugar*".

**Orquídea:** *"tenía gripes frecuentes, problema de la piel, tenía la cara quemada por hacer deporte, tenía problemas de las muelas, caída de pelo, callos, uña enterrada. Una vez fumé marihuana y también fumaba cigarros. No pensaba en mis problemas, siempre me sentí sana. Los tratamientos siempre fueran alópatas, pero también recurrí a la homeopatía. Dormía mucho, era yo la bella durmiente, a veces durante el día también. Me entretenía en correr los fines de semana, jugar squash con mis hermanos. No tenía yo ningún espacio propio en la casa"*.

**Bugambilia:** *"Tenía dolor de espalda, de piernas, en los pies por la poliomyelitis. Pasé por varias cirugías. Como estaba muy chiquita me metieron a dieta de atún y hormonas para crecer, no sé si crecí o no, pero a partir de allí empecé con dismenorrea. Los tratamientos fueron alópatas pero también oraciones. Mi adicción fue el tabaco, mi dieta era balanceada, pero presenté trastorno de anorexia. Descansaba de 6 a 7 horas por la noche y hacía mucho ejercicio físico. Mi único espacio propio en la casa era el estudio. Estaba sana cuando podía seguir con mis actividades.*

**Lilis:** *"Seguía con la neurodermatitis, tuve también un problema de desnutrición, anemia, y uno muy grave de tuberculosis pulmonar. Además tenía gripes, dolor de cabeza, de cuello, de espalda, en las piernas, caída de pelo, siempre tuve mareos, me desmayo muy fácilmente. Era muy delgada, tenía piernas muy delgadas. Mi alimentación era muy mala porque me paraba muy temprano, a las 4:30 de la mañana, desayunaba para viajar a la Ciudad de México, entraba a las 7 y salía a las 14 horas a comer. Por las condiciones económicas limitadas comía lo que podía y llegaba a la casa por la noche, entre 8 y 9, y más que comer quería dormir. Bajé mucho de peso y resentí mucho en mi salud. En cuanto a la neurodermatitis, aprendí a cuidarme, seguir los tratamientos. En cuanto a la tuberculosis pulmonar me angustié mucho, tuve mucho miedo de tener que dejar la escuela y también de contagiar a alguien. Descansaba muy poco, y mis actividades recreativas se resumían en días de campo, al cine, reuniones familiares. No tenía un espacio para mí, yo dormía en el sofá en la sala. Estar sana para mí era ser autosuficiente, poder moverme por mi misma"*.

**Hortensia:** *"Tenía colitis, muchos dolores de estómago, alergias, problemas bucales, dolor de piernas, callos, mareos, estreñimiento, pies planos, gripes frecuentes, usaba lentes, problema con la estatura, me sentía chaparra, con el peso también porque siempre tendía a subir de peso, incluso llegué a tomar pastillas para bajar de peso. Si recibí atención médica, me acompañaba mi madre.*

*Cirugías, nomás extracción de muelas. Comía bien, en la casa, y dormía mis 8 horas por la noche, pero no tenía un espacio para mí en la casa. Ejercicio lo hice por un tiempo”.*

**Rosa:** *“Tenía gripes, tos, migraña, dolor en las piernas, algunas varices, problema con mi peso, una vez excedí mi peso, me mortificaba mucho por haber subido. Uso lentes desde los 13 años. Trataba de comprender lo que me pasaba y me cuidaba, trataba de tranquilizarme. Mi adicción era embrutecerme en el trabajo de la casa. Como esparcimiento nadaba, iba al cine, iba al parque con los novios. Yo dormía mucho y tenía la recámara sólo para mí. Estaba sana cuando tenía muchas ganas de trabajar y estudiar”.*

**Dalia:** *“No tenía problemas. Yo comía fuera en cualquier lugar y lo que podía. Dormía bien, en la noche y unas 2 horas en el día. Mi recámara era un espacio propio. Para mí estar sana era sentirme bien”.*

**Margarita:** *“Mis problemas eran las amígdalas y bucales. Me hacían tes, me quitaban algunas comidas y frutas, hacía yo pedidos a Dios y sí me llevaban al doctor y al dentista. Pasé por una cirugía de las amígdalas. Mi dieta era buena, y mi adicción era fumar. Descansaba por las noches y más en los fines de semana. Yo dividía la recámara con mi hermana. Como ejercicio hacía natación. Para mí estar sana era no sentirme mal y no tomar medicamentos”.*

**Gardenia:** *“No tuve problemas, siempre fui muy sanota, no tenía ninguna adicción, comía bien, me encantaba los tamales. Comía demás. Descansaba más que me recreaba, no tenía ningún espacio propio en la casa. Hacía mucho ejercicio, natación, esgrima, basketbol. Estar sana era poder hacer de todo”.*

**Amapola:** *“Mi problema fue amigdalites, me operaron a los 18 años. Mi dieta era balanceada, buenas cantidades y comía regularmente en casa. Descansaba 8 horas por la noche, de día nunca. Me gustaba leer cuentos, esto me descansaba. No tenía espacio propio, pero encontraba algún lugar para estar sola. Estar sana era sentirme bien”.*

**Flor de Lotus:** *“No, no tuve problemas. No pasé por ninguna cirugía, no tenía adicciones. Mi alimentación era normal. Hacía gimnasia y jugaba basketbol. Estar sana era tener tranquilidad, estar a gusto, contenta. Afortunadamente no tuve problemas de salud, mis mayores broncas era de tipo emocional, con mi mamá”*

**Tulipán:** *“Tuve crisis depresiva, crisis de pánico, ansiedad, tuve que ir al psiquiatra. Tenía adicción al tabaco, también dolor de oídos, problemas bucales, problemas en las rodillas, en las piernas, en las articulaciones, pies planos, caída de pelo, problema por ser bajita, y usaba lentes. Asumí mis problemas, porque son parte de la vida, hay que aprender a convivir con ellos. Tratamientos varios, hueseros, mágicos, alópatas, mi mamá hacía promesas, pedidos. Mi dieta se basaba en café, no desayunaba, era bien mala mi alimentación. Como no traía dinero, era solo para los camiones. Yo*

*fumaba por pobreza y por hambre. Descansaba cuando podía, mi vida era de mucha parranda. Tenía mi recámara para descansar. Estar sana es que no te duela nada, ni sientas malestar”.*

Todas las opresiones atentan contra la salud. La dominación expropia a las personas porque quebranta recursos, impide la adecuada satisfacción de necesidades, anula la autonomía personal en la atención de las necesidades vitales y engeguece la conciencia, cambia valores y crea ilusiones sobre lo que es más importante. La opresión de género se articula a otras condiciones vitales y coloca a las mujeres ante problemas de salud-enfermedad, haciéndolas vulnerables a enfermedades y malestares curables, a riesgos por ignorancia o por cosificación y a subordinaciones varias, a carencias de atención y satisfactores básicos, y de manera muy intensa, a afectación física, psíquica y social por violencia política de género que daña cuerpos, patrimonios, autoidentidades y autoestimas.

Vivimos desde nuestro cuerpo, somos cuerpo y mente a la vez, siempre. Somos una unidad vital, diría Marcela Lagarde. Sin embargo, en la socialización y la aculturación de género, el cuerpo y la mente aparecen separados. El cuerpo de las mujeres es fraccionado en las representaciones de un imaginario plagado de fragmentos de cuerpos, partes de cuerpos. Las mujeres aprendemos a sopesar partes de nuestros cuerpos y a separar la imagen del contenido, la piel, los huesos, la rodilla, los pies, las carencias afectivas, los estados emocionales, las formas de violencia. Las funciones y las necesidades corporales aparecen en la conciencia distorsionadas, algunas sobrevaloradas, otras subvaluadas e invisibilizadas. Como no alcanzamos a concebirnos como personas unitarias, tampoco concebimos la salud-enfermedad como proveniente de la integralidad de procesos y experiencias que nos hacen sentir bien, funcionar bien y gozar la vida con plenitud, o al revés.

Si consideramos que el proceso salud-enfermedad abarca tanto lo biológico, como lo psíquico y lo social, los problemas de salud-enfermedad que estas mujeres

adolescentas relataran incluyen tanto los problemas físicos que ellas identificaran, así como las situaciones no identificadas por ellas como problemas de salud-enfermedad, de represión y control sobre la sexualidad, las distintas expresiones de violencia, la sobrecarga de trabajo doméstico asociado al trabajo público, en el caso de algunas, el trabajo escolar y las afectaciones subjetivas, como la baja autoestima, las carencias emocionales, las necesidades.

También, y de manera importante, se evidencia, en sus narrativas el descuido a las enfermedades y a las dolencias, las cuales no habiendo sido atendidas, ni por ellas, ni por sus familias y tampoco a nivel de los servicios de salud, mismo cuando allí acudían, se traducen en situaciones que las orillan hacia procesos deteriorantes.

A seguir se presenta la relación de los problemas que las mujeres académicas ubican como del orden de la salud-enfermedad, así como aquellas problemáticas relacionadas con sucesos de cirugías, adicciones, descanso, entretenimiento, ejercicios y espacios propios en el hogar. Además, incluimos otras problemáticas, recuperadas de sus narrativas en los ejes-categorías de sexualidad, poder, trabajo público y privado, y subjetividad, conjunto de problemáticas que se considera incide en el desarrollo del proceso salud-enfermedad, aunque no sean estrictamente considerados como enfermedades, pero sí como dolencias.

También en este ciclo se agruparan dichos problemas y problemáticas en la siguiente clasificación:

### **Infecto-contagiosos**

- problemas bucales
- gripes frecuentes
- tuberculosis pulmonar
- amigdalites

### **Crónico y/o degenerativos**

- problemas óseo-articulares (pies planos, rodillas, articulaciones)
- problemas de la piel (alergias, neurodermatitis)
- problemas de la vista (uso de lentes)
- cadera luxada, disparidad en el tamaño entre una y otra pierna
- desnutrición, anemia
- estreñimiento

### **Dolencias, malestares**

- dolor: cabeza, cuello, espalda, piernas, pies, oídos, estómago
- dolor permanente de la cadera
- colitis
- mareos y desmayos
- anorexia
- dismenorrea
- crisis depresiva
- otros problemas emocionales
- caída del pelo
- callos, uña enterrada

De las mujeres académicas-adolescentas, 4 de ellas eran adictas al tabaco, una al estudio y otra más al trabajo. Igualmente 4 de ellas refieren una mala alimentación, 5 han pasado por cirugías, siendo que para dos las cirugías fueron mayores por la cadera luxada y por poliomeilitis. En su mayoría dedicaban poco tiempo al entretenimiento y este era muy poco diversificado, sólo algunas realizaban ejercicios físicos, y asimismo no contaban con espacios propios en el hogar, y las que sí lo tenían, se refieren exclusivamente a su recámara.

Las problemáticas que hemos considerados relevantes como condicionantes del proceso salud-enfermedad de las adolescentas, aunque ellas no lo han considerado como tal, son las que siguen:

- abuso sobre el cuerpo y su sexualidad



- la menstruación como un hecho represivo de la sexualidad y transmitida como algo sucio, vergonzoso y que debe ser ocultado
- restricta información sobre la menstruación
- restricta información sobre sexualidad y limitada a aspectos biológicos y reproductivos, recibida en la escuela y con amistades
- sexualidad reprimida – prohibiciones al cuerpo
- imagen negativa, ambigua de la sexualidad
- obligatoriedad en ayudar, y en algunos casos, hacerse cargo del trabajo doméstico
- esfuerzo redoblado por el trabajo doméstico, trabajo público y actividades escolares = sobrecarga
- falta de autonomía y control sobre la vida
- distintas formas de violencia (desvalorización, indiferencia, golpes, gritos, insultos, impedimento para el avance, impedimento económico)
- autoestima baja
- des-identificación genérica
- relaciones familiares difíciles y conflictivas, sobretodo con la madre
- sentimientos predominantemente melancólicos (tristeza, ansiedad, depresión, insatisfacción, preocupación, desconcierto, angustia) y ambivalentes (alegría, satisfacción, rebeldía)
- afectos dirigidos a *los otros*

Es importante comprender que el contexto de la sexualidad va más allá de los descubrimientos empíricos. Las adolescentes de este estudio indican que no habían entablado casi ninguna discusión explícita sobre la práctica sexual, tuvieran relativa información sobre lo que se podría denominar las reglas de la feminidad apropiada. La escuela es uno de los pocos lugares donde aparece alguna referencia sobre el aspecto físico del sexo, pero de una forma selectiva, técnica y científica. El lenguaje y el enfoque suelen ser alienantes y el énfasis sobre la reproducción tienen de hecho poca relación con las presiones que

realmente llegan a experimentar respecto al sexo. En otras palabras, lo que se aprende en la escuela, poco tiene que ver con la vida real.

Es significativo que los relatos de estas mujeres cuando adolescentes e caracterizan por la ausencia de la sexualidad física o temas concernientes al placer. En muchos casos, sostienen Rachel Thomson y Janet Hollandl, los dibujos biológicos de los genitales del hombre y de la mujer no incluyen el clítoris y las referencias a los aspectos no reproductivos de la práctica sexual, como la masturbación y la homosexualidad, son muchos menos frecuentes que los de la menstruación, embarazo, coito y enfermedades de transmisión sexual<sup>217</sup>.

Es común, desde la lógica patriarcal, la ausencia de discusiones sobre la sexualidad y el placer, y de hecho se educa a las mujeres para que ignoren su propio interés sexual, pero sí para que aprenden como “hacer feliz a un hombre”, como “dar placer al hombre”, es decir, se educa a las mujeres para *ser-para-otros*.

El tema del hogar, la familia como fuente de educación sexual revela que la mayor parte de la comunicación sobre el sexo entre madres y padres e hijas tiene lugar en un sermón de protección que, a pesar de basarse en miedos reales sobre el bienestar de la hija, transmite imágenes muy negativas sobre el sexo y la sexualidad. Las madres a menudo intentan asegurarse de que las hijas no cometan los mismos errores que ellas, y estos errores se refieren a los embarazos prematuros y raramente hablan del tema de la satisfacción sexual o de la relación de poder en el sexo. En este contexto, la sexualidad está firmemente vinculada con el potencial reproductivo, con los consejos sobre la anticoncepción por parte de las madres y con un telón de fondo sobre la actividad sexual masculina.

Estas advertencias pueden muy bien ser necesarias y realistas, pero dadas aisladamente sirven para reforzar la visión pasiva de la sexualidad femenina. Tal

---

<sup>217</sup> Rachel Thomson y Janet Holland. Las mujeres jóvenes y el sexo (heterosexual) seguro: contexto, restricciones y estrategias. En: Sue Wilkinson y Celia Kitzinger. *Mujer y Salud. Una perspectiva feminista*. Piados, Buenos Aires, 1996, p. 32.

como dice Ros Coward en un discurso de esta índole “la sexualidad de las mujeres se limita a elegir entre decir sí o no”<sup>218</sup>.

La fuente de información sobre sexualidad, también relatada por las mujeres académicas-adolescentes, fueron también las amigas y incluso amigos, no mencionaran los medios de comunicación u otras formas de cultura popular. Estas fuentes a menudo conllevan mensajes contradictorios, presentando por una parte, las imágenes de la ideología romántica de siempre y, por la otra, la imagen masculina de la feminidad y la atracción sexual idealizada. Esto significa que raramente, estos medios, ofrecen o apoyan modelos positivos de sexualidad femenina, porque tienen a representar a las mujeres de forma pasiva, como víctimas de la sexualidad masculina y reproductiva. La persistente dicotomía de la virgen y de la puta funciona para desacreditar y distorsionar las expresiones de la sexualidad femenina.

Soledad Muruaga López de Guereñu y Ana María García Cano, fundamentadas en talleres realizados con mujeres adolescentes, recogen y relatan las experiencias sobre los mensajes recibidos sobre sexualidad, e indican que tanto por la familia, como por la escuela, la religión y los medios de comunicación, los mensajes se refieren fundamentalmente a la represión, al cuidado de la virginidad, al sexo como algo sucio, pecaminoso, al sexo solo en el matrimonio y para la reproducción, a la menstruación como algo vergonzoso, sucio y de ocultación, la muchacha que es “seria” no anda por allí con los muchachos y que todo contacto con ellos es peligroso<sup>219</sup>.

Estos son mensajes que dejan en las adolescentes las huellas - que se inició en la niñez y continua ahora en este ciclo de sus vidas - de una relación enajenante con sus cuerpos. Estas ideologías militan contra el desarrollo de un sentido de sí

---

<sup>218</sup> Ros Coward, citada en: Sue Wilkinson y Celia Kitzinger. *Mujer y Salud*, op.cit., p. 26.

<sup>219</sup> Soledad Muruaga López de Guereñu y Ana María García Cano. La experiencia terapéutica en el “Espacio de Salud entre Nosotras”. *Cuadernos Mujer Salud/5*. Red de Salud de las mujeres latinoamericanas y del caribe. Santiago, 2000, p. 74.

mismas como seres sexuales independientes. Aunque pueden saber bien sobre la mecánica de la reproducción y los peligros de la actividad sexual, las adolescentes tienen pocos recursos para enfrentarse a estas situaciones, puesto que tienen poca idea sobre la naturaleza del placer femenino. El sexo es algo que les sucede para que otro se beneficie. Puede ser una forma de conseguir un status en términos de una relación, pero la práctica sexual y la sexualidad como un concepto más integrador del cuerpo, permanece rodeada de misterio y de silencio.

Sexualidad que debiera ser afirmada como una experiencia de bienestar, de conexión con una misma, de armonía entre mi interior y el entorno que me rodea. Son momentos que me envuelven de alegría, tranquilidad, paz interior y positividad, elevan mi autoestima, me dan seguridad, me permiten comunicarme de manera espontánea con otras personas y saber que no estoy sola. No obstante, hay interrogantes que aún no tienen respuestas definitivas, silencios y miedos que representan verdaderos retos si se conviene en la necesidad de mantener y proteger tanto el placer como la condición de salud integral.

Otro hecho importante a considerar en la narrativa de las adolescentes-mujeres académicas, es sobre los afectos, que todas refieren hacia *los otros*, no a ellas mismas, y como consecuencia la necesidad de sentirse queridas, reconocidas, aceptadas, valoradas. Esta carencia la seguirán manifestando en la adultez, es la carencia de género que cargan durante toda su vida.

La alimentación de muchas de ellas no fue adecuada para sus requerimientos, comían lo que fuera, lo que encontrara, a destiempo, en cualquier lugar. Más allá de esta otra carencia – alimentar – es necesario situar al alimento en su dimensión simbólica. El acto de comer envuelve mucho más que la selección de lo que es más saludable y accesible, envuelve el placer, el recuerdo, la relación con alguien o algo. El alimento en este sentido, puede ser un refugio, una caricia o mismo un vicio, una rebeldía, una agresión a su propio cuerpo: unas encontraran en el

alimento una fuente de salud y placer, otras sobrepeso, una la desnutrición y anemia, y otra más la anorexia. Estos trastornos alimentarios determinan enfermedades, malestares y dolencias.

Estas situaciones dejan huellas del inicio de una relación tortuosa que mantienen con sus cuerpos, el comienzo de los complejos de unos kilos de más o de menos, de centímetros que sobran o faltan en longitud o en grosor. Aspectos que si considerados como defectos, con el tiempo se afianzan y forman parte de una frustración diaria, de un desasosiego constante por no “dar la talla” y no aceptar el propio cuerpo. Es el inicio de una batalla diaria por gustar a *los otros* porque no se gustan a sí mismas.

La violencia, otra situación que irrumpe en los cuerpos de las mujeres, y que en el caso de las mujeres-adolescentas académicas, se traduce en formas de violencias físicas y subjetivas, esta última en mayor grado. Entre los diferentes ciclos vitales, la adolescencia es uno de los más afectados por la violencia, y las mujeres adolescentas son las que más la sufren.

La violencia implica en una elaboración, direccionalidad, simbolización, mediatización, ubicación en contextos de relaciones sociales y en su ejercicio. La violencia, dice Saúl Franco, no es la fuerza humana bruta azarosa y fatalmente en acción. “Son las distintas fuerzas humanas... ejercidas direccionalmente, al servicio de determinadas finalidades, intereses o estrategias de poder. Es justamente este elemento el que ayuda a entender que la violencia sea una realidad histórica, cultural, jurídica, política y, al mismo tiempo, el que posibilita pensar en su enfrentamiento, en su transformalidad, en que no es un destino fatal e inmutable de la humanidad”<sup>220</sup>.

---

<sup>220</sup> Saúl Franco. La violencia. En: Organización Panamericana de la Salud. *La Salud del adolescente y del joven en las Américas*. Publicación Científica n° 489, OPS/OMS, Washington, D.C., 1985, p. 225.

En este sentido, la violencia no es solo un hecho consumado, terminal, aislado, sino que es un conjunto de elementos: la elaboración individual o colectiva del plan violento, los diferentes pasos para plasmar e implementar la idea, seleccionar la víctima, escoger los métodos, las consecuencias directas e indirectas, mediatas e inmediatas sobre la víctima y su entorno familiar, residencial, laboral o político. Todo eso es parte de la violencia. Sin contextos, sin instrumentaciones, estrategias, tácticas y formas de realización, sin consecuencias, la violencia pierde su realidad, se convierte en una suma de hechos aislados, incomprensibles y carentes de significado y simbolismo.

En el caso de las mujeres, se trata de mantenerlas bajo el dominio patriarcal, reprimidas y oprimidas, dependientes y subordinadas. Las adolescentes-mujeres académicas relatan las expresiones por las cuales fueron violentadas: desvalorización, indiferencia, impedimentos, pero también golpes, gritos, insultos, y para una de ellas, una forma extrema de abuso sexual por parte de su padre.

Estas distintas formas de violencia dejan marca en su subjetividad, adolescentes con una baja autoestima, sentimientos predominantemente melancólicos, aunque por características propias de la juventud también tienen alegrías y satisfacciones. Es necesario e importante puntualizar que los sentimientos de tristeza, depresión, ansiedad, preocupación, angustia manifestados por las mujeres académicas en su adolescencia, fueron ubicados en el ámbito familiar y los otros, los positivos, eran originados en el entorno social, en la escuela y con las amistades, por los logros alcanzados.

Todas ellas, desde la niñez, tienen el precedente y el aprendizaje del trabajo doméstico, y para la mayoría la adolescencia representó una mayor carga de actividades del hogar, para otras, por el tiempo dedicado a la escuela, disminuyeran, pero todas siguieran contribuyendo al trabajo doméstico, incluso haciéndose cargo de todas las actividades y atendiendo a todos en la familia, haciéndose cargo de los hermanos menores. Mujeres, siempre a cargo de *los*

*otros*. Y además, cumpliendo con las tareas de la escuela y para algunas se sumaron las actividades del trabajo público, es decir una sobrecarga de trabajo.

Estas situaciones de expropiación del cuerpo, de violencias, de trabajo las hacen tan semejantes, aunque en la diferencia, pero ellas no lo perciben así, la desidentificación genérica es un hecho que permanecerá presente en la adultez. Ellas se sienten extrañadas unas de las otras, no se perciben semejantes, comunes en la opresión, sino todo lo contrario, indican más bien las diferencias existentes y algunas de ellas se identifican con los hombres y prefieren estar con ellos: los perciben menos complicados, más fáciles para relacionarse.

El campo de problemáticas de salud-enfermedad de las adolescentes siguen desatendiéndose. Están ausentes en la conciencia de las mujeres y de los hombres y en la infraestructura que proporcional atención a la salud-enfermedad no se reconocen las necesidades y requerimientos particulares de las mujeres adolescentes o no se pueden resolver las dificultades e introducir los cambios necesarios para instituir programas destinados especialmente a este grupo poblacional. Las preocupaciones por las diferencias de género ni siquiera son exploradas por el personal que determina las políticas de salud, tampoco por el personal de los servicios de salud que trabaja con las adolescentes. También en este ciclo, las mujeres están presentes solamente en programas destinados a la salud reproductiva – cuerpos fragmentados, cuerpos *de otros, para-otros*.

## **LA ADULTEZ**

La adultez se fantasea como un ciclo de realización de sueños acariciados y anhelados y de felicidad , es de hecho una etapa de enorme densidad vital en la que se conjugan cambios de estado vital, e incluso profundos cambios

existenciales y de identidad en la vida de las mujeres<sup>221</sup>, y en el caso de las mujeres académicas no fue diferente: anhelos y deberes educativos, laborales, conyugales, amorosos, sexo-afectivos y eróticos, maternidades, responsabilidades ciudadanas, participación social y política, actividades de nutrimento intelectual y cultural, y muchos otros. Estos estados se condensan en los años de vida adulta y significan transformaciones sustantivas en las mujeres: crisis, reacomodos, una gran capacidad de adaptación a la vez que de trabajo y de esfuerzo vital, y en la continuidad de la elaboración del proceso salud-enfermedad y sus consecuentes problemas.

### **La Sexualidad en la adultez**

Como ya hemos venido mencionando, la sexualidad es el eje vital definitorio en la construcción del género femenino y en la experiencia vivida desde el cuerpo femenino sexuado. Se trata de una sexualidad en cuya definición intervienen con legitimidad los hombres (además de instituciones y legislaciones), se trata de un cuerpo erótico y estético cosificado. Pero, veamos como nos relatan sus experiencias con el cuerpo las mujeres académicas, ahora en la adultez.

Se les preguntó sobre su **primera relación sexual**, en qué situación ocurrió y sus sentimientos, porque para la generalidad de las mujeres este hecho constituye un hito en sus vidas, y así fue para las mujeres académicas, aunque no un hito positivo, sino que las llenó de desilusión:

**Gardenia:** *“cuando me casé. Sentí susto porque nadie me platicó lo que tenía que hacer”.*

**Dalia:** *“en el matrimonio, a los 24 años. Sentí pena”.*

**Margarita:** *“en mi matrimonio, a los 26 años. No me marcó, pero tampoco me gustó”.*

**Amapola:** *“con mi novio, a los 21 años. Lo decidimos los dos, no me gustó mucho, a lo mejor fue muy delicado, faltó pasión. Sentía más orgasmos con caricias que con la penetración. Sentí culpa”.*

---

<sup>221</sup> Marcela Lagarde. *Claves feministas para la autoestima de las mujeres*, op.cit., p. 145.



**Flor de Lotus:** “con un compañero de la misma edad. Primero era así como de angustia, qué va pasar, qué se espera de mi, después decía ¿esto fue todo?, ¿esto es lo que prohíben?”

**Jacaranda:** “en el matrimonio, a los 19 años, por apasionada y loca. Había terror imagínate que yo no había tenido ninguna experiencia sexual y bueno, la fantasía, y uno se compra el calzoncito y quien sabe que, pero en la realidad es espantoso, sencillamente espantoso, entonces la primera vez fue de pánico, de pánico, de no entender. No creí que fuera así, y es la primera vez que uno ve un desnudo y me pareció horrible. En aquel entonces no había cine, no había la televisión, muchas cosas que te permiten tener una imagen virtual, y entonces el impacto fue terrible. Yo creo que para mi pareja fue muy difícil encontrarse con una niña que no tenía ni idea remota de que era eso de vivir la pareja. Sentí dolor, amor no, en las primeras veces no. Entonces hay un cambio definitivo, tengo que decidir a no embarazarme, terminar la carrera y seguir protegiendo a mis hermanos y ayudar a mi papá, me tengo que dividir”.

**Hortensia:** “ocurrió así nomás. Fue satisfactorio, tuve placer y después me dio mucho dolor. A partir de eso, dejo a mi madre a un lado y vivo mi relación con mi pareja”.

**Alcatraz:** “fue planeada, el era de provincia, a los 24 años. Fue lindo, algo importante, sentí todo, amor, temor, culpa y placer”.

**Lilis:** “con la persona que yo amaba, a los 26 años. Fue algo muy bonito, un momento muy hermoso, pero también sentí miedo y dolor”.

**Rosa:** “con un extranjero, a los 25 años. Curiosamente tenía un novio mexicano, pero cuando conocí esta persona me abrió un horizonte interesante, aunque con muchos interrogantes. Fue planeada, usé anticonceptivos. Este muchacho tenía problemas de alcoholismo, y entonces no fue muy grata, no muy placentera. Yo no tenía experiencia, estaba bloqueada por muchas cosas, realmente no fue placentera. De las tres veces que estuvimos juntos, dos estuvo borracho, tanto que se quedó dormido, por eso las relaciones sexuales fueron negativas completamente. A partir de eso cambié formidablemente, pues rompí con este condenado mito, no hubo himen, me quedé fortalecida. Pude enfrentarme con mi familia, fue un golpetazo, pero dejaron de perseguirme”.

Sobre esta narrativa en particular, es importante señalar que cuando las mujeres traspasan los límites impuestos a su cuerpo, por la cultura patriarcal, se fortalecen, se liberan de las ataduras que las mantenían atadas, en este caso, al mito de la virginidad.

**Orquídea:** *“a los 27 años, con un chavo que junto con sus amigos pasaban de carro y me invitaban a salir, después de un tiempo nos hicimos amigos y empecé a salir con uno de ellos. Sentí decepción”.*

Cuatro de las mujeres académicas “perdieron” su virginidad en el matrimonio, con sus maridos, las demás fueran transgresoras del orden patriarcal, lo hicieron fuera del matrimonio.

Se ha construido un mito – parte del mito patriarcal – alrededor de la primera relación sexual de las mujeres, bajo el cual las fantasías imperan. Las mujeres deben guardarse para aquel hombre que será el esposo, recibir en el cuerpo al hombre de su vida. Este momento, en el imaginario social femenino, es mágico, lleno de misterios, simboliza la pérdida del tesoro, de la joya más preciada que es la virginidad, lo más valorado en el cuerpo femenino. Las mujeres llegan a la primera relación sexual con todas sus ilusiones y fantasías puestas en que va ser un momento maravilloso, lleno de romance, de dulces palabras, y que los hombres al quitar sus prendas de encaje lo harán amorosamente, porque las mujeres construyen una sexualidad no genitalizada ¡Vaya decepción! Los hombres no fueron, no están educados para recibir y tratar a una mujer virgen, porque la sexualidad de los hombres sí es genitalizada, y así toman los cuerpos de las mujeres para la penetración, para su placer y en esto se reduce todo. Esta espera sigue en la subjetividad femenina, la cual es constituida por un mundo de fantasía, de fe y de magia; las mujeres se acogen y se depositan en *los otros*, para mitigar la carencia, la necesidad, la incompletud en que viven.

Para la cultura patriarcal, sexualidad, placer, relaciones sexuales, “hacer el amor”, orgasmo y sexo se reducen a la penetración. Esta confusión de términos no es solo a nivel conceptual, las ideas son informaciones acumuladas que se cristalizan en comportamientos y hábitos cotidianos. La primera experiencia sexual compartida con un hombre es para el patriarcado la prueba máxima de haber asimilado con buena nota el confuso mensaje de sexualidad recibido desde la niñez.

La trampa la ha tendido la cultura patriarcal desde siglos atrás al apropiarse de los cuerpos de las mujeres, trazando el modo de vida que deben llevar, marcando desde antes de nacer la forma de sexualidad que deben vivir. Logra su objetivo desmintiendo y desvalorizando el placer individual al que todas las mujeres tienen derecho.

Estas mujeres académicas tuvieran una reducida **movilidad sexual**, muchas de ellas fueran monógamas. La monogamia de la mujer se constituye en la exclusividad erótica que conduce a la conyugalidad procreadora. Es un mecanismo que procura lograr la certeza en el parentesco, y la exclusividad afectiva y política de las mujeres en su dependencia conyugal. La fijación vital de cada mujer a un solo hombre es conseguida mediante la monogamia femenina.

**Orquídea**, la de mayor movilidad sexual, tuvo cuatro parejas sexuales y por ahora se encuentra sin pareja; **Amapola** indica tres parejas sexuales, la tercera su marido y sigue fiel a él; **Rosa** tuvo dos parejas, encontró a una que la dejó más satisfecha y a partir de este momento no tuvo ninguna otra más; **Alcatraz** dice que sus parejas fueron compañeros de la especialidad y uno más, aquel con quien convivió por algunos años, ya no tuvo ningún otro; **Flor de Lotus** dos parejas sexuales y la segunda es su marido y sigue con él; y **Lilis, Jacaranda, Dalia, Margarita y Gardenia** tan sólo tuvieron una pareja sexual – sus compañeros y sus maridos - con los que siguen hasta el momento.

La monogamia es una exigencia al género femenino porque la exclusividad sexual de las mujeres es parte de su valor social aun cuando procreen con ellas, y además asegura al hombre social y jurídicamente la progenitura. La progenitura masculina no pasa por el cuerpo del hombre, sino por el de la mujer. De ahí la necesidad de establecer certeramente la filiación de los hijos y/o hijas de la mujer, es decir, “la necesidad de transformar la ignorancia en certidumbre originada en el pacto jurídico, al convertir a los hijos de la progenitora en los hijos de su cónyuge;

así se establece la obligatoriedad de la monogamia femenina. Pero hay más: la mujer que es polígama, además de no ser una madre segura, pone en tela de juicio la propiedad de su cónyuge sobre ella, su poder patriarcal y su virilidad. Demasiados atentados a la vez”<sup>222</sup>.

La monogamia masculina, por su parte, asegura a cada mujer la relación conyugal para ella y la paternidad para sus hijos. Implica así, en la dimensión de la reciprocidad, una mutua protección y seguridad para los cónyuges. En el espacio social de las relaciones personales e íntimas, a esta adscripción exclusiva, se le conoce como fidelidad, y es considerada uno de los fundamentos de las relaciones conyugales: desde el noviazgo y el matrimonio, hasta el amasiato.

Las mujeres creen en el modelo de fidelidad, a pesar de que constaten en la experiencia, que éste no se realiza. Ellas se comportan a partir de la creencia dogmática en la fidelidad. Cuando ocurre la poligamia masculina, cuando el novio, marido o el amancebado tiene otra, las mujeres se desgarran y se sienten engañadas, pero otras lo aceptan, con mayores o menores enfrentamientos, conflictos y pleitos y comparten, en la servidumbre voluntaria a su novio, a su esposo, al amancebado con la otra.

La monogamia es “uno de los nudos socioculturales que atan y reproducen... la opresión de las mujeres. La monogamia permite y recrea el cautiverio de la conyugalidad exclusiva que refuerza la propiedad masculina patriarcal de los hombres sobre las mujeres”<sup>223</sup>. La monogamia es una institución que afecta al cuerpo y a la vida de la mujer, le asignan cualidades, le imponen y le prohíben relaciones. La conclusión política del proceso es la consagración conyugal de las mujeres a los hombres.

---

<sup>222</sup> Marcela Lagarde. *Los cautiverios de las mujeres*, op.cit., p. 441.

<sup>223</sup> Marcela Lagarde. *Los cautiverios de las mujeres*, op.cit., p. 443.

Asunto seguido, las mujeres académicas hablarán de la **conyugalidad**. Este un tema que les agrada a las mujeres hablar, lo hacen con soltura, sobretodo aquellas vinculadas al matrimonio, no así a las que no se casaron formalmente o a las que se separaron, tampoco aquellas que no llegaron a convivir con algún hombre en vida de pareja.

**Gardenia:** *“como me casé pensando en que iba hacer lo que hacía mi mamá en su casa, mandar, gritar, así no era... fue así un choquezote. Me casé para salirme de casa, no porque me maltrataran, sino que decía: bueno, si voy a hacer el quehacer en algún lado, mejor lo hago en mi casa. Ya nos separamos, mi pareja y yo, porque se le metió una chica de 26 años. Casi me suicido, no lo podía aceptarlo, pensarlo, ¿qué hice si yo soy la más buena, la mejor del mundo? Y esto pasó porque me metí a estudiar la maestría y hubo un rompimiento con la familia, por todo lo que hace uno en la escuela”.*

Cuando habla de su separación se agita, le incomoda el tema, pero a la vez es como se quisiera hablar, justificar la separación, y termina por culparse o asumir la culpa que le atribuyeran. De hecho más adelante se verá como su hija le cobra y le culpa por esta separación.

El divorcio es un atentado al destino de las mujeres en el régimen matrimonial. Es un derecho conyugal que permite perpetuar el matrimonio a la vez que disolver los matrimonios, sin embargo, en la moral dominante el divorcio y las divorciadas, más que los divorciados, son rechazadas. Esto es así porque, para la mujer, significa que fracasó en su conyugalidad como madre y como esposa. A la divorciada, sobretodo si la iniciativa del divorcio fue de ella, se le teme porque se considera que está a la caza de cónyuge, porque ha sido usada eróticamente y no tiene dueño, y se encuentra de hecho en condiciones de disponibilidad erótica, lo que la convierte de antemano en mala mujer. Marcela Lagarde completa este planteamiento: “La divorciada por iniciativa propia subvierte varios tabúes: el tabú de la conyugalidad dependiente para sobrevivir, el tabú de la servidumbre

voluntaria – sumisión, obediencia y renuncia – y el tabú de ser propiedad del cónyuge”<sup>224</sup>.

**Dalia, Margarita y Rosa** dicen: “*me casé porque estaba enamorada*” y no entran en detalle, dan por hecho que esto es lo normal, no hay que hablar sobre el asunto. El amor es todo y todo lo justifica, no hay más razones.

**Amapola** en cambio plantea la razón por la cual se casó desde un punto utilitarista: “*me casé porque queríamos comprar una casa, y sigo con mi pareja*”, pero bueno las mujeres se casan por cualquier motivo, con tal de tener un marido.

**Flor de Lotus:** “*nos casamos porque quisimos, tuve 2 parejas antes de él, nunca lo tomé muy en serio. Eso es algo que no alcanzo a entender a veces en relación a la sexualidad y al amor, hay algo terriblemente racional. Sigo con mi esposo*”.

**Jacaranda:** “*me casé por estar enamorada y loca. A mi papá le dio diarrea 8 días. Salir de la casa paternal, dejar a los hermanos y al padre que eran tus protegidos, yo les ordenaba parte de la vida, además de hacerles la comida, el aseo de la casa, de la ropa y todo lo demás. Hay un cambio definitivo*”. *Mi esposo y yo seguimos casados*”.

**Alcatraz:** “*No me casé, tuve vida de pareja. Fue cuando mi hija había nacido, mi pareja es ..., y ellos los ... tienen un mundo a parte, muy de ellos, muy creativo, pero ya para aterrizar en una vida doméstica, cotidiana, son los más antagónicos para realizar. Entonces, el duerme en el día, está despierto en la noche, trabaja en las vacaciones, los domingos tiene ..., es totalmente anti hogar. Estuvo viviendo con nosotras unos 2 o 3 años, pero realmente éramos como dos mundos diferentes en el mismo techo. No había ninguna coincidencia, entonces nos separamos, nos vemos y todo, pero el vive solo, y yo con la niña*”.

**Orquídea y Hortensia**, con pocas palabras y voz pequeñecida, casi inaudible pronuncian: “*No, nunca me casé*”, como que con pena, vergüenza. **Bugambilia** dice no haberse casado, pero su habla viene llena de altivez ; **Lilis** dice que aunque no se ha casado, sí tuvo vida de pareja . Y **Tulipán** no se ha casado, aunque tiene vida de pareja con otra mujer.

---

<sup>224</sup> Marcela Lagarde. *Los cautiverios de las mujeres*, op.cit., p. 458.

La conyugalidad consiste en la relación social fundada en el intercambio erótico con el otro, y debido a las funciones procreadoras y familiares que se le asignan, la conyugalidad es obligatoriamente heterosexual. La conyugalidad es uno de los complejos socio-culturales de reproducción social y cultural de los sistemas de clases, de agrupamientos nacionales, étnicos y religiosos, adscripciones políticas, etc. Cada uno de estos sistemas es endogámico en diferentes formas, unos son más inflexibles que otros y las y los sujetos los cumplen y los transgreden también en formas específicas.

Las normas de adscripción endogámicas se combinan con normas sociales y culturales que reproducen la asimetría genérica entre los cónyuges: la mujer debe ser menor en edad que el hombre; la mujer debe tener menos estudios que el hombre; la mujer debe ser dependiente económica del hombre (no tener ingresos propios, o no tener capacidad de decisión económica cuando los tiene o ganar menos dinero); la mujer debe ser virgen, casta y fiel, frente al hombre que debe tener experiencia y destreza eróticas y ser polígamo; en la dimensión física, la mujer debe tener menos estatura que el hombre, incluso ser de constitución física más delicada; ser considerada más bella, no solo es un atributo sino un requisito; debe ser sana, las mujeres estériles, con lesiones o incapacidades físicas están en mayor desventaja que los hombres con las mismas características; la mujer debe ser acogedora, dependiente, obediente, comprensiva, poco complicada, ignorante, en suma, buena, y el hombre debe ser fuerte, protector, sabio, trabajador y cumplido.

De las características de los cónyuges depende en gran medida el éxito conyugal, y a ellas también se deben, en gran parte, los conflictos conyugales, porque cualquier transgresión de cualquiera de las normas que enuncian los requisitos puede significar el nudo de conflictos definitorios de las conyugalidades.

La mayoría de las mujeres académicas son cónyuges de hombres, están particularmente ligadas a ellos, y este nexo las define genéricamente. Los

estereotipos de mujeres cónyuges corresponden con las instituciones en que ocurren sus relaciones y en las que establecen vínculos. Así, para algunas de ellas ocurrió en la institución considerada positiva - el matrimonio -, para otras en la conyugalidad considerada negativa - el amasiato, en ser la amante.

La esposa “es ser sierva conyugal en la reproducción. La obediencia, la sujeción y la pertenencia – ser de -, caracterizan políticamente a la esposa a partir de su dependencia vital del esposo”<sup>225</sup>. Ser esposa significa cuidar maternalmente del esposo y cuidarlo eróticamente. La esposa es cuerpo y subjetividad para el marido, es a la vez materna y erótica, pero por su especialización de “mujer buena”, la sexualidad-maternidad es el hecho definitorio en la oficialidad de la relación.

La amante es la mujer caracterizada en principio por su relación de coyugalidad erótica con el hombre (queda en segundo término si es madre o no lo es). Por la primacía de su sexualidad-erótica es designada como amante, y esto implica que no siendo esposa de su compañero erótico, transgrede las normas sociales patriarcales. La amante es la antagonista de la esposa, de la legítima que tiene esposo. Ella está marcada por la carencia de esposo reconocido socialmente y por su evidente relación con la poligamia masculina. Culturalmente, explica Marcela Lagarde<sup>226</sup>, la amante es un ser intermedio entre la esposa y la puta, y desde luego, forma parte de las malas mujeres.

El amasiato o concubinato es una forma de conyugalidad confrontada con el matrimonio, excluyente de la ideología de la conyugalidad positiva. Se caracteriza ideológicamente por ser una relación erótica, desvinculada de la procreación y de la familia, sin embargo en muchas ocasiones implica en hijos, pero son jerárquicamente secundarios y poseen una carga negativa y de desprestigio frente a la familia legítima.

---

<sup>225</sup> Marcela Lagarde. Los cautiverios de las mujeres, op.cit., p. 445.

<sup>226</sup> Ibid, p. 451.



¿Y qué pasa con las mujeres que no tienen vínculo conyugal? Ellas cambian su relación con los hombres, pero no con el poder. Cambian su dependencia vital porque son capaces de mantenerse y de manera autónoma mantener a sus hijos (si los tiene) y reproducirlos sin paternidad y de vivir sin conyugalidad. Independientes económicamente, muchas enfrentan sin embargo la soledad y la carencia de hombre, el hombre existe en la ausencia, en la negación, no como superación de la dependencia conyugal sino como carencia.

En el matrimonio, en la vida en pareja, en las relaciones sexuales, hay un tema que está en el aire y que tiene que ver con los cuerpos, con la sexualidad y al mismo tiempo con el poder. Se trata de la **responsabilidad de la fecundidad**, ¿quién(es) la tiene? fue el planteamiento que se le hizo a las mujeres académicas para que platicaran también sobre este asunto vital.

**Orquídea:** *“mía, el método era buscar los día seguros para hacerlo”.*

**Rosa:** *“yo era la responsable, tomaba pastillas, después me fui con la ginecóloga y ella me colocó un dispositivo, pero cuando empecé a tener relaciones firmes, con el que ahora es mi esposo, me quité el dispositivo”.*

**Lilis:** *“al principio no me cuidaba, de hecho uno de mis sueños era tener un hijo, no podía yo embarazarme por eso no me cuidaba. Había protección para no contagiarnos de algo y el utiliza preservativos, pero la forma fue y es la fidelidad”.*

**Alcatraz:** *“con todas las parejas sexuales yo era la responsable de la fecundidad, usaba anticonceptivos orales”.*

**Hortensia:** *“yo tomaba pastilla y después usé dispositivo”.*

**Jacaranda:** *“de los dos. Al principio quise utilizar los hormonales orales, pero decidí que no, a pesar de no saber lo que sé ahora, por intuición decidí que no quería consumir cosas que pudieran después afectar mi salud. Entonces platicamos los dos y tomamos la decisión de llevar el ritmo y los preservativos”.*

**Flor de Lotus:** *“de los dos, antes yo usaba óvulos pero me irritaba muchísimo, me daba comezón, entonces el usa condón, y sí claro me recomendó un médico”.*

**Amapola:** *“yo tenía la responsabilidad, usaba pastillas y el nada. Yo como médico tenía el conocimiento”.*

**Margarita:** *“yo tomaba pastillas, lo decidimos entre los dos, fuimos al médico, después que tuvimos nuestros hijos, el se hizo vasectomía”.*

**Dalia:** *“mía, por supuesto. Yo usaba dispositivo y el condón, nos fueron recomendados por el ginecólogo. Lo decidimos entre los, ahora sólo el usa condón, el dispositivo empezó a causarme molestias”.*

**Gardenia:** *“era mía, no lo platicamos, estaba sobrentendida la responsabilidad. Usaba dispositivo, él condón, nos fue recomendado por el médico”.*

Así, siete mujeres académicas tenían la responsabilidad de la fecundidad, sólo cuatro de ellas indican que la responsabilidad es de los dos, aunque de esas cuatro, dos indican que al principio del matrimonio, la responsabilidad sólo les competía a ellas. Los métodos más utilizados fueran los dispositivos y los anticonceptivos orales, seguido del ritmo o días seguros. La elección y/o recomendación de un método, llamémoslo así, artificial, fue sugerida por un médico en la casi totalidad de las mujeres. De estas parejas, cuatro de los hombres utilizaban preservativos, pero sólo uno de ellos se hizo la vasectomía como método para impedir el embarazo, y una de ellas, Lilis y su pareja, todavía se basan en la fidelidad para no contagiarse y no embarazarse. Hay que recordar que los distintos métodos también sirven, a parte de restringir la fecundidad, para evitar el contagio de problemas de transmisión sexual y el contagio del VIH. ¿O será que la confianza hacia sus parejas es incondicional?

El uso de métodos anticonceptivos por las mujeres es parte de la complejidad del proceso salud-enfermedad ya que la ideología de la feminidad sitúa a las mujeres como pasivas o más bien receptoras para aceptar como parte de la lógica patriarcal que sean ellas las que introduzcan en sus cuerpos dispositivos o pastillas, muchas veces quedando desprotegidas hacia problemas de transmisión sexual. La responsabilidad de la seguridad sexual, así como de la anticoncepción, implica que las mujeres se enfrentan a grandes contradicciones en el contexto de los encuentros sexuales, es decir muchas veces las mujeres junto con sus compañeros (y de hecho es el caso de las mujeres académicas) utilicen el preservativo como anticonceptivo, pero no como profiláctico. Además los preservativos no son objetos neutrales, sino que conllevan muchos contenidos simbólicos. Están asociados con ciertos tipos de sexualidad, encuentros

esporádicos o de una sola noche, experiencias prematuras o encuentros fuera de una relación estable.

En el caso de una relación “seria”, esta se ve como la precursora de la monogamia y la moral subyacente a ésta es la confianza absoluta a pesar de la falta de seguridad, especialmente en términos de enfermedades transmisibles sexuales y contagio del VIH. La confianza se convierte entonces en un factor significativo en el momento de tomar la decisión de utilizar el preservativo, a la vez que puede tornarse en un eufemismo de la monogamia.

En relación al **modelo de sexualidad** vivido por estas mujeres académicas, se les planteó la cuestión del placer, para quién(es) es prioritario el placer en la experiencia de la sexualidad.

**Gardenia y Dalia** dijeron que *“el placer sexual era prioritario para él”*.

**Amapola** fue más explícita: *“el placer es prioritario para él, hasta la fecha siento molestias en las relaciones”*.

**Jacaranda**: *“creo que para la pareja mas que para mi. Para mi no se constituyó un asunto importante, sino muchos años después. Al ignorar absolutamente todo lo que tenía que ver con eso, para mi fue descubrimiento, entonces no había dogmas, no había cancelaciones, no había una experiencia previa que me hiciera negar o claudicar en algo”*.

**Hortensia**: *“el placer era prioritario para el, hoy día lo busco para mi”*.

**Alcatraz**: *“en la primera relación no lo tuve claro, no tuve mucho placer, no teníamos mucha experiencia, entonces eran relaciones muy novedosas, había muchas sorpresas, pero no había mucho que hacer. Ya en la segunda, había tomado un curso de sexualidad en la carrera, entonces ya había leído a algunos autores, y ya busqué propositivamente el placer, el placer recíproco, y me fue bien.”*

**Lilis**, por su lado, relaciona: *“es amor y es placer, y buscamos el placer para los dos.”*

**Orquídea**: *“con la pareja que más tiempo se sostuvo la relación, era más bien yo la que le exigía como hacerlo, buscando el placer para mi”*.

Es interesante observar que las mujeres académicas, cuyo vínculo de conyugalidad es el matrimonio, indican la centralidad del placer hacia la pareja, en

cuanto que las mujeres académicas con otro tipo de conyugalidad o sin pareja, tienen más centrado el placer para ellas mismas. Esto tiene relación con el tema anterior, sobre las mujeres especializadas como esposas y madres, o como conceptualiza Marcela Lagarde, las madresposas, el erotismo de ellas se convierten en función y se subsume a la procreación. El erotismo de la esposa se desarrolla en su mínima expresión, y como cuerpo objeto. Mientras las mujeres adscritas a otra conyugalidad se encuentran en el territorio y en el espacio de la sexualidad erótica, con más permisividad del disfrute del cuerpo.

Veamos ahora cuáles son sus **expresiones de la sexualidad**.

**Orquídea:** *“hacer el amor implica desde que te lleve a alguna parte, de que platiques de otras cosas, o sea... mis parejas yo siempre las he elegido, o sea, que sean por lo menos inteligentes y que no sean tan aburridos”.*

**Rosa:** *“ahora combino, no sólo es la relación, sino también la relación amorosa, y esta implica caricias, arreglo, el perfume, la confrontación directa con el cuerpo de mi pareja, hacer uso de mi cuerpo. A veces estoy dispuesta, pero hay resistencia de mi pareja, entonces entro yo con todos estos manejos. Me gusta la preparación, el romance, pero no necesariamente. Mi pareja es muy espontáneo, pero no siempre está dispuesto”.*

**Lilis:** *“para mi es importante el contacto físico, me gusta que me empiece a apapachar, que me vea bonito, me gusta que me acaricien, pero sin llegar a las extravagancias, simplemente el contacto físico”.*

**Alcatraz:** *“ya con la última pareja, el papá de mi hija, fue un período muy creativo, usamos miel, perfume, incienso, aceite, masajes.”*

**Hortensia:** *“caricias”*

**Bugambilia:** *“apapachos, caricias, relaciones sexuales”.*

**Tulipán:** *“la vivo plenamente, es tocarte, que te toquen”.*

**Flor de Lotus:** *“eso si es algo que tenemos que platicar mucho él y yo, porque como que hemos caído en la rutina, después de 20 años, se vuelve un poco aburrido... supongo que para mi, no sé si pasa con todas las mujeres, pero siempre siento que hay más expectativas de mi parte. Se ha vuelto algo rutinario. **¿Qué te gustaría que cambiara?** Me gustaría que hubiera más ternura, porque de repente me da la impresión de que es casi burocrático el asunto, y eso me choca. Por ejemplo, algo que no había hecho antes, y ahora lo disfruto mucho, el ponerme crema, tratamientos, gel para baño. Se me hace algo tan sensual estar con el vapor caliente y oliendo ese*

*aroma tan rico. Lo disfruto mucho, en eso también siento sensualidad, y es algo que empecé a hacer en los últimos 2 o 3 años. Tratar de no pensar tanto en los demás, en mis hijas, en los abuelos, en mi pareja, sino de pensar en mí. Porque si reconozco que durante mucho tiempo, en la ecuación siempre faltaba ponerle más peso a mí no? y ahora he decidido apapacharme más a mí misma, no tanto esperarlo a él, o a mis hijas o que las condiciones estén bien, sino... a veces hasta un simple manicure o arreglarme los pies, ponerme crema... yo justificaba diciendo: no tengo tiempo, pero es que para mí no era importante, y ahorita sí, ya... lo cual me duele porque a lo mejor si hubiese hecho antes no seguía engordando tanto, pero es que faltaba construir esa idea de mí, de un ser que también necesita cosas y que yo misma se lo puedo dar, como que siempre tuve la idea de que tenía que esperar a que los otros me diera. Y ahorita ya empiezo a tener muy claro que yo puedo dar a mí misma".* **¿Y por qué el aburrimiento?** *"Es también por el trabajo, a ratos quedo tan harta de todo que lo único que quieres es quedar como tabla, y allí pues, ¿cuál sensualidad?"*

**Amapola:** *"caricias, toques, arreglarse, ponerse perfumes, ropas sexy, cortejo, que me lleven a algún lado".*

**Margarita:** *"me gusta acariciarlo, pero a él no le gusta. Le gusta las relaciones sexuales. Yo ya sé cuando, porque él se lava, se perfuma. Ahora con la menopausia yo he perdido el deseo y no quiero tomar hormonas. Cuando mi marido demanda fuertemente tener relaciones sexuales y se enoja porque yo no quiero, yo me defiendiendo reclamándole que a él tampoco ya se le para como antes".*

**Dalia:** *"el apapacho es lo que más me gusta".*

**Gardenia:** *"no la expresaba, a lo mejor por eso fue el divorcio, era sólo por relaciones sexuales. Actualmente, la expreso en mi manera de vestir, no tengo de otra forma".*

En realidad la relación erótica es poco imaginativa, incorpora escasos elementos y se encuentra muy ritualizada. Dependiendo del contenido de la relación, se hacen cierto tipo de cosas, en un orden específico, en lugares destinados al efecto y en horarios limitados, eso tanto por el trabajo como por las normas de buen amor conyugal, que varían si se trata de noviazgo, matrimonio, amasiato o relaciones esporádicas, y en cada caso, si se trata del inicio de la relación, llevan algunos años o muchos años, si se trata también de seducción, conquista, abuso o el cumplimiento del deber.

Lo que sí queda claro es que el carácter político y disciplinario del erotismo sobre las mujeres es genitalizado y fálico y en que el coito es el hecho supremo a realizar y lo es más para los hombres que para las mujeres. En la erótica opresiva, ya realizado el coito, para la mujer no hay conclusión posible porque ya se alcanzó el punto máximo y se satisfizo. Se consiguió la prueba final de la virilidad masculina, se logró la eyaculación: síntesis material y simbólica del saber, del placer, del dominio y del poder del hombre.

Las mujeres, y las mujeres académicas confiesan en cambio, gustar (eróticamente) de miradas significativas, de la palabra, de las caricias, del contenido erótico y amoroso del diálogo, de los besos, del abrazo, y de todo aquello llamado juegos. Shere Hite<sup>227</sup> denomina estas preferencias eróticas de las mujeres como prácticas positivas que tienden, mediante la proximidad física, a estar cerca y a comunicarse con otra persona. Se trata dice “de gozar la proximidad y afecto que necesito sin que inevitablemente tal actitud conduzca al coito sexual. Quizá si todos nos relacionáramos con más personas con afecto físico y contactos también físicos, posiblemente disfrutaríamos de una encantadora y agradable atmósfera en la cual vivir cómodamente”.

En general estas prácticas eróticas preferidas por las mujeres ocupan poco espacio en las relaciones y en cambio se llega demasiado rápido al coito. Para algunas es doloroso, para la mayoría es poco excitante y muy pocas llegan al orgasmo por este camino. Pero, de todas formas, las mujeres han internalizado al coito como la culminación, disfruten o no, gocen o sufran. “Hacer el amor” es llanamente hacer el coito, y el coito es igual a amor.

La centralidad del erotismo en las relaciones sociales conyugales y en la ideología de la pareja amorosa, lo hace un espacio político por excelencia, y en este sentido el coito no se lleva a cabo en el vacío, es un hecho político y parece que no sólo sucede que cada cual llega al coito con lo que es – el conjunto de determinaciones

---

<sup>227</sup> Shere Hite. *El informe Hite. Estudio de la sexualidad femenina*. Plaza & Janés, Barcelona, 1978, p. 583.

biológicas, sociales y culturales que lo constituyen (síntesis histórica) – sino que el coito es uno de los espacios de materialización del antagonismo genérico y de las contradicciones conyugales.

Por otra parte, el temor y la espera de acción del otro sobre su cuerpo, son constantes de la experiencia de las mujeres. El resultado es la carencia, mecanismo que genera en ellas la necesidad de iniciar de nuevo la búsqueda, en la cual repiten el proceso de dádivas y renunciadas.

Como ya se había planteado a lo largo de este trabajo, la sexualidad de las mujeres está considerablemente restringida a la procreación, y sobre este aspecto llegamos a los **embarazos, parto y puerperio** de las mujeres académicas. Veamos que nos cuentan ellas sobre este hecho decisivo en la vida, en la identidad de las mujeres.

**Gardenia:** *“no más uno. Me embaracé a los 20 años por la actividad sexual, traía el dispositivo, pero así me embaracé. Sentí bien bonito, le decía a mi mamá: quiero tener una hija para ponerle el nombre de... Mensualmente recibía atención médica. Al tercer mes me dio problema de riñón y amenaza de aborto y tuve que estar hospitalizada con una dosis extremada de vitaminas para que siguiera con el embarazo. Pesó 2.400 kg y midió 47 cm. Fue cesárea en una institución privada. En mi casa todos felices por ser niña, a él como que no le gustó”.*

**Dalia:** *“El primero a los 24 años, cuando me casé. Sentí alegría. Recibí atención médica. En el 2° embarazo si tuve problemas, estuve los 9 meses de reposo, porque fue un embarazo de alto riesgo. Al conocer el sexo de la niña, yo feliz, él quería hombre. No pude dar el pecho por incompatibilidad sanguínea. La lactancia era responsabilidad de los dos”.*

**Margarita:** *“El primer embarazo fue a los 30 años, tenía toda la información. Me quedé muy delicada por la cesárea. Mi hijo midió 52 cm y pesó 3.250 kg. El sentimiento fue de alegría y frustración por estar viviendo con mis suegros, pues mi departamento se había inundado y tuvimos que estar allí con ellos. El 2° embarazo fue también por cesárea, tuve una complicación en el parto por una neumonía. Mi segundo hijo midió 52 cm y pesó 3.800 kg. Al conocer el sexo de mis hijos, nos quedamos felices de la vida. Mi primer hijo nació muy bonito, se parece a mi marido y el segundo es parecido a*

mi. La responsabilidad de la lactancia era mía. En los dos embarazos y partos recibí atención médica en un hospital privado”.

**Amapola:** “El 1° embarazo ocurrió a los 27 años, fue planeado, sentí que era hora de tener hijos. La decisión fue más mía que de él. Me sentí bien. Mi hija midió 51 cm y pesó 3.750 kg. El 2° embarazo fue a los 5 años después, yo quería una niña, fue planeado también y fue parto normal. Hubo complicación por no haberse hecho la cesárea. No me hice el ultrasonido, no sé donde andaba (**Amapola es médica**). Tuve una depresión tremenda pos-parto. La atención a los embarazos y partos recibí en el seguro social y también privada. Le di el pecho y después el biberón, la responsabilidad era mía”.

**Flor de Lotus:** “El 1° embarazo fue a los 28 años, fue planeado y buscado. Tenía información y recibí atención médica. El sentimiento fue de mucha alegría. El 2° embarazo fue imprevisto, pero estaba lista para él. Cuando la tuve en mis brazos, sentí... no lo puedo describir. Pesó 3.400 kg y midió 54 cm. Fue muy curioso porque yo nunca pensé que fuera tener hombre, siempre hablábamos de la bebe, siempre quise niña, mi marido quiere mucho a las niñas. Yo tenía mucha leche, y no me resultó grato... a mi chocaba porque eran horas de estar con la bebe, y a principio era de estar chorreando, y me cambiaba y seguía chorreando, era absolutamente horrible. Yo no lo disfruté, fue para mí muy, muy estresante la lactancia. Además, duele los pechos, se hinchan, se ponen duros. A la segunda bebe, no se me alcanzaba vaciar los pechos, entonces se me hizo una infección. A mí la lactancia me parece algo que debería ser prescindible. El pecho di durante 3 meses continuos y después un mes por la noche”.

**Jacaranda:** “El primer embarazo a los 23 años, fue muy planeado, fue cuando terminé la carrera y decidimos que sería bueno tener un bebe. Ya eran 4 años de relación estable, entonces pensamos en la oportunidad de ser padres. Yo no sabía absolutamente nada, eso es increíble. En una noche yo le preguntaba a mi pareja si tendrían que cortarme los pezones para poder amamantar, porque no tenía ni la más remota idea, de tal manera que era planeado en términos de querer tenerlo, pero de eso a empezar a ver el abultamiento, a sentir el otro cuerpo, vivir la experiencia de saberte que vas a ser madre, eso fue algo super interesante. La atención médica la recibí siempre. En el quinto mes de embarazo, mi pareja quiso probar suerte en otra ciudad, porque no quería que su hijo naciera en una ciudad tan contaminada, entonces lo platicamos y quedamos que él se adelantaba a ... donde le ofrecían un trabajo, por eso fue que se tomó la decisión. Y bueno, quedamos que si todo salía bien, después que naciera el bebe, yo me iría para allá. Entonces me quedo sola del 5° al 9° mes de embarazo y sucede cosas realmente terribles (en este punto Jacaranda narra todas las situaciones, muy difíciles, por las cuales pasa, estando sola, sin el apoyo del marido o de otra persona que la acompañe) Nace mi hija en situaciones de



mucho desgaste, me deja una enorme desconfianza, una preocupación muy grande. El parto fue normal, nace con 51 cm, 3.5 kg y con paladar hendido. El puerperio fue terrible, me doy cuenta que mi hija no puede amamantarse por el problema en el paladar... El segundo embarazo fue planeado pero fue más difícil porque había una probabilidad del 70% de que, si fuera varón, tuviera no sólo problemas en el paladar, sino el labio leporino, y si fuera niña el 50%. Entonces sufrí, bajé muchísimo de peso durante el primer trimestre... fue muy angustiioso. El parto fue mucho más divertido y asegurado, bien logrado. Su peso fue de 3.300 kg y 51 cm. Nació bien fuerte, pero a los 3 meses desarrolla un problema que lo pone cerca de la muerte...(también aquí Jacaranda narra muchos detalles). La noticia del embarazo no la tuve, la supe, fue un goce completo, del segundo chin, a ver que pasa”.

**Bugambilia:** “No me embaracé, pero sí adopté a una niña. La atención a ella fue muy difícil, mucho trabajo, mucho esfuerzo”

**Alcatraz:** “A los 39 años, fue planeado. Sentí sorpresa, dudé mucho de que pudiera embarazarme, ya tenía muchos años sin embarazarme. **(Alcatraz cuenta muchas cosas sobre este hecho)** Tuve leche hasta los 10 meses, y después siguió siendo mia la responsabilidad de la lactancia”.

**Lilis:** “A los 30 años tuve mi hijo. Fue planeado, un poco difícil porque pasé 3 años sin poder embarazarme, hasta que hice unos estudios. Recibí atención médica en un hospital privado, fue un embarazo que gocé mucho porque siempre soñé con un hijo, no tuve ninguna complicación. La lactancia al principio me dio miedo y dolor, pero después muy placentera. Fue algo mágico poder amamantar a mi hijo. **¿Cuál fue la reacción de tu familia, ya que eras soltera?** No sabían que tenía una relación, se dieron cuenta cuando les dice que estaba embarazada. Mi padre ya había fallecido, cuando lo dije a mi madre fue un problema, un pleito muy serio, porque a fuerza me exigían que me casara y yo les dije que no iba a casar, y que yo iba tener a mi bebe, que era una mujer adulta, responsable, ya trabajaba, que no le estaba pidiendo apoyo económico, sino que me apoyara emocionalmente. Al principio le costó trabajo entenderlo, pero debo admitirlo que lo hizo después. Mi hermanos lo aceptaron bien”.

**Rosa:** “No me podía embarazar, me dio mucha tristeza porque yo anhelaba tener un hijo, me sentí muy mal y sobretodo en los días de las madres, que todos festejaban las mamás, me dolía mucho. Mi esposo me apoyó mucho, nunca me hizo sentir que lo más importante era eso en la vida . Sí me marcó, yo quería ser madre, entonces adoptamos a una niña. El proceso de adopción fue algo muy complejo, muy bonito, muy excitante por un lado y por otro lado, lleno de temores. Fue una aventura para mi, llenas de cosas por descubrir, y cuando la tuve en mis brazos, estaba yo entre emocionada y no saber que hacer. La maternidad la sentí como una

*molestia y a la vez no saber como conducirme. El proceso de la crianza fue difícil porque no soportaba mucho no poder dormir, eso me chocó mucho. Fuera de eso, todo era lindo”.*

Todas las mujeres académicas, excepto tres: **Hortensia, Orquídea y Tulipán**, no tuvieron hijos/hijas, las dos primeras porque no llegaron al matrimonio, tampoco tuvieron una vida en pareja “seria” que les hubiera asegurado la paternidad para sus hijos/hijas, y Tulipán por estar adscrita a la homosexualidad, como preferencia erótica. De las demás mujeres académicas, ocho de ellas procrearon y dos de ellas adoptaron a sus hijas: es el cumplimiento del deber ser. Otro dato a considerarse es que las mujeres académicas no tuvieron muchos embarazos e hijos/hijas. Aunque vinieran casi todas de grupos sociales desprotegidos económicamente no reprodujeran el modelo de madres multíparas, probablemente por constituirse en mujeres modernas, con conocimientos y saberes diferenciados a los de sus madres, del entorno socio-cultural.

Otra cuestión importante es que para estas mujeres académicas no resultó del todo placentero o mágico amamantar a sus criaturas, encontraran más bien en este hecho, incomodidad, dolor, esfuerzo. Muchas otras mujeres incluso, asocian la actividad de amamantar con amor, al punto de convertir los conceptos en sinónimos y exclusivos. Solo se da el amor maternal a través de la lactancia, el amor es una cualidad de la leche de que carecen la leche en polvo o la de vaca.

En el ciclo de vida femenino centrado en la procreación, la transformación del cuerpo y de la persona de las mujeres deviene en niños y niñas que, aún nacidos – separados objetivamente del cuerpo de la mujer – continúan ligados a ella: al usar su cuerpo, sus productos y su energía física, afectiva e intelectual. La mujer gesta, cuida, limpia, y al mismo tiempo produce con su cuerpo la comida como su propia extensión: cría. Es una totalidad de vida, de tiempo, de atmósferas, de la puesta a disposición de *los otros*.

A diferencia de la procreación, la maternidad explica Marcela Lagarde “es un conjunto de relaciones y de vivencias de carácter personal y directo... involucra no sólo a la persona desde su subjetividad, como sucede con otras actividades, sino también desde la materialidad de su cuerpo. El cuerpo genera fuerza de trabajo y energías vitales diversas que se aplican a los otros”<sup>228</sup>.

A pesar de estar constituida, la maternidad, por un numeroso conjunto de fenómenos, sigue Marcela Lagarde, la representación ideológica de la maternidad refuerza la tesis de que se funda en la procreación. De esta manera, lo maternal simbólico se representa a través de la mujer amamantando, o como cuerpo con pechos de los que mana leche, arrullando o acunando criaturas, prodigando cuidados corporales. Lo maternal no se representa, por ejemplo, como una relación de adultos entre madres e hijos/hijas o con las madres desarrollando actividades distintas a los cuidados alimenticios o corporales.

Lo maternal es eje de la feminidad positiva, véase por ejemplo, en las representaciones religiosas, se trata de la virgen embarazada, o de la mujer recién parida, como prueba de la legítima maternidad de una mujer virginal, o cargando el niño; en las representaciones laicas, en el monumento a la madre en la Ciudad de México, o en la escultura pétreo de la mujer desnuda de cuyos senos mana leche en el Parque México. En cambio, Frida Kahlo y Diego Rivera representan a la mujer no sólo como madre – pródiga o fallida – de leche o de frutos, como si fuera naturaleza, sino plena de erotismo.

La maternidad incluye al embarazo, el parto, el nacimiento de la criatura, pero no se agota en el, las mujeres para ser madres no necesitan haber parido, es decir a diferencia de la concepción que se expone aquí, es común la asociación de maternidad con procreación. “La maternidad es sintetizada en el ser social y en las relaciones que establecen las mujeres, aun cuando éstas no sean percibidas a través de la ideología de la maternidad, como maternales: cada mujer y millones

---

<sup>228</sup> Marcela Lagarde. *Los cautiverios de las mujeres*, op.cit., p. 254.

de ellas, concentran estas funciones y esas relaciones – sociales, económicas, eróticas, nutricionales, ideológicas y políticas – como contenido que organiza su ciclo de vida y que sustenta el sentido de la vida para ellas”.

Las niñas o las jovencitas son mujeres en proceso, son seres incompletas en espera de la completud. Es común, de acuerdo a la cultura patriarcal, ubicar a las mujeres que han parido como seres completas, mujeres completas, y aquellas que no han parido, son consideradas mujeres fallidas, incompletas, y incluso esta consideración es hecha por las propias mujeres. La mujer que no concibe, gesta y pare no es reconocida como tal, porque la ideología de la maternidad es esencialmente biologicista. La creencia consigna: ser madre es una función natural del cuerpo y los atributos maternos son una impronta corporal.

La progenitora concibe, gesta y pare, la madre es un pacto social y cultural, sin embargo nuestra sociedad y nuestra cultura no distingue entre ambos fenómenos por su extremo naturalismo.

Parir es a la vez un hecho y un ritual simbólico de poder que realiza la mujer, como síntesis de la maternidad, pero es un hecho desmerecido en el momento mismo de su conceptualización como “natural”. “Las funciones, las actividades, los trabajos, el despliegue afectivo y de energía vital, son desvalorizados, conculcados de su carga social y cultural: las mujeres hacen todo, es decir son madres, en el cumplimiento de una fuerza ajena, extraordinaria, que es la naturaleza”<sup>229</sup>.

La medicina doméstica femenina en la atención del embarazo, del parto, los cuidados del puerperio y de las criaturas, realizados por chamanas y comadromas, por las mujeres de la casa, o por las mismas madres, forma parte de una cultura de la maternidad que ha cambiado con el desarrollo y la ampliación del Estado y de las instituciones de salud. Son éstas las que atienden a las mujeres en un

---

<sup>229</sup> Marcela Lagarde. *Los cautiverios de las mujeres*, op.cit., p. 387.

espacio público. El parto, el nacimiento y los cuidados requeridos para la criatura, dejan el mundo íntimo de la casa y de la propia cultura para convertirse en espacio estatal, es que la modernidad ha entrado a los cuerpos de las mujeres y ha expropiado para las instituciones públicas esa parte de la maternidad que es la procreación.

Todas las mujeres académicas que han procreado lo hicieron a nivel hospitalario, todas ellas recibieron atención médica en el embarazo, en el parto y puerperio; esos cuidados médicos siguieron en la medida en que las criaturas se desarrollaran, ¿será que ellas fueron cuidadas en la misma proporción, con la misma prioridad que sus hijos e hijas? Más adelante veremos esta cuestión.

El tema que se siguió en la narrativa de las mujeres académicas se refiere al **aborto**. Sólo Dalia y Flor de Lotus tuvieron abortos.

**Dalia:** *“si tuve un aborto espontáneo por incompatibilidad sanguínea y fui atendida a nivel privado, no hubo complicaciones. Fui acompañada de mi esposo. Otro aborto fue provocado, a nivel privado, ya no quería otro hijo, mi esposo también me acompañó. En el primero el sentimiento fue de tristeza y en el segundo de confusión”.*

**Flor de Lotus:** *“si, en el primer embarazo, un aborto espontáneo. Si recibí atención médica en el ISSSTE, fui acompañada de mi marido y no hubo complicaciones. Ningún sentimiento en particular, no sentí nada”.*

¿Qué ha significado para las mujeres académicas **ser mamá**? Para **Dalia, Margarita, Flor de Lotus** y **Bugambilia**, fue sencillamente un gusto, aunque las dos primeras incluyen la gran responsabilidad y compromiso que significa ser madre. **Gardenia** además de decir que “es una responsabilidad grandísima”, explica que esta responsabilidad es por “saber que alguien dependía de mi”

**Amapola:** *“una responsabilidad muy grande. Lloré porque pensé ¿será que voy a poder cuidarlas? Es una responsabilidad que me quedó grande”.*

**Jacaranda:** *“es un logro, es una enorme vivencia de agradecimiento por la posibilidad de representarme con todo lo físico que puede ser mi amor a la vida, mi encadenamiento en la posibilidad de mi extensión en los otros... somos vasos comunicantes. Encadenamiento en el sentido de que ninguno de nosotros puede estar solo para nunca jamás”.*

**Alcatraz:** *“un gusto, y en cuanto a las expectativas fueron sobrepasadas, yo esperaba un bebido feíto, medio así, nada sorprendente, con problemas, que tendría que dedicarle mucho tiempo, hasta con culpa porque yo esperaba un bebe que me trajera muchas penitencias, a llevarle a muchas especialidades. Cuando la vi me sorprendí, la vi bonita, y luego que es muy sana, muy lista, muy imaginativa, la vi como un regalo y ahora lo vivo con mucha responsabilidad, me causa mucho miedo tener una responsabilidad tan grande...”.*

**Lilis:** *“me puse a llorar, fue una sensación increíble, estaba yo emocionada, feliz, dando gracias a Dios que estaba bien. Ser mamá es el triunfo más grande de mi vida. **¿Cuál fue tu reacción al saber el sexo de la criatura?** “Nos dio gusto”.*

**Rosa:** *“fue muy bonito, muy excitante por un lado y por otro lado, llena de temores, estaba yo entre emocionada y no saber que hacer. Lo sentí como una molestia y a la vez no saber como conducirme”*

Queda evidente la emoción por el hecho de ser mamá para estas mujeres académicas, pero también la contradicción entre haber cumplido con el deber ser femenino y el temor frente a la responsabilidad. Muy pocas mujeres han escrito acerca del cataclismo emocional que supone convertirse en madre. Germaine Greer<sup>230</sup> habla de la experiencia de enamorarse desesperadamente de la criatura propia y precisa que si bien este hecho no es en absoluto universal, forma parte de los riesgos del oficio para toda mujer que da a luz. Una gran parte de las mujeres que se encuentran sumidas en el tumulto emocional de la maternidad se sorprende ante la intensa dicha que las invade de repente y la penetrante angustia que experimentan cuando nacen sus criaturas, cuando ellas sufren dolor o conflictos.

Esto es así, posiblemente porque la condición de madre, sigue Germaine Greer, no termina jamás, nunca se olvida. Cuando una mujer tiene una criatura, su

---

<sup>230</sup> Germaine Greer. *La mujer completa*, op.cit., pp. 305.306.

capacidad de sufrimiento se ensancha y se profundiza más allá de lo que jamás hubiese podido imaginar. “No importa si la relación con sus criaturas es buena o mala, no importa si éstas salen bien o mal; siempre le causarán dolor, porque una madre es mucho menos importante para ellas de lo que lo son las criaturas para la madre”.

Si el gusto por ser madre es tanto, ¿cómo experienciaron las **actividades maternas** estas mujeres académicas?

**Jacaranda:** “Con mi hija el descanso era cero, tenía que conocer una niña que no había nacido bien, y que era una bebecita que despertaba sentimientos ambiguos, no? Cómo, si había sido todo tan planeado y no había hecho ninguna cosa de las que estaban prohibidas, se había trabajado mucho en eso que hay que respirar, hacer ejercicio, comer eso, lo otro. Por otro lado, éramos pobres, o sea, habíamos terminado la carrera, yo renunció a mi trabajo cuando entiendo la dimensión del problema. Mi pareja tuvo que cubrir dos turnos de trabajo para poder solventar los enormes gastos que implicaba tener una chiquita con problemas. Con el segundo hijo, a los 3 meses desarrolla un problema que lo pone cerca de la muerte y allí entonces tengo que retirarme otra vez y dedicarme a él, de tal manera que el trabajo que desarrollaba con ellos es un trabajo muy intenso que requirió de mi parte conocimiento, preparación, muchos recursos, que yo los asumí, hice a un lado todo el mundo, incluso a mi pareja para poder apropiarme de todo lo que estaba ocurriendo. Entonces, si sufrí, pero a la larga tuve la enorme satisfacción de los dos hijos maravillosos que tengo. **¿Quedó algún sentimiento, alguna secuela por lo que pasaste?** “En la actualidad este dolor se presenta como una gran satisfacción por el logro”.

**Flor de Lotus:** “*no me costó nada crear y cuidar a mis hijas. Yo les daba todo lo que tenía, as veces creo que demasiado, me quedaba yo sin nada para mi. No lo siento como trabajo, lavar los pañales, preparar la comida si es trabajo, amor es estar con ellas, apapacharlas, cuidarlas, jugar con ellas, quererlas. Esto para mi es amor, y eso no me costaba ningún trabajo, al contrario, todo el tiempo que yo pasaba con ellas lo disfrutaba. Pero de lo demás si era pesado, me dormía, con todo que mi marido aportaba, casi siempre todo era yo. Me pesaba la casa, no las hijas”.*

**Margarita:** “*no me costó por el apoyo de mi mamá, les di el pecho, después el biberón. Mi mamá me ayudaba a preparar los biberones, a bañarlos, a cambiarlos, hacerlos dormir, la comida. No sentí pesado, más bien me dio mucho gusto. Mis hijos se quedaban con*

*mi mamá para que yo pudiera trabajar. Mi responsabilidad era en la educación y mi marido aprobaba”.*

**Alcatraz:** *“Fue un cambio de 360°, tuve que cambiar mis horarios, mis prioridades, acepté que ya estaba totalmente realizada en el plano profesional y que podía dejarlo en un segundo lugar y fue más bien aprender a ser ama de casa, que es toda una profesión, y fue como aprender otra profesión con mi hija, a cocinar, a organizarme. Me costaba mucho trabajo a implantar mi autoridad para poner límites, me causaba culpa. Esa fue la parte que más trabajo me costó en la educación, saber que hay una parte dictatorial, inevitable y decir ¿por qué? Porque lo digo yo, punto. Esa parte me costaba mucho dolor, pero sabía que iba evitar dolor a mi hija. De ahí en fuera lo voy llevando”* **¿Cómo considera las actividades maternas?**

*“Muy absorbente, no considero como obligación, me siento como una anfitriona de mi hija, que es mi invitada, que yo la traje, entonces no es una obligación, yo sabía cual iba a ser el costo”.* **¿Has tenido que renunciar a algo?** *“Sí, a nivel de amistades, porque tenía vínculos sociales fuertes, bajó mucho, cambió mi círculo social, ahora es más de las mamás, de los compañeros de ella. Si extraño mucho a mis otras amigas. Ese fue el costo. Además, me trae el problema de la consulta, yo quisiera ver mas pacientes, quisiera tener mas privacidad para ver a mis pacientes, y as veces mi hija compite con mis pacientes, me limita”*

**Rosa:** *“No soportaba mucho no poder dormir, eso me chocó mucho, llegué a reaccionar con mucha molestia con la niña porque no me dejaba dormir”.*

**Lilis:** *“me costó porque soy una madre muy aprehensiva, pero he gozado mucho a mi hijo. Creo que es lo más hermoso que me ha pasado, tenerlo, criarlo, siempre he tratado de estar con el, para mi es mi prioridad, aunque trabajo mucho y tengo otras actividades siempre ha sido mi prioridad. El es mi responsabilidad, una responsabilidad amorosa, no lo veo como obligación”.*

**Bugambilia:** *“muy difícil, mucho trabajo, mucho esfuerzo”.*

En el cumplimiento del deber ser femenino – ser madres progenitoras – las mujeres académicas refieren el gusto pero al mismo tiempo lo laborioso que representa el ejercicio de marteneaje, aunque este nivel de conciencia no implica el reconocimiento de que este hecho conlleva, o puede conllevar, afectación física y psíquica y repercusiones en el estado de salud-enfermedad.

Estas actividades maternas tienen como objetivo fundamental la sobrevivencia física, afectiva e intelectual, primaria y cotidiana de las y los sujetos. Las mujeres



son depositarias de ciertos cuidados reproductivos, es decir, de cuidados que mantienen la vida, y los hombres por su adscripción genérica, y de manera general, no desarrollan capacidades en este sentido, y aunque aprendan al mirar a las mujeres, contadas veces y contados hombres realizan actividades de maternaje, por la prohibición cultural de realizar cosas de mujeres.

La necesidad de maternalizar en las mujeres no queda satisfecha ni siquiera al tener hijos/hijas. Su carencia y su necesidad, indica Marcela Lagarde, “son, por consiguiente, inagotables y permanentes. En ellas se funda la permanente disponibilidad de las mujeres para cuidar a otros, para la entrega, para el amor-maternal (a los hijos o a los hombres). Las mujeres internalizan la carencia y psicológicamente buscan la plenitud y la completud en los otros. Se trata de la dependencia vital: emocional, afectiva e intelectual de cada mujer, y corresponde con su dependencia en los otros aspectos de la sociedad y de la cultura, tanto individuales como de grupo”<sup>231</sup>.

Asociado a las actividades maternas se colocó a las mujeres académicas la interrogante: ¿Qué **expectativas** tienen **para sus hijas e hijos**? A lo que ellas comentaran:

**Rosa:** *“primero que sea feliz y después que sea una muchachita preparada, que sea una profesional y que donde se desempeñe que haga la carrera que ella elija, que ella quiera, que sea una niña que sepa decidir lo que quiera ser”.*

**Lilis:** *“que sea feliz, que esté sano física y mentalmente, que sea un niño feliz, seguro de si mismo, que sea lo que el quiera hacer, que sea un hombre de bien”.*

**Alcatraz:** *“que sea una niña que pueda ella superar sus miedos y por lo menos saberlos apaciguar para que ella alcance sus sueños, porque desde chiquita le digo: tu vienes a alcanzar tus sueños y a ser feliz. Y ahora estoy en la otra parte del aprendizaje que para ser feliz ella tiene que primero hacer feliz a los demás, para que los demás sin que esperen nada, en algún momento, le puedan dar momentos felices. Le digo que ella solita nunca va poder llegar ser feliz. Entonces que no tiene que ser egoísta, tiene que servir, hacer feliz a*

---

<sup>231</sup> Marcela Lagarde. *Los cautiverios de las mujeres*, op.cit., p. 389.

*los demás para que ella después sea feliz. Quiero eso para mi hija, que alcance sus sueños y que se sienta plena”.*

**Bugambilia:** *“que sea feliz”.*

**Flor de Lotus:** *“quiero que sean felices y quiero que sean gentes honestas, y quiero que sean responsables y que sean solidarias, que tengan carácter, dignidad”.*

**Amapola:** *“quisiera lo mejor para ellas, que fueran felices, que fueran independientes. Quisiera tenerlas mas tiempo, creo que no las he disfrutado. Me siento contenta porque las niñas nacieron bien y creo que les doy mucho afecto”.*

**Margarita:** *“que sean responsables”*

El hilo de todas las narrativas es el deseo de la felicidad para sus hijos e hijas. El fin último y primero que da sentido a la vida de hombres y mujeres es la experiencia de la felicidad. El más grande anhelo que es a la vez estímulo, motivo y fin de las relaciones y de los hechos consiste en ser felices, aunque el contenido que se da a la felicidad varía de acuerdo con el género, con la edad, con la cultura y otros órdenes sociales. Hay quienes consideran que la felicidad se constituye en el éxito económico, laboral o político; otros y otras conciben la felicidad como un estado extendido en el tiempo y quienes la miran como algo momentáneo y, finalmente hay quienes la consideran una fantasía irrealizable. De una y otra forma, la felicidad tiene por definición común la plenitud de la/del sujeto.

La felicidad es también genérica, es decir, las mujeres en particular deben encontrar la plenitud, deben ser felices como madres, como esposas, en el espacio de la familia: en la conyugalidad y en la maternidad. Sin embargo, esta demanda genérica, social y cultural, no hace necesariamente felices a las mujeres, menos a las modernas, con conocimientos y saberes, ellas se dan cuenta, en mayor o menor medida, de sus problemas, de sus carencias, limitaciones y lo que han conquistado para sí mismas (o lo han hecho a medias), lo desean para sus hijas e hijos, además porque ellas y ellos son sus seres más queridos, el amor de estas madres hacia sus hijas e hijos es ilimitado, incondicional e irrenunciable.

El deseo de las mujeres académicas de que sus hijos e hijas sean felices, es expresado en términos de esperanza. La esperanza remite al deseo, es la actitud

de espera en el cumplimiento y gratificación del deseo. Su realización se ubica siempre en el futuro, aunque se basa en el aprendizaje de no aceptación del pasado.

Como uno de los temas centrales de la sexualidad, pero que también tiene que ver muy cercanamente con el poder, se les preguntó a las mujeres académicas sobre situaciones de **abuso sexual, obligatoriedad en las relaciones sexuales y/o abandono sexual** por parte de sus parejas hacia ellas. Ellas relataran:

**Orquídea:** *“abuso sí, cuando te piden que hagas el amor de una manera que tu no quieres, pero el sí. Obligatoriedad no, abandono sexual sí, con el que más me enamoré...”*.

**Rosa:** *“para nada, él es un hombre muy complaciente, pero a veces sí me siento un poco abandonada sexualmente, él es un poco flojizo en esto. Él pasó por problemas de salud muy difíciles y en eso están basados y fundamentados sus temores. Yo requería más, más de lo que él me oferta, pero a partir del diálogo nos hemos entendido”*.

**Jacaranda:** *“ni abuso, ni obligatoriedad, abandono sexual tampoco”*.

**Alcatraz** tarda en contestar y dice: *“no”* y **Flor de Lotus** por su parte afirma: *“abuso no, alguna vez, en las primeras veces, como que el...”*.

**Amapola, Margarita, Dalia y Gardenia** relatan no haber sufrido abuso sexual, pero sí presión y obligatoriedad para mantener relaciones sexuales.

Aún cuando las mujeres no quieran mantener relaciones sexuales con alguien – porque no están excitadas, porque tienen temor a quedar embarazadas, porque se sienten agotadas, o por cualquier otra razón – de todas maneras en muchas ocasiones lo hacen. El erotismo para las mujeres que sólo poseen sus cuerpos, tiene un significado de valor ya que es un espacio de intercambio. En ese espacio, las mujeres dan a cambio su cuerpo erótico y por su mediación, que para el otro es un fin, se proponen obtener bienes reales o simbólicos. Y, aunque parezca extraño, aquello que las mujeres buscan obtener en esta operación, no tiene que ver con el placer ni con el goce erótico.

Las mujeres usan con sabiduría el acceso a su cuerpo para obtener beneficios (regalos, bienes, para lograr que las saquen a pasear, permisos, que los hombres se muestren satisfechos con ellas, las trate bien, mejor, etc.), las cuales por su lado, son usadas por sus cónyuges en un intercambio desigual, porque ellos obtiene de ellas sus cuerpos.

Como en la ideología patriarcal este uso corporal en las relaciones eróticas es un deber ser, una obligación, es también en todo caso, un don positivo de las mujeres. Realizado fuera del matrimonio o de una relación estable, se convierte en un hecho malo, pecaminoso y reprobable, se constituye en prostitución.

Marcela Lagarde señala que “de una u otra forma, de manera eventual o permanente, como una transacción de por vida o momentánea, las mujeres realizan sobre su cuerpo distanciado, enajenado de ellas mismas, el valor que la sociedad patriarcal le atribuye”<sup>232</sup>

Para ultimar el eje de la sexualidad, se les planteó a las mujeres académicas el tema del climaterio que tiene como marcador la **menopausia**, intentando abarcar no sólo el hecho biológico que conlleva pasar por la última menstruación, sino además los contenidos sociales y simbólicos que están asociados a este hecho. Las narraciones se encausaron a la información, prevención y significado de la menopausia en la vida de estas mujeres académicas.

**Gardenia:** *“tengo información muy completa, para mi significa un cambio normal, pero ya no podré vestirme como antes”*

**Dalia:** *“si tengo toda la información, hago prevención y sé de las consecuencias. Para mi es un proceso normal”.*

**Margarita:** *“ya soy pos menopáusica, sufro de calores, bochornos, resequedad vaginal. Tenía y tengo toda la información, pero no tengo terapia de reposición hormonal. Trato de tener una buena dieta y hago ejercicio”.*

**Amapola:** *“tengo la información pero no hago prevención. Siento que va a ser un poco difícil, porque a mi lo que me preocupa es mi*

---

<sup>232</sup> Marcela Lagarde. Los cautiverios de las mujeres, op.cit., p. 233.

*capacidad mental, porque a veces como que me siento como cansada. Pienso que en la menopausia me voy volver loca, tengo temor”.*

**Flor de Lotus:** *“tengo la información suficiente, como prevención he aumentado el consumo de calcio, disminuido las proteínas, hecho más ejercicios”.*

**Tulipán:** *“si cuento con toda la información, hago prevención pero no de manera constante”.*

**Jacaranda:** *“tengo toda la información del mundo. No he entrado a la menopausia, por fortuna, y voy declarar duelo nacional en este momento, ¿porqué? Porque me fascina menstruar, porque realmente hay una experiencia tan maravillosa cada mes, hay un encuentro con esta fertilidad, con esta idea de la vida, de seguir floreciendo cada mes. Para mi la menopausia significa la imposibilidad de seguir floreciendo, es como comenzar a pagar ahora el tributo por esta vida, ahora todo es gratis”.*

**Bugambilia:** *“entré a los 33 años, tenía toda la información y hago prevención. Tuve problemas de infecciones urinarias y ginecológicas. Para mi es parte de la vida”.*

**Hortensia:** *“Ya soy pos menopausica, uso terapia de reposición hormonal y no he tenido problemas”.*

**Alcatraz:** *“Si tengo información, hago prevención, consumo leche de soya”.*

**Lilis:** *“Considero suficiente la información que tengo, no me da miedo llegar a la menopausia, me preocupa que pueda darme algún impedimento físico. Como prevención hago ejercicio, cuido mi alimentación, hago estudios de papanicolau, osteoporosis”.*

**Rosa:** *“Si tengo la información y si creo que soy posmenopáusica porque llevo 4-5 meses sin menstruar. Creo que sí soy posmenopáusica, pero no estoy completamente segura. Ya tengo 4 años en consulta médica. Si tengo terapia de reemplazo hormonal. Cuanto al significado para mi, por un lado me siento en plenitud porque me siento mucho más segura, sin embargo no dejo de percatarme que hay disminución de algunas cosas, ya me canso más, tengo algunos achaquitos que antes no tenía”.*

**Orquídea:** *“Ya entré en la menopausia y más o menos tenía la información, tuve un poco de bochornos, pero nada grave. Recién me hice los estudios y me han dado unos óvulos vaginales. Es un momento más no? pero la verdad es que te das cuentas de muchas... depende de muchas cosas, la piel es más seca, si hay cambios. He tenido problemas con los alumnos que dicen que soy muy exigente”.*

La interpretación de la menopausia o del síndrome menopáusico no ha sido directa ni políticamente neutral. No obstante todas las mujeres que han tenido la

menstruación tienen una menopausia en el sentido biológico estricto, concretamente el cese de la misma, la experiencia más común (climaterio) es resultado de una compleja interrelación entre las sensaciones del cuerpo y las expectativas sociales, y esta medida no es universal, y no lo siendo, los síntomas, los significados, las formas de vivirla, es distinta para diferentes sociedades, culturas y grupos.

Aunque ni para todas las mujeres la menopausia signifique lo mismo, es común que sin la menstruación ya no son jóvenes, atractivas, interesantes sexualmente, han perdido su fertilidad y con ella su propósito: su capacidad de traer nueva vida al mundo. Para las mujeres académicas el significado de la menopausia varía: para dos es un proceso normal; para otra de ellas, significa no poder vestirse como antes; otra se preocupa por su capacidad mental, tiene temor; dos más se sienten cansadas; tres más tienen achaques; y una ve en la menopausia la imposibilidad de seguir floreciendo.

Al igual que con otros aspectos del control de género, ser el tipo de mujer posmenopáusica adecuado requiere una constante vigilancia médica y social. El énfasis que nuestra sociedad pone en el cliché de la atracción física y de la juventud es un factor de opresión mucho más poderoso, a cualquier edad, más para las mujeres que para los hombres. Esta idea es expresada con mucha claridad por Zita: "Para las mujeres no hay estereotipos culturales que las rediman de las arrugas, patas de gallo y michelines en los lugares inapropiados... Todas las mujeres sienten los efectos de una doble norma, las mayores con mucha más crueldad"<sup>233</sup>.

Del grupo de mujeres académicas escuchadas, solo dos, que han pasado por la menopausia, utilizan el tratamiento hormonal sustitutivo o de reemplazo hormonal. Este tema pasa por un gran polémica en la actualidad respecto a las indicaciones

---

<sup>233</sup> J.N. Zita, citada en: Kate Hunt. ¿Una cura para todas las enfermedades? Interpretación de la menopausia y las complicaciones del tratamiento hormonal sustitutivo. En: Sue Wilkinson y Celia Kitzinger. *Mujer y Salud*, op.cit., p. 175.

apropiadas para su uso: los beneficios y riesgos del tratamiento, especialmente cuando éste se emplea a largo plazo. Por un lado, estudios epidemiológicos presentan datos, científicamente convincentes, sobre los beneficios del reemplazo hormonal en el caso de mujeres con osteoporosis, cáncer de útero, enfermedades cardiovasculares y como efecto atenuante en los casos de resequedad vaginal, de la piel, pérdida de la libido, cambios en el humor, etc. Por otro lado, los riesgos también recabados a través de estudios epidemiológicos, igualmente convincentes desde el punto de vista científico, alertan sobre los efectos negativos del tratamiento de reemplazo hormonal para cáncer endometrial y más recientemente para el cáncer de mama. Tanto en un caso como en el otro, las críticas del medio científico son muchas, sobretodo por la metodología utilizada.

A pesar de las evidencias epidemiológicas respecto a los riesgos y beneficios del tratamiento hormonal sustitutivo, continúan acumulándose estudios a respecto, y el debate permanecerá sin resolverse si siguen utilizándose conceptos relativamente estrechos como ventajas y desventajas para la posibilidad de prescribir la utilización del tratamiento de reemplazo hormonal para las mujeres menopáusicas.

MacPherson<sup>234</sup> ha caracterizado la historia del empleo del tratamiento de reemplazo hormonal en relación a tres “falsas promesas”: la primera se caracterizó por la promesa de la belleza y feminidad eterna; la segunda por la de una menopausia segura y sin síntomas, y la tercera por la de escapar de las enfermedades crónicas. Esta caracterización resume con elegancia el debate, aunque en realidad, los elementos de las tres promesas se invocan a menudo en las imágenes populares del referido tratamiento y en la propaganda.

---

<sup>234</sup> MacPerson, citado en: Kate Hunt. ¿Una cura para todas las enfermedades? Interpretación de la menopausia y las complicaciones del tratamiento hormonal sustitutivo. En: Sue Wilkinson y Celia Kitzinger. *Mujer y Salud*, op.cit., p. 162.

Dickson<sup>235</sup> identifica cuatro paradigmas específicos de la investigación sobre la menopausia con distintas suposiciones de base: “la biomédica, la sociocultural, una feminista y una posmoderna”; Zita<sup>236</sup>, por su parte, describe tres estrategias retóricas: esencialismo biológico (“la menopausia como la pérdida de la verdadera feminidad”), el reduccionismo científico (“la menopausia como un estado de disfunción o sin función”) y la valoración feminista (“la menopausia como un acontecimiento natural de la vida”). Las dos primeras enfocan la menopausia como “una situación en el cuerpo, causada por una disfunción interna” y como tal interpretan la misma como algo negativo, universal, vinculado al sexo y desvinculado del contexto cultural, histórico y social”.

En el esencialismo biológico, la mujer es su biología y está determinada por ésta, así la menopausia se percibe como una enfermedad de deficiencia de estrógenos, una desviación de las normas de la verdadera feminidad y como una anomalía en la ontología del género que requiere intervención médica. En los modelos reduccionistas, la menopausia es una desviación de las normas de salud y buen funcionamiento interno y una vez más es descrito como un estado disfuncional que requiere intervención médica, generalmente el tratamiento hormonal sustitutivo. La valoración feminista de que la menopausia es una transición de la vida natural, en vez de patológica, que se experimenta de varias formas, indica una serie de intervenciones distintas o ninguna, según la comodidad o dificultad de la experiencia individual. “El cuerpo es un texto biocultural; en parte biológicamente dado y en parte culturalmente construido... es un acontecimiento personal, físico, cultural y político”.

Las divergencias existen tanto a nivel médico como de feministas, aunque la literatura feminista tiende a sospechar a nivel general del tratamiento de reemplazo hormonal, siendo su principal argumento que a través de esta intervención se está medicalizando el cuerpo de la mujer.

---

<sup>235</sup> Dickson G.L., citado en: Kate Hunt. ¿Una cura para todas las enfermedades?, op.cit., pp. 166-167.

<sup>236</sup> Zita J.N., citado en: Kate Hunt. ¿Una cura para todas las enfermedades?, op.cit., p. 167. En: Sue Wilkinson y Celia Kitzinger. *Mujer y Salud*, op.cit.



Lo importante a considerar son las particularidades de cada mujer, insertas en su grupo socio-cultural y sus necesidades a nivel biológico. Tanto las presentaciones médicas como las feministas han explotado el miedo a las enfermedades para promover o relegar el control sobre la experiencia de la menopausia. Hay mujeres que al elegir no consultar al/la especialista cuando sufren algún trastorno y asumen la responsabilidad de diagnosticarse ellas mismas, pueden estar arriesgándose, al no poder detectarse una patología subyacente, y dejar escapar los beneficios de haberla podido identificar a tiempo y los beneficios del tratamiento. Por otro lado, la utilización del tratamiento hormonal sustitutivo, sin una prescripción médica fundamentada y particularizada, puede conllevar problemáticas de salud-enfermedad desastrosas que pudieran haberse evitado con tan solo no utilizar tal tratamiento. Sobre esto hay que considerar que en la propaganda para comercializar las hormonas no solo se usan las imágenes del cáncer, sino también otros aspectos de la mala salud y enfermedades crónicas o incapacitaciones. Worcester y Whatley<sup>237</sup> señalan que la “comercialización de productos hormonales para las mujeres menopáusicas y pos-menopáusicas es particularmente cruel por el modo en que juega con los miedos a incapacitaciones específicas o condiciones que ponen en peligro la vida y también está muy dirigida al temor de las mujeres a envejecer”.

Jean Laplanche tiene una maravillosa frase para explicar como el ejercicio de la sexualidad de mujeres y hombres se encuentra ligado a los modos sociales, o sea, genéricos, de ser hombres y mujeres: “lo adquirido es anterior a lo innato”, queriendo resaltar que cuando una criatura nace ya existe una sociedad que la espera y a la cual ella o él se incorpora. Aún en los espacios que se supone más privados o íntimos como el de la sexualidad, existe una especie de guión previo, una puesta en escena de lo que se debe hacer, sentir o pensar. El arduo trabajo entre someterse, coincidir, desafiar o transformar ese guión depende de cada

---

<sup>237</sup> Worcester N. y Whatley M.H., citados en: Kate Hunt. ¿Una cura para todas las enfermedades?, op.cit., p. 168. En: Sue Wilkinson y Celia Kitzinger. *Mujer y Salud*, op.cit.

mujer u hombre, pero también del colectivo de cada género, de las normas vigentes en cada sociedad y cultura.

### El poder en la adultez

En el mundo patriarcal ser mujer implica vivir a contracorriente, desde una condición inferiorizada a partir de la cual los hechos de las mujeres son desvalorizados o invisibilizados, y las colocan de antemano en una posición jerárquica menor, subordinada y sometidas a dominación. Marcela Lagarde<sup>238</sup> sintetiza este planteamiento: “la condición política de las mujeres en el mundo patriarcal es el cautiverio y la de los hombres es el dominio”.

La condición de género define los poderes que corresponden a mujeres y hombres, tanto los personales como los grupales, así como los poderes que los otros ejercen sobre la persona o el grupo. La relación entre ambos poderes produce el poderío de cada quien.

En este eje-categoría analítica se buscó enfatizar la subordinación y el poderío de las mujeres académicas. ¿Cuáles son sus poderes? ¿A qué espacios corresponden? ¿Sobre qué cosas y sobre quiénes deciden? ¿En qué ámbitos se encuentran empoderadas y/o subordinadas y dependientes? Para enmarcar esta situación se abarcó la esfera doméstica y la pública, en la institución donde se desempeñan como académicas.

Se habló con ellas sobre las **decisiones para el matrimonio**, en la preparación de la boda, donde vivir... Esas son sus hablas:

**Gardenia:** *“me casé porque estaba yo enamorada, el me pidió y yo di el sí, decidí casarme. La preparación de la boda me tocó a mi, pero el decidió donde viviríamos”.*

---

<sup>238</sup> Marcela Lagarde. *Género y feminismo*, op.cit., p. 68.

**Margarita:** *“me casé por estar enamorada, la decisión fue de los dos, así como la preparación de la boda”.*

**Amapola:** *“los dos decidimos casarnos”.*

**Flor de Lotus:** *“porque quisimos”.*

**Jacaranda:** *“por apasionada y loca, porque no hay de otra. Estoy cursando el 1° año de la carrera y tengo que tomar decisiones a respecto. Siempre he tenido que tomar decisiones, pero allí tengo que tomar otras, no embarazarme, por ejemplo, intentar terminar la carrera y seguir protegiendo a mis hermanos, y hasta donde posible, ayudar a mi papá”.*

**Alcatraz:** *“la decisión de vivir con mi pareja fue cuando ya la niña había nacido... Estuvo viviendo con nosotras unos 2 o 3 años, pero realmente éramos como dos mundos diferentes en el mismo techo, pero la misma decisión que tomamos por la niña de vivir juntos, por ella decidimos no vivir juntos”*

Aparentemente estas mujeres académicas tomaran la decisión por sí solas o conjuntamente con la pareja sobre el matrimonio o el establecimiento de una vida en pareja, y lo que las motivó fue el estar enamoradas. El amor como causa y razón del vínculo coyungal. El amor es aún constitutivo de la identidad femenina, de tal forma que la felicidad de la mayoría de las mujeres está identificada por la realización amorosa, aunque pronto o tardíamente se percatan que no es bien así.

Las mujeres aprendemos ideologías amorosas y aprendemos los contenidos específicos del amor, uno de ellos es que debemos casarnos por amor – este es un mandato, una norma social -. Cada persona trata de realizar el amor ideológicamente aprendido y en la realidad la mayoría vive frustraciones amorosas, porque casi nunca podemos realizar el imaginario amoroso: este hombre que amo es maravilloso, bueno, cariñoso, trabajador, honesto, decente, amoroso, me quiere mucho, etc., etc.

Y como poder y amor están vinculados, es decir el amor es una fuente de poder, al amar y ser amadas ganamos poder: la experiencia amorosa es también una experiencia política.

Las experiencias de desamor, de separaciones y des-encuentros son múltiples en la vida de las mujeres. Ellas depositan en el amor al otro todo, ellas mismas y cuando no se cumple “su destino amoroso” se sienten devastadas, solas: “... es fundamental para entender a las mujeres de hoy, que más que la salud, la educación, el agua potable o el alimento, sienten el amor como necesidad más básica y no cubierta”<sup>239</sup>

¿Cómo se dieron y se dan las **relaciones de poder** en el hogar, con la pareja, en las relaciones sexuales, sobre los métodos anticonceptivos, sobre los hijos e hijas sobre las cuestiones domésticas?

**Gardenia:** *“Yo decidí tener un hijo, yo y mi mamá decidimos el nombre de mi hija. La responsabilidad de la crianza fue mia. En las relaciones sexuales el tomaba las iniciativas, siempre era en la recámara y cuando se le antojaba. Si había obligatoriedad, si, si, si. Las formas de placer no son muchas, porque llega uno cansado. Yo decidí el uso de anticonceptivo, usé el dispositivo, el médico nos platicó cual era el método más efectivo y lo coloqué dos semanas antes de casarme. Cuanto a las decisiones en el hogar, yo, bueno... el decía: vamos a hacer una fiestecita, entonces yo decidía qué ofrecer, a quién invitar”.*

**Dalia:** *“En relación al número de hijos yo decidí, cuanto a los nombres, él lo decidió. La crianza fue responsabilidad de los dos. En las relaciones sexuales, la iniciativa siempre es de el, también el decide dónde y cuando tenerlas. A veces yo decido las formas de placer. A veces si hay obligatoriedad. Cuanto a los métodos anticonceptivos, él usa condón porque ya no quiero embarazarme, además no me gusta sentirme sucia. Las decisiones del hogar las tomamos entre los dos”.*

**Flor de Lotus:** *“yo decido sobre las compras, el lugar de hacer las compras, entre los dos decidimos quien invitar y que ofrecer. Sobre los métodos anticonceptivos, el usa condón”.*

**Amapola:** *“sobre los embarazos, la decisión fue de los dos, pero más mia, así como la responsabilidad de crianza fue mia. Cuanto a las relaciones sexuales, la iniciativa es siempre de el y a veces sí me siento obligada a tenerlas. Siempre me tocó a mi la decisión sobre los métodos anticonceptivos, ahora ya me hice la cirugía para no*

---

<sup>239</sup> Marcela Lagarde. *Claves feministas para la negociación en el amor*. Puntos de Encuentro, Managua, 2001, p. 20.

*embarazarme más. Sobre el hogar yo decido todo, también sobre mis hijas”.*

**Tulipán:** *“las decisiones en el hogar las tomamos de común acuerdo, en la práctica sexual yo tomo las iniciativas y sobre las formas de placer, entre las dos. No hay obligatoriedad”.*

**Jacaranda:** *Sobre el hogar cada quien decide lo que quiere comprar y lo trae. Sobre los alimentos yo decido, pero siempre hago para todos, incluso para mí”.*

**Bugambilia:** *”yo vivo sola por lo tanto tomo todas las decisiones”.*

**Margarita:** *“yo decido todo lo de la casa”.*

**Hortensia:** *“vivo sola, pero en una relación con una pareja si había obligatoriedad para las relaciones sexuales, en una ocasión incluso llegó a lastimarme. La iniciativa era de los dos, había acuerdos”.*

**Lilis:** *“hemos tratado, mi prima que vive conmigo e yo, de llevar un equilibrio. As veces yo tomo las decisiones, as veces ella, pero referente a mi hijo, yo tomo las decisiones. En la relación con mi pareja, ambos tomamos la iniciativa en las relaciones sexuales, a veces el, a veces yo. Las formas de placer yo creo que el decide. Si, sin duda hay obligatoriedad en las relaciones”.*

**Rosa:** *“hasta hace un tiempo yo delegaba un poquito algunas de las decisiones. Pero desde que llegué del extranjero estoy tomando mucho, mucho las decisiones porque mi pareja ha visto que no soy tan mala para hacer algunas cosas y por eso me ha delegado algunas decisiones porque ha visto que las tomo con menos apasionamiento. En las relaciones sexuales yo tengo más iniciativas y las decisiones sobre las formas de placer es combinada”.*

**Orquídea:** *“yo vivo sola, las decisiones en el hogar las tomo yo”.*

La ingerencia de las mujeres académicas en el espacio privado, sobre todo en las actividades domésticas, es grande. En su mayoría ellas deciden sobre la casa, algunas de ellas lo deciden porque los hombres les ha delegado las decisiones, otras más lo hacen porque los hombres no se preocupan por este espacio, ya que tradicionalmente ha sido considerado un espacio eminentemente femenino. Pero, desde luego, las mujeres viven en sus casas bajo el poder patriarcal. Son los hombres quienes dirigen los destinos en la pareja, en la familia, y las mujeres son las que reproducen con su trabajo, sus actividades y sus acciones prácticas a estos ámbitos y recrean las condiciones materiales y simbólicas que aseguren su funcionamiento y continuidad.

Sin embargo, es necesario analizar los espacios de poder femeninos y los cambios que ese están generando, ya que, aunque sean reducidos, denotan transformaciones en la condición de subordinación de la mujer, y en particular, de las mujeres académicas, sujetas-objetos de este estudio. De acuerdo a varias autoras<sup>240</sup>, mujeres y hombres tienen espacios diferenciados en lo que respecta a la toma de decisiones. Así, se ha observado que las mujeres tienen mayor poder de decisión en la elaboración del presupuesto mensual, la selección de la escuela para las hijas e hijos y en la determinación del castigo para ellas y ellos cuando cometen faltas. En cambio, las mujeres, en general, tienen menos poder respecto a la decisión de trabajar y en la selección del tipo de trabajo, bien como sobre el número de hijos. Las esferas predominantemente femeninas identificadas en la organización cotidiana del hogar, y coinciden con las narrativas de las mujeres académicas, son aquellas que se refieren a las decisiones sobre los alimentos, las comidas diarias, el tipo de alimentación y ropa de las y los hijos, el sueldo y las características del personal auxiliar remunerado, el control de la fecundidad.

No obstante, conviene subrayar que, aunque existen espacios diferenciados en donde las mujeres tienen un papel más activo en la toma de decisiones, a veces estas cuestiones se deciden de acuerdo con el marido, como en el caso de la educación de los hijos e hijas, cuando la mujer espera que sea el marido quien los discipline.

¿Tienen estas mujeres académicas un **espacio propio** que se han apropiado para el disfrute? Aunque poseer un espacio propio tiene que ver con las condiciones económicas de la familia en poder tener una infraestructura ampliada, también tiene que ver con el poder, o sea, con la apropiación de una parte del hogar que les posibilite acrecentar sus posibilidades de bienestar, tiene que ver con el lugar

---

<sup>240</sup> Elú de Leñero. *¿Hacia dónde va la mujer mexicana?* Proyecciones a partir de los datos de una encuesta nacional. Instituto Mexicano de Estudios Sociales, México, 1969; Teresita de Barbieri. *Mujeres y vida cotidiana*. F.C.E. e Instituto de Investigaciones Sociales-UNAM, México, 1984; Lourdes Benería y Marta Roldan. *Las encrucijadas de clase y género. Trabajo a domicilio, subcontratación y dinámica de la unidad doméstica en la ciudad de México*. El Colegio de México y F.C.E., México, 1987.

que ocupan estas mujeres en la dinámica familiar, si sus necesidades son prioridades para la familia o otras personas son priorizadas en detrimento de ellas.

**Gardenia:** *“la cocina, la ocupaba todos los días para hacer las comidas. Yo sola me apropié de ese espacio”.*

La cocina es un espacio asignado a las mujeres, no hay apropiación. Aunque puede haber, en este espacio, encuentros, goces y disfrute, es eminentemente un espacio de trabajo, de reproducción de las condiciones para el bienestar de la familia.

**Dalia:** *“a veces mi recámara, sobretodo en las tardes, cuando descanso y trabajo en la computadora. No me he apropiado de este espacio, fue así nomás”.*

**Margarita:** *“el baño, lo uso para leer, pero mi marido también lo ocupa”.*

**Amapola:** *“no tengo un espacio para mí, siempre tengo que compartir con alguien”.*

**Flor de Lotus:** *“la cocina, el estudio que es compartido, es mio por costumbre”.*

**Tulipán:** *“vivo con mi pareja, pero toda la casa es mía. Me apropié por mi participación constante”.*

**Jacaranda:** *“toda la casa es mía. Cada quien dispone en esta casa donde quiere estar y cuanto tiempo quiere estar. Tengo la convicción de que con la edad uno evoluciona hacia la libertad y que la libertad es justamente esa posibilidad de tomar opciones. No lo que se te da, sino lo que tienes a la mano, no lo que quieres, sino lo que puedes. Entonces, la casa es de todos y sin embargo yo la vivo más que todos, porque como se acomoda las cosas son como las acomodo yo, y finalmente todos vienen a mí para preguntarme donde pueden estar. Entonces como yo soy la que sé de los espacios, tampoco puedo ser abusiva, no? Pero tengo muchos espacios en la casa. Me apropié así, pues mira, las paredes son de mi pareja, porque hay mucha consideración, como hay acuerdos, la casa es mía, de veras es mía, de eso no tengo duda”.*

**Bugambilia:** *“vivo sola, pero mi jardín, el estudio y un lugar de gimnasio son espacios muy míos”*

**Hortensia:** *“todos, vivo sola”.*

**Lilis:** *“mi recámara y mi estudio”.*

**Rosa:** *“mi consultorio y mi recámara. La siento mía, bueno es parcialmente mía, porque la comparto, pero siento que es mucho mía por la manera de arreglarla, los muebles los he elegido, la mitad del closet también es mio. No es completamente mía porque es”*

*compartida, pero creo que es mía cuando me siento en este tocador, porque este es una parte muy importante de una mujer”.*

Excepto aquellas que viven solas, las demás comparten los espacios con otros, eso es comprensible pues viven en familia, lo interesante es que pocas tienen conciencia de que los espacios de un hogar pueden ser usados, mismo por momentos, sólo por ellas, como un derecho a usarlo para sí misma ya que pertenece a esta familia, y que esta posibilidad se convierte en condición de bienestar para ella (y no espacios prioritarios que sirven solo para el trabajo, principalmente para los demás, como es la cocina) y que significa apropiación, y desde luego, un signo de empoderamiento. Los contenidos del empoderamiento se constituyen en poderes positivos para las mujeres, como afirmación para la creación de poderes sociales y grupales, y de manera significativa para la construcción de condiciones de salud y bienestar.

Tener un espacio propio, tener propiedades, bienes, recursos personales nos empodera, nos ampara, nos permite tener un piso propio. Marcela Lagarde nombra a estas posesiones como el “itacate de cada una” y explica: “itacate es una palabra que se usa en México para dar nombre a las propiedades básicas de una persona. El itacate es un bultito que las mujeres campesinas llevan en el reboso, y en él acomodan sus tortillas, su pozol, su malacate, su dinero. Llevan comida y provisiones, las cosas fundamentales y básicas para sus viajes, para su vida. Tenemos que definir cuál es nuestro itacate de mujeres modernas, afirmadas y ciudadanas, cuál es el itacate con el que transitaremos por la vida. Además de tener en él un facsímil de los derechos humanos de las mujeres para leerlo de vez en cuando y que no se nos olvide, necesitamos en ese itacate, dinero propio, de uso personal, que no esté en discusión con nadie”<sup>241</sup>.

Necesitamos tener en este itacate un espacio propio, un cajón que nadie abra, momentos propios que nadie interrumpa, tiempos propios que nadie se adueñe, tener bienes y recursos (materiales y simbólicos) que nadie se apropie. Tenemos

---

<sup>241</sup> Marcela Lagarde. *Claves feministas para la negociación en el amor*, op.cit., p. 92.



que construirle límites a nuestros bienes, recursos, tiempos, espacios. En teoría de género, a todo eso se le llama vías de empoderamiento de las mujeres.

Aquella que tiene un espacio propio y/o un rincón favorito, posee un lugar, un espacio en el mundo, material y simbólico; si es favorito es que ahí se encuentra a gusto consigo misma. Aún cuando no buscan la soledad, las mujeres refieren que el goce de ocupar este espacio propio y/o favorito, es el de estar solas: la delicia es la soledad, la tranquilidad en sus diversas expresiones de sensualidad o estados psicofísicos de placer y goce.

Marcela Lagarde aporta una importante clave feminista a respecto: “el rincón favorito implica la experiencia subjetiva en la vida. Es el signo de una importante capacidad de goce personal, de *sintonía* con una misma, de autoestima en el sentido de fortaleza, delimitación individual y disfrute de un *ubis* en el mundo interior: un lugar propio”<sup>242</sup>

No obstante que las mujeres ejercen poderes, lo hacen inferiorizadas por su género, aunque empoderadas por otra adscripción (como pudiera ser por ser académica, por su sabiduría, por su edad frente a los hijos/hijas, por el sueldo, etc.). Con todo, su poder emana de una posición jerárquica menor: el de servir y atender a *los otros*.

Hablar de poderes implica remitirse a la **violencia**, es decir, a los mecanismos del poder que resultan en daños corporales, individuales o sociales. Toda la vida de las mujeres, desde la niñez hasta la vejez, está ensombrecida por la violencia, como amenaza o como realidad. En el caso de las mujeres académicas no es diferente. Veamos porque.

**Gardenia:** *“gritos de mi hija, porque ella pensaba que yo era la culpable de que su papá se fuera. El nos engañó a las dos, él se iba porque estaba fastidiado de la casa, no reconoció que se iba porque*

---

<sup>242</sup> Ibid, p. 99.

tenía otra relación. También he recibido insultos y desvalorización de mi marido cuando nos separamos”.

**Dalia:** “sí, algunos gritos tanto de mi esposo como de mi hijo. He frenado un poco mi avance por mis hijos porque ellos quieren ser atendidos”.

**Margarita:** “he recibido desvalorización de mi marido por mi desempeño sexual y también en mi trabajo. Los impedimentos que he tenido fueran por los embarazos. También he recibido indiferencia de mi marido y de mis hijos”.

**Amapola:** “verbal, gritos, insultos, desvalorización. Me critica mucho mi marido para que haga ejercicio, me critica por la educación de mis hijas. Siento que me impiden avanzar ya que me falta tiempo, siempre estoy pendiente de la casa, de mis hijas. Mi hija mayor también me grita”.

**Flor de Lotus:** “golpes, como tapas uno al otro. Desvalorización sí porque no demuestra lo suficiente respecto a mi capacidad y pienso que no es problema de él, sino de cómo el hombre asume sus cosas. Por ejemplo, él siente necesidad de decirme que hacer en relación a las hijas, y eso se me resulta muy irrespetuoso porque él pasa mucho tiempo fuera de la casa. Gritos también, pero sin ofensa. Indiferencia sí, en el aspecto de escucharme, y esto es de género. Los hombres ven un problema e inmediatamente piensan en una solución. Pero a veces a las mujeres nos gusta platicar el problema, reflexionarlo, verlo, analizarlo, y a lo mejor simplemente queremos comprenderlo, no necesariamente encontrar una solución, porque a lo mejor la solución la sabemos. Y él lo ve como pérdida de tiempo. Siento que él no me escucha”.

**Tulipán:** “creo que no, algo de impedimento”.

**Jacaranda:** “golpes no, violencia verbal, desvalorización jamás, gritos sí, impedimento como profesionista sí. Me cuesta mucho trabajo controlar lo doméstico de manera tal que yo pueda dedicar más tiempo a la lectura por ejemplo. Indiferencia ante mis demandas si la hay, por ejemplo, el hecho de que se tenga costumbres tan diferentes a las mías, y que bueno yo obviamente quisiera cambiar algunas cosas y no se puede cambiar. Entonces si hay demandas insatisfechas, pero son tontas y triviales”. **¿Y cómo responde la familia ante estas demandas?** “Es que hay docilidad tal de mi familia, y eso es lo que me revienta, es que si hubiera oposición, podría haber lucha, pero es “mamá tu has lo que quiera”, o sea la que se exige soy yo. Aquí hay una docilidad... poderes domesticados completamente, se han perdido linderos, las fronteras están muy borrosas... lo único que quieren es que estemos contentos todos. No tengo problemas, si yo quisiera ir todo el día, nadie me diría nada”.

**Alcatraz:** “indiferencia sí, pero creo que es sopa de mi propio chocolate porque me dice mi hija: mi papá está casado con su ..., pues sí, y yo durante muchos años estuve casada con mi carrera, entonces es la indiferencia por estar en su música que es su mundo”.

**Lilis:** *“golpes no, pero si me ha insultado y también he sentido indiferencia por el no haber hecho lo posible para que viviéramos juntos. También he sentido alguna forma de abandono”.*

**Rosa:** *“no, palabras fuertes, gritos sí, pero no ofensivos. En la primera etapa de nuestra instancia en México un poco de desvalorización, pero no me dejé. No hubo ningún impedimento, más bien al contrario”.*

Ninguna de las mujeres académicas dejó de manifestar alguna forma de violencia por la cual han pasado en el ámbito de las relaciones familiares. La expresión más manifiesta fue la desvalorización, la indiferencia y el impedimento para el avance, el desarrollo. Ninguna fue golpeada, pero sí han sufrido gritos e insultos. No siempre los episodios de violencia se expresan como ruptura de la integridad física, sexual o moral de una persona, o adquieren visibilidad a través de lesiones o disfunciones corporales. La violencia se expresa también, como en el caso de estas mujeres académicas, cuando se arremete emocionalmente contra ellas .

La imprecisión de lo que es violencia o las formas de violencia que no dejan rastros físicos, no impide el sufrimiento de las personas implicadas en relaciones en las cuales el amor se tornó sinónimo de permisividad más que de cuidado. Tristeza, inseguridad, sentimientos y pensamientos autodestructivos, disminución de la autoestima, irritabilidad, son algunos de los tantos sentimientos que pasan a ser parte del repertorio emocional de las mujeres inmersas en esta problemática, como se verá en el tema específico de salud-enfermedad.

Las marcas del género participan de la estructuración de las subjetividades femeninas (y también de las masculinas) enseñando a las mujeres a sentir y percibir a ellas mismas y a los demás a partir de la atribución cultural de lo femenino. De esta manera, las mujeres son pensadas y se piensan a sí mismas, como pasivas, receptivas y emocionales. Características subjetivas que parecen persistir y coexistir al lado de otras adquiridas con la modernidad: liberadas, empoderadas. Las diferencias de género que marcan las reacciones frente a las vivencias psíquicamente violentas determinan que las mujeres reaccionen por

medio de la depresión, la tristeza, el desconsuelo, la apatía y la sumisión, más que a través de agresiones infligidas al otro.

El hogar, que se supone un entorno seguro y de acogida, se vuelve un lugar donde las mujeres están más expuestas a la violencia. La violencia doméstica contra la mujer se usa como instrumento de poder para afianzar la autoridad masculina y para sancionar el supuesto no cumplimiento por parte de la mujer de lo que socialmente se le ha encomendado.

En el caso de estas mujeres académicas, aunque algunas trivializen y/o justifiquen la violencia, todas tienen bien identificadas las formas de violencias ejercidas sobre ellas, las tienen en sus recuerdos, presentes en la inconformidad de las relaciones familiares.

Estas mujeres académicas modernas, con elementos de empoderamiento incorporados en sus vidas, afirman tener, en mayor o menor medida, **control sobre sus vidas**. Las cuestiones planteadas se referían en qué espacios tenían control, en qué aspectos, en qué momentos, en qué circunstancias. Todas fueran muy claras en este sentido.

**Gardenia:** *“cuando decidía no tener relaciones sexuales me sentía bien, poderosa”*

**Dalia:** *“si, en mi trabajo”, ¿significa que en el ámbito doméstico no?.*

**Margarita:** *“si en cualquier situación, tanto en la casa como en mi trabajo. No para salir porque a mi marido no le gusta salir”*

**Amapola** es concreta y conciente de su falta de control en el ámbito doméstico, no así en el público: *“mi vida depende mucho de mis hijas, tengo que hacer muchas cosas por ellas y siento que tengo que dar el ejemplo a ellas. Muchas cosas que hago son para mis hijas y mi marido, por eso tener el control totalmente, nunca lo voy a tener. Mi marido decide sobre mi ropa y el color de mi ropa. Tengo control en el trabajo, porque hago lo que me toca hacer”.*

**Flor de Lotus** reconoce que su percepción ha cambiado: *“hace unos años yo te hubiera dicho si, totalmente. Ahora yo entiendo que no. Hay cosas que uno no puede controlar, hay cosas que uno no puede prever. En la medida de lo posible si tengo control sobre mi vida, qué quiero hacer, en términos de seguir progresando, formando, qué*

*quiero estudiar. Para salir dependo de las condiciones y necesidades de mis hijas. Si pensaría en ellas antes de hacer movimientos. No me gusta lo inesperado, las sorpresas”.*

**Hortensia y Bugambilia** que viven solas son categóricas en afirmar: “si tengo control sobre mi vida” y **Tulipán**, aunque no vive sola, también afirma que “*por lo general, si*”.

**Jacaranda, Alcatraz, Orquídea y Rosa** dicen que si, pero finalmente siempre no. Respectivamente es lo que expresaran: “*yo creo que si, pero la situación que no tengo controlada es esta, de que yo misma no puedo asumir con absoluta independencia mis propios... como ellos son tan solidarios conmigo, yo tampoco puedo dejar de ser con ellos*”; “*si, pero siento que respeto a mi salud no, yo hago lo mejor en cuanto a prevención, pero siento que hay impotencia de que en el mero momento puede pasar algo, y ni hablar*”; “*si, pero ahora me he sentido... a partir de que murió mi mamá me he sentido sola*”; “*si, considero que si, pero en la toma de decisiones a veces requiero mucho de él, es decir, yo absolutamente sola no puedo, tengo que contar siempre con el apoyo de alguien. En este momento de mi vida estoy muy a gusto, muy cómoda en saber que puedo hablar con alguien*”.

**Lilis** puntualiza donde carece de control sobre su vida: “*totalmente no, porque me sigue pesando mucho la cuestión familiar... aún cuando no vivo con mi madre, después de la muerte de mi padre, tuve que hacerme cargo de ella, darle dinero, llevarla al médico, la saco a pasear. La cuestión familiar me ha quitado el control sobre mi vida. Y creo que otra cosa es que todavía siento muchos temores, tengo muchos miedos*”

La cuestión del control sobre la vida tiene que ver con lo que hemos planteado a lo largo de este trabajo: la construcción de la mujer como *ser-para-otros*, donde estos otros generalmente (o siempre) son más prioritarios en la vida de la mujer que ellas mismas, situaciones en las cuales ellas depositan sus vidas en los otros y se quedan en lugares secundarios, y aún cuando todos y todas tenemos dependencia hacia los demás, es necesario enfatizar que en el caso de las mujeres esta dependencia es mucho más evidente y recurrente.

Más allá de las situaciones particulares, de las especificidades de cada una de estas mujeres académicas, en aquello que sí tienen o no control, es importante recordar que hay contenidos maleables y efímeros, cambiantes a lo largo de la vida, pero hay contenidos irrenunciables para toda la vida, y uno de esos es la

maternidad, la progenitura, el cuidado de los hijos/hijas y muchas veces también del marido y de la familia mas ampliada. Por estos otros, las mujeres y las académicas, son capaces de renunciar, ceder, sacrificarse, subordinarse, someterse. Las mujeres académicas, como toda mujer, siguen priorizando a *los otros*, el control que puedan tener es atravesado por la presencia de los otros, ellos siempre están presente. Ellas tienen un relativo control sobre sus vidas, en algunos aspectos solamente. Esto implica que no son independientes, no pueden decidir por sí mismas sobre su propia vida, su poderío es reducido.

Como el **ejercicio del poder** es dialéctico, cada mujer al interactuar no sólo es sometida a poderes, sino que también ejerce poderes. Veamos en qué medida ejercen poderes, cuáles son sus poderes, en qué espacios, sobre quiénes, en qué situaciones estas mujeres desarrollan poderes y qué sienten al hacerlo.

Excepto **Hortensia**, quien indica que no ejerce poderes, las demás mujeres académicas señalan tanto el ámbito privado como el público como espacios de ejercicio del poder.

**Dalia:** *“si creo que ejerzo el poder, como coordinadora, como esposa y como madre. Me siento bien al hacerlo”.*

**Margarita:** *“si, sobre mis hijos y en el trabajo. Como que lo estoy haciendo bien, me da gusto”.*

**Amapola:** *“si a veces sobre mis hijas, mis alumnos”.*

**Flor de Lotus:** *“si poder es control, en la vida privada si. Hay áreas donde no tengo poder, por ejemplo, con respecto a mis hijas”.*

**Tulipán:** *“como maestra, también en mi trabajo en el hospital, en mi oficina, con mi pareja y con mi familia”.*

**Jacaranda:** *“si, creo que aquí en mi casa ejerzo el poder en las decisiones que tomo, y en el trabajo, me siento muy a gusto porque los funcionarios que son mis jefes, tampoco me recriminan. Siento responsabilidad al ejercer poder, responsabilidad frente a las decisiones que estoy tomando. Sé que es un riesgo y lo estoy jugando”.*

**Bugambilia:** *“sobre mi hija para ayudarla a decidir cosas”.*

**Alcatraz:** *“con mis pacientes, sobretodo con los medicamentos que manejo, la responsabilidad que me dan, y son medicamentos que pueden a llegar a causar adicciones, que pueden a llegar a causar efectos secundarios fuertes, entonces ahí es un poder que me ceden”.*

*y que yo lo manejo. También, ahorita ya no, pero cuando yo internaba pacientes, les quitaba la libertad, les quitaba el derecho de ver a sus familiares, y que más derecho grave, fuerte puedo hacer yo que quitar tanto de ver a su padre, madre, a su esposa, y además mantener encerrado a alguien. Curiosamente tiene mucha ética, no conozco a ningún compañero que propositivamente quiera hacer mal uso de ese poder. Como que somos médicos, sin menospreciar a ningún otro, con una calidad humana muy especial. Tenemos ese poder clínico de manejar el criterio de saber si esta persona tiene salud mental o no. Quien eres para decidir si está bien o está mal. Esto parte de cómo la persona sufre con su propia cosmovisión. Si su cosmovisión hace sufrir, entonces está mal. Este es el parámetro de nosotros. Lo que siento, pues siento mucho agradecimiento porque la persona confía en mi, y además responsabilidad de no defraudarla y un compromiso social porque cada vez se está dando más los problemas mentales, con más intensidad, desde las adicciones hasta los cuadros depresivos, pero curiosamente los cuadros de locura están estables, no han aumentado. Pero los cuadros de neurosis, de adaptación, están haciendo sufrir diferente. He visto más que a los jóvenes, a los adultos jóvenes, entonces siento que la vida ha sido muy buena conmigo porque bien que mal tuve a una familia que me pudo dar una carrera que yo quise y que además me ha dado satisfacciones porque es muy bonito ver, ya después, a los demás como se adaptan. Me aumenta mi autoestima el usar bien mi poder”.*

**Lilis:** *“tengo el poder sobre mi hijo, pero trato de tener un poder razonable, o sea un poder compartido. Tengo el poder sobre lo que yo quiero trabajar, lo que me gusta hacer. También con los alumnos, a mi gusta en clase ejercer esa coordinación, aún cuando creo que no debo ser castrante”.*

**Rosa:** *“sí, en algunos momentos sí. En las decisiones de mi casa, con mi hija, con mi mamá, en mi clase con mis alumnos. En algunos momentos, con mi hija, siento satisfacción, pero a veces me da más preocupación tenerlo”.*

**Orquídea:** *“sobre mis hermanas, ellas me preguntan, mis hermanos también, mis sobrinos, mis alumnos”.*

La composición política de las mujeres es tan compleja que aún sujetas a opresión patriarcal, ellas también ejercen poderes sobre otros – las mujeres académicas lo dijieran -: los hijos, las hijas, demás miembros de la familia ampliada y hacia sus alumnos y alumnas. Sólo una de las mujeres académicas indica que ejerce poder como esposa (Dalia), es decir, lo hacen en las relaciones más próximas, en la vida cotidiana, ámbito privilegiado de su acción. Lo hacen inferiorizadas por su

género, pero empoderadas por alguna otra adscripción, que en este caso, pudiera ser por su edad, por su rango, por su relación de parentesco, coyungal, intelectual. De esta manera hay mujeres que dominan a hombres y mujeres de menor edad, madres a hijos/hijas, jefas a empleados/as, maestras a educandos/as, por ejemplo. Con todo, su poder, muchas veces, emana de una posición jerárquica menor.

Marcela Lagarde sostiene que “sólo en los ámbitos en que las mujeres son satisfactoras de necesidades y deseos vitales de las personas y en la vida cotidiana, pueden controlar, dirigir, enjuiciar, castigar e incluso maltratar e infligir daños a otros. En ninguna otra esfera, ni en las instituciones y espacios públicos, las mujeres ocupan posiciones de rango y jerarquía superior a los hombres y cuando de manera excepcional así sucede, tienen menor poder que los hombres aunque tengan mayor rango. Por esto como género aún con vastos poderes domésticos, las mujeres están siempre sujetas al dominio privado doméstico y al dominio público, de los hombres”<sup>243</sup>.

Exactamente sobre este planteamiento las mujeres académicas hablarán sobre los **puestos de dirección** que ocupan y/o ocuparan en la institución, y las cuestiones que se les plantearon fueron: ¿qué puestos asumieron? ¿cómo se sintieran al asumirlos?, cómo, quién y por qué se les asignó estos puestos?, ¿cuáles fueron los requisitos? ¿qué grado de decisión tienen?

Sólo una de ellas, **Bugambilia**, estuvo en la jefatura de una carrera: *“ocupé varios puestos, entre ellos, la jefatura de la carrera. Fui elegida por el director de la institución y el requisito fundamental era que trabajaras”. ¿Tuviste problemas en el desempeño de esta función? Los problemas que tuve fueron dentro de la propia profesión, dentro de tu gremio, el problema es la crítica. Es un problema muy serio, y no se dan cuenta que cuando tu llegas no estás haciendo las cosas por ti, sino por ellos y que tu función es coordinar esfuerzos y servir a la gente y no servirte de ellos. Consideran que por ser... (nombra su profesión) tienen el derecho*

---

<sup>243</sup> Marcela Lagarde. *Género y feminismo*, op.cit., p. 77.



de... algunos hasta acosan sexualmente a las alumnas, es muy frecuente eso. Otros que las compañeras tienen que servir. Con los compañeros de las otras carreras mejor no te metes, que cosa horrible. Como... ( nombra la carrera de su adscripción) es una profesión de mujeres, consideran que somos tontas, que por ser ... somos incultas, cama caliente, que no sabemos nada, no sabemos investigar, no hacemos nada. Además hay mucha envidia, y también problemas con el jefe de la carrera de medicina. Cuando asumí el puesto sentí mucho miedo por la responsabilidad que asumí, angustia. Cuando dejé el puesto pensé: me vencí a mi misma, mis complejos, mis limitaciones, saqué adelante mi carrera, crecí mucho con eso”.

**Jacaranda** también ha tenido varios puestos: “jefe de programa, coordinación, jefe de departamento, jefe de área. Fui elegida porque asumo con muchísima pasión todo lo que hago y todo lo que vivo. Soy una mujer muy intensa, disfruto mucho estar viva, entonces creo que esto da cierta seguridad a los que están cerca”. **¿Cuáles eran tus preocupaciones en el desempeño de estos puestos?** Sentía preocupación por el ordenamiento de otras cosas, porque me interesaba mucho darles la oportunidad a mis hijos para que también pudieran desarrollar otras actividades por la tarde. Entonces se me complicaba mucho la vida, tuvimos que estar haciendo muchos malabares para que esas cosas se pudieran hacer independientemente de los cargos que ocupáramos”. **¿Algún problema con tu pareja?** No tuve problemas con mi pareja, él tuvo problemas, yo no”.

**Rosa, Lilis y Flor de Lotus** estuvieron en coordinación de área. La segunda comenta que: “una amiga quedó como jefa de carrera y ella me pidió que le ayudara para sacar adelante la jefatura”, y la tercera dice: “no me gustó, no tenía espacio para mi desarrollo, para la creatividad. Me gusta más investigar y enseñar”.

**Orquídea**, estuvo al frente de un programa y fue elegida por sus compañeros. **Dalia y Margarita** estuvieron en la coordinación de diplomados; la primera afirma que fue designada porque “no sabían a quién colocar. No sé de los requisitos. Me sentí bien. Sí tengo problemas con mi esposo porque me toma mucho tiempo”, y la segunda indica que el requisito fue por “amistad con la jefa, ella me eligió por ser yo responsable”.

**Gardenia** fungió como “Técnico Secretario y Coordinador de Módulo” y la circunstancia fue que “mi amiga era secretaria técnica, yo aprendí el puesto y cuando hubo una vacante, yo asumí. El requisito era que pudiera estar en el horario completo de la tarde. Me gustaba, tenía yo poder”, y **Hortensia, Amapola, Tulipán y Alcatraz** afirman que “no” han asumido, hasta el momento, ningún puesto de dirección.

Los puestos de dirección ocupados por estas mujeres académicas, ¿corresponden a qué lugar en la jerarquía institucional? La Jefatura de una carrera corresponde a uno de los mandos medios y los demás puestos están jerárquicamente más abajo. De acuerdo a los planteamientos que hemos sostenido, desde la perspectiva de género feminista, esto se debe al status relativamente bajo, con pocas posibilidades de promoción para las mujeres. Este hecho se denomina el *techo de cristal*, concepto que caracteriza los límites o barreras implícitos que impiden que las mujeres asciendan a nivel laboral.

En la FES-Zaragoza, el director, los secretarios, los jefes de división son todos hombres; las mujeres académicas están en jefaturas de carrera (enfermería, psicología y odontología; la jefatura de la carrera de medicina, desde sus inicios hasta el momento de la realización de esta investigación, ha sido ocupada sólo por hombres) y en coordinación de área o sub-áreas. Aunque estas mujeres académicas tienen diplomados, especialidades, maestrías e incluso doctorado, no llegan a ocupar los puestos jerárquicamente más altos, estos se los dan a los hombres, aún cuando ellos no tienen el nivel académico de ellas. Por más esfuerzos, más trabajo y más aportes que realicen, las mujeres quedan por debajo de los hombres en la jerarquía institucional, y subordinadas a ellos.

Lo curioso además, es observar como estas mujeres académicas, las que llegaron a ocupar algún puesto de dirección-decisión, narran sobre los requisitos para el acceso a dichos puestos. Ellas mismas se descalifican: *“no sabían a quien colocar”*, *“era amiga de la jefa”*, ellas no se autovaloran por sus currícula, por sus conocimientos. Otros casos nos remiten a una de las mayores demandas sociales hacia las mujeres: *“que trabajara”*, *“tenía que estar todo el período de la tarde”*, *“por mi pasión... soy muy intensa”*, *“soy muy responsable”*. Estas mujeres se sienten orgullosas de trabajar tanto, de hacer tanto, de dar tanto. No ven que esta sobrecarga de trabajo (porque al asumir estos puestos no dejan de cumplir con sus actividades docentes y de investigación) pueden desencadenar problemáticas de dolencias, malestares e incluso enfermedades.

En relación al ámbito de las decisiones que toman ocupando estos puestos, podemos decir que siempre están subordinadas al jefe superior, no son libres de decidir por sí mismas. El poder centralizado, característico de la institución, demanda a estas mujeres un alto grado de subordinación, dependencia y obediencia.

### **El trabajo público en la adultez**

La **categoría laboral** inicial de las mujeres académicas en la institución son las siguientes: 7 de ellas empezaron en la institución como “Ayudante de Profesor”, 5 de ellas como “Profesor de Asignatura” y una como “Técnico Académico”. Actualmente la categoría laboral en la que se encuentran ubicadas se distribuye de la siguiente forma: 2 mujeres académicas tienen la categoría de “Profesor Titular Tiempo Completo A”, 5 de “Profesor de Tiempo Completo Asociado C”, 4 de “Profesor de Asignatura B”, y 2 la categoría de “Profesor de Asignatura A”.

Estas categorías laborales y nombramientos se encuentran en lenguaje masculino, significando con este hecho la ausencia simbólica de las mujeres en la universidad, y en la FES-Zaragoza.

La **antigüedad laboral** de estas mujeres como académicas en la institución se ubica entre 9 años - la que menos tiempo tiene - y las demás se encuentran entre los 15 y 26 años. Algunas de ellas han alcanzado categorías más elevadas, pero otras aunque tienen mucho tiempo laborando en la institución no han podido ascender en términos laborales y han permanecido como Profesoras de Asignaturas. Este tema estará más desarrollado cuando, más adelante, se hable sobre sus aspiraciones para ascender en la institución.

¿Cuál es el **destino del ingreso** que perciben las mujeres académicas? Lo económico es determinante en el proceso de empoderamiento de las mujeres, en

el proceso de hacerse cargo de sí mismas, en utilizar los recursos económicos para sí mismas, para construir satisfactores de salud para su vida.

**Orquídea:** *“para mi, para viajar y para apoyar a mis sobrinos”.*

**Rosa:** *“una parte para mi persona, para mi carro y otra parte para mi casa. Para la salud recibo consultas y medicamentos del ISSSTE, tampoco para entretenimiento porque mi maridito le gusta quedar encerradito en casa los fines de semana”.*

**Lilis:** *“a mi familia, a mi hijo, a mi misma, a mi casa. Lo que sea necesario para la salud y la prevención, porque mi salud para mi es fundamental”.*

**Alcatraz:** *“una parte a mi investigación y otra parte para mi hija, otra parte para diversión y para la salud, un 10 o 15% a nivel preventivo”.*

**Hortensia:** *“una parte para mi, para la casa, otra hago un guardadito”.*

**Bugambilia:** *“parte a mi y parte a mi familia y también estoy guardando para mi vejez”.*

**Jacaranda:** *“fundamentalmente a las necesidades de la familia como tal y a mis propias necesidades. No tengo ninguna limitación”.*

**Tulipán:** *“fundamentalmente para mi”.*

**Flor de Lotus:** *“parte ahorro, parte para la casa, gastos de colegiatura de mis hijas, ropas para ellas y para mi, para la comida y para el entretenimiento, como el cine, teatro, renta de películas”.*

**Amapola:** *“básicamente para el pago de la señora que me ayuda en la casa, para el gasto del hogar, colegiaturas de mis hijas, algo de entretenimiento, para la salud no porque trabajo en el Seguro Social y ahí tengo atención”.*

**Margarita:** *“a lo mio, gasto en entretenimiento, en mis cosas, en la comida y con mis hijos”.*

**Dalia:** *“para mi y para mis hijos”.*

**Gardenia:** *“para mi casa: 1000 pesos a la semana para la comida, de médico no me preocupo porque tengo gastos médicos. De ropa, cada 6 meses cambiamos algo de ropa. Entretenimiento gastamos 400 pesos de multivisión, viajamos dos veces al año. También ayudo a mis hermanas y a parte de mi hija tengo dos perritos y un perico, entonces necesitan alimentos especiales, vacunas, sus atenciones”*

Es satisfactorio constatar que todas las mujeres académicas destinan parte de sus ingresos a ellas mismas, sea para gastos personales, sea para entretenimiento, sea para el mantenimiento de su salud, esto indica que se han apropiado de aquello que les corresponde por derecho, aún cuando todas contribuyen para “la casa”, para “los hijos e hijas”, para los gastos domésticos. Esto también indica

que los hombres, sus parejas, no son los únicos proveedores, ellas disponen de sus ingresos para la manutención del mundo doméstico, y eso sin duda les atribuye poder, aunque les resta recursos para ellas mismas.

Esta situación que indica la dificultad creciente de los hombres para garantizar una renta familiar adecuada, ha llevado a algunas autoras a proponer el concepto de “transición de género”, en la cual las mujeres no solamente “ayudan” como también empiezan a ser responsabilizadas y a considerarse responsables por la provisión del hogar. Esta actualización ideológica de los géneros, en la figura de la “nueva mujer independiente” que controla su fecundidad, trabaja a nivel público y tiene su propio dinero, permite el ocultamiento de la profundización de la doble jornada, de la explotación y de la forma en que estas estrategias contribuyen para la reproducción de la desigualdad a nivel del género y de la clase social<sup>244, 245</sup>,

Derivada de las anteriores narrativas, se les hizo, a las mujeres académicas, el planteamiento acerca de sus **aspiraciones** de ascensos, a nivel institucional, a otras categorías, asignaturas, carreras o incluso a puestos de dirección. Ocho de ellas indican que aspiran a una categoría laboral de mayor rango; cuatro señalan no interesarse por ningún cambio categorial (una se va jubilar, dos trabajan además en otras instituciones y una de ellas simplemente no tiene interés en ascender), y otra le gustaría más bien cambiar de dependencia. Ninguna de ellas manifiesta el interés por asumir puestos de dirección, desean ascender laboralmente por ganar más, no por el poder.

Históricamente las mujeres no han sido sujetas de poder, este ejercicio las asusta, las orilla, porque tampoco existe un modelo de ejercicio del poder público construido por las mujeres, para las mujeres; la única forma de ejercer el poder a nivel público es masculina.

---

<sup>244</sup> K. Giffin. Esfera de reprodução em uma visão masculina: Considerações sobre a articulação da produção e da reprodução, de classe e de gênero. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, n° 4, 1994, pp. 26. Rio de Janeiro.

<sup>245</sup> R. Simões Barbosa. Mulheres, reprodução e AIDS: As tramas da ideologia na atenção à saúde das gestantes HIV-positivas. *Tese de Doutorado*. Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro 2001.

La cuestión que se siguió en la narrativa con las mujeres académicas fue plantearles qué habían hecho o hacían para **lograr el ascenso laboral** al cual aspiraban. Una de ellas dice no haber hecho nada; otra señala no haber hecho mucho; y las demás han desarrollado una maestría (dos), se han inscrito al doctorado (dos); una ha cursado el doctorado; han trabajado mucho, hecho de todo (tres de ellas) pero, para dos de ellas el hecho de ser enfermeras les han impedido ascender y para otra más los requisitos son difíciles de alcanzar.

Se evidencia el empeño de la mayoría de estas mujeres académicas en desarrollarse para lograr sus objetivos, aún cuando también perciben los impedimentos, las limitaciones en las cuales se encuentran. Además en la institución no ha habido, en los últimos años, posibilidades reales para ascenso laboral para quienes quieren ascender de Profesora de Asignatura a otra categoría de mayor rango, por ejemplo a Profesora Asociada; pero también para quienes ya tienen esta última categoría y desean lograr la categoría de Profesora Titular, los requisitos son, como dijo una de las académicas, *“muy difíciles de alcanzar”*. La exigencia sobre los diferentes rubros a cubrir es muy alta, sobretodo para mujeres que tienen además de sus actividades docentes, las de investigar, las de extensión a la cultura (publicación de artículos, servicios a la comunidad), la de esposa, madre, las del hogar, etc. Esto significa que estas mujeres tienen mayores dificultades para el logro de un ascenso laboral.

Se puede verificar tal aseveración en las palabras de las propias mujeres académicas, las cuales desarrollan un sin fin de **actividades** en la institución: prioritariamente la docencia, tanto a nivel de pregrado y posgrado, como en diplomados; investigación; actividades de coordinación; apoyo académico a la carrera; apoyo a la carrera en la elaboración y actualización de planes de estudio, cartas descriptivas u otros menesteres; asesoría a tesis; trabajo comunitario; y a una de ellas le remiten, en la institución, pacientes para recibir terapias.

Las **horas** dedicadas a esta multiplicidad heterogénea de actividades es de un promedio de 7 a 8 horas diarias, aunque algunas académicas, las de Asignatura, dedican menor tiempo (5 a 6 horas) a las actividades académicas en la institución, y algunas de ellas tienen otro trabajo, en el período de la tarde, a nivel hospitalar.

¿En qué condiciones estas mujeres académicas desarrollan sus actividades? Pues, las **condiciones de los espacios de trabajo** no son las más adecuadas para la mayoría de ellas, principalmente en lo que se refiere a los espacios físicos, las aulas y los cubículos.

**Jacaranda:** *“espantosas, mas deplorables no podían ser. Me deprime horriblemente mi escuela, me parece que se adolece de una conciencia sobre lo estético, la importancia de establecer apoyos al ambiente para ser más agradable”.*

**Hortensia:** *“muy tensas, además es un lugar encerrado, oscuro, sin ventilación que me da claustrofobia”.*

**Flor de Lotus:** *“malas, para todos en general son malas, porque no hay espacios, no hay cubículos”.*

**Alcatraz:** *“con carencias, mi cubículo no tiene ventana, no tengo computadora, no nos dan nada, pero por otra parte me permiten trabajar en lo que yo decida, eso lo compensa muchísimo”.*

**Lilis:** *“considero que soy privilegiada, tengo un cubículo, un espacio físico, computadora. Lo que no me gusta es no tener ventilación y tener que trabajar mucho con luz artificial”.*

**Tulipán:** *“pobres, deterioradas”.*

**Rosa:** *“regulares, las aulas están muy deficientes y eso nos limita mucho en la práctica diaria”.*

Para **Gardenia**, **Bugambilia** y **Dalia** son *“buenas porque tengo una computadora y un cubículo para trabajar”*, y para **Margarita** son sencillamente *“buenas”*.

Las buenas o malas condiciones de los espacios de trabajo son determinantes en el desarrollo de la salud o de la enfermedad, porque en estos espacios se pasan muchas horas diarias, la percepción de los espacios y el sentirse mal en ellos, conlleva seguramente problemas tanto del orden físico como psíquico para estas mujeres académicas.

Complementariamente a este tema, el que se siguió fue el de saber si las mujeres académicas cuentan o no con **espacios y horas para descanso**, para el reposo entre actividades, o para cuando sienten algún malestar y necesitan un lugar de reposición de energías. De las 13 mujeres académicas, 12 dijieran que “no” (y una indica que cuando necesita, descansa en su coche) y sólo una de ellas refiere su cubículo como uno de esos espacios.

Como parte de la visibilización de los procesos vividos en el ámbito público laboral, las mujeres académicas hablan de los **accidentes** que han sufrido en los espacios institucionales.

**Bugambilia** dice que *“si, mordida de perro con rabia. La atención médica fue por mi cuenta”*.

**Tulipán** también: *“si, me mordió un perro. Recibí atención médica, no hubo complicaciones”*.

**Margarita**: *“si, una vez me caí de la silla por no tener goma en las patas. Fui sola a recibir atención médica”*.

**Rosa, Lilis, Alcatraz, Hortensia, Amapola, Orquídea, Jacaranda, Tulipán, Dalia y Gardenia** “no” pasaron por ningún accidente.

En el contexto del cuerpo y del poder, estas mujeres académicas narran las formas, las situaciones y de quienes sufrieran algún tipo de **violencia**. Algunas de ellas además comentan la reacción frente a la violencia.

**Orquídea**: *“psicológica si, de un varón”. ¿Hiciste algo a respeto? “Lo comenté con una compañera y ella lo comentó con él, entonces el todavía me regañó por haberlo comentado”*.

**Rosa**: *“ofensas si, hostigamiento sexual lo tuve cuando recién ingresé aquí en la escuela, de un maestro que condicionaba mi entrada a partir de la seducción. Si habido impedimento de algunas personas, celos profesionales, de mujeres sobretodo que han tenido poder. Desvalorización también he tenido”*.

**Lilis**: *“insultos, gritos por parte de compañeros. Desvalorización si, creo que eso es algo inherente a la profesión, mucha gente menosprecia enfermería,, creo que ese es un problema social que tenemos”*.

**Alcatraz**: *“siento que lo que he recibido ha sido de tipo no personales, sino producto de las mismas necesidades difíciles de todos, por ejemplo, una vez en el estacionamiento, un chofer que*



*estaba invadiendo todo el carril de pasar para estacionarse, le estoy diciendo: cierre su puerta y el me dice no, pase, pase, y entonces yo paso porque si el ya midió que si yo paso, pero tumbé mi espejo lateral y me bajé y le digo: ¿no me dijo que pasaba? Y el ¿pues que no le midió? Es que Uds. las mujeres no saben manejar bien. Me fui con el jefe de vigilancia y si habló con el, no me pagaron el espejo, pero si se disculpó. Otra situación fue que cuando regresé del año que pedí por la lactancia, todos los muebles del cubículo de dar consulta, del servicio de psicología médica, ya los habían bajados, yo ahí tenía mis libros, y se hicieron perdidos, nadie los encontró. Perdí mis libros y no se disculparon ni nada. Además este año que perdí por la lactancia, sin ingreso económico, no lo toman como antigüedad”.*

**Hortensia:** *“verbal si, también indiferencia, desvalorización, hostigamiento moral, de hombres fundamentalmente”. **¿Cómo reaccionaste?** “Peleé por mis derechos, pero me causó muchos problemas de salud física y mental”.*

**Bugambilia:** *“indistintamente de hombres y mujeres. Cuando estuve de jefa de carrera y no nada más de algunos profesores, sino de otros jefes de carrera, en el consejo universitario. Claro que hay mucho de parte de los hombres”.*

**Jacaranda:** *“moral, profesional por la incapacidad intelectual de las autoridades para valorar tu trabajo” **¿Cuál fue tu reacción?** “Me hice más necia”.*

**Tulipán:** *“si, gritos, insultos, desvalorización, impedimento para mi avance”.*

**Flor de Lotus:** *“he recibido desvalorización de los compañeros, comentarios despectivos. Impedimentos si los hay, pero son generales, no de género”.*

**Amapola:** *“he recibido indiferencia, omisión y gritos, de compañeros y compañeras”.*

**Margarita:** *“si, gritos, desvalorización de otras maestras y una vez sentí que me espiaban en el baño”.*

**Gardenia:** *“no, bueno sí, gritoneado y frenado mi promoción en un concurso de oposición. Recibí malos tratos del director y del secretario general, pero finalmente me dieron mi definitividad. **¿Cuál fue tu reacción?** “Les contesté igual”.*

**Dalia,** es la única que dice “no” ha pasado por ningún tipo de violencia.

La violencia de género es cualquier acto que involucre fuerza o coerción con una intención de perpetuar y/o promover relaciones jerárquicas de género, y en este sentido son distintas las expresiones de la violencia, pueden ir, y de hecho van, desde la agresión física hasta las formas más sutiles, como la descalificación, la

indiferencia, la desvalorización, pero el denominador común en todas estas maneras de ejercer la violencia es que sintetizan un hecho político que recalca las diferencias jerárquicas entre los géneros y simboliza el sometimiento de la mujer al poder político del hombre.

Es notable el uso y la importancia de la palabra, la voz, las amenazas, humillaciones y agresiones verbales para someter a las mujeres a través de la desvalorización, y así permitir la doblez de las mujeres. La fuerza de ellos, los hombres, y la debilidad de ellas, las mujeres, no provienen de sus cuerpos, sino del lugar que ocupan en la sociedad, de la posición política de fuerza que por su género tienen en la sociedad.

Aún cuando las mujeres académicas señalan que el uso de la violencia hacia ellas vino también de otras mujeres, la mayoría indica que fueron hombres los que ejercieran este poder. Las mujeres se enfrentan cotidianamente, también en el ámbito público laboral, a diferentes niveles de constructores de condiciones de malestar, y cotidianamente necesitan de recursos, habilidades, capacidades para contrarrestar este tránsito hacia la dolencia y/o a la enfermedad, lo que finalmente significa la reproducción de su subordinación.

Como parte del desarrollo académico se incluyó en la entrevista el tema del **apoyo institucional** que han o no recibido, así como la **participación** de ellas en asuntos de **planeación, desarrollo y evaluación institucional**. Diez de las mujeres académicas indican que no han recibido ningún tipo de apoyo institucional para su desarrollo académico; dos manifiestan que “algo”, “limitado”; y una comenta que “sí” lo recibió en forma de una beca para cursar el doctorado. Para el segundo tema, doce de las mujeres académicas señalan no participar ni en la planeación, tampoco en el desarrollo y la evaluación institucional, sólo una de ellas refiere esta participación.

Aún cuando estos son temas que se pudieran analizar desde otros órdenes, es evidente como tienen a las mujeres orilladas en la institución: ni les proporcionan apoyo (becas, liberación de los grupos u otros facilitadores) para que puedan cursar el posgrado, especialidades o diplomados, fuentes de crecimiento personal para las mujeres, como tampoco ellas hacen parte de los grupos institucionales en cuestión de la planeación, desarrollo y evaluación, áreas claves para el diseño de proyectos, programas y formas democráticas de desarrollo profesional para el beneficio de la colectividad institucional. Esto implica que sus voces no están presente en estos temas y áreas de decisión, y también significa que el desconocimiento de las mujeres académicas por parte de la institución (ausencia real y simbólica) es una forma de violencia hacia ellas.

Frente a la problemática relatada por las propias mujeres académicas, arribamos a una cuestión que pretendía resumir el sentir de estas mujeres en relación a sus actividades académicas. Se les pidió que hablasen sobre el **grado de satisfacción y/o insatisfacción** en el trabajo público, institucional.

**Orquídea:** *“me gusta mucho trabajar con los alumnos, es lo mejor”.*

**Rosa:** *“ahora que estoy en estas actividades del... estoy más satisfecha porque nos han dado un lugar y siento respeto, los apoyos han sido limitados pero han existido, y en la docencia también me siento satisfecha”.*

**Alcatraz:** *“es difícil, es medio de doble mensaje, muy dividido. No hay ningún apoyo en cuanto a aspectos materiales, espacios. En aspectos de difusión y organización avanzas muy lentamente. No te avisan, no te dan nada. Pero estoy trabajando en lo que me gusta, he elegido esta área de investigación y en este sentido me dejan trabajar”.*

**Bugambilia:** *“estoy insatisfecha por una cuestión: me he preparado tanto, creo que mi nivel de formación rebasa en mucho el común denominador.. sé que me queda poco tiempo desde el punto de vista laboral, y yo quisiera que me aprovecharan para hacer lo mejor posible para mi carrera”.*

**Jacaranda:** *“en términos de lo que realizo es total la satisfacción, disfruto mucho de la docencia”.*

**Tulipán:** *“como maestra, junto a los alumnos, si es satisfactorio. Es insatisfactorio porque es una zona catastrófica, el cuerpo docente es*

*mediocre, no hay planeación, no hay colaboración, los procedimientos son irracionales”.*

**Flor de Lotus:** *“me gusta mucho lo que hago, lo que no me gusta son las condiciones de trabajo. Es paradójico”.*

**Amapola, Margarita, Dalia y Gardenia** aseguran: *“estoy satisfecha”*; aunque sus cubículos de trabajo son estrechos, compartidos, con múltiples cajas amontonadas, materiales encimados, poca iluminación y ventilación. Muchas veces y muchas mujeres nos contentamos con muy poco, nos hemos acostumbrado y aceptado poco, ha sido toda una pedagogía y un aprendizaje, la internalización de que valemos menos por lo tanto merecemos menos.

**Lilis** no indica claramente a lo que se refiere cuando dice: *“por el poco tiempo que tengo en la institución, ha sido muy bueno, creo que me tocó una época de la institución muy buena”*, pero anteriormente (en el tema sobre las condiciones de los espacios) ha relatado su insatisfacción por las carencias del local de trabajo.

Estas mujeres académicas pudieran identificar y separar entre lo que sí y lo que no es satisfactorio en el trabajo institucional. Está claro para ellas que su desempeño personal en lo que es de su competencia, lo hacen bien y por eso se sienten satisfechas, pero no con las condiciones que la institución ofrece para el desarrollo de las actividades académicas, aún cuando también algunas de ellas, se contentan con que la institución las deje trabajar, desarrollar lo que quieren, y eso, para ellas, ya es ganancia.

Todas las mujeres académicas sabemos que la FES-Zaragoza es un plantel de la UNAM, pero que las condiciones bajo las cuales una y otra instancia se desenvuelve es radicalmente diferente. Las condiciones de infraestructura (aulas, cubículos, baños, incluso la cafetería) son deplorables, sucias, no corresponden a los más mínimos requerimientos de sanidad; la poca y muchas veces nula disponibilidad de materiales de apoyo a la docencia también es notoria; la falta de productos nutritivos, higiénicos, para el consumo del personal que asiste a la cafetería es otra de las carencias evidentes en la institución. Otro hecho a

destacar es que aun cuando la composición de la comunidad zaragozana es mayormente femenina, el número de baños para los hombres excede al número de baños para mujeres.

**Hortensia**, por otro lado, no tiene duda en afirmar: *“siento un grado muy alto de insatisfacción”*, y seguramente mucho tiene que ver con los problemas recientes por los cuales ha pasado en la institución, véase en el tema de violencia.

### **El trabajo privado (doméstico) en la adultez**

Pasamos a un tema en que las mujeres han sido históricamente especializadas, es su ámbito particular de acción. El trabajo privado, doméstico, denominado como invisible en el desarrollo económico de la sociedad, corresponde a la transformación de los insumos en productos destinados al consumo privado y además por hacer parte de las tareas de reproducción simbólica de los seres humanos.

Las mujeres académicas hablan de las **actividades** que desarrollan en este ámbito y el número de **horas** al día que destinan a la realización de este trabajo, así como el **número de personas** que se atiende y si cuentan o no con **auxilio** (remunerado o no) para este trabajo.

**Gardenia:** *“2 horas diarias, lavo, plancho, preparo el desayuno y lo tomo en compañía de mis perritos. Lo hago para mi hija y para mi, y nunca he tenido auxilio, de nadie”.*

**Dalia:** *“entre semana unas 2 horas y en el fin de semana muchas. Yo hago la mitad del trabajo y mi marido y mis hijos la otra parte. La preparación de los alimentos hacemos entre mi esposo y yo. Él prepara el desayuno, yo la comida y a veces él ayuda, y la cena también entre los dos. Se atiende a 4 personas y la mayor carga la tengo yo”.*

**Margarita:** *“1 hora diaria, lavo la ropa, los alimentos los prepara mi mamá, yo preparo solo un día a la semana, sea sábado o domingo, y comemos todos juntos. Se atiende a 5 personas y la mayor carga de trabajo la tiene mi mamá”.*

**Amapola:** “3 horas al día, preparo el desayuno y la cena y arreglo mi habitación. El desayuno tomo con mi marido, yo le sirvo a él. La cena tomamos todos juntos y sirvo a todos. Somos 6 personas y cuento con auxilio diario de personal remunerado”.

**Flor de Lotus:** “de 5 a 6 horas, preparo el desayuno, la comida, colocar la ropa en la lavadora, recoger cosas, acomodar cosas, llevar a mis hijas a la escuela, hacer trámites, recoger ropa de la tintorería, ir al super, terminar de cocinar, sacar la ropa de la lavadora, tenderla. Lo hago a ratos, no de manera continua. A noche, mientras estudio, pongo frijoles a cocinar. Reconozco que soy la que más hace, mis hijas son un huracán, van dejando destrucción, a veces hacen cositas. Cuento con auxilio remunerado dos veces a la semana”.

**Tulipán:** “hago todas pero solo los fines de semana. Los alimentos prepara mi pareja, a veces hacemos juntas”.

**Jacaranda:** “Somos en cuatro personas, las actividades en la preparación de las comidas, el mandado, la ropa, lo hacemos entre todos, pero yo soy la que comanda. Yo preparo el desayuno y la comida y cada quien come cuando tiene ganas y se sirve, pero desde luego que yo tengo la mayor responsabilidad y carga. Hay una persona que nos auxilia tres veces a la semana”.

**Bugambilia:** “cocinar, lavar y planchar mi ropa, trapear. Preparo mis tres alimentos del día, lo hago solo para mí. Lo hago a fuerza, sino no sobrevives. Dedico una hora y media a estas actividades”.

**Hortensia:** “lavar trastes, lavar la ropa, arreglar la casa, hacer la comida. Dedico pocas horas, vivo sola. Cuento con una persona cada 15 días para ayudar”.

**Alcatraz:** “unas 2 horas, de todo hago, somos solo mi hija y yo, no tengo auxilio de nadie”.

**Lilis:** “fundamentalmente la preparación de los alimentos y estar pendiente de mi hijo, unas 5-6 horas. Somos 3 personas y cuento con el auxilio de una familiar, es remunerada”.

**Rosa:** “de 3-4 horas diarias y los fines de semana más, pero más que nada me dedico a la jardinería que me gusta y además ubicar las cosas, ordenarlas, porque contamos con el auxilio de personal remunerado de lunes a viernes”.

**Orquídea:** “actividades todas, nomás los fines de semana. Yo preparo los alimentos y a veces mi hermana o me invitan a comer. Vivo sola”

Con su cuerpo, las mujeres académicas, crean las condiciones necesarias para el sostenimiento y desarrollo del ciclo vital de los demás integrantes de la familia; garantizan el bienestar de la familia; proveen además de alimentación, los cuidados afectivos, intelectuales, sexuales y eróticos (aún cuando no lo explicitaran) a quienes conforman su núcleo familiar; reproducen normas, juicios,

ideas, creencias, valores y sentimientos, o sea, las formas de explicarse el mundo y propia vida, reproduciendo los roles de género; cotidianamente son las responsables de la reposición de la fuerza laboral<sup>246</sup>.

Mabel Burin<sup>247</sup> plantea que el rasgo característico de la vida cotidiana es la “sedimentación de un conjunto de actividades y actitudes que, bajo la forma de rutinas y de hábitos, se mantienen constantes por un período prolongado de tiempo. Sólo se toma conciencia de la vida cotidiana cuando hay una ruptura de la misma, cuando la continuidad se interrumpe. La vida cotidiana es aquella suma de rutinas siempre presentes, pero que, por conocidas y esperables, nunca son registradas ni cuestionadas”. Desde esta lógica, entonces, parecería que la vida cotidiana corresponde al ámbito de lo “natural”.

Las mujeres cotidianamente experimentan vivencias y realizan acciones que no se interrogan, tampoco se cuestionan. Sólo lo hacen cuando se proponen un análisis crítico de su vida cotidiana. Por lo regular, los fenómenos que constituyen la vida cotidiana no son examinados, hasta que surge una enfermedad, un malestar o un dolor psíquico.

Se les preguntó si habían tenido algún **accidente** en el ámbito hogareño. Solamente dos de las académicas consideran haber pasado por este percance, las demás afirman que los sucesos ocurridos no fueron importantes o que no los consideran como accidentes.

**Gardenia:** *“una vez me caí de la escalera, y si recibí atención médica”.*

**Bugambilia:** *“una fisura en el brazo por el trabajo en el jardín”.*

**Hortensia, Dalia, Margarita, Amapola, Alcatraz, Orquídea, Rosa,**

**Lilis y Tulipán:** *“no”.*

**Flor de Lotus y Jacaranda:** *“cosas chiquitas”, “nada importante”.*

---

<sup>246</sup> Marcela Lagarde. *Los cautiverios de las mujeres*, op.cit., p. 119.

<sup>247</sup> Mabel Burin. *Estudios sobre la subjetividad femenina*, op.cit., p. 235.

El trabajo de madre y esposa, amamantar, comprar y preparar los alimentos, separar y elegir la ropa para lavar, tender, planchar y guardar, barrer, trapear, sacudir, lavar trastes, hacer compras, cuidar material y simbólicamente de los otros propicia en el aparato psíquico de las mujeres, cierto tipo de experiencias relacionadas con lo que se denomina “expectativas y obligaciones difusas”<sup>248</sup>. Las actividades femeninas en el hogar involucran contacto y preocupación continua con las necesidades de los otros, es decir, requieren conexión y dependencia con *los otros*, más que separación y autonomía.

Como parte de las actividades que, por lo general, corresponden a las mujeres realizar están las de reproducción social, los bautismos, las despedidas de solteras, las bodas, las fiestas de cumpleaños, la fiesta patria, las fiestas de fin de año, la acostada, la levantada del niño, etc. Eventos que buscan reunir la familia, las amistades. Las mujeres organizan estos espacios de encuentros, planean, invitan, diseñan los menus, hacen las compras, y también preparan lo que va ser servido o se encargan de encomendar, traer, disponer en la mesa, en los platos los tamales, el mole, la rosca de reyes, el pan de muerto, el champurrado, el atole, o platillos más modernos, más sofisticados, de acuerdo a sus recursos económicos y a su núcleo cultural.

En el caso de las mujeres académicas, sólo algunas de ellas se dedican a este tipo de actividades. Ellas son: **Dalia**: *“si organizo reuniones familiares, los bautismos de mis hijos, cumpleaños, las fiestas patrias. Soy la que se encarga de organizar, invitar, decidir qué ofrecer, todo”*; **Margarita**: *“si organizo reuniones familiares, los bautismos de mis hijos”*; **Gardenia**: *“si organizamos las fiestas, entre mi hija y mi ex marido”*; **Flor de Lotus**: *“si, los cumpleaños, la navidad, año nuevo, cocino para estas fechas”*; **Bugambilia**: *“cuando se presenta, pero no con particular alegría”*; **Rosa**: *“me hice cargo del funeral de mi cuñada, de las actividades de mi hija, sus fiestas, cumpleaños de mi suegra”*; las demás mujeres

---

<sup>248</sup> Mabel Burin . *Estudios sobre la subjetividad femenina*, op.cit., p. 241.



académicas no señalaran su participación en la realización de este tipo de actividad.

Tanto el trabajo de mantenimiento como el de reproducción de la vida familiar está caracterizado por su continuidad repetitiva y rutinaria, y no supone especificidades, sino que la mujer se hace cargo de toda la casa. Según Nancy Chodorow<sup>249</sup>, aún cuando los hombres y mujeres se entrecruzan unas con otros en sus respectivas esferas de acción sus roles permanecen diferentes. Dentro de la familia, ser padre y marido es diferente de ser esposa y madre; en tanto la primera responsabilidad del padre es darles suministros económicos a su familia, su contribución emocional rara vez es considerada de igual importancia. Los trabajos de los hombres en el hogar, salvo en contadas ocasiones, están definidos en términos estereotipados según el género. Cuando los hombres realizan tareas consideradas femeninas, como hacer compras, lavar platos, acostar a los hijos e hijas, esta actividad está a menudo organizada y delegada por la esposa-madre, que suele conservar la responsabilidad residual.

En las narrativas de las mujeres es importante reconocer que ha habido rupturas en el patrón de asignación de las mujeres como únicas responsables del trabajo doméstico, aunque también se reconoce que las transformaciones han sido escasas y no muy sustantivas. Sigue siendo mayormente de las mujeres la responsabilidad por las actividades domésticas, porque no hay un patrón claro que permita afirmar que el marido y/o las hijas e hijos se responsabilicen del desempeño sistemático en algún rubro específico del trabajo doméstico.

Según Teresita De Barbieri<sup>250</sup> cuando la mujer desempeña actividades remuneradas, es posible esperar algunos cambios en cuanto al trabajo doméstico

---

<sup>249</sup> Nancy Chodorow (1978), citada en: Mabel Burin. *Estudios sobre la subjetividad femenina*, op.cit., p. 242.

<sup>250</sup> Teresita De Barbieri. *Mujeres y vida cotidiana*. Fondo de Cultura Económica e Instituto de Investigaciones Sociales de la UNAM, México, 1984.

y de acuerdo a Martha Judith Sánchez Gómez<sup>251</sup> estos cambios se traducen en más apoyo de los integrantes de la familia, pero sobretodo de las hijas mayores de 11 años. La participación masculina en las actividades domésticas casi siempre asume la forma de “ayuda” o “colaboración”, con carácter esporádico, además cuando se cuenta con la presencia de personal remunerado para atender a estas actividades/necesidades, los hombres tienden a alejarse más aún de las responsabilidades de la casa.

Buscamos interrogar a las mujeres académicas sobre dos inquietudes respecto al trabajo doméstico, en aquellas actividades cotidianas que todas ellas, en mayor o menor medida, desarrollan para el cuidado del hogar, del marido, de las hijas e hijos, para el bienestar de la familia. Estas inquietud las expresamos así: ¿Qué pasa si **no quiere realizar las actividades domésticas**? A lo que ellas contestaran:

**Gardenia, Tulipán, Bugambilia, Jacaranda, Orquídea dicen que:**  
*“no pasa nada, si no quiero no las hago”.*

**Dalia:** *“queda todo sucio”.*

**Margarita:** *“lo hace mi mamá”.*

**Rosa y Amapola** asumen que: *“tendría que asumir mi marido (y mis hijas)”.*

**Flor de Lotus y Lilis**, respectivamente, reconocen que la mayor exigencia es de ellas mismas: *“no pasa nada, se juntan. As veces quien mas me presiona soy yo misma. Yo tengo tan metido a que tengo que cumplir con mis obligaciones... ya podía dejar de hacer varias cosas, y sigo haciendo, es por costumbre”; “yo soy muy compulsiva, yo misma me exijo hacer las cosas”;* y de manera similar **Alcatraz** contesta: *“posiblemente se me junta y va ser más trabajo”.*

Y ¿en el **caso de una enfermedad quién se haría cargo** de las actividades domésticas?

**Gardenia:** *“nadie”.*

**Dalia:** *“mi marido”.*

**Margarita:** *“mi mamá”*

---

<sup>251</sup> Martha Judith Sánchez Gómez. Consideraciones teórico-metodológicas en el estudio del trabajo doméstico en México, en: Orlandina de Oliveira (coord.). *Trabajo, poder y sexualidad*. Programa Interdisciplinario de Estudios de la Mujer, El Colegio de México, 1989, pp. 59-79.

**Amapola:** *“no sé, quizás mis hijas, más que mi marido”.*

**Flor de Lotus:** *“si está mi esposo, el hace de comer, trae la comida o mis hijas se preparan algo. Nunca me he enfermado así tanto como para necesitar que alguien lo haga por mí. Estoy acostumbrada a no darme demasiada importancia. Desde niña soy quien me cuida. Mismo con migraña sigo haciendo las actividades de la casa, no todas, pero si algunas”.*

**Tulipán:** *“mi pareja”.*

**Jacaranda:** *“chispas, eso es lo malo, soy muy sana, hasta el momento no ha habido forma de enterarme que pasaría, pero no tengo dudas, lo hacen”.*

**Bugambilia:** *“me ayuda mi hija o me ayuda una compañera que es mi vecina”.*

**Hortensia:** *“no sé, en una ocasión me quedé en la casa de una amiga y otra vez una vecina y amistades me llevaran la comida”.*

**Alcatraz:** *“nadie, estoy solita totalmente. Tengo excelentes vecinas, yo sé que me ayudarían. Me llevo muy bien con la familia del papá de mi hija, me quieren mucho. El tiene dos hermanas y tengo este apoyo moral con ellas. Si alguien tuviera que hacerse cargo de mi hija, yo la dejaría con las hermanas de su papá, y a mis vecinas les encargaría mi casa. En un momento dado, a una hermana del conserje le pediría que limpiara” (me faltó preguntar: ¿quién se haría cargo de ti?).*

**Lilis:** *“esta familiar que vive conmigo y nos ayuda, ella me ayuda mucho”.*

**Rosa:** *“hasta ahorita no me enfermado”.*

**Orquídea:** *“mi hermana*

Estas mujeres académicas indican, en su generalidad, contar con alguien de la familia para la realización de las actividades domésticas en el caso de que no quieran realizarlas o en el caso de una enfermedad, aunque algunas lo plantean como posibilidad no con seguridad, y otras no pueden contar nadie. Excepto Hortensia y Alcatraz refieren a vecinas como posibles colaboradoras, y así casi todas las académicas se refieren a otras mujeres para hacerse cargo de las actividades domésticas en caso de apoyo y colaboración. Sería importante pensar en la construcción de un colectivo de mujeres, como fuente de apoyo en los momentos necesarios, como lo puede ser en caso de problemas de enfermedad y/o malestares.

Es común para los otros, pero también para las propias mujeres, pensar que solamente frente a una condición de enfermedad grave podrían dejar de cumplir con sus actividades domésticas. Como no son *para-sí*, no se ven figuradas en actividades de goce cuando las actividades domésticas están a su espera para ser realizadas. Sólo cuando terminan con todas sus tareas es que las mujeres se dan el lujo de hacer cosas para sí mismas, mientras no. Y se lo hacen lo más probable es que sientan culpables.

En relación a las **características del hogar** y las **características técnicas** del hogar, nueve de las mujeres académicas viven en casas y 4 de ellas en departamentos, todas indican que sus residencias cuentan con todas las facilidades para la manutención en lo que respeta a los materiales y formas de construcción. Asimismo afirman contar con todos los aparatos electrodomésticos necesarios para la consecución de las actividades domésticas, aunque no sean todos los que existen en el mercado, pero sí los que les son necesarios.

Es indiscutible que a más recursos, menores dificultades en la realización de estas actividades. El tiempo requerido es menor, las fuerzas y las energías invertidas son menores, el desgaste por lo tanto también es menor, no tienen que restar esfuerzo y tiempo de otras actividades (las públicas, de recreación).

Estas mujeres académicas, después de trabajar a nivel público, desarrollar múltiples actividades domésticas, ¿qué tiempo invierten para el **descanso**, para reponer sus energías vitales?

**Gardenia, Amapola, Jacaranda y Lilis** descansan 8 horas por la noche; **Bugambilia, Hortensia, Flor de Lotus y Orquídea** descansan entre 6-7 horas por la noche; **Margarita**: *“solo de noche, pero ya menos porque tengo que acostarme más tarde para atender a mis hijos cuando llegan”*; **Rosa**: *“Unas 6 horas y media por noche, yo soy la última en dormirme, pues tengo que estudiar, preparar alguna cosa, mi ropa, y lo hago cuando están ya dormidos, porque*

*siempre están me solicitando algo*"; sólo **Dalia y Alcatraz** descansan 8 horas por la noche y unas 2 horas más durante el día; y **Tulipán** *"las que quiera"*.

Se puede afirmar que estas mujeres académicas duermen lo suficiente para sus requerimientos, aunque una de ellas (Flor de Lotus) ha dicho que requeriría descansar más tiempo para la reposición de las fuerzas.

La realización de **actividades placenteras**, a nivel del hogar, es constitutiva del proceso salud-enfermedad, ¿qué actividades desarrollan las mujeres académicas que les proporciona placer, disfrute?

**Dalia:** *"me encanta limpiar la casa"*.

**Amapola:** *"platicar y ver películas con mis hijas cuando se puede"*.

**Flor de Lotus:** *"leer, escuchar música, cocinar un platillo especial para agasajar a la familia. A mi esposo le gusta estar con mucha gente, y a mi as veces me gusta estar sola con mi familia, compartiendo y disfrutando. Me gusta hacer yoga, me gusta dormir mi siesta, pero ya no lo hago. También me gusta platicar con mis hijas, ver juntas una película. Estas actividades las hago as veces sola, as veces acompañada, he aprendido a disfrutar cuando puedo. Cuando mis hijas salen, mismo estando sola, no puedo disfrutar por la preocupación por ellas"*.

**Tulipán:** *"acostarme, ver la tele, escuchar música, leer sola. Cuando yo quiero"*.

**Jacaranda:** *"ejercicio diario, hablar con las amigas, ir al cine, librería, museos, centro de la ciudad. Lo hago con frecuencia"*.

**Bugambilia:** *"trabajar en el jardín, estar en el estudio, jugar play station, y lo puedo hacer regularmente"*.

**Hortensia:** *"escuchar música diariamente, trabajar concentradamente en los asuntos no domésticos cuando no estoy muy cansada"*.

**Alcatraz:** *"los libros, la TV muy poco, hago vitrales. Siempre que puedo"*.

**Lilis:** *"oír música, ver la tele, leer, lo hago principalmente los fines de semana"*.

**Orquídea:** *"escuchar música, ver la televisión, películas, jugar con mis sobrinos. Cuando puedo"*

Excepto por Dalia, las demás académicas se satisfacen con actividades lúdicas, artísticas, culturales, recreativas, de ejercicio, de jardinería, todas relajantes y lo

hacen cuando pueden, cuando es posible. Lo hacen con sentido de responsabilidad, con madurez. Porque como afirma Savater, reflexionar éticamente consiste en decidir mediante razones lo que en cada momento es preferible hacer<sup>252</sup>. Como se verá en el tema específico de la salud-enfermedad, estas mujeres colocan como satisfactores de salud, estas mismas situaciones. Hacer y crear las condiciones, los momentos para sentirse bien, el sosiego, el acompañamiento es fundamental para ubicarse hacia la salud. Liberar sensaciones de placer es condición para alcanzar bienestar.

Desde la visión ética feminista la persona alcanza su dimensión moral en la medida en que desarrolla su autonomía. Graciela Hierro muy asertivamente plantea que la “ética del placer sigue el interés personal, es decir obedece a las necesidades, los deseos, los intereses y las inclinaciones de las mujeres tal como ellas mismas los expresan y los llevan a cabo. Es una ética de libertad y madurez, porque significa para ellas la posibilidad de alcanzar el derecho al placer, al deseo y a la expansión del erotismo, perdida en los avatares de las manzanas y las prohibiciones, lo que sucede en las culturas donde a las mujeres tradicionalmente se les reprime el goce... Se alcanza la libertad una vez que se han recorrido caminos de la vida que nos lleven a alcanzar una cierta medida de autonomía que sólo es posible para las mujeres cuando se apoderan de su propio cuerpo”<sup>253</sup>.

Para emprender el camino para el pleno uso de los placeres - condición necesaria para acceder a la madurez – se requiere el “uso de la racionalidad, entendida como el ejercicio de la prudencia, que permite ajustar la conducta a la circunstancia concreta, para alcanzar la bondad del goce unida a la consideración del interés social”<sup>254</sup>.

---

<sup>252</sup> Savater (1995) citado en: Graciela Hierro. La ética del placer, en: Graciela Hierro (comp.) *Filosofía de la educación y género*. Facultad de Filosofía y Letras-UNAM, Editorial Torres Asociados, México 1997, p. 179.

<sup>253</sup> Graciela Hierro. La ética del placer, op.cit., p. 179.

<sup>254</sup> Ibid, p. 180.

En seguimiento a esta reflexión interrogamos a las mujeres académicas sobre el **grado de satisfacción y/o insatisfacción** respecto al trabajo doméstico. Se piensa que las mujeres, como fuimos asignadas para *ser-para-otros*, nos encanta servir a los demás, atenderlos, y en el ámbito doméstico más que nada. Que todo lo que corresponde al hogar, nos corresponde hacerlo, y paradójicamente, no como obligación sino con gusto, con amor, cariño, y que en eso encontramos mucha satisfacción.

**Jacaranda:** *“en términos generales lo disfruto porque no es un trabajo doméstico en la soledad, para que unos parásitos vengan y me chupen la sangre, no, es un trabajo muy productivo, de relación, de vínculos, de afectos, de encuentros, de pláticas sustanciosas, de risa, de armonía, de ver a mis hijos también fuertes y sanos”.*

**Lilis:** *“no me gusta mucho, pero lo hago porque lo tengo que hacer, pero también es una forma de sacar mucha angustia, de descargar energía”.*

**Alcatraz:** *“estoy insatisfecha en lo rutinario, en que nunca se acaba, en que es muy mal agradecido, es lo que menos me gusta de la vida”.*

**Flor de Lotus y Rosa:** *“cuando es a la fuerza nunca me gusta”; a mi me gusta mucho hacerlo, disfruto mucho, pero no todos los días”.*

**Tulipán:** *“no me gusta, pero hago y no me causa trastornos. Sé que tengo que hacer y lo hago”.*

**Bugambilia, Orquídea y Hortensia:** *“no me gusta hacerlo”.*

**Gardenia, Dalia, Margarita y Amapola:** *“sí me gusta”, “estoy satisfecha”, “estoy contenta”, “estoy satisfecha con lo poco que hago”.*

Se encuentran narrativas muy diversas, pero hay un hilo que atraviesa a la mayoría: lo tienen que hacer, no todas explicitan sus razones, pero queda claro que es un trabajo que les corresponde asumir, aunque no les guste hacerlo. No indagamos sobre esta asignación, algunas lo hacen a disgusto, otras lo asumen con resignación, otras más encuentran el gusto, y pocas hacen muy poco y por eso no encuentran problemas.

Estas académicas tienen una experiencia previa con el trabajo doméstico, desde la niñez vienen desarrollando labores en la casa de su madre y padre para todos; estas actividades están integradas en su vida, en su identidad, no hay mucho que

cuestionar, lo hace desde el mandato social y cuando no lo hacen no es por cuestionar a este mandato, o interrogar sobre la asignación genérica, simplemente porque pueden pagar a alguien para hacerlo o porque cuentan con alguien de la familia que lo hace. El peso de la especialización doméstica se expresa en la subjetividad femenina, en la priorización del mundo privado sobre el laboral cuando es preciso y posible elegir. Cuando no es posible optar, sino continuar con ambos trabajos, cada mujer se debate en tensiones subjetivas y prácticas para extender el tiempo.

La doble jornada (que puede llegar a ser triple y hasta múltiple) son un sobreuso del tiempo y fundamentan formas de explotación sofisticada sobre las mujeres. “Explotación que se realiza no sólo en el ámbito público, sino en la articulación privado-público. Dos ámbitos separados por instituciones específicas, lenguajes, códigos y hasta espacios distantes unos de otros, que en cada mujer están presentes siempre en demanda del cumplimiento de responsabilidades y deberes. El conflicto social que opone lo privado a lo público y para cuyo enfrentamiento hay múltiples mediaciones, le ocurre de manera permanente a cada mujer, sin mediaciones, y además coaccionada por la ideología patriarcal sobre la naturaleza y capacidad de aguantar más y más carga”<sup>255</sup>.

Mientras mayor es la carga de las actividades domésticas la doble jornada adquiere una mayor densidad y exige un mayor esfuerzo de las mujeres. En cambio cuando las mujeres cuentan con auxilio para sus actividades domésticas, se destraban múltiples contratiempos de la vida cotidiana y las mujeres pueden aligerar la carga interna del hogar, aunque muchas veces aumentan sus esfuerzos públicos. De todas formas cuando las mujeres cuentan con servicios auxiliares, adquieren nuevas responsabilidades y nuevos compromisos, y de esta forma no liberan tiempo para sí mismas, para el descanso, el ocio, el disfrute o para el cuidado de sí mismas.

---

<sup>255</sup> Macela Lagarde. *Género y feminismo*, op.cit., p. 168.



Las mujeres hoy día trabajamos más. No se ha eliminado la jornada doméstica, no se han modificado muchas formas de realizar las actividades domésticas, no se ha desmontado la organización genérica y etaria del trabajo público y privado, y aunque trabajen las mujeres académicas en actividades valoradas, satisfactorias y trascendentes para su vida y para la sociedad, ocupan posiciones secundarias y/o están sujetas a inequidades y a una doble competencia: con otras mujeres y con hombres previamente jerarquizados.

No obstante, el trabajo por su contenido social, su dimensión creativa y de aprendizaje, por las relaciones que permite y el desarrollo personal que genera, es una fuente de autoidentidad de las contemporáneas y de valoración propia y social.

En la actualidad, el trabajo define la identidad de las mujeres modernas: porque sí trabajan, porque trabajan en lo que les satisface, porque ganan bien, poco o mal o desigual, porque viven problemas de competencia por el techo de cristal, porque han mejorado debido al salario, han aumentado su consumo, toman vacaciones, pueden atender más sus problemas de salud-enfermedad, tienen seguros médicos, tienen experiencias políticas y conciencia de tener derechos.

### **La subjetividad en la adultez**

La subjetividad es una “construcción interactiva e intersubjetiva entre el sujeto y *los otros*, entre el sujeto y el mundo. Y eso significa que aun cuando mujeres y hombres compartan dimensiones culturales lo hacen desde su subcultura genérica y por ende su percepción del mundo y sus experiencias vitales tienen una particular significación de género”<sup>256</sup>.

Esta perspectiva es fundamental para analizar la subjetividad de las mujeres tanto en su dimensión intelectual como afectiva. La subjetividad se concreta en lo que

---

<sup>256</sup> Marcela Lagarde. *Género y feminismo*, op.cit., p. 45.

hacen las mujeres como seres en el mundo, las formas de comportamiento, cómo piensan, qué y en quién piensan, cuáles son sus preocupaciones, sus anhelos, sus emociones, sus afectos, en qué y en quién está centrada su afectividad. La subjetividad está poblada de lenguajes, de imaginario, fantasías y sueños: es memoria y olvido, nostalgia y utopía.

Desde este posicionamiento se preguntó a las académicas sobre los marcadores que identificaban como entrada a la adultez, y ellos se refieren fundamentalmente a dos ámbitos: el laboral y el biológico.

**Orquídea, Margarita, Alcatraz, Flor de Lotus y Tulipán respectivamente afirman:** *“cuando tuve muchas responsabilidades por trabajar”; el trabajo en el hospital”; “mis primeros internamientos psiquiátricos”; “trabajar y ganar dinero”; “cuando empiezo a hacerme cargo de todos mis gastos e incluso cuando puedo ofrecer apoyo moral, físico a cualquier persona que me lo requiera”.*

**Jacaranda, Bugambilia y Dalia:** *“el primer parto”; “cuando tuve mi hija”; “cuando tuve mi primer hijo”.*

**Amapola:** *“cuando pasé de los 40 años”.*

**Gardenia:** *“cuando me casé”.*

**Rosa:** *“que me canso más que antes”.*

**Lilis** reúne los dos ámbitos- el biológico y el laboral -: *“primero ser madre, eso implicó un cambio, también trabajar, tener que ir a un trabajo, ser responsable de eso, y el ser ya una proveedora de mi hogar y no esperar que alguien me diera”.*

**Hortensia:** *“me costó mucho trabajo aceptar, esto fue todo un reto”.*

Estas narrativas vienen a confirmar lo que se ha venido planteando a lo largo de este estudio: las mujeres son *cuerpo-para-otros*, se ubican predominantemente en el cuerpo sexuado: la procreación y el trabajo para los demás, para sostener a otros, ayudar y apoyar a otros; y es interesante observar como sólo una de ellas ubica la entrada a la adultez, a partir de la edad, las demás hablan de hitos vitales del cuerpo sexuado: parto, nacimiento del hijo/hija, matrimonio, hitos con contenidos sociales definitorios del género femenino: procreación y el matrimonio como condición para la procreación; y el trabajo, y aunque sea público y se perciba un ingreso, es para *los otros*, como lo manifiesta Tulipán: *“cuando puedo ofrecer apoyo moral, físico a cualquier persona que me lo requiera”.*

Sin embargo, el salir afuera, tener un lugar social valorizado, remunerado, se constituye hecho decisivo en la subjetividad femenina, tanto que simboliza un marcador en sus vidas. Porque al mismo tiempo rompe con uno de los rasgos característicos de la ideología patriarcal que conforman la subjetividad femenina – el espacio femenino es adentro por el encierro de las mujeres en la reproducción. Las mujeres académicas de este estudio salen al ámbito público, primero a estudiar y después a trabajar, aún cuando no dejan de reproducir sus actividades en el ámbito privado. Son mujeres modernas, y la modernidad ha significado cambios profundos en la feminidad y en la vida cotidiana de las mujeres, independientemente de que eso las beneficie o las perjudique.

La aceptación de las mujeres en el mundo privilegiado del trabajo, los saberes y los poderes han sido algunos de los cambios más trastocadores de las sociedades modernas. A fines del siglo XX, tras siglo y medio de enormes esfuerzos, luchas y conflictos, las mujeres han ido abriendo la modernidad y la han ido ampliando. En ese sentido, señala Marcela Lagarde, “las mujeres contemporáneas que han sido beneficiadas por la modernidad son híbridas, y no se corresponden con el estereotipo tradicional de la condición patriarcal de la mujer. Sintetizan también los procesos de deconstrucción patriarcal que ha encarnado la modernidad. Cada mujer contiene en su condición de género aspectos y dimensiones patriarcales y aspectos que ya no lo son, cada una sintetiza de manera desigual la realización del estereotipo patriarcal y la realización del estereotipo moderno, en parte patriarcal, en parte su alternativa. Las mujeres de la era moderna son *sincréticas*, híbridas. Cada una antagoniza la concreción de dos proyectos diferentes de ser mujer”<sup>257</sup>

Estas mujeres académicas, docentes, investigadoras, que publican y se autorizan a dar conferencias, cursos para un auditorio incluso masculino, se perciben afortunadas, amigables, responsables, autónomas, capaces, luchadoras, fuertes,

---

<sup>257</sup> Marcela Lagarde. *Género y feminismo*, op.cit., p. 154.

llenas de vigor, realizadas, a lo que traducimos como “empoderadas”. Pero analicemos más detalladamente cuál es la **percepción que tienen de sí mismas**.

**Orquídea:** *“soy una mujer afortunada”*

**Rosa:** *“mi autoestima está buena, me siento muy capaz, he salido adelante en los problemas que he tenido con mi marido, con mi suegra. He podido ver las cosas con claridad... he ganado respeto”.*

**Lilis:** *“sigo siendo una mujer triste, compulsiva, muy responsable, me considero una mujer enojona, pero de buenos sentimientos, trabajadora”.*

**Alcatraz:** *“me percibo como una persona con una vida muy diferente a los demás, a la mayoría, muy obediente con su mamá (su mamá antes de morir le pide “que estudie”), pero que me dio eso muchas satisfacciones y una autonomía económica y personal que no cambio. No sé si sea egoísmo, no sé si sea individualismo, y que a lo mejor no sea muy bueno, pero no cambio porque me permite hacer lo que me gusta y eso siento yo me da cosas para hacer feliz a los demás, sino anduviera yo de malas, yo creo. Entonces eso me da tranquilidad y agradecimiento con la vida que me sienta con el compromiso de devolver algo a la vida. Eso me hace ser buena médica y buena mamá. No tanto como hermana, no creo que sea yo buena hermana. Siento, que a lo mejor, mis hermanos esperaban más de la hermana y no lo tuvieron. A lo mejor no fui muy buena hija tampoco, porque fui una hija muy contestona con mi padre, muy rebelde. Dentro de lo que el me marcaba, pues no nos llevábamos bien. No me sentí una buena hija con mi papá ni buena hermana con mis hermanos, pero trato de, cuando ellos se acercan, y me piden alguna ayuda, dársela, lo mejor que yo pueda. Con mi vida personal, me gusta lo que he logrado cosechar. Estoy en un trabajo que elegí, elegí estar en Zaragoza, me gusta dar clases, me encanta mis alumnos, entonces me siento una persona realizada, contenta. No buena hija, no buena hermana, muy buena amiga. Siento que a lo mejor soy más mejor amiga de mis hermanos que hermana. A lo mejor ese es el lado que ellos tendrían que ubicarme, como amiga. Pero sí tengo muchos defectos, en el sentido de que soy muy obsesiva y eso hace que me olvide mucho de otras cosas, por la meta que me he propuesto. Lo bueno que tengo es que siempre termino lo que me propongo, pero lo que me impide es que no abarco mucho, entonces a veces olvidaré amigos, hermanos. Trato de hacer las cosas lo mejor que puedo. Otra cosa es que a lo mejor soy un poco perfeccionista, y eso hace que a lo mejor sea una difícil pareja, sea una difícil mamá, pero trato de bajar un poco la exigencia. Tengo que estar en constante autocrítica, sino se me olvida”.*

**Bugambilia:** *“de una luchadora”.*

**Hortensia:** *“amigable, pero bastante reservada”.*

**Jacaranda:** *“igual que me percibía a los 15 años, llena de fuerza, de vigor, de ganas de estar viva, de seguir aquí”.*

**Tulipán:** *“una persona feliz, apoyo a otros, tengo poder de decisión”.*

**Flor de Lotus:** *“soy muy rígida cuando las cosas no salen como yo quiero, inmediatamente empiezo a culpar al mundo. Yo creo que soy una persona fuerte. He conocido gente que me valora, me respeta. He tenido suerte y el reconocimiento de mis compañeros. Me gustaría tener una mejor relación con mis hijas, pero eso es porque a veces yo siento que yo les he dado tanto. Todo lo que soy afuera: fuerte, segura, asertiva, lo pierdo con ellas. Me hablan feo y siento que se me derrumba mi mundo. Eso es algo que tengo que reflexionar mucho porque ahorita mucho de mi visión está construida alrededor de ellas, y estuvo bien mientras estaban chiquitas y me necesitaban, pero cada vez me necesitan menos, entonces yo misma tengo que re-estructurarme y empezar a pensar más en mí”.*

**Amapola:** *“me siento realizada como profesionista, como madre, como esposa y como hija”.*

**Margarita:** *me veo y me siento bien, soy una persona buena y organizada”.*

**Dalia:** *“me siento una persona realizada”.*

**Gardenia:** *“me veo bien, pienso que todavía puedo hacer más cosas en el trabajo”.*

Aún cuando se sienten bien y se ven bien, estas mujeres también no dejan de puntualizar sus limitaciones: puedo hacer más, tengo que pensar más en mí, soy rígida, reservada, enojona, triste, compulsiva, tengo que ser más autocrítica, tengo que re-estructurarme. Se cobran, son muy exigentes con ellas mismas y por más que hacen siguen insatisfechas. Se percibe una desorientación, no saben bien qué pasa, por qué pasa, qué pueden hacer. La baja autoestima parcial o abarcadora es generalizada pues viven, como género, formas concretas de desvalorización, discriminación, indiferencia, formas diversas de violencia, exceso de trabajo, no cuentan con todo el apoyo requerido.

Con esta auto-percepción, ¿cuál es el agrado o desagrado que tienen de la **imagen de sí mismas**? Allí veremos las contradicciones, no en todas hay una correspondencia del tema anterior a este.

**Orquídea:** *“Mi autoestima está baja, me siento gorda y no puedo dejar de comer”.*

**Rosa:** *“Me gusta, pero siento que ya se me está arrugando mucho la piel”.*

**Lilis:** *“Creo que todavía no soy suficientemente buena”.*

**Alcatraz:** *“Me agrada, me caigo bien, aunque si siento que a veces también podría yo misma darme mayor estima, podría yo darme menos exigencias, pero trato de no maltratarme tanto, trato de apapacharme en lo que yo pueda. Siento que me castigo mucho, por ejemplo, como mujer, porque otra pareja no he vuelto a buscar. Está el papá de mi hija, pero yo se que no es compañero con quien compartir las buenas y las malas. Yo no me he detenido en buscar, en rehacer mi vida. Siento que como mujer esto es castigarme. Pero también puse en la balanza la mujer y la mamá y elegí a la mamá. Y bueno, con el papá de mi hija tuve 15 años como pareja muy buenos, espléndidos, y ya con eso estoy tranquila, ni modo, ceder esto y dedicarme a la mamá. Los hombres quieren su tiempo, quieren ser atendidos, ser apapachados y tendría yo que olvidarme del trabajo o olvidarme mucho de la hija para atender a la pareja. Entonces si siento que me estoy maltratando como mujer, bueno vivo de los recuerdos, no me va tan mal...”.*

**Jacaranda:** *“Estoy absolutamente convencida de que soy lo que quiero ser y me gusta como soy. Quisiera otras cosas, pero tampoco hago nada para cambiarlo, entonces no hay problema”.*

**Flor de Lotus:** *“Me gusta ser lo suficiente fuerte como para ser generosa, cuidar, darles y creo que tengo mucho que dar. A veces hay cosas que me desagrada, por ejemplo, la facilidad con que permito que alguien me lastime. Yo dependo mucho de cómo me ven. As veces me desagrada porque siento que soy como un perrito hambriento de amor. Yo soy una gente muy cálida, necesito tener gente, tener relaciones, querer y que me quieran. Yo lo siento como una debilidad”.*

**Hortensia, Bugambilia, Amapola, Margarita, Dalia y Gardenia:** *“me agrada” y Tulipán:* *“me agrada, pero no siempre”.*

En esta parte, de igual manera las mujeres “se agradan, pero...”. La baja autoestima de las mujeres (aún entre quienes la experimentan sólida o a la alza) se debe “a la posición política de segundo género, al segundo plano *per se*, a la violencia de género, a la falta, socavamiento o pérdida de derechos fundamentales, a la pobreza de género, a la sobrecarga de vida y al doble esfuerzo para casi todo enmarcado como arte de la condición *sobremoderna* de la mayoría, a la falta o pérdida genérica de oportunidades, a los obstáculos patriarcales para el desarrollo propio o colectivo, al constante roce social misógino y antifeminista que exige acciones defensivas, demostrativas o asertivas de

género. Las tensiones constantes de género y las injusticias parecerían increíbles”<sup>258</sup>.

Hay quienes aseguran que la problemática de las mujeres es individual y que se debe a inhabilidades o equívocos o incluso a discapacidades y patologías como la histeria, la neurosis, depresión y alguna que otra paranoia. No obstante, cuando las mujeres actúan con entereza y asertividad, los éxitos de algunas son usados como prueba de que si todas quisiéramos, todas podríamos. En estas ideologías contemporáneas (tendencias *light*) se considera que los obstáculos están en la mente de las mujeres y que la superación de ellos es cuestión de voluntad y de autoafirmación subjetiva, y que están mucho más allá de las condiciones sociales de vida. Los textos conformados por estas ideologías llenan las librerías, los puestos de revistas (tienen hasta una sección especializada), sin embargo aunque las mujeres se echen todas estas lecturas, sigan todas las recetas, sus problemas permanecen, pues se elude el análisis de las causas concretas de los problemas de autoestima.

Esta tendencia difundida por la mercadotecnia es idealista, conservadora y profundamente patriarcal. Forma parte de los “estímulos ideológicos al individualismo y al voluntarismo psicologista”, afirma Marcela Lagarde. Su objetivo es sólo cambiar hábitos, imágenes, formas de hacer algunas cosas, actitudes y comportamientos para adaptar a las mujeres al sentido conservador de la modernidad: ocuparse de sí mismas para tener éxito de acuerdo con los valores hegemónicos y para sentirse dichosas con ese sentido de realización personal.

Mas allá de las personalidades, emerge en la mayoría de las mujeres un sustrato compartido de baja autoestima en que prevalecen formas de convivencia, socialización y cultura sexista y mecanismos contradictorios y complejos para la elevación de la autoestima.

---

<sup>258</sup> Marcela Lagarde. *Claves feministas para la autoestima de las mujeres*, op.cit., p. 188.

Frente a la inconformidad manifiesta de las mujeres académicas, se les interrogó sobre los **cambios** que harían para sentirse mejor, tener una autoestima más alta. Sus narrativas vienen a confirmar lo dicho anteriormente: sus preocupaciones se refieren al ámbito personal, al mundo de lo físico y de lo estético.

**Rosa:** *“yo estaría dispuesta a primero cuidar mi salud, es decir creo que debo ir más a las consultas, al cuidado de mi piel, de mi circulación sanguínea”.*

**Lilis:** *“mejorar mi carácter, ser más tolerante y aceptar que no puedo ser muy buena en todo, que tengo errores pero que también tengo virtudes. No he cambiado, ha sido difícil, lo traigo desde niña. Además, creo que reproduzco mucho el carácter de mi mamá”.*

**Hortensia:** *“he hecho muchos cambios, porque antes me criticaba mucho a mi misma”.*

**Bugambilia:** *“dejar de fumar”.*

**Tulipán:** *“mi estatura”.*

**Flor de Lotus:** *“trato de cambiar, por ejemplo, con mis hijas, trato de ser menos demandante con ellas”.*

**Amapola:** *“hacer ejercicio para perder peso, y no hago porque trabajo mucho y no me dedico a mí. No me he dado tiempo para mí”.*

**Margarita:** *“bajar de peso y quitarme las arrugas”.*

**Gardenia y Dalia:** *“ninguno”*

Todos los cambios planteados se refieren a una acción individual sobre ellas mismas, fundamentalmente sobre lo estético (bajar de peso, quitarse las arrugas, cuidar la piel) y algunas sobre lo psíquico (ser más tolerante, ser menos autocrítica), no incluyen acciones sociales, de género u otro orden. Asocian la baja autoestima como una deficiencia subjetiva de capacidades, de inteligencia, de posibilidades individuales. Atribuyen un origen natural a problemas de seguridad y confianza, y las dificultades para alcanzar metas y objetivos son definidas como fracasos. Esta visión condiciona formas de adaptación funcional al mundo e impide el desarrollo de una conciencia de sí, de una conciencia crítica de género.

La autoestima tiene como fundamento varios ejes, y uno de ellos se refiere al cuerpo como eje de la condición femenina, y el deber estético cada vez abarca a



más mujeres. En general, ninguna alcanza el grado anhelado o impuesto a través de estereotipos. Éstos llegan a ser de tal magnitud que producen el *feísmo* en las mujeres: una forma concreta de baja autoestima, caracterizada por la autodevaluación y la aceptación de partes del cuerpo que no corresponden con la forma, el color, la tersura o el tamaño debidos. En realidad, sentirse “gorda” o “arrugada” hace que cada mujer se rechace a sí misma con hostilidad.

En contrasentido, se produce el alza de la autoestima cuando las mujeres depositan la mayor parte de su autovaloración en su belleza y en su correspondencia con los estereotipos. Muchas van por el mundo transportadas en la belleza de sus piernas, el tamaño de sus uñas, las medidas de sus senos, sus nalgas, su cintura... Valen más si son suficientemente altas o bajitas y se sienten bien consigo mismas si *los otros* quedan impactados.

¿Qué cambiar personal y colectivamente? ¿Cómo hacerlo? ¿Cómo redefinir la autoestima? ¿Qué es necesario desaprender y qué es preciso aprender? Para contestar estas interrogantes nos ubicamos en la perspectiva feminista, que plantea otros contenidos para la autoestima.

La reflexión sobre esta problemática proviene de la crítica deconstructiva de concepciones que colocan las transformaciones externas a la persona y las metas sociales y políticas colectivas por encima de las necesidades y la realización personal. No se trata tampoco de privilegiar solamente la tradición social de compromiso ético con las mayorías, sino que el feminismo se enriquece y abarca todas las dimensiones: desde lo individual hasta lo colectivo, lo privado y lo público, y va de la sociedad al Estado, de la cultura a las prácticas sociales. Unas feministas ponen el acento en unos ámbitos y otras en otros, y todas han contribuido a evidenciar, nombrar, visibilizar la complejidad en las formas de vivir el género.

Marcela Lagarde amplía esta idea: “Gran parte de las energías de las mujeres de organizaciones, movimientos e instituciones se destinan, al inicio del siglo XXI, a crear instituciones, establecer normas, valores y leyes para ilegitimar y desautorizar la desigualdad, la inequidad y la violencia contra las mujeres, y al mismo tiempo a crear nuevas pautas de convivencia social para permear la cultura en todas sus manifestaciones con esta ética. Es notable ver, de manera paralela, la acción reparadora de unas mujeres con otras, cuando legitiman, apoyan y tratan de manera solidaria, terapéutica y ciudadana, a otras mujeres... Hoy dedicamos gran parte de nuestras energías vitales a nuestro fortalecimiento personal, porque todas estamos dañadas por vivir en un mundo que coloca a las mujeres bajo dominio. Hoy sabemos que estamos en riesgo y por eso también nos preparamos para evitarlo y eliminarlo<sup>259</sup>”.

En la constitución de su subjetividad, dónde se encuentra la **colocación del yo** de las mujeres académicas: ¿en el centro o en la periferia, más al centro o más en la periferia? Para dar cuenta de este contenido, hemos planteado la siguiente cuestión a las mujeres: ¿en quién piensa primero, en sí misma o en los demás?

**Orquídea:** *“depende, pero pienso más en los demás”.*

**Rosa:** *“en mi hija”.*

**Lilis:** *“trabajo mucho primero por mi, para salir adelante porque así puedo sacar adelante a mi hijo”.*

**Alcatraz:** *“mi yo está en el centro”.*

**Hortensia:** *“pienso mas en mis amigos”.*

**Bugambilia:** *“pienso primero en mi nieto”.*

**Jacaranda:** *“en el centro, primero yo, luego mis hijos y mi compañero y luego todo lo demás”.*

**Tulipán:** *“en nosotros”.*

**Flor de Lotus:** *“primero pienso en mis hijas”.*

**Amapola:** *“siempre en los demás”.*

**Margarita:** *“siempre pienso en mis hijos, después en mi esposo, y luego vengo yo”.*

**Dalia:** *“siempre pienso primero en mis hijos”.*

**Gardenia:** *“pienso primero en mi hija”.*

---

<sup>259</sup> Marcela Lagarde. *Las claves feministas para la autoestima de las mujeres*, op.cit., p. 25.

Excepto por dos de las mujeres académicas (Jacaranda y Alcatraz), se ubican en el centro. Hay que recordar que ellas perdieron a su mamá cuando todavía eran niñas, tuvieron que asumir su propio desarrollo, tomar sus propias decisiones – son mujeres que maduraron tempranamente frente a necesidades vitales -. Estos son hechos que constituyeron una fuerte impronta en su identidad y subjetividad, hechos que por su vez determinarían que sus vidas fueran diferenciadas. Las demás académicas siempre piensan primero en los demás y después en ellas mismas. Esto significa, desde la perspectiva de género feminista, que estas mujeres tienen su *yo* en la periferia, no son prioritarias para ellas mismas. Por su género las mujeres son asignada *para los otros*, esto es tan determinante que casi por lo general las mujeres están volcadas a *los otros*, en la satisfacción de las necesidades, deseos, caprichos, en el cuidado, en la atención, casi siempre estos *otros* son prioritarios en sus vidas, ellas son secundarias en sus propias vidas. Este elemento constitutivo de la subjetividad femenina sigue hegemonizando la identidad de las mujeres.

Pero, la modernidad ha sido el espacio del sujeto y en ella se ha construido la individualidad. En el centro de la individualidad construida por límites de la persona en relación con *los otros*, es decir por su separación de *los otros*, ha aparecido el *yo*, la conciencia de ser, de límites y de finitud. “La individualidad ha surgido también debido a la dotación de recursos y bienes personales para el propio desarrollo, así como por la capacidad autónoma de decidir respecto a la propia persona. Los seres modernos son seres en movimiento territorial, temporal, hacen vínculos finitos, encuentran su trascendencia en sí mismos, en sus obras, en su capacidad de intervenir creativamente en el mundo”<sup>260</sup>.

---

<sup>260</sup> Marcela Lagarde. *Género y feminismo*, op.cit., p. 155.

Las mujeres académicas ¿se encuentran **identificadas** con otras mujeres? Este hecho tiene su correlato en las semejanzas que encuentran con y en otras mujeres, como se verá en el siguiente tema. ¿Con quiénes se identifican las mujeres académicas, si es que se identifican?

**Orquídea:** *“con muchas mujeres”.*

**Rosa:** *“por algún tiempo me sentí identificada con mujeres guerrilleras, ahora encuentro muchas mujeres, ninguna en particular, sino a la mujer luchadora, trabajadora”.*

**Lilis, Amapola:** *“con nadie”.*

**Alcatraz:** *“no necesariamente con una, sino con varias. Me identifico con las mujeres que su realización personal les ha costado su vida como mujeres. Tengo como amiga a una doctora, que es la primera psiquiatra, que es soltera porque ella ha elegido serlo, que no tuvo hijos porque así eligió hacerlo. Me identifico con ella en cuanto a todos los dolores que le fue costando eso, y cuando encuentro otra persona que está sola, pero que está feliz con su carrera, y que le ha costado su matrimonio, le ha costado la maternidad, me identifico con estas mujeres”.*

**Flor de Lotus:** *“le he copiado cosas a mucha gente, por ejemplo, a ... ( nombra a un hombre) y gente concreta”.*

**Margarita:** *“con mi hermana mayor”.*

**Dalia:** *“con mis amigos”.*

**Gardenia:** *“con otra mujer, con compañeras de trabajo”*

Hay mujeres que crecen con el anhelo de tener los privilegios de los hombres, hay mujeres que aspiran a esto y se identifican con los hombres, no por su sexo, sino por el poder y actúan contra las mujeres descalificándolas, actúan contra su propio género.

Las mujeres tenemos que pensar en la construcción de una identidad de nosotras, una identificación positiva de sexo-género. Se requiere para eso, asumir una identidad personal de mujeres, no una identidad fija, sino de cambio, para identificarnos unas con otras.

Al quedar colocadas en el mismo compartimiento, las mujeres compartimos con las otras mujeres una vereda - que sirve siempre de comunicación - por asignación política patriarcal.

Las mujeres son semejantes aun en su diversidad, entre mujeres de países, lenguas, culturas y grupos sociales diferentes. Son semejantes por su condición social de género: todas están sometidas a la opresión patriarcal. No obstante, es preciso reconocer que entre las mujeres priva la semejanza y la diferencia. Entre mujeres muy diferentes entre sí, hay maneras de vivir, concepciones, posiciones en relación al poder, al trabajo, a la sexualidad, y otras características semejantes. Y a la inversa ocurre algo similar, entre mujeres notablemente semejantes, por sus modos de vida, hay diferencias significativas.

¿Cuáles son las **semejanzas** que las mujeres académicas encuentran con otras mujeres? ¿Se sienten semejantes o diferentes, con quiénes, en qué contenidos, en qué situaciones?

**Orquídea:** *“con las de mi edad, tenemos problemas de salud”.*

**Rosa:** *“en que como género somos muy fuertes, somos mucho más responsables, mucho más sacrificadas”.*

**Lilis:** *“con mis compañeras de trabajo, creo que somos... nuestra familia es un valor importante, el trabajo es un valor importante también, mis amigas más allegadas son ( nombra su profesión) también y tenemos el deseo de sacar adelante la profesión y a los alumnos”.*

**Hortensia:** *“compartimos momentos agradables y situaciones problemáticas, sobretodo en la institución, las críticas y hasta la burla que sufrimos”.*

**Bugambilia:** *“muchas, nuestras dificultades para vivir en un mundo de hombres, es muy difícil, sacar adelante a sus hijos, luchar por ellos, por ellas mismas, por su unificación”.*

**Jacaranda:** *“semejanzas claro que si, creo que en el amor a la vida, en la ordenación del caos, en el privilegio que tenemos de ser fértiles, en el gozo de poder tener hijos y gozarlos, en la posibilidad maravillosa de disfrutar nuestra sexualidad, hay muchas cosas”.*

**Tulipán:** *“somos marginales”.*

**Flor de Lotus:** *“soy como la mayoría de las mujeres, pero es muy difícil, hay mujeres muy distintas. Nosotras hemos llevado la peor parte, pero los hombres también tienen muchos problemas de discriminación”.*

**Amapola:** *“si con compañeras de trabajo, tenemos la misma edad, nos desarrollamos juntas. También compartimos muchos problemas sobre todo del hogar”.*

**Margarita y Dalia:** *“ninguna”.*

**Gardenia:** *“si con las que están en mi nivel profesional, pero también con mis hermanas, mis vecinas, en lo mandón que somos”*

En la perspectiva feminista, la relación entre cada mujer y las mujeres es fundamental porque la mejoría de las condiciones de vida sólo puede lograrse socialmente, y los derechos de las mujeres sólo son derechos si son reconocidos como tales. Por eso tener derechos individuales como mujeres depende de los derechos de género y pasa por la autoestima de género y la identificación con las otras mujeres, es decir, la aceptación de pertenencia al mismo género, de compartir la especificidad o diferencia sexual y la aceptación y el reconocimiento de las otras mujeres como merecedoras de los mismos derechos y las mismas libertades a las que aspiramos. Ambos sentidos, dice Marcela Lagarde, “son esenciales en la *sororidad* como conciencia de género y experiencia política, para ir en el camino del género, con las otras mujeres, las más semejantes entre todos los seres vivientes y con quienes es factible coincidir en el sentido de alternativas nodales”<sup>261</sup>.

Muchas encuentran semejanzas con otras, aunque pocas se ubican en las similitudes de género, las semejanzas en la prioridad a la importancia del cuerpo, la sexualidad, la desigualdad en la relación con *los otros*, el desarrollo y el cumplimiento de expectativas y el estado de la autoestima, semejantes en *ser-para-otros*.

Y cómo se perciben las mujeres académicas en sus particularidades, especificidades, cuáles son las **diferencias** que perciben tener con otras mujeres?

**Orquídea:** *“Como siempre las por no tener hijos, no puedes platicar de muchas cosas”.*

**Lilis:** *“Que muchas mujeres están casadas, tienen a su pareja, pero que sus parejas no les dan la estabilidad que ellas quisieran”.*

**Hortensia:** *“Yo vivo sola, mis otras compañeras no”.*

**Tulipán:** *“muchas, no creo que me parezca mucho a ellas”.*

---

<sup>261</sup> Marcela Lagarde. *Claves feministas para la autoestima de las mujeres*, op.cit., p. 28.

**Flor de Lotus:** *“Muchas, no creo que me parezca mucho a ellas. He tenido dificultad para relacionarme con ellas pues son muy chismosas, rencorosas, envidiosas, siempre están comparando, a mi eso me choca. Tampoco siento la necesidad de defender a las mujeres siempre y en cualquier parte. La conclusión que he llegado es que no hay hombres y mujeres, hay personas. Comparada con la mayoría de las mujeres soy una feminista, y veo cosas distintas, valoro cosas distintas. He tenido mucha facilidad para compartir con hombres, relacionarme y platicar, comparto muchas más cosas con los hombres que no comparto con las mujeres”*

Cabe señalar, sobre esta última narrativa en particular, que en los deberes y las prohibiciones tradicionales se han asimilado o superpuesto contenidos modernos de ser mujer que innovan la condición de género, por eso piensan, sienten que se ha superado lo femenino y lo masculino, como se fueran una amalgama andrógina<sup>262</sup>, pero también se puede analizar desde lo que se considera como una “ceguera de género”, es decir que no se ve las inequidades, las diferencias entre mujeres y hombres, se coloca a todas y todos en un mismo compartimiento como se fueran iguales.

**Amapola:** *“Soy más responsable que otras mujeres, porque el problema que a muchas no les gusta trabajar”.*

**Dalia:** *“Soy más chingona”.*

**Gardenia:** *“Nada más en el nivel cultural”*

Las mujeres académicas señalan diferencias distintas: una sobre el hecho más definitorio de la condición de género femenina - la procreación, ella es la diferente, es la que no parió, la que no tuvo hijos. Esto la hace diferente a su género pues no ha cumplido con su deber ser, independiente se ha sido por opción o por imposibilidad. Otras dos no tienen pareja, otro hecho determinante en la condición de género, las mujeres siempre necesitan del otro para ser, para existir, mismo que ese otro sea un bulto, o que las humille, las desvalorice, las insulte, las pegue. Ser progenitoras y tener una pareja son necesidades creadas, pero sentidas y vividas como carencia, como fracaso por aquellas mujeres que no las cumplen.

---

<sup>262</sup> Marcela Lagarde. *Las claves feministas para la autoestima de las mujeres*, op.cit., p. 46.

Entre las mujeres académicas hay quienes nunca probaran la maternidad y otras que han pasado gran parte de su vida juvenil y adulta cuidando a los propios y a los ajenos, hay mujeres responsables de su familia desde que fueron niñas, hay solteras, monógamas, amantes y amadas. Mujeres cuidadas, dejadas, arraigadas, transgresoras, seguidoras. Entre las mujeres académicas hay variedad de historias, de cursos de vida y de experiencias.

Hay también quienes asumen la diferencia desde la superioridad, son diferentes para más. Las mujeres compiten por cualquier posicionamiento de superioridad de unas sobre otras y además compiten y ejercen formas fragmentarias de dominio entre ellas por la manera en que son mujeres. Las mujeres deben competir por obtener reconocimiento social por su calidad de género, por alcanzar de manera fidedigna los estereotipos de ser mujer. Compiten genéricamente porque cualquier mujer es amenazante de quitar el sitio a la otra: por espacios sociales y por los vínculos con los hombres y las instituciones, compiten también desde la carencia de género, por acceder a bienes, recursos y oportunidades y por poseer más que las otras.

Macerla Lagarde sostiene que “la enemistad y la opresión entre mujeres es tan intensa que aun entre semejantes se produce una desidentificación y un extrañamiento que hace de las mujeres seres incapaces de reconocerse”<sup>263</sup>: entre casadas, entre intelectuales, entre académicas. Este extrañamiento se debe a la enajenación fundamental implícita en la condición patriarcal de género, que hace opuestas a las mujeres entre sí.

Desde la mirada feminista decimos que las mujeres somos semejantes en la diversidad, y en el caso de las mujeres académicas, nos asemejamos en los esfuerzos para enfrentar los obstáculos y acceder a espacios vedados por misoginia; en la manera en que somos educadas con ideologías y conocimientos patriarcales; en los cuidados hacia *los otros*, en la manera en que anhelamos vivir

---

<sup>263</sup> Marcela Lagarde. *Género y feminismo*, op.cit., p. 83.



mejor y en que afirmamos tener derechos; en las dobles, triples, múltiples jornadas de trabajo que realizamos (en la casa con todo lo que conlleva, en la FES Zaragoza como maestras, investigadoras, en la publicación de trabajos, en la asesoría a tesis, en el trabajo con la comunidad, en el apoyo a la carrera para la revisión y elaboración de planes de estudio, para ser “merecedoras” de puntos para alcanzar los estímulos salariales), en fin...

Nombrar y reconocer todas estas y otras más características permite ir “tejiendo la identificación positiva de género entre nosotras más allá de las diferencias, y fortalecer la ética de la diversidad. Permite asimismo afinar la autoconciencia sincrética y la conciencia no desvalorizante de ser contradictorias... Esto permite reducir la omnipotencia y el mandato de perfección asignado a las mujeres tanto tradicionales como modernas”<sup>264</sup>

El tema de la **diferencia y semejanza intergenérica**, se refiere a que las mujeres y los hombres pueden ser semejantes entre sí, por su adscripción como sujetos sociales a otros órdenes sociales, y diferentes simultáneamente por su género. Las mujeres académicas se sienten/perciben semejantes o diferentes a los hombres?

**Orquídea:** *“ni semejanzas ni diferencias”.*

**Lilis:** *“que nos siguen menospreciando, que a algunos compañeros les da coraje que podemos ser o tener mejores cosas que ellos”.*

**Tulipán:** *“la diferencia es que ellos se creen fuertes en la concepción sobre las mujeres. Se creen muy inteligentes, que dominan el mundo”.*

**Flor de Lotus:** *“he tenido mucha facilidad para compartir con hombres, relacionarme y platicar. Comparto muchas cosas con los hombres que no comparto con las mujeres”.*

**Amapola:** *“a la fecha no convivo mucho con los hombres, con ellos no veo ni semejanzas ni diferencias”.*

**Gardenia:** *“La diferencia es que los hombres son menos responsables que las mujeres”*

---

<sup>264</sup> Marcela Lagarde. *Las claves feministas para la autoestima de las mujeres*, op.cit., p. 149.

Lo significativo a señalar, respecto a las narrativas de estas académicas, es que ellas no tienen muy claro el tema en cuestión. Mientras dos de ellas no perciben ni diferencias ni semejanzas, otra percibe como los hombres menosprecian a las mujeres y no aceptan que ellas tengan más recursos y posibilidades que ellos; otra los inferioriza por ser menos responsables que las mujeres; y otra más indica una mayor cercanía a los hombres que a las mujeres, la misma que ha manifestado identificarse con los hombres y no con las mujeres, y que considera que no hay hombres y mujeres sino personas, y que no se parece mucho a las mujeres, pues ellas son “chismosas, rencorosas, envidiosas”, y que por eso ha tenido dificultad para relacionarse con ellas, que se relaciona más fácilmente y mejor con ellos.

Esta posición tiene que ver con la ceguera de género y con la enemistad con las mujeres que atribuye a los hombres la superioridad. Veo a las otras mujeres, pero con los lentes de la invisibilidad, disminuidas, borradas, jerárquicamente inferiores (sean o no) con menor valor. Este es un fenómeno que compone la misoginia<sup>265</sup> y toda acción misógina es una crítica devastadora, con ella se descalifica a las otras mujeres y a sí misma.

Este proceso de enajenación genérica es creado y mantenido por la lógica patriarcal, cuyo eje es la separación, división de las mujeres para que no puedan organizarse, ayudarse, aprender unas de las otras, y las mujeres bajo el dominio patriarcal, cumplen la norma asignada, y se vuelven extrañas entre ellas.

¿Cómo se consideran las mujeres académicas, **libres y/o cautivas?**

**Orquídea:** *“libre, pero no como yo quisiera, me gustaría ir a Europa a estudiar y dejar todo, pero no se puede no?”.*

**Rosa:** *“me siento libre a emitir mis opiniones, a desempeñarme en mi trabajo, en el que tengo poder en algunas cuestiones. Me siento cautiva todavía dentro del hogar, me amarran, por ejemplo se alguien se enferma, y también en el trabajo para aprender algunas cosas”.*

---

<sup>265</sup>La misoginia es el conjunto de sentimientos hostiles, de pensamientos hostiles y de acciones también hostiles contra las mujeres, se nutre de todo lo anti. Marcela Lagarde. *Comunicación personal.*

**Lilis:** *“soy libre en mis decisiones, en lo que quiero hacer y hago. Soy prisionera porque tengo muchos fantasmas familiares”.*

**Alcatraz:** *“me considero definitivamente cautiva de mis propias cárceles. Tuve una etapa de soltera en la que fui totalmente libre, dispuse de mi dinero, viajé y me compré mi departamento, disfruté mucho esa libertad, incluso elegí mis parejas sexuales, duró como 6-7 años, siento que fue un ciclo, que ya terminó, y ahorita ya elegí mis propias cárceles. Yo me metí a ser profesor de tiempo completo, que sabía que era meterme a un compromiso, me metí a la cárcel de la maestría. Son cárceles que elegí y que disfruto y que estoy contenta. La maternidad es otro tipo de cárcel que yo también elegí y, bueno son cárceles elegidas y si estoy cautiva, pero felizmente cautiva”.*

**Hortensia:** *“as veces libre, otras cautiva, debo ampliar mis núcleos, me siento muy sola”.*

**Bugambilia:** *“libre, siempre”.*

**Jacaranda:** *“completamente libre, siempre, siempre, y eso es algo que me da miedo, porque no sabes realmente hasta donde esta libertad te conduce”.*

**Tulipán:** *“libre para pensar y hacer, cautiva en el cuerpo”.*

**Flor de Lotus:** *“uno hace lo que quiere dentro de lo que puede. Yo no hago todo lo que quiero porque tengo obligaciones varias, pero estar con mis hijas es lo que quiero, por lo tanto no soy cautiva de mis obligaciones”.*

**Margarita:** *“a veces libre, en el trabajo, y cautiva en mi casa y con mi marido”.*

**Dalia:** *“libre, siempre”.*

**Gardenia:** *“libre, pero no siempre. Soy libre para tomar decisiones de casa, del trabajo, pero a la hora de presentarme una oportunidad amorosa, pienso en mi hija”.*

Las mujeres académicas son libres-cautivas, como mujeres modernas sincréticas han elaborado situaciones de libertad, de decisión, de apropiación de *sí mismas* y al mismo tiempo siguen siendo *para-otros*, tradicionales en el género. La independencia que genera satisfacción propia en torno a la experiencia de centrarse en la propia vida, de satisfacer los propios intereses y realizar lo imaginado y lo deseado es fuente de desarrollo directo de la autoestima.

Por otro lado, la formación tradicional de género hace que las mujeres sean parte de *los otros*, y hace que tengan una experiencia en torno a *los otros* por ser definidas como *seres-para-otros*, en parte colonizadas (o domesticadas) por sus

seres importantes, en parte confundidas y confundidas con ellas y ellos. Su subjetividad está permanentemente mediada por la presencia y la estima de *los otros*.

Así, la contradicción entre *ser-para-sí-mismas* y *ser-para-otros* marca la subjetividad y la autoidentidad que surgen de esta doble configuración.

En la cultura hegemónica patriarcal se mide la libertad en comparación con la libertad de los hombres y con la libertad de las mujeres más oprimidas y muy pocas veces con la libertad de mujeres con más libertad. En este sentido, unas (en comparación con los hombres) son cautivas y otras (en comparación con mujeres oprimidas) son libres.

Pero, de acuerdo a Sartre<sup>266</sup>, como cada ser existe por la libertad del otro, la libertad de cada uno/una es la que queda comprometida, por ejemplo, en el amor. En el mundo moderno la afirmación de la individualidad consiste en que cada quien es individuo o individua porque es reconocido/a como tal en libertad. Desde este punto de vista, la libertad no es sólo un hecho subjetivo, no es sólo que yo diga “soy libre”, o que yo sienta en mi conciencia que soy libre, sino que yo soy libre en el mundo, y no aislada. Soy libre al ser reconocida como un ser en libertad.

¿Cuáles son los **satisfactores** en la vida de estas mujeres académicas, libres-cautivas?

**Rosa:** *“el amor, el amor de mi marido que dice que me quiere, mi mamá que también dice que me quiere y que me necesita. El amor me satisface mucho en una relación sexual placentera, me siento diferente, es una forma de re-levantarme”.*

**Lilis:** *“mi hijo, mi trabajo”.*

**Alcatraz:** *“mi familia, incluyo a mis hermanos, incluyo a la familia de mi pareja que de veras los quiero mucho, me quieren mucho, los medio hermanos de mi hija, mis tíos, mis primos, ocupan el primer*

---

<sup>266</sup> Jean Paul Sartre, citado en: Marcela Lagarde. Claves feministas para la negociación en el amor, op.cit., p. 29.

*lugar, y mis amigos que también ocupan el primer lugar. Mis pacientes llegan a ser otra forma de familia también, con quienes me siento muy comprometida, y mis otros satisfactores son mis vitrales que me causan mucho placer, pintar también me gusta mucho. Viajar también me gusta. No son en este orden, a veces es uno, a veces es otro, es dinámico”.*

**Hortensia:** *“poder compartir con las amistades, con la familia”.*

**Bugambilia:** *“ver a mi hija, lo que produzco intelectualmente, el trato con mis amigos, mi vecina, el poder escuchar música”.*

**Tulipán:** *“la comida y la bebida”.*

**Margarita:** *“mi marido”.*

**Gardenia:** *“mi trabajo, mi familia, mi hija”.*

Estas mujeres se satisfacen mayormente en *los otros*, con *los otros*, necesitan de ellos para sentirse satisfechas. Sus satisfactores son el amor al/del marido, de la/a la madre, el amor al/del hijo, hija, la familia, los hermanos, los pacientes, las amistades, la vecina.

Las mujeres académicas son *seres-para-otros*, seres del amor, seres para el amor. Sólo algunas de ellas encuentran satisfacción en actividades artísticas, intelectuales realizadas por ellas mismas. ¿Por qué las mujeres dependemos de los otros para sentirnos satisfechas, encontrar satisfactores en la vida?

Las mujeres vivimos procesos de enajenación (enajenadas de sí mismas) que nos hacen encontrar y/o buscar formas de placer, satisfacción personal en *los otros*. La mujer al ser enseñada ser mujer, aprende en esta pedagogía, que *los otros* están primeros, y sólo puede ser y existir mediante *los otros*.

Sobre esta consideración, cabe puntualizar los afectos de las mujeres. “Las estructuras afectivas se van formando al vivir, no están dadas, están conformadas por el conjunto de afectos básicos: el amor, el odio, la envidia, los celos y la gratitud, y otros más a partir de éstos”<sup>267</sup>.

---

<sup>267</sup> Marcela Lagarde, *comunicación personal*.

Luisa Murano<sup>268</sup> indica que es cuerpo a cuerpo (madre-hija-hijo) que se construye la afectividad, la cual marca, funda y crea estructuras afectivas, respuestas afectivas. De acuerdo a esta perspectiva, hay que ver, entonces, la calidad y la atención del cuidado que prevalece en la madre en relación a su criatura, lo que se conoce como pecho bueno o pecho malo. Si la criatura ha sido amada, solo así puede amar, si ha recibido amor, la persona amada forma estructuras de amor, es decir, confiabilidad de los cuerpos.

Una pregunta que deberíamos hacernos todos los días y todas las noches es ¿cómo podemos amar sino no nos amamos a nosotras mismas? Franca Basaglia define a las mujeres como *seres para los otros*, la sociedad y la cultura hacen de las mujeres seres que aman a los otros. “Lo perverso es que en esa imposición está la negativa del amor propio”<sup>269</sup>.

El amor propio, la autoestima es el amor a una misma, es la capacidad de acogimiento, de acompañamiento, es la confianza a una misma, es la ternura a una misma. Y porque hay amor propio, es necesario aprender a desapegarse de los otros (seres u objetos) e ir apegándose a sí misma.

¿A quiénes va dirigido los **afectos** de estas mujeres. Respecto al **amor**, qué dicen las mujeres académicas acerca del amor hacía sí mismas, hacía *los otros*, de los otros hacía ellas?

**Rosa:** *“yo siento que quiero mucho a la gente y también siento que recibo el cariño de la gente, de mis compañeras”.*

**Lilis, Bugambilia,:** *“muy bien”.*

**Alcatraz:** *“amor a los demás, muy acaparado por la maternidad, comprometido con mi hija. Recibo amor, después que terminé la especialidad de..., me volví a re-enganchar con las personas que quise, con las personas de la familia que elegí”.*

**Hortensia:** *“quiero mucho a la gente, y si me siento amada”.*

**Jacaranda:** *“yo creo que amo mucho, de verdad si, soy muy, muy sentimental, me relaciono con una gran facilidad y así como una cadena fundamental con mi familia, tengo muchas cadenas extras*

---

<sup>268</sup> Luisa Murano, citada por Marcela Lagarde, *comunicación personal*.

<sup>269</sup> Marcela Lagarde. *Claves feministas para la negociación en el amor*, op.cit., p. 30.

que sí me sostienen, que si me dan fortaleza. Además soy muy afortunada, me siento muy querida”.

**Tulipán:** “yo quiero mucho a la gente con quien comparto mi vida y recibo lo suficiente”.

**Flor de Lotus:** “a mi familia, a mis hijas, a mi esposo, aunque el amor más grande y puro es a mis hijas, porque con la pareja siempre es un amor negociado, es un estira y afloja. Con mis hijas aprendí, de mi para ellas, lo que es el amor absolutamente incondicional, el amor que no espera nada. Compasión a los ancianos y niños en la calle. A mis papás les tengo afecto, pero también hay distanciamiento. Tengo mucha curiosidad, todo me llama la atención, capacidad de asombro, maravillada. Yo creo que recibo amor también, de mi mamá, mi papá, mi marido, mis hijas me quieren mucho”.

**Amapola:** “a mis hijas, menos a mi misma. Si no me aman por lo menos no siento tanta hostilidad”.

**Margarita:** “amo mucho a mi familia”.

**Dalia:** “a mis hijos”.

**Gardenia:** “mi hija, mi mamá”.

Las académicas aman a *los otros* y en su mayoría dicen recibir amor. Es el otro que queda colocado en el centro de la vida de la mayoría de las mujeres. Para ellas (y la mayoría de nosotras) amar es colocar al otro en el lugar más importante, más importante que una misma. Es lo que algunas autoras han llamado de “colonización de las mujeres a través del amor”. Otra persona te habita, no solamente habita entre tus cuatro paredes, sino que habita tu cuerpo, tu subjetividad, tus anhelos, tus pensamientos. “Una mujer colonizada, una mujer habitada, aspira a colonizar y a habitar de la misma manera en la que es habitada y colonizada. Su ideario de amor es el amor enajenado, el amor-dominación, un amor muy patriarcal, que resulta funcional al mantenimiento de la dominación de las mujeres por los hombres.

*“Creí pasar mi tiempo  
amando  
y siendo amada  
comienzo a darme cuenta  
que lo pasé despedazando  
mientras era a mi vez despedazada”<sup>270</sup>*

---

<sup>270</sup> Claribel Alegría, en: Angel Flores y Kate Flores. *Poesía feminista del mundo hispánico (desde la edad media hasta la actualidad)* Antología crítica. Siglo XXI, México, 1984, p. 213.

En un amor enajenado una quisiera que la otra persona no tuviera límites. Alice Walker lo expresa así: la fantasía amorosa de muchas mujeres es relacionarse con un esclavo, con una esclava, que tengan una esclavitud de la dimensión de su propia esclavitud. Anhelas que la otra persona te dé y haga por ti por lo menos lo mismo que tú supones que das y haces por ella<sup>271</sup>.

Este planteamiento se puede utilizar para el amor a los hijos e hijas, a la madre, al padre, a las amistades. De hecho hay mujeres que pasan la vida buscando el amor de madre, el amor como reconocimiento, revaloración y aceptación: “que nos ame como suponemos debe ser un amor incondicional, un amor materno que se supone amor total. Con este anhelo, la frustración es diaria y por cada detalle: no es sólo que tardó en abrirte la puerta cuando llegaste a la casa, sino que no te valoró total e incondicionalmente en el momento de abrirte la puerta...”<sup>272</sup>.

Estas experiencias se complican más si no somos conscientes de qué deseamos al desear ser amadas o al desear amar. Además del amor incondicional de la madre, también deseamos un padre, en el sentido simbólico de género, es decir, “un ser que reúna todos los atributos paternos: ser mi referente, mi juicio, mi norma, mi regla. Y que tenga además otros complementos genéricos del padre: el que posee los bienes, los recursos y los poderes. Dame significa: dame tus bienes, tus recursos, tus poderes, cobijame bajo tu manto poderoso, defiéndeme con tu escudo, dime qué hago, decide por mi... porque yo no soy mi referente, yo no tengo juicio, yo no me normo, yo carezco, yo no tengo algo que tú si tienes”<sup>273</sup>.

Esta carencia, que muchas veces prevalece en las relaciones amorosas (mujer-hombre, mujer-mujer, madre-hijo/hija, mujer-amigos/amigas, etc.) cantidades de mujeres viven su vida en el anhelo diario de recibir lo que no tienen, “de ver si hoy

---

<sup>271</sup> Alice Walker, citada en: Marcela Lagarde. *Claves feministas para la negociación en el amor*, op.cit., p. 31.

<sup>272</sup> Marcela Lagarde. *Claves feministas para la negociación en el amor*, op.cit., p. 32.

<sup>273</sup> *Ibidem*



me dan, si hoy por fin sí me dan... si ayer no, no importa, si desde hace cinco años no, no importa, si desde hace diez, no importa, pero hoy sí. O mañana”<sup>274</sup>.

Otro afecto – **el odio** – se produce por el incremento de la rabia, pero el odio no contiene solo la rabia, sino el deseo inconsciente de dañar, de destruir, de violencia, de muerte. “Las criaturas maman el odio de sus madres (y el desamor de los padres) y lo reproducen, mismo que este odio no estuvo dirigido a ellas, porque la criatura es permeable a los afectos”<sup>275</sup>.

Estas características del odio no son configurantes de la identidad y subjetividad femenina, no como asignación genérica, pues las mujeres, como ya se mencionó anteriormente, somos seres de amor, seres para el amor, sobretodo amor a los otros.

El odio está ligado a las identidades masculinas, para los hombres está permitida la violencia. Para las mujeres el odio es moralmente negativo, debemos las mujeres ser objeto del amor, amorosas y amables – es un mandato de género -. ¿Qué dicen las mujeres académicas acerca de este afecto?

**Orquídea:** *“no, hay cosas que molesta pero odio no”.*

**Rosa:** *“no, fíjate que no, una vez con mi suegra sentí odio, porque creía que no me merecía todo eso, pero pedí perdón, y siento lo contrario, siento la necesidad de compensar, de gratificar lo que sentí, porque fui brusca, muy brusca. Otros tipos de odios, mira, son así como muy añejos, con algunas compañeras de aquí. No tengo identificado alguien que le tenga odio. Con mi papá le tuve mucho resentimiento porque me hizo sentir mal, pero no me dañó porque no me dejó. Pedí mucho a Dios que me ayudara a perdonarlo. Si alguien me odia no sé”.*

**Lilis:** *“ya no, logré superar eso. Nunca he tenido la sensación de que me odian”.*

**Alcatraz:** *“pues ahí a lo mejor sigo enojada con mi papá. Ahorita no, siento que la vida ya me ha dado muchísimo y que aunque siga enojada con mi papá, por muchas cosas que pudo haberme dado y*

---

<sup>274</sup> Ibid, p. 33.

<sup>275</sup> Marcela Lagarde, *comunicación personal*.

*no dio, ahora yo entiendo que, bueno fueron sus limitaciones, a lo mejor no es fácil tener una hija sin una mamá, se asustó y a la distancia ya entiendo, como que ahora hay como que más tranquilidad”.*

**Hortensia:** *“sí”, pero no dice a quien.*

**Bugambilia:** *“no siento, pero si he recibido”.*

**Jacaranda:** *“ni Dios lo permita, odio no, tengo mis corajitos, mis resentimientos, pero odio no. Que he recibido, si por supuesto”.*

**Tulipán:** *“si de la gente que me cae mal, y he recibido miedo de la gente, mas que desprecio”.*

**Flor de Lotus:** *“As veces siento desencanto, odio no, creo que el odio es un sentimiento demasiado fuerte para gastarlo con cualquier cosa. Siento ganas de romper un plato, un florero. Hacia alguien no, pero si creo que sería capaz. Por ejemplo, a alguien que hiciera daño, algo a mis hijas. Si he recibido odio, es un sentimiento gratuito”.*

**Amapola:** *“No odio a nadie, pero sí he recibido odio de alguien”.*

**Margarita y Dalia:** *“No odio a nadie”*

Por su estereotipo de bondad, pasividad y sumisión, a la mujer se le obstaculiza la expresión directa del odio, este se convierte en un elemento negativo que debe reprimir o transformar. Las académicas no manifiestan odio hacia nadie, sienten molestia, enojos, corajitos, resentimientos, desencanto, y una de ellas al haberlo sentido pide perdón y lo transforma, compensando, gratificando a la persona odiada. Algunas dicen haber sentido el odio dirigido hacia ellas, probablemente odios que pudieran ser identificados como competitividad.

En el área de la competitividad surge la **envidia**, otro afecto que Melanie Klein define como “el sentimiento enojoso contra otra persona que posee o goza de algo deseable”<sup>276</sup>.

La mujer envidia aquello que por su condición histórica no puede tener, a lo que no puede acceder o en quién no puede ser o poseer. Marcela Lagarde complementa esta idea indicando que “de acuerdo con la clase social, el grupo étnico o el grupo de edad a los que pertenecen, las mujeres siempre aspiran a tener lo que corresponde a las mujeres de otros grupos, aquello que le

---

<sup>276</sup> Melanie Klein, citada en Marcela Lagarde. *Los cautiverios de las mujeres*, op.cit., p. 340.

correspondería se hubiera cumplido adecuadamente con el tipo ideal de mujer de acuerdo con los grupos sociales y culturales a los cuales pertenece<sup>277</sup>.

Mediante el mecanismo de la envidia la mujer es enseñada a desplazar la insatisfacción vital y proyectarla como deseo de lo otro, de lo que cree que poseen las otras y de lo cual, inexplicablemente para ella, ha sido privada.

La envidia vivida por las mujeres “consiste en la proyección de su carencia y se expresa en aspiraciones. Si es niña quiere ser grande, si es vieja quiere ser joven, si está soltera quisiera casarse, si es infértil quiere hijos y si tiene hijos quisiera que fueran menos, o que se parecieran a los de la vecina. La forma en que vive, como está, siempre está mal. La felicidad a que aspira es idealista, no recoge las contradicciones de la existencia y por ello no es realizable, es fantasiosa. Su contenido es la frustración y no la aspiración de quien ha satisfecho una necesidad que genera otras nuevas<sup>278</sup>.

La envidia se remonta a la relación más temprana y exclusiva con la madre, dice Marcela Lagarde. La tiene la madre hacia su criatura porque la han desplazado, porque tiene un conjunto de atributos que ella no tiene, envidia de ser atendida como esa criatura está siendo atendida, cuidada. Envidia de ser querida incondicionalmente, de dormir como la criatura. Envidia por orfandad porque la maternidad es la experiencia que produce más orfandad. La envidia se coloca tanto en la persona amada o por exclusión, que es la segunda orfandad, el dolor de no ser parte de<sup>279</sup>.

La envidia, y sigo citando a mi Maestra Marcela Lagarde, “nos impide congratularnos con las personas que a nuestro alrededor están contentas, gozan del amor y se quieren, y nos lleva a expresar hostilidad hacia el amor de los

---

<sup>277</sup> Marcela Lagarde. *Los cautiverios de las mujeres*, op.cit., p. 340.

<sup>278</sup> Marcela Lagarde. *Los cautiverios de las mujeres*, op.cit., p. 340.

<sup>279</sup> Marcela Lagarde. *Comunicación personal*.

demás”<sup>280</sup>. Cuando somos hostiles y envidiosas ante quienes viven el amor u otros hechos gratificantes, perdemos mucho, es decir, dejamos de aprender de otras personas, pues una fuente de aprendizaje lo podemos encontrar en las personas que viven gozosamente. Estas situaciones de goce, de amor, de libertad, tiene que ver con la sabiduría para la vida, con la capacidad de elegir a personas para amarlas y la capacidad de elegir a personas para que nos amen, capacidades afectivas que todas necesitamos desarrollar.

En un proceso maduro, la envidia va cediendo terreno al amor, porque se reconoce la individualidad de la persona. ¿Sienten envidia las mujeres académicas?

**Orquídea:** *“de la gente que puede ir avanzando en su carrera y lo ha hecho bien y a mis hermanas por los hijos que tienen”.*

**Rosa:** *“a alguien que trabajaba mucho menos que yo y que por alguna razón está en una condición económica mucho mejor que yo, me daba mucho coraje y envidia. Si creo que algunas personas me envidian”.*

**Lilis:** *“no tengo”.*

**Alcatraz:** *“cuando voy a recoger a mi hija a la escuela, van papás a recoger sus hijas. Envidio a estas esposas, y digo, como me hubiera encantado tener a un compañero así, que recoja a mi hija, y compartir esto, pero después pienso, seguramente estas mujeres no tienen la carrera, ni la especialidad que yo tengo. Todo tiene un costo. Si envidio a estos hombres que si son muy buenos maridos, ah! Yo digo: yo quiero uno de esos! Si me envidian... pues probablemente un poco, ahorita por el hermano mayor, el está sin trabajo, y aunque el es ingeniero eléctrico y tiene una maestría, yo estoy mejor que el, estoy con un trabajo estable, con un cheque, y el ya tiene 2 años sin trabajo. Siento que por momentos... me está yendo mejor a mi que a el. Mi papá los creó para ser líderes y para ser triunfadores, y la que fue así más como tortuga, que tiene un chequecito, tranquilo y ahí va despacito. Yo siento que por momentos mi hermano puede llegar a envidiarme”.*

**Hortensia:** *“no, a lo mejor me envidian, una de mis compañeras”.*

**Bugambilia:** *“no, as veces me envidian”.*

**Tulipán:** *“me envidian mucho”.*

**Flor de Lotus:** *“he recibido con frecuencia, sobretodo en la institución. Si he envidiado, cuando era niña envidiaba la relación con*

---

<sup>280</sup> Marcela Lagarde. *Claves feministas para la negociación en el amor*, op.cit., p. 71.

*sus mamás, las mejores condiciones económicas de ellas, el desarrollo en la escuela”.*

**Amapola:** *“envidio no tener que trabajar tanto y disfrutar más. A mi sí me envidian”.*

**Margarita:** *“envidio a mi hermana que tiene más recursos económicos que yo”.*

**Dalia:** *“nunca me puse a pensar si envidio a alguien, mis hijos me dicen que otros si me envidian”.*

Es importante resaltar que las mujeres académicas manifiestan el sentimiento de la envidia sobre personas que han logrado mayor éxito laboral y económico que ellas, excepto por Alcatraz que envidia la compañía de una pareja que comparta con ella el trabajo de maternaje, y Orquídea que envidia a sus hermanas por los hijos que ellas tienen, y ella no. Por otra parte, es interesante observar que las mujeres académicas indiquen, en su mayoría, haber sido envidiadas, pero no tienen claro por quién, por qué, es un señalamiento vago, más como deseo que un hecho.

Los **celos**, también es constitutivo de las estructuras afectivas, son una combinación borrosa del amor, del odio y de la envidia. Combinan afectos que estructuran la afectividad: solo celamos lo que amamos. Los celos aparecen cuando hay una percepción de desapego de la otra persona y surge el hambre de cuerpo, hambre de piel.

**Orquídea:** *“de mis hermanas que tienen hijos. Todos mis hermanos me celan”.*

**Rosa, Bugambilia:** *“no”*

**Lilis:** *“si de mi pareja y de mi hijo. No me celan mucho, pero sí”.*

**Alcatraz:** *“no siento celos, pero mi hija me cela mucho”.*

**Jacaranda:** *“si soy celosa, de mi compañero, de alguien que lo quiera más que yo. Si también me cela mi compañero”.*

**Tulipán:** *“soy mas bien desconfiada”.*

**Flor de Lotus:** *“a veces de mi pareja, no de las mujeres, sino que a veces lo veo tan clavado en su trabajo, que si siento celos, porque podía dedicarme más tiempo. No me celan, mis hijas compiten por mi atención”.*

**Amapola:** *“si, de mi marido cuando lo veo platicando con alguien. Mis hijas me celan, pero son celos normales”.*

**Margarita:** *“de mi marido”.*

**Dalia:** “siento celos de mi hijo y mis hijos me celan”.

Las académicas sienten/tienen celos de sus parejas y algunas de sus hijos hombres, y declaran que las celan: sus hijos, sus hijas, sus compañeros. Sus hijos e hijas están en la adolescencia, ya tienen otros vínculos, intereses, salen a otras partes, se entretienen en otros lugares, con otras personas, ya no son muy dependientes de sus madres. Ellas por su lado sienten el desapego de ellos. Y como esposas, compañeras, parejas, llevan muchos años en su relación coyungal, tienen miedo a perder su pareja, el amor de su pareja.

Los celos muchas veces viene acompañado de miedo, miedo a la soledad, que surge como amenaza de abandono. Ser abandonadas por quienes nos quieren (compañero, hijos, hijas) es uno de nuestros más profundos miedos. Mientras más fusión tenemos con *los otros* más amenazante nos parece la soledad. Para perder el miedo al abandono, Marcela Lagarde propone una clave feminista: “lo único que tenemos que hacer es asumir que somos adultas y no bebés de crianza. Nada más. Asumir que no somos criaturas, sino mujeres adultas es un proceso interno muy complejo, de maduración emocional afectiva. Es difícil, pero es indispensable”<sup>281</sup>.

La **gratitud** es el otro afecto que conforma la estructura afectiva, tiene como soporte el amor, está concatenado con el amor. Implica un deseo inconsciente de dar objetos simbólicos propios a las personas que nos aman, nos soportan, nos ayudan. Esto conlleva un grado de independencia, de desprendimiento, de autonomía. Es cuando la persona quiere convertirse en “un pecho bueno” para la otra persona. Asimismo, la gratitud implica un grado de maduración y crecimiento, y también permite vinculaciones afectivas, intercambios.

---

<sup>281</sup> Marcela Lagarde. *Claves feministas para la negociación en el amor*, op.cit., p. 39.

El problema es cuando la gratitud se da entre desiguales, cuando en referencia, en nombre de la gratitud, se pide por ejemplo, el cuerpo, la virginidad de las mujeres, una carga excesiva de trabajos, de atenciones, de preparaciones.

**Rosa:** *“siento que soy grata, pero siento que siempre debo dar más. También recibo gratitud”.*

**Lilis:** *“tengo mucha gratitud a la gente, con mis amigos. Recibir no mucho, principalmente de mis hermanos, ellos no son gratos”.*

**Alcatraz:** *“probablemente no fui muy agradecida con mi propio padre, probablemente no le entendí lo suficiente, lo manejé con una expectativa que el nunca hubiera podido cubrir, con un enojo por eso mismo. Lo atendí hasta el final, se murió de cáncer pulmonar, no fui una enfermera afectuosa ni cariñosa. Probablemente no fui una hija del todo muy agradecida, pero fui la única hija que le dio diplomas, medallas, el estuvo cuando me recibí en ... y en .... Ninguno de sus hijos le dio esa satisfacción. Con mis hermanos fue una relación difícil, siento que acaparé la atención por mi problema físico, además fui la odiosa buena alumna, y eso nos distanció un poco, pero si nos buscamos, nos apoyamos. Me siento agradecida a nivel laboral, institucional, en donde estudié, me gusta dar lo que pueda en donde me dio tanto en la carrera, me siento también una persona que no lucra con su trabajo, que cobra lo que los pacientes pueden pagar realmente, que no explota, y en este sentido agradezco a la vida lo que me hizo y la oportunidad que me dio de estudiar”.*

**Bugambilia:** *“sí, a mucha gente. A mis amigas, a mis amigos, a mi hermano, a algunas compañeras. Recibimiento de gratitud no”.*

**Jacaranda:** *“si por supuesto. La primera gratitud que debo es a mi mamá, la capacidad que tuvo para procrear hijos desde su enorme ignorancia, desde su gran ausencia de conocimientos, fue una tarea muy ardua para ella, muy difícil. Y si recibo mucha gratitud”.*

**Tulipán:** *“doy y recibo”.*

**Flor de Lotus:** *“si por la vida, me dio muchas cosas, una inteligencia muy grande, una capacidad de cariño muy grande, el sentido de la responsabilidad, a mi pareja, a mis hijas, a mis amigos, amigas, en diferentes lados”.*

**Amapola:** *“a mis hermanas por el apoyo, y si recibo gratitud de compañeras”.*

**Margarita:** *“soy muy grata a mi mamá”.*

**Dalia:** *“a mis papás, a mis amigos”.*

**Gardenia:** *“a la universidad, hacia Dios, y no he recibido gratitud”.*

Las mujeres académicas expresan mucha gratitud a diversas personas, familiares y amistades, a la vida, a la universidad y también a Dios. Cuanto a la experiencia

de recibir gratitud de los demás, están divididas entre aquellas que sí han recibido y aquellas que no han tenido tal experiencia.

Asociado a los afectos está la **necesidad de dar afecto y objetos**. A las mujeres académicas se les interrogó primeramente sobre la primera necesidad, a lo que ellas contestaran:

**Orquídea, Rosa, Hortensia, Tulipán:** “sí”.

**Lilis:** “sí a mi hijo, a mi madre, a mi pareja”

**Alcatraz:** “sí, siento que tuve toda la vida y que lo canalicé mucho con las parejas y que bueno, ahora lo manejo con mi hija y con mis amigos. Lo difundo más”.

**Bugambilia:** “sí mucha, a mi hija, a mi nieto, a mi yerno”.

**Flor de Lotus:** “sí, me gusta ser cordial con la gente, me gusta ser amable”.

**Dalia:** “sí, a mis hijos”.

**Amapola:** “no necesidad, lo doy naturalmente”.

**Gardenia:** “sí, pero no tengo a quien dar. Me siento sola”.

**Jacaranda, Margarita:** “no”

Y sobre la **necesidad de dar objetos**, contestaran:

**Orquídea:** “sí, a mis sobrinos”.

**Lilis:** “sí a mi familia, a mi pareja”.

**Bugambilia:** “no, los doy porque los siento, soy de muchos detalles, de llegar con una plantita, con un pan integral para la amiga que está bajando de peso”.

**Jacaranda:** “sí, me gusta, no por necesidad, pero me gusta hacerlo”.

**Tulipán:** “sí, por condicionamiento social”.

**Flor de Lotus:** “sí, a veces me acusan de eso, les compro a mis hijas porque se que les hacen felices”.

**Amapola:** “sí a mis hijas, a mi marido”.

**Dalia:** “sí a mis hijos, a mi esposo, a mis amigos, pero no como necesidad, simplemente les doy”.

**Alcatraz, Hortensia y Margarita:** “no”

Estas necesidades pueden estar asociadas con la carencia: te doy porque no tengo, te doy para que me des lo que no tengo, no necesariamente pido que me des lo que te di, sobretodo si es un objeto, sino lo que se refiere al contenido simbólico del hecho de dar, que puede ser afecto, valor, reconocimiento, poder,



estima. Las mujeres académicas reconocen estas necesidades, no todas pero casi todas ellas.

A partir de los afectos, ¿cuáles son los **estados emocionales más frecuentes** experimentados por las mujeres académicas?

**Orquídea:** *“a veces me deprimó por la muerte reciente de mi mamá. Se murió hace 3 años”.*

**Lilis:** *“son varios, pero lo más frecuente es la tristeza y a veces la soledad. También depresión”.*

**Alcatraz:** *“melancólicos, no de felicidad. Siento que el hueco que dejó mi mamá no se ha superado. Estoy siempre pensando en esa ausencia, que no va regresar”.*

**Gardenia:** *“mucho melancolía”.*

**Hortensia:** *“es por momentos, con los alumnos de alegría, los demás de tristeza, angustia muchas veces, me siento muy sola”.*

**Amapola:** *“depresión cuando no tengo nada que hacer o cuando me peleo con mi marido. Ansiedad todo el tiempo, y alegría y satisfacción cuando resuelvo algún problema”.*

**Flor de Lotus:** *“alegre, bromista. Tristeza últimamente, la fuente de tristeza ha sido con mis hijas porque han cambiado las cosas, ya no estamos juntas tanto tiempo, ya no son tus chiquitas. La tristeza es siempre por una pérdida. Tristeza por la relación con mi mamá, siempre va ser una fuente de tristeza. Angustia cuando mis hijas salen, llegan tarde o van a dormir con sus amigas. Depresión, ansiedad no. Soledad a veces, pero me gusta”.*

**Dalia:** *“satisfacción, alegría por mis hijos, tristeza principalmente en fin de año, pero no sé porqué, angustia, depresión no sé porque me viene, ansiedad. No sé, tengo de todo, tal vez por temor que vaya pasar algo a mis hijos”.*

**Rosa:** *“tranquilidad, pero a veces deprimida, que es parte del cansancio, o a veces muy contenta”.*

**Tulipán:** *“tranquilidad”.*

**Bugambilia:** *“paz, angustia a veces”.*

**Margarita:** *“satisfacción”.*

**Jacaranda:** *“alegría, siempre estoy contenta, soledad en lo más mínimo”.*

Las mujeres académicas expresan mayormente estados melancólicos: depresión (seis de ellas), tristeza (cuatro), angustia (cuatro), ansiedad (dos), soledad (dos), pero también otros estados emocionales más positivos: alegría (cinco), satisfacción (tres), tranquilidad (dos), paz (una). Muchas integran varios de ellos,

tanto unos como otros. ¿Por qué la referencia a estos estados melancólicos? Tal vez tengamos que cambiar la fuente de la felicidad, de la alegría, de la satisfacción. Que no sean *los otros*, sino nosotras mismas, construir una concepción realista de la vida y adaptar esa concepción a lo posible, a lo asequible, a aquello que sí está al alcance de la mano y en el horizonte posible. Distanciar la felicidad de *los otros* y colocarla en nosotras mismas.

*“... Y cuando con más ternura  
mi infeliz estado lloro,  
sé que estoy triste y ignoro  
la causa de mi tristeza”<sup>282</sup>*

Las actividades artísticas es un tema que fue planteado a las mujeres académicas con la idea de indagar sobre sus obras, las realizaciones de placer sobre lo estético, lo lúdico.

**Lilis, Dalia, Hortensia, Orquídea, Rosa, Flor de Lotus, Gardenia, Margarita y Amapola:** *“ninguna”*  
**Alcatraz:** *“hacer vitrales y pintar”*.  
**Bugambilia:** *“pintura”*.  
**Jacaranda:** *“me gusta escribir el ensayo, que me parece que puede en algunas partes llegar a ser algunos pensamientos artísticos, estéticos”*.  
**Tulipán:** *“escribir”*

Podríamos transformar la depresión, la tristeza, la angustia en recursos-productos de nuestras capacidades, haciendo literatura, cuentos, ensayos, historias, poesías, canciones, coreografías para bailar... Sólo cuatro de las académicas realizan alguna actividad de este tipo: la pintura, los vitrales, es escribir, el ensayo.

La creatividad de la mujer está asociada a los deseos maternos, porque mientras crea a un niño o a una niña, se crea-recrea a sí misma. La actividad creadora se expresa también en aquellos procesos que hacen crecer sujetos, no sólo se

---

<sup>282</sup> Sor Juana Inés de La Cruz, en: Angel Flores y Kate Flores. *Poesía feminista del mundo hispánico (desde la edad media hasta la actualidad)*. Antología crítica. Siglo XXI, México, 1984, p. 63.

refieren a la producción de una obra de arte. En este sentido, todas las mujeres somos creadoras y creativas. Un acto creador y creativo para las mujeres sería generar nuevas formas de ser y estar en el mundo, dejar de *ser-para-otros* y *ser-para-sí-misma*.

Como corolario del ciclo vital de la adultez, se solicitó a las mujeres académicas que recordasen los hitos, **los hechos más significativos** ocurridos en los últimos años de su vida.

**Orquídea:** *“la muerte de mi mamá y derivado de eso, problemas económicos, mis hermanos varones querían quitarme la casa”.*

**Lilis:** *“la muerte de mi padre, el nacimiento de mi hijo, haber entrado a trabajar en la universidad y haber comprado mi casa”.*

**Alcatraz:** *“enamormarme de un artista, que ese artista me hiciera madre, después el alejarme de él también me marcó mucho, porque cuando me alejé de él se incrementó mi creatividad, mucho, yo pensé que cuando me iba separar de él, mi creatividad se iba a ir, y no aquí está conmigo, la he conservado. Pero él me enriqueció mucho como ser humano. O estaba dedicada a estudiar, a estudiar, y la pintura la tenía con mucho miedo, y cuando él llegó a mi vida empecé a producir mis propias obras. Entonces él me enriqueció mucho como ser humano. Yo lo pondría un poco más arriba que la maternidad. Primero la llegada de un artista como hombre y después ser mamá”.*

**Jacaranda:** *“la muerte de mi hermana, ese ha sido un asunto muy importante; me asombra la fortaleza de mi padre; ver la templanza de mi hija; el accidente de mi compañero, las secuelas que tuvieron; mi certeza de libertad, de independencia, de autonomía, mi enorme gusto que no sé porque es tan grande, mi gusto por vivir, pero eso me sorprende, porque no es algo que yo hubiera tenido siempre; me sorprende que me guste ahora tanto el baile. Creo que he despertado la sensualidad”.*

**Tulipán:** *“vivir con mi pareja, la muerte de mi papá, cambiarme de casa”.*

**Flor de Lotus:** *“el crecimiento de mis hijas, el hecho de que el posgrado de mi esposo significó vivir sola mucho tiempo, y aprendí que puedo ser la capitana, y lo que más me asustó es que aprendí que me gustaba. Eso de tomar decisiones y no darle cuenta a nadie y ni tomar parecer, y eso, a veces hace un poco difícil la relación. He aprendido a buscar otras fuentes de alegrías, otras amistades, ir a comidas con mis compañeros, ir a la cantina y pasarle horas contando tonterías”*

Es interesante observar los hitos que refieren las académicas en la adultez, lo clasificamos en dos tipos, algunas integran diferentes hitos, otras unos más que otros: aquellos indicativos de que fueron los otros (personas o cosas) los que significaron sus vidas y que en su mayoría marcaron con dolor: muerte de la madre, del padre, de la hermana, nacimiento del hijo, de la hija, el crecimiento de las hijas, tener al esposo lejos, problemas económicos por la muerte de la madre, accidente del compañero, fortaleza del padre, templanza de la hija; y aquellos que fueron generados por ellas mismas ellas y que las marcaran con disfrute: certeza de libertad, independencia y autonomía, gusto por vivir, por el baile, por tomar decisiones, por haber comprado su casa, el trabajo en la universidad.

Con toda su carga patriarcal, el ámbito familiar es simbólicamente femenino, las mujeres están sobreidentificadas con la familia. De acuerdo a las ideologías patriarcales, en la realización femenina está vigente la moral que considera los logros o fracasos familiares como los hechos más significativos para las mujeres. Por eso muchas mujeres tienen como marcadores los logros de sus familiares, aunque ellas mismas no tengan logros semejantes, o al contrario, tienen como marcadores los hechos tristes o los fracasos de sus familiares, aunque ellas mismas no hayan fracasado. Este hecho no cuestiona, por supuesto, la solidaridad de estas mujeres académicas hacia *los otros*.

La opresión política está en la secuencia de los procesos que marcan a las mujeres en su subjetividad, pero también en sus vidas cotidianas. En la exigencia a las mujeres de que actúen a favor de *los otros* (aun cuando sea contra ellas mismas), sean padres, madres, hermanas, hermanos, cónyuge, hijas e hijos, ellas tienen que posponer, disminuir o eliminar sus propios logros, su individualidad, su independencia y su desarrollo.

La contradicción entre tener vidas marcadas por hitos obligatorios y al mismo tiempo tener vidas marcadas por transgresiones es una característica de las

mujeres modernas: sincretismo de género – una mezcla de mujeres tradicionales y modernas a la vez -.

¿Qué tienen proyectado, las mujeres académicas, para su vida? ¿Cuál es su **proyecto de vida**? ¿Qué y quién incluyen en él?

**Orquídea:** *“ir estudiar a Europa”.*

**LILIS:** *“seguir trabajando en lo que me gusta, sacar adelante a mi hijo, que siga estudiando lo que quiera estudiar, que sea feliz, tratar de entenderme con mi mamá, ese es un proyecto que toda la vida lo he tenido”*

**Alcatraz:** *“no me gusta hacerlos porque siempre que los hago me sale otras cosas, todo menos eso. Pero, bueno, sería vivir mucho, así como María Félix, 90 y tantos años, así bien lúcida y casi sin enfermedades, me gustaría tener otro hijo, ya sea adoptado o que llegara, si no llega, adoptar alguien ya cuando sienta a mi hija fuerte, y si tuviera otro hijo, los sienta autónomos. Rehacer mi vida con alguien y viajar”.*

**Hortensia:** *“me gustaría tener un compañero para compartir mi vida”.*

**Bugambilia:** *“hacer una casa, vivir allí, poner negocios, pero que no me quiten tiempo para dedicarme a escribir, a investigar, y tener una vejez bonita”.*

Dos mujeres académicas desean a un compañero en su vida y una de ellas además desea otro hijo; otra piensa-desea-espera sacar adelante a su hijo y entenderse finalmente con su madre: son los otros presentes, proyectados en su vida. Esta actitud se explica porque estamos social y culturalmente en subordinación y porque hemos aprendido a relacionarnos dando cuidados, atenciones, apoyo. Esa es la construcción de género de las mujeres: ser educadas para apoyar solidariamente el desarrollo de los demás.

Que no nos olvide que es diferente hacer vínculos con alguien que ser parte de alguien. Los vínculos pueden ser ocasionales, temporales o duraderos, superficiales, sólidos o profundos, pero siempre serán sólo vínculos.

No obstante, ellas mismas y otras desean envejecer saludablemente, seguir trabajando en lo que le gusta, estudiar, viajar, hacer una casa para allí vivir,

escribir, seguir investigando, todo eso lo quieren hacer para ellas mismas, y eso es ser autónomas, decidir sobre sus propias vidas, es ser empoderada.

Tenemos que ser protagonistas de nuestras propias vidas y esto significa entender que tenemos derechos. Tener una pareja y un compañero, tener derecho al amor, pero un amor con apellido feminista: amor no enajenante, un amor que no me haga ajena del sentido de mi vida, que no me expropie de mi misma, un amor que me beneficie.

Como mujeres modernas tenemos que asumir otro punto de partida en la vida, en el cual el interés tiene que estar situado en nosotras mismas, lo que exige dar respuestas a determinadas preguntas: quién soy, qué soy, qué quiero, qué deseo, qué anhelo, qué necesito, qué puedo, qué hago. Son preguntas que sirven de guía en un recorrido para desarrollar la autoconciencia. Si no conozco la respuesta a estas interrogantes vitales, talvez lo que esté haciendo es cumplir mandatos sociales de género.

### **La salud-enfermedad en la adultez**

La salud-enfermedad de las mujeres es específica, no sólo debido a su condición sexual, sino también por su condición genérica. Enfermedades, padecimientos, malestares, dolencias son vividas sólo por las mujeres porque sólo ellas tienen cuerpos sexuados femeninos y con ello potenciales ligados a determinados problemas por el lugar secundario que ocupan en la sociedad, por las carencias a las que son sometidas, por la exclusión del acceso a recursos y bienes, por el exceso de trabajo y de actividades derivadas de realizar varias jornadas en una. Gran cantidad de mujeres viven tensiones ante la carencia, material y simbólica, la cual produce daños y por añadidura viven la tensión mental que produce el dominio.

“Vivir discriminadas, excluidas, controladas, disminuidas y un sinnúmero de ellas bajo maltrato, agresión, hostilidad y otras formas de violencia, y además a cargo de las necesidades *de otros*, produce graves consecuencias en la salud mental y en la salud integral de las mujeres”<sup>283</sup>.

La mujer, a cualquier edad, tiende a experimentar menores tasas de mortalidad que el hombre, pero está sujeta a una problemática de salud-enfermedad mucho más importante que el hombre, expresada en una incidencia<sup>284</sup> más alta de trastornos agudos, una mayor prevalencia<sup>285</sup> de problemas crónicos no mortales y en niveles más elevados de discapacidad en el corto y en el largo plazo<sup>286</sup>.

La conjunción para las mujeres de un mayor número de afecciones no mortales y uno menor de afecciones mortales significa un total más grande de años de vida y también más años de enfermedad, dolencias, malestares y disfunción. En contraste, “las vidas de los hombres están más libres de enfermedad, incomodidad y discapacidad; pero cuando la mala salud ataca, lo hace más frecuentemente a través de enfermedades crónicas mortales que abrevian la vida masculina<sup>287</sup>. ¿Cuál género paga el precio más alto? No hay una sola respuesta. La afectación de la calidad de vida de las mujeres y la afectación de la longevidad de los hombres son ambos altos precios.

En el ciclo de la adultez las mujeres se ven afectadas por un conjunto de problemáticas por demás complejas, por demás numerosas. Este ciclo está conformado por un largo período de años, hay posibilidades de ocurrir muchas situaciones que conllevan problemas de salud-enfermedad, y eso porque además de la condición de género, las mujeres están adscritas a otras condiciones

---

<sup>283</sup> Marcela Lagarde. *Género y feminismo*, op.cit., p. 173.

<sup>284</sup> Incidencia: apareamiento de un fenómeno entre dos momentos, a lo largo del tiempo

<sup>285</sup> Prevalencia: apareamiento de un fenómeno en un tiempo determinado

<sup>286</sup> Organización Panamericana de la Salud. *La salud de la mujer en las Américas*. Publicación Científica n° 488. OPS, Washington, D.C., 1985, p. 90.

<sup>287</sup> L.M. Verbrugge. Introducción a: Organización Panamericana de la Salud. *Género, mujer y salud en las Américas*. Publicación Científica n° 541, OPS, Washington, D.C., 1993, p. xv.

sociales que articuladamente dan cuenta de la condición de la salud-enfermedad de ellas.

En el caso de las mujeres académicas, ¿qué han dicho ellas sobre su salud-enfermedad? Sobre este tema - que consideramos como resultado de la forma de vivir como mujeres, pero también como una forma de vivir de cada mujer, según sus particularidades, sus adscripciones a otros órdenes sociales - , se intentó elaborar una serie de interrogantes sobre su estado de salud-enfermedad actual, así como su comportamiento ante tal condición, las formas de tratamiento para sus problemas, los antecedentes familiares de salud-enfermedad, las adicciones, el tipo de alimentación, cirugías realizadas, las formas de entretenimiento, los satisfactores de salud y la propia percepción de estar sana y/o enferma.

#### **Estado de salud-enfermedad actual**

**Gardenia, Dalia, Margarita, Amapola, Alcatraz, Lilis y Rosa:**  
*“bueno”*

**Jacaranda:** *“yo diría que bien sin ser excelente”.*

**Flor de Lotus:** *“malo por la cantidad de trabajo, de estrés, fuente de estrés es la escuela. Las condiciones de trabajo, la exigencia en la institución de dar siempre más y más. Además de las condiciones de ahorita estoy sola con las niñas, y además las condiciones del país. Por ejemplo, hace un año caminaba mucho, 1 hora diaria, hasta 4 km, y ahorita no tengo tiempo, y además porque no vivo cerca de un parque o algo así para ir a caminar. He tenido poco tiempo para dedicar a mis ejercicios, la yoga me funciona maravillosamente, llevar una dieta casi de verduras y granos, eso me ayuda muchísimo. Por las mismas premuras acabo comiendo lo que encuentro, hago muy poco yoga, si es que lo hago. Y la fibromialgia que padezco se expresa en un dolor muscular generalizado, inflamaciones. Ayer tuve un día de migraña, de que me tiró así, no podía hacer nada. Tengo que hacer algo, no me gusta sentirme así, sobretodo porque me siento tan vulnerable, tan frágil, me choca esos sentimientos. Y lo más canijo del asunto es que yo sé lo que me puede ayudar, entonces tengo que hacerlo ahorita”.*

**Tulipán, Hortensia:** *“regular”*

**Bugambilia:** *“estoy medio fregada”.*

**Orquídea:** *“malo”*



Ocho de las mujeres académicas manifiestan tener un buen estado de salud, dos un estado regular y dos más indican que tienen un estado de salud malo, y algunas explicitan las razones de sus consideraciones sobre el propio de salud-enfermedad. Es notable como las mujeres, no obstante tener diferentes y múltiples enfermedades y dolencias, se ubican en el lado saludable. Por un lado, a las mujeres se les exige estar sanas (incluso muchas mujeres sienten vergüenza de enfermarse) para cumplir con sus distintas asignaciones genéricas, asignación que es introyectada y asumida en su identidad y subjetividad, de tal forma que así se perciben: sanas, aunque enfermas. Por otro lado, esta concepción (negación la enfermedad) tiene que ver con los fundamentos epistemológicos mediante los cuales las mujeres, en el caso las académicas, están formadas y siguen desarrollándose, es decir, concepción que establece que enfermedad es aquella que es discapacitante, grave y esté bajo la mirada médica. Los demás estados (malestares, dolencias, pero también problemas severos, aunque no diagnosticados) no son considerados como enfermedades, sino “achaques”, entendido como indisposición, defecto, excusa, pretexto, cosas de menor importancia. También ha de considerarse las situaciones de vida de cada una de estas mujeres académicas, situaciones particulares que las pueden alejar de una condición de vida saludable.

### **Problemas de salud-enfermedad**

**Dalia:** *“ninguno”*

**Gardenia:** *“glaucoma controlado, labirintitis, soledad, angustia, melancolía y achaques varios”.*

**Dalia:** *“no, no tengo problemas de salud”.*

**Margarita:** *“bucales, dolor en los pies, callos, exceso de peso, uso de lentes, piel seca, bochornos, resequedad vaginal, falta de deseo sexual, depresión, tristeza, me molesta la cantidad de carteles en la FES”.*

**Amapola:** *“ansiedad, depresión, gastritis, cefalea tensional, artritis, bucales, dolor en las piernas, pies, diarrea, colitis, dolor en el cuello, hiperquinética, vista, caída de pelo, callos, sobrepeso, celulites, ojos irritados, dolores en los ojos”.*

**Flor de Lotus:** *“síndrome de fibromialgia: dolor de cabeza, dolor de cuello, en la nuca, dolor de oído y mareos cuando tengo migraña,*

*espalda, cintura, pies, y como el cuerpo no quema energía, grasa, a veces parece que me echan aire; taquicardia a veces, ojos irritados, dificultad para respirar, sobrepeso, celulitis. La fibromialgia surgió cuando hice el doctorado. Tiene un componente genético, pero se necesita un disparador, como una enfermedad grave, una enfermedad viral o condiciones de mucho trabajo, poco descanso, mucho estrés. Si me molesta el ruido urbano, los carteles, los anuncios en la ciudad, en la FES”.*

**Tulipán:** *“rodillas, articulaciones, gastritis, dolor en la cintura, en las nalgas, en los pies, en las piernas. Pie plano, dificultad para respirar, caída de pelo, resequedad de la piel, sobrepeso, celulitis, taquicardia, uso de lentes, infección genito-urinaria. Me molesta el ruido urbano y la cantidad de carteles en la FES”.*

**Jacaranda:** *“en las rodillas, tengo desviada las rótulas, tengo pie plano transverso, uso zapatos y plantillas especiales. Soy muy exigente con la comodidad de los zapatos. Uña enterrada, desde niña, caída de pelo por nerviosa, y además soy obsesiva con la limpieza. Tengo sobrepeso, pero estoy en el peso que me merezco, tengo exceso de peso desde el primer embarazo, y dificultad para ver, por eso uso lentes para leer. Me encanta el ruido urbano, yo soy capaz de ir al centro, nada más para escuchar a los puesteros, soy capaz de irme a los tianguis para ver la basura, me encanta ver la basura que la gente tira. Me gusta el bullicio, los mercados, las iglesias, las escuelas”.*

**Bugambilia:** *“de tipo ortopédico, columna, infecciones ginecológicas, urinarias, colitis, uso de lentes, achaques si. Tengo sobrepeso y me ocasiona problemas por mi columna, por otra parte no me gusta verme así. Me molesta mucho el ruido urbano”.*

**Hortensia:** *“columna, escoliosis por caídas de cuando era niña, colitis, problemas bucales, dolor de cabeza, en el cuello por tensión, en la espalda, en la cintura, en las piernas, en los pies, uñas enterradas, pie plano, alergia respiratoria al polvo, al pasto, a la contaminación; problema con mi estatura, sobrepeso, celulitis, ojos irritados. Me molesta el ruido, el exceso, los puestos, los ambulantes, los carteles en la ciudad, en la FES”.*

**Alcatraz:** *“simplemente conservar los que ya tengo y que no se empeoren, por ejemplo, la cadera, checarla que no se agrave. Necesito una operación, pero como es con prótesis y tiene una duración de 8-10 años, si me operan ahorita tengo que estar operándome a cada 8 años. Entonces es operarme hasta estar viejita. Es cuidar eso, cuidar la columna, el peso. No tengo otros problemas”.*

**Lilis:** *“bucales, migraña, dolor de cuello, espalda, piernas, pies, juanetes, infecciones ginecológicas y urinarias, caída de pelo, alergia al sol, mareos, desmayos frecuentes creo que por angustia, hipotensión, un poquito de sobrepeso. El ruido y los carteles en la calle me saca de quicio a veces”.*

**Rosa:** “esterilidad, dolor de oídos, vista, uso de lentes, infección estomacal, hemorroides, problemas circulatorios, dolor de cuello, espalda, cintura, nalgas, piernas, pies, estreñimiento, infecciones urinarias, callos, problema de postura, juanete, uña enterrada, ojos irritados, ardor en los ojos, un poco de sobrepeso”.

**Orquídea:** “dolor de cabeza, de cintura, en las piernas, problemas respiratorios (gripes, faringitis, etc.), sangre por la nariz, caída de pelo, alergia en la piel, sobrepeso, callos, uña enterrada, celulitis, uso de lentes. A veces si me molesta el ruido y los carteles”.

Las mujeres académicas manifiestan múltiples problemas de enfermedades, los cuales para su análisis, hemos agrupados en tres grupos, como ya lo hemos hecho en el ciclo de la niñez y de la adolescencia.

En el primer grupo – **infecto-contagiosos** - sus problemas son menos:

- problemas bucales
- infecciones genito-urinarias
- infecciones respiratorias
- infecciones gastro-intestinales

En el segundo grupo – **crónico y/o-degenerativo** - se amplían:

- glaucoma
- uso de lentes por problemas visuales
- labirintitis
- pie plano
- columna
- cadera
- rodillas
- articulaciones
- postura
- gastritis
- colitis
- hemorroides
- alergias

- estreñimiento (constipación)
- hipotensión

En el tercer grupo – **dolencias y malestares** – son todavía más:

- dolor de pies, piernas, nalgas, cintura, espalda, cuello, cabeza
- caída de pelo
- hiperquinesia
- dificultad para respirar
- mareos
- desmayos
- sangre por la nariz
- taquicardia
- migraña
- fibromialgia
- ojos irritados
- callos
- uña enterrada
- juanete
- celulitis
- problemas con la estatura
- percepción de sobrepeso
- estrés
- depresión
- angustia
- soledad
- melancolía
- ansiedad
- tristeza
- molestia por la contaminación del aire, visual y auditiva

No es objetivo de este trabajo explicar todos los problemas colocados por las académicas, se necesitaría una investigación multi/interdisciplinaria; se discutirá aquellos problemas (por grupos) de salud-enfermedad que tienen mayor determinación social y genérica.

En relación al primer bloque de problemas (infecto-contagiosos) Levins<sup>288</sup>, en su obra “Preparándonos para la Incertidumbre” sostiene que la complejidad de los factores determinantes de las enfermedades infecciosas (emergentes) constituye el principal problema científico de esta época. Entre estos factores, el autor cita categorías sociales tales como género, raza y clases, y su compleja interrelación con las enfermedades transmisibles. Estos problemas, indica Pamela Hartigan<sup>289</sup> continúan siendo la primera causa de mortalidad en la población de los países pobres y, aunque se ha comenzado a reconocer la relación entre ellos y la pobreza, todavía no se presta suficiente consideración a la interrelación con el género, que se manifiesta en la carga inequitativa de enfermedad para las mujeres y en las limitaciones de acceso a los recursos necesarios para el control y la protección de su salud.

“Se calcula que de los 51 millones de muertes que se produjeron en el mundo en 1993, aproximadamente una tercera parte, equivalente a 165.4 millones, se debieron a enfermedades infecciosas y parasitarias... Pese al arsenal de diagnósticos, fármacos, plaguicidas y vacunas que vieron la luz a lo largo de los últimos cien años, los investigadores y profesionales biomédicos continúan enfrentándose a un número siempre creciente de enfermedades transmisibles de nueva aparición, como la infección por el VIH y la hepatitis C. Además, las cepas resistentes a los medicamentos contra los agentes infecciosos más conocidos como los que causan la malaria y la tuberculosis, transforman en ineficaces

---

<sup>288</sup> R. Levins, citado en: Pamela Hartigan. *Enfermedades transmisibles, género y equidad en la salud*. Publicación Ocasional n° 7. OPS/OMS, Washington, D.C., 2001, p. 1.

<sup>289</sup> Pamela Hartigan. *Enfermedades transmisibles, género y equidad en la salud*, op.cit., p. 1.

fármacos antes potentes, tales como la cloroquina y la terapia multifarmacológica<sup>290</sup>.

¿Por qué, pese a un siglo de esfuerzos combinados por parte de los países ricos y pobres, éstos parecen incapaces de responder de forma continuada y con éxito ante problemas bien conocidos, emergentes o re-emergentes? Muy probablemente porque la investigación, la vigilancia, la prevención y el control de tales problemas infecciosos están dominados por las teorías biomédicas fundamentalmente biologicistas, por lo tanto individuales, sobre la causalidad lineal de dichos problemas. Sigue prestándose más importancia al proceso biológico de la enfermedad que a los procesos sociales y culturales determinantes de los problemas. Este planteamiento es sustentado por Pamela Hartigan: “Las intervenciones de los expertos en enfermedades transmisibles tienden a centrarse solamente en los mecanismos biológicos empleados por la enfermedad; rara vez amplían sus perspectivas para incluir el estudio de las circunstancias políticas, económicas o sociales que explican la presencia de esa enfermedad”<sup>291</sup>.

El mayor obstáculo para la erradicación de las enfermedades infecto-contagiosas es la pobreza, que es también al mismo tiempo, es mayor riesgo. Se calcula que el 47.3% de todas las muertes debidas a las enfermedades transmisibles y afines se producen en el 20% más pobre de la población mundial. Conviene añadir, considerando que las mujeres constituyen aproximadamente el 70% de la población pobre, que la articulación entre género y pobreza podría constituir el factor de riesgo más importante que se debe considerar.

Si bien casi todas las enfermedades infecto-contagiosas afectan tanto a los hombres como a las mujeres, gran parte de las investigaciones realizadas se centran en la función reproductiva de la mujer, específicamente en el feto o el feto potencial que pueda gestar. El impacto de la exposición a estos tipos de

---

<sup>290</sup> Pamela Hartigan. *Enfermedades transmisibles, género y equidad en la salud*, op.cit., p. 1.

<sup>291</sup> Ibid, pp. 1-2.

enfermedades para las propias mujeres a lo largo de su vida apenas recibe atención. Es poco el conocimiento y las publicaciones sobre los aspectos específicos de género, excepto en lo que se refiere al aparato reproductivo de la mujer durante los años fértiles.

Las mujeres académicas, por sus otras condiciones sociales, en las que incluimos por supuesto la escolaridad, el trabajo académico, intelectual en el área de las Ciencias de la Salud y niveles económicos satisfactorios, no las hace muy vulnerables a las enfermedades infecto-contagiosas, sin embargo, algunas indicaran por ejemplo, las infecciosas genito-urinarias, que probablemente podría tener un disparador de tipo sexual.

Los riesgos biológicos para las mujeres son agravados por una serie de factores socioculturales y otros asociados a los servicios de salud y a la atención médica. La subordinación económica, sociocultural, física y sexual de la mujer, por lo tanto su poder subalterno, hace con que tengan pocos recursos para controlar su exposición a las enfermedades de transmisión sexual. La mujer ve disminuida la probabilidad de que procure tratamiento para este tipo de infección, llevándola muchas veces a la aceptación de los síntomas: secreción vaginal, dolor en el bajo vientre, considerando como normales a la condición sexual femenina, o el estigma social que asocia estas enfermedades a la promiscuidad, a la prostitución y a la práctica común de la automedicación.

Hay otros problemas asociados a los ya mencionados en la atención médica a las enfermedades de transmisión sexual. Las mujeres con este tipo de infección pueden no recibir informaciones claras y apoyo por parte de las y los profesionales de la salud. Esto parece resultar, por lo menos en parte, de la situación sensible en la cual la médica o el médico se encuentran frente a las normas sociales cuanto a la sexualidad y a la infedilidad masculina. Esto genera una consecuente dificultad para la/el profesional de la salud en términos de decir claramente a la mujer que ella tiene una infección transmitida sexualmente. El uso común de los

términos como “inflamación ginecológica” permite que la/el profesional y la mujer afectada puedan hablar de su condición clínica sin mencionar “enfermedad de transmisión sexual”. La médica o el médico, en un intento de proteger tanto a la mujer cuanto a sí misma/mismo de situaciones emocionales y sociales difíciles, termina por no explicar claramente a la mujer el problema que ella tiene.

Al mismo tiempo, en los casos en que se ofrece el tratamiento a la mujer, el comportamiento más recurrente en el servicio de salud es mandar una medicina para la pareja, a través de la mujer. Esta situación, no esclarecida (sobretudo a nivel de los servicios públicos) deja la mujer vulnerable a la posibilidad de ser culpada por la infección, y consecuentemente enfrentar rechazo, vergüenza y culpa. Mismo cuando la mujer desconfía de la infidelidad de su pareja, y cree que fue infectada por él, sale de la consulta médica sin elementos que la apoyen. En esta situación, la probabilidad de que su pareja haga el tratamiento es reducida, y la de que ella siga infectada es alta.

Aun cuando las mujeres académicas no relatan muchos problemas infecciosos, es importante tener en cuenta que los niveles de cansancio, exceso de responsabilidades, estrés y estados emocionales varios pueden incidir en la determinación de estos problemas, al bajar su resistencia física y quedar vulnerables a varias infecciones, sobre todo las de tipo respiratoria y bucal, mismo porque por nuestra construcción genérica (debemos ser sanas, no reclamar, aguantarse estóicamente, no hacer caso, o restar importancia a los síntomas y señales), esperamos días, semanas hasta acudir a un servicio de salud para el cuidado de una gripe, de una diarrea, de un dolor de diente o muela.

Respecto a los problemas bucales vale la pena señalar que de los problemas que ocurren en el cuerpo, estos son los menos atendidos, a destiempo y tardíamente, por algunas razones: por ellos, se piensa, no se ha de morir, los tratamientos para cualquier procedimiento es altamente costoso, y si se acude al servicio público, que en el caso de las mujeres académicas sería el ISSSTE, el énfasis está dado



en la extracción o cuando mucho en la obturación, no se ofrece ninguna otra alternativa viable para la rehabilitación bucal, mucho menos procedimientos profilácticos.

En lo que dice respecto a las infecciones gastro-intestinales, en el caso de las mujeres académicas, es importante indicar que, entre cosas, son debidas al tipo de alimentación que tienen, dónde consumen sus alimentos (que en caso de la FES-Zaragoza y sus alrededores no hay medidas higiénicas seguras), cuánto consumen y si lo hacen en la calle, ya que el aire está contaminado con materiales fecales que afectan el sistema digestivo.

Referente al grupo de problemas crónico y/o degenerativos, las mujeres académicas se encuentran mayormente afectadas. Para recordar, sus mayores problemas son de tipo óseo, articulares, alergias, surgidos desde la niñez debido a la poliomelitis, a pies planos, afección en las rodillas, en la cadera. Muchas académicas también refieren el uso de lentes por problemas visuales, el glaucoma que si no es tratado a tiempo y adecuadamente puede llevar a la ceguera, también labirintitis, gastritis, colitis, hemorroides, estreñimiento y hipotensión.

Todos ellos son problemas crónicos porque, por un lado se han mantenido en el tiempo y, por otro no fueron curados, aunque pudieran haber sido, y solamente recibieran intervención clínica (algunos siquiera lo recibieron) a través de medicamentos e intervenciones quirúrgicas en el caso de tres de las académicas (Hortensia, Alcatraz y Bugambilia) para problemas de tipo ortopédico.

No hemos encontrado material que aborde estos problemas desde la categoría de género; si hay diversos textos que tratan de problemas crónicos y degenerativos asociados a los tumores malignos: cáncer de mama, de útero, de cuello o colón uterino, de ovario y otras localizaciones uterinas, y también la diabetes mellitus, problemas cardiovasculares y cerebrovasculares, la artritis reumatoide, la

incontinencia urinaria, problemas asociados al climaterio como la osteoporosis, entre otros, pero desde el punto de vista biológico y cuando mucho distribuidos por sexo, pero no desde el análisis de género.

Afortunadamente las mujeres académicas, según sus narrativas, no adolecen de ningún problema de este orden, excepto Bugambilia que relata haberse ometido a la mastectomía. Algunos de los problemas manifestados por las académicas y clasificados en este grupo (crónicos y/o degenerativos) fueron desarrollados desde la infancia y se podría afirmar que tuvieron determinaciones biológicas, genéticas, pero otros sí pudieran tener relación con la forma en que vivieran sus vidas las académicas, o cuando menos pudieran estar relacionados por la falta de atención oportuna a ellos, durante la niñez o la adolescencia.

En este sentido, quedarían las dudas y las preguntas: ¿si hubiesen sido atendidos en su oportunidad, estas académicas cursarían actualmente con ellos? ¿la magnitud del problema sería la misma? Hoy día las académicas ¿prestan la debida atención a estos problemas? Estas son sólo algunas de las interrogantes que se plantea, en vista de la falta de información para establecer el análisis. Este hecho viene a confirmar la importancia de realizar investigaciones sobre la salud-enfermedad con base al género.

En relación al tercer grupo de problemas – dolencias y malestares (constituyen el 40-60% de los problemas cuya etiología y patogénesis es desconocida) – incluye aquellos problemas cuyas determinaciones se creen son psicológicas y/o no se encuentran clasificados como problemas, es decir síntomas sin aparente explicación y conexión biológica, tanto por las mujeres como por las ciencias médicas<sup>292</sup>. Son estos problemas que se considera estén más directamente articulados con la condición de género femenina.

---

<sup>292</sup> Uno de los médicos que atiende uno de mis problemas de salud-enfermedad, ha comentado que cuando la medicina no conoce, no sabe del problema, supone entonces que tiene que ver con cuestiones psicológicas, y por eso lo nombra como “psicosomático” - es una nominación que en verdad demuestra la ignorancia de la ciencia médica.

Una de las formas en que las mujeres manifiestan los trastornos de su vida cotidiana, privada y pública, es a través de sus síntomas, expresión de malestar, y a la vez de protesta, de sus condiciones de vida. El rasgo característico de la vida cotidiana de las mujeres, según Mabel Burin, es la sedimentación de un conjunto de actividades y actitudes que, bajo la forma de rutinas y de hábitos, se mantienen constantes por un período prolongado de tiempo. “La vida cotidiana es aquella suma de rutinas siempre presentes, pero que, por conocidas y esperables, nunca son registradas ni cuestionadas”<sup>293</sup>. Desde esta perspectiva, parecería que la vida cotidiana correspondiera al ámbito de “lo natural”.

Los problemas que pueden surgir de la vida cotidiana para las mujeres pueden ser analizados por las narrativas de las mujeres académicas: el dolor del y en el cuerpo es el síntoma más manifestado, y aunque pudiera deberse a sus problemas ósteos-articulares, también es muy probable que se deba (porque ni todas tienen estos problemas), a las condiciones desfavorables de trabajo en el ámbito público institucional, al número de horas que pasan paradas en las aulas, a la falta de espacios y horas de descanso, las largas movilizaciones de un lado a otro (del estacionamiento a sus cubículos, de la biblioteca a las aulas, de los baños a las distintas carreras, de ahí a la cafetería, al puesto de periódico, a la librería, etc.) que sumados a la carga de las múltiples actividades domésticas, las lleva a manifestar tales síntomas.

Los callos, la uña enterrada, el juanete, la celulitis, si no fuera porque se les hizo la referencia, las académicas no los hubiera pensado y manifestado como problemas de salud-enfermedad. Son como si hiciesen parte del cuerpo, no se reflexiona sobre la incomodidad que representan estos problemas. Lo único que si es visible para las mujeres que tienen estos problemas es cubrirse bien los pies y los lugares de la celulitis, para que nadie se den cuenta de ellos, se constituye en

---

<sup>293</sup> Mabel Burin. *Estudios sobre la subjetividad femenina op.cit.*, p. 235.

última instancia, una vergüenza para aquellas que los tienen – son para las mujeres un problema estético, no de salud-enfermedad.

La caída de pelo, hiperquinesia, dificultad para respirar, mareos, desmayos, sangre por la nariz pienso son problemas (y de hecho algunas de las académicas así lo refirieron) asociados a la cuestión “nerviosa”, al estrés, al cúmulo de actividades tanto institucionales como domésticas. Las mujeres se sienten por demás presionadas por cumplir con una serie de requisitos al mismo tiempo. Como no todas, ni todo el tiempo, están perfectamente conectadas con su cuerpo, no les alcanza el tiempo para darse cuenta (sabiduría) de sus necesidades: descansar, dar una parada para entretenerse, tener actividades placenteras, compartir, aprender unas de las otras. El resultado son estos problemas que igualmente, si no explicitados, ellas, las mujeres académicas, no los hubieran referido.

La migraña y la taquicardia son síntomas asociados a la fibromialgia, síndrome muy poco conocido y que afecta particularmente a mujeres, que se caracteriza por dolores en todo el cuerpo, pero un dolor caminante, que se mueve por partes. Su etiología es desconocida así como la terapéutica para su cuidado, las formas que actualmente se conocen y que han dado mejor resultado es a través de la medicina alternativa, a través de una alimentación basada en granos, verduras y frutas, la consecución de determinados ejercicios, como la caminata, la yoga, la relajación, evadir el estrés, etc. La medicina alópata prescribe tratamientos a base de anti-inflamatorios y analgésicos que terminan por generar otra serie de problemas a las que lo padecen.

Los ojos irritados es un resultado probable de los altos niveles de contaminación del aire bajo los cuales vivimos todas y todos en la Ciudad de México, además del número de horas que las académicas se dedican a sus trabajos institucionales, frente a la computadora, a la lectura, a escribir. Tampoco este problema es preocupante para ellas, lo toman como algo natural, como parte de, sin

trascendencia. La molestia con los carteles y con el ruido también conforman los problemas ambientales, que muy poco son tomados en cuenta, por las académicas, como por los servicios de salud, por las autoridades responsables de la Salud Pública, por las instituciones de salud.

Los demás problemas manifestados por las académicas se refieren al ámbito psíquico, aunque dejan marcas en lo orgánico. La depresión, la tristeza, la ansiedad, angustia, melancolía, soledad. Habrá que interrogar cuáles son las marcas de la subordinación de género en la subjetividad de las mujeres, desde qué cicatrices de la subordinación las mujeres se constituyen en tristes, deprimidas, ansiosas, angustiadas, melancólicas, solas. Cuáles son las marcas que el ejercicio del poder de género que atraviesan las subjetividades femeninas, qué limitaciones personales traen aparejadas a las subordinaciones, a la dependencia, al poder secundario, a un cuerpo desposeído, expropiado, a un cuerpo *para-otros*.

Gloria Sayavedra Herrerías y Eugenia Flores Hernández plantean que “los síntomas que presentan las mujeres son el lamento doloroso o la queja de un cuerpo que ha llegado al agotamiento, debido a un sinnúmero de agresiones, frustraciones o insatisfacciones por responder a los ideales y modelos de mujer que esta sociedad exige<sup>294</sup>”. Por su parte, María Asunción González de Chávez complementa la idea: “El síntoma o la queja es la manifestación individual del conflicto que se está operando en el interior de la mujer, ya sea consciente o inconsciente, y es el resultado individual de las múltiples frustraciones y culpabilizaciones que muchas veces en el terrible silencio y soledad, sufre cada una de las mujeres”<sup>295</sup>.

---

<sup>294</sup> Gloria Sayavedra Herrerías y Eugenia Flores Hernández. El enfermar de las mujeres, en: G.Sayavedra Herrerías y E. Flores Hernández (coords.) *Ser mujer: ¿un riesgo para la salud? Del malestar y enfermar, al poderío y la salud*, op.cit., p. 141.

<sup>295</sup> María Asunción González de Chávez. *Cuerpo y subjetividad femenina. Salud y género*. 2ª.ed. Siglo XXI, Madrid, 1993, p. 45.

Las expectativas sociales acerca de los roles que no pueden ser totalmente cumplidos por las mujeres, o que no se satisfacen plenamente, se materializan como malestares psíquicos, dolencias sin nombres, una percepción de que nada está bien, que “yo” no estoy bien, pero sin razones aparentes. Según lo que se ha venido planteando, la condición y la situación de las mujeres estarían entrelazadas para el desarrollo de estos problemas, en un proceso de construcción de la dolencia, del malestar, sea cual sea su expresión.

El enfoque de proceso permite nombrar de otro modo, comprender de otro modo los problemas del orden psíquico de las mujeres, desde la determinación social de sus conflictos y su interrelación con los modos psíquicos de producción de malestar, dolencia, que cada una atribuye. Por ejemplo, se ha coincidido en señalar un mayor riesgo en salud mental para las mujeres que para los hombres, y a la depresión como factor predominante. La relacionan con pérdidas: perder el embarazo llevado en las entrañas, la depresión postparto, la ocasionada por la salida de los hijos/hijas de la casa materna, la depresión en la menopausia con la pérdida de la capacidad reproductiva como posibilidad. Todo ello por la estrecha ligazón social que en el patriarcado se ha dado a la mujer como madre, con lo cual se le invisibiliza y se le obliga a adaptarse a las normas.

En el caso de las mujeres académicas, algunas manifiestan claramente la preocupación por el crecimiento de las hijas, por que ya salen solas, tardan en regresar; otra dice que es una madre obsesiva en los cuidados a su hijo; otras más que encuentran placer y satisfacción sólo a través de las/los hijos. Estas posturas indiscutiblemente llevan a estas mujeres a estar volcadas hacia *los otros*, en el caso, a sus hijos e hijas. Cualquier alteración (o pérdida sea momentánea, temporaria, o posible) en la relación de proximidad, de afecto, de cuidados, provoca en estas mujeres grandes niveles de estrés, preocupación, angustia, los cuales por su vez pueden llevar a la depresión, a la angustia, a la soledad, a la tristeza, a la melancolía, y posiblemente a problemas orgánicos.

Mabel Burin<sup>296</sup> plantea además que en el caso de la depresión de la mujer, la hostilidad resultante que debiera dirigirse hacia fuera en respuesta a una pérdida, se vuelve contra una misma. La depresión en lugar de la agresión es la respuesta femenina a la frustración o pérdida. Las mujeres somos enseñadas a reprimir la hostilidad y el desacuerdo, somos enseñadas a callar lo que hay que gritar, a cumplir con asignaciones muchas veces inalcanzables en el *ser-para-otros*, lo que acentúa la insatisfacción, la depresión, la tristeza, u otros estados melancólicos.

La cultura patriarcal ha asignado a las mujeres, continua Mabel Burin, la noción de que serán más saludables mientras puedan sostener estados de armonía y de equilibrio emocional para ellas mismas y para las personas con quienes conviven – *los otros* -. El fracaso en el desempeño de esta asignación conduce a estados depresivos a las mujeres.

Lo preocupante es que este conjunto de problemas – dolencias y malestares – se cree no pone en riesgo la vida, siquiera la salud de las mujeres y tampoco dificulta mayormente un funcionamiento aceptado individual y socialmente. Y con esta creencia las mujeres, y la sociedad de manera general, viven severos déficits en su condición de salud-enfermedad.

El problema del exceso de peso y sobrepeso se abordará en el tema de la alimentación más adelante, aun cuando pudiera estar relacionado tanto con los problemas crónicos como con los malestares y dolencias. Pero, en vista de que hemos diseñado un apartado sobre alimentación, por su relevancia física y subjetiva, se considera más pertinente abordar dichas problemáticas específicamente.

Recordando que el proceso salud-enfermedad es multidimensional, multideterminado y se articula con los demás procesos de la vida social, se buscó a lo largo de las narrativas, en el ciclo de la adultez, en los ejes de sexualidad,

---

<sup>296</sup> Mabel Burin. *Estudios sobre la subjetividad femenina*, op.cit., pp. 317-318.

poder, trabajo público y privado, y subjetividad, hechos que considero integrantes del proceso salud-enfermedad, aunque no son considerados estrictamente como problemas de salud-enfermedad y tampoco lo fueron considerados como tal por las propias académicas, siquiera como intervinientes del proceso salud-enfermedad. Estos problemas son aquellos que van más allá del saber y el quehacer médico, pero están presentes y de hecho marcan la identidad y subjetividad de las mujeres, marcan al cuerpo:

- reducidas expresiones de la sexualidad
- obligatoriedad en las relaciones sexuales
- pocas iniciativas en la búsqueda del placer erótico con su pareja
- falta de espacios propios en el hogar
- falta de espacios y tiempo para descanso en el trabajo laboral
- desvalorización, indiferencia e impedimento como expresiones de la violencia, tanto a nivel público como privado
- reducido control sobre su vida
- reducido ejercicio del poder y circunscrito a los hijos/hijas y alumnos/alumnas
- ubicación en puestos de dirección jerárquicamente bajos
- falta de interés por ocupar puestos de dirección
- dificultades para ascender laboralmente
- ausentes en la planeación, desarrollo y evaluación institucional
- trabajo demandante de maternaje
- condiciones inadecuadas de los espacios institucionales
- proveedoras del hogar (total o parcial)
- insatisfacción con el trabajo doméstico
- autoestima parcialmente baja
- perfeccionistas
- colocación del yo en la periferia
- des-identificación genérica
- libertades parciales
- satisfactores y afectos dirigidos a *los otros*



- estados emocionales melancólicos
- restringido desarrollo de actividades artísticas
- hitos más marcantes en la vida con referencia a *los otros*
- ausencia de ellas mismas y presencia de *los otros* en sus proyectos de vida

Problemas de mayor importancia se encuentran ubicados en este listado, que fundamentalmente por su condición genérica y concepción biologicista (reduccionista, fragmentaria del cuerpo) las mujeres no los han incorporado como parte de sus problemáticas de salud-enfermedad. No todas las académicas narran este conjunto de situaciones-problemas, pero todas vivencian algunos o varios de estos problemas. El análisis y discusión estará elaborado articuladamente de acuerdo a la sexualidad, al poder, al trabajo y a la subjetividad, ejes analíticos que fundamentan esta investigación sobre la condición de género de la mujer y la situación de género de las mujeres en la construcción del proceso salud-enfermedad.

El cuerpo es el espacio en el que se realiza y se vive la identidad de las mujeres, y la sexualidad atraviesa plenamente dicha experiencia, al ser mujer *cuerpo-para-otros* y cuerpo sexuado. La conyugalidad, más allá de las diversas características que ha adoptado a lo largo de la historia de Occidente, ha sido secularmente la forma instituida del control de la sexualidad de las mujeres. No sólo, como señaló Engels, para controlar su descendencia legítima, sino para producir su propia percepción de inferioridad. Ana María Fernández dice que “una pieza clave en la gestión de sus fragilidades ha sido la pasivización de su erotismo. Debe pensarse que el matrimonio monogámico – esto es, el derecho exclusivo del marido sobre la sexualidad de la esposa – sólo puede sostenerse a través de un proceso histórico-social de producción de una particular forma de subjetividad: la *pasividad femenina, por la cual la mujer se aliena de la propiedad y exploración de su cuerpo, registro de sus deseos, búsqueda activa de sus placeres*<sup>297</sup> .

---

<sup>297</sup> Ana María Fernández. *La mujer de la ilusión. Pactos y contratos entre hombres y mujeres*. Paidós, Buenos Aires, 1994, pp. 188-189.

Ana María Fernández interroga el erotismo femenino: ¿cómo se constituye ese estilo de erotismo “típicamente”femenino? Y dice: “Freud supuso que el clítoris cedería su finísima sensibilidad a la vagina. En la economía de los cuerpos esto no es así; en cuanto a la significación, allí la cuestión es más compleja por cuanto la institución de las significaciones de una y otra zona depende de un complejo entramado de significaciones ya dadas por la cultura y de efectos de sentido instituidos desde la singularidad de las prácticas de sí de cada sujeto”<sup>298</sup>.

Las académicas han puntualizado que gustan de diferentes formas de vivir en el cuerpo el erotismo, el placer sexual, formas que no necesariamente incluyen el coito, o sea su vagina, al menos no sólo el coito. Pero, de manera general, las mujeres tienen el cuerpo y su erotismo normatizado. En la cultura musulmana, ante la amenaza de una autonomía erótica de sus mujeres, se instituye práctica ritual de mutilación clitorídea; la cultura occidental obtiene similares efectos a través de estrategias y dispositivos que no por simbólicos son menos violentos – para las mujeres occidentales se ha inventado una anatomía imaginaria castrada. El hecho es que muchas mujeres actúen, piensen y sientan como si no tuvieran clítoris. La ignorancia sobre la excitabilidad de la zona clitorídea, de cómo estimularla, la inhibición y/o el desconocimiento de prácticas autoeróticas, de su posibilidad de orgasmos, la sanción de todo orgasmo producido con prescindencia de los genitales masculinos – es una pieza fundamental de la pasivización erótica de las mujeres. Al mismo tiempo hace posible el despliegue de un tipo particular de erotismo masculino en clave fálica (la penetración, el coito), que en nuestra cultura suele considerárselo como la esencia de lo masculino. Pero también la mujer tiene otras zonas de su cuerpo que le pueden dar placer, cada una debe descubrirlo, explorarlo, sentirlo, caminar por él, apropiarse de él para su goce y placer, para su bienestar y salud física y psíquica.

---

<sup>298</sup> Ana María Fernández. *La mujer de la ilusión*, op.cit., p. 250.

Si una mujer organiza su imagen de sí como *ser-de-otro*, como pasiva, si cree que el placer se lo genera ese otro, es una mujer que no ha construido sus propias formas de placer erótico, por eso las expresiones de la sexualidad en ella son reducidas, apenas se delinear, no conoce sus potencialidades de placer.

Esta pasividad erótica de las mujeres garantiza el protagonismo erótico de los hombres, pues ellas esperan que ellos tomen la iniciativa, que decidan sobre las formas de placer, decidan la acción, o a veces ella lo hace, pero este estilo de erotismo femenino suele ser complementario de un estilo de erotismo masculino. Esta complementariedad no da cuenta más que de ciertas consecuencias que el disciplinamiento de los cuerpos ha producido en el plano de los estereotipos de género. Si ella busca invertir la situación y posicionarlo a él como objeto de las búsquedas de placer, puede que él se inquiete pues no puede dejar de dirigir, es decir, ejercer el poder, puede perder el goce que le da el poder.

A lo largo de la historia, y también de la vida de las mujeres académicas, mucho han variado las formas de los contratos conyugales, las formas de enlaces subjetivos entre sus integrantes, como también las características de la cotidianidad, pero pese a todo ello, subsiste la relación entre conyugalidad y violencia. Las académicas han manifestado que la desvalorización, la indiferencia, el impedimento para el avance, la obligatoriedad o presión en las relaciones sexuales, como expresiones de violencia, han estado presente en sus relaciones conyugales o familiares. Esta es una situación de alto costo para todas y todos: unos tratando de preservar sus privilegios, otras resistiéndose, sometiéndose o intentando conquistar nuevos derechos. No es la violencia explícita del golpe físico que somete por terror, sino la violencia simbólica que inscribe a las mujeres en relaciones donde “se violenta su posibilidad de nominarse y se las exilia de su cuerpo erótico, apretándolas en un paradigma de goce místico, que – en verdad – nunca ha dejado de aburrirlas<sup>299</sup>”.

---

<sup>299</sup> Ana María Fernández. La mujer de la ilusión, op.cit., p. 190.

Las mujeres académicas han manifestado, todas ellas, alguna expresión de violencia tanto a nivel doméstico como público, y regularmente dirigida a ellas desde un hombre: esposo, compañero, hijo, funcionario, administrativo, colegas. Entre ellas no hay una variación considerable en las formas de violencia – todas son simbólicas -, pero varían según la ocurrencia, las circunstancias, la dirección, el número de veces, el tiempo. Lo que sí puede afirmarse es que la violencia para sostener tal poder se produce siempre a través de múltiples, difusas y permanentes estrategias. De todas formas, los procesos de violentamiento no producen sometimientos iguales; cada mujer se inscribe en cierto grado de sometimiento y organiza formas de resistencia, de contraviolencia y contrapoder, siempre en el marco de relaciones generales de subordinación material, subjetiva y erótica en que se encuentra.

Wilza Villela hace un aporte significativo al respecto: “Si asumimos que la violencia existe a partir de la anulación de la relación entre dos sujetos, con la reducción de uno de los polos de dicha relación a un simple objeto, comprobamos que la violencia no es natural ni humana. Al contrario, la violencia es un reflejo de un tipo de relación que se establece con otro u otra, donde aquel o aquella es rechazado/a en cuanto alteridad enriquecedora de nuestro proceso de humanización”<sup>300</sup>.

Esta definición trasciende la ocurrencia de agravios sobre el cuerpo físico para incluir también las dimensiones de la violencia subjetiva. La violencia de género es inherente al patrón de las organizaciones sociales de género que postulan que los hombres son superiores a las mujeres y que esto les concede más derechos. En la medida que las diferencias entre mujeres y hombres son transformadas en desigualdades en detrimento de lo femenino, se configura una relación de poder que, por sí sola, es intrínsecamente violenta pues niega la alteridad de las mujeres.

---

<sup>300</sup> Wilza Villela. Mujeres y violencia cotidiana o ... este amor me maltrata. Cuadernos Mujer Salud/5. Redes de mujeres latinoamericanas y del caribe. Santiago, 2000, p. 47.

Las marcas del género participan de la estructuración de la subjetividad femenina y masculina, enseñando a las mujeres y hombres a sentir y percibir a ellas y ellos mismos y a los demás a partir de la atribución cultural de lo femenino o de lo masculino. De esa manera, los hombres son imaginados y se imaginan a sí mismos, como seres activos, agresivos y objetivos. Las mujeres son pensadas y se piensan a sí mismas, como pasivas, receptivas y emocionales. Características subjetivas que parecen persistir y coexistir al lado de otras adquiridas con la modernidad.

Las mujeres fragmentadas en su cuerpo, en su subjetividad reproducen las atribuciones de la cultura genérica. Entre las atribuciones subjetivas de la cultura patriarcal el amor debe consistir en la entrega de sí mismas y en la espera del otro. La asimetría que existe entre las expectativas y necesidades amorosas de mujeres y hombres se acentúa en aquella idea de que ellos, al tener más derechos sociales, también tendrían prioridad en cuanto a la atención de sus necesidades afectivas y sexuales, pero también materiales, debiendo ser atendidas secundariamente las expectativas y necesidades de las mujeres. O incluso que las mujeres deberían sentirse satisfechas al satisfacer ellas las necesidades de *los otros*, en tanto que priorizar una necesidad propia sería una señal de egoísmo o desamor.

Esta asimetría es así “un pasaporte hacia situaciones de violencia cotidiana, traducidas en la desatención y descalificación de las necesidades individuales de cuidado y reciprocidad, en malos tratos, faltas de respeto y groserías”, y en el caso de las académicas añadiríamos, las formas de desvalorización, la indiferencia, el impedimento. Se constituye como violencia en la medida en que no se reconoce a la otra como tal, sujeta de deseos y necesidades, sino que se la coloca como un objeto de satisfacción de *los otros*.

Para las mujeres, milenariamente construidas como *seres-para-otros*, esta es una situación particularmente crítica, que daña cuerpos, subjetividades, hace estragos en su salud integral. La violencia psicológica, subjetiva coloca a la mujer bajo control, produce un desgaste psíquico y con ello la reducción de la capacidad para protegerse y sienta las bases para que aparezcan otros problemas de salud-enfermedad, como pudieran ser el estrés, la migraña, trastornos del sueño y de la alimentación, baja autoestima, estados emocionales frecuentemente melancólicos, problemas en la vida sexual, etc. Y también pudiera explicar porque las mujeres (y las académicas) tienen un reducido control sobre la propia vida, un ejercicio del poder circunscrito al ámbito doméstico y en este sobre los hijos e hijas particularmente, la no apropiación de espacios propios en el hogar, la colocación del yo en la periferia, que tengan como hechos más significativos en sus vidas a *los otros*<sup>301</sup>, tengan en sus proyectos de vida la presencia marcante de *los otros*, y en menor proporción a ellas mismas.

Las estrategias y los mecanismos del poder también se dirigen a otros ámbitos de la vida de las mujeres. El trabajo público también es un espacio privilegiado para someter a las mujeres. En la FES-Zaragoza, las mujeres académicas encuentran su lugar de trabajo pero, aun cuando les proporcione satisfacción lo que hacen, se encuentran descontentas con las condiciones bajo las cuales desarrollan sus actividades cotidianas. La falta de espacios y tiempos para el descanso, las condiciones inadecuadas de los espacios, las dificultades para ascender laboralmente, las reducidas posibilidades para ocupar puestos de decisión jerárquicamente altos, la falta de interés (reivindicaciones) en ocupar puestos de dirección – toda vez que socialmente no se abre muchas posibilidades para eso -, la no participación en la planeación, desarrollo y evaluación institucional, todos son requerimientos para una condición saludable de vida, y todos son hechos que violentan las mujeres porque conculca oportunidades, presencia y desarrollo personal e institucional. Y aunado a todo ello no encuentran tampoco espacios y

---

<sup>301</sup> Muchas de las pérdidas importantes para las mujeres se acumulan entre los 45 y 60 años: las hijas e hijos que se van, los que se separan y vuelven, los maridos que se van o se mueren, la madre y/o el padre que se enferman o mueren.

alimentos adecuados para nutrirse durante el tiempo laboral. Hace falta la reflexión, la introducción de un análisis institucional, hace falta incorporar la perspectiva de género en las diferentes curriculas, hace falta considerar a las mujeres académicas como seres humanas, sujetas de derechos.

Las mujeres presentan mayor incidencia de problemas en casi todos los índices de morbilidad crónica que no se hallan entre las principales causas de muerte, pero sí en la incapacidad, así como problemas que con frecuencia son difíciles de objetivar (dolencias, malestar), ya que se instauran de forma lenta y insidiosa y presentan características de cronicidad. Estos problemas que aquejan a las mujeres son muchos, la mayoría de ellas experimentan malestares permanentes, están expuestas a enfermedades y padecimientos evitables, experimentan desgaste físico y mental por la sobrecarga de actividades, por el descuido de sus experiencias vitales, por violencia. Muchas mujeres mueren niñas, otras viven su adolescencia y adultez en condiciones de salud-enfermedad bastante difíciles y las ancianas reciben una atención menor a sus problemas.

Este escenario no es específico de las pobres, explotadas y marginadas, aunque en ellas hace estragos la doble opresión, y en el caso de las mujeres indígenas, la triple opresión. Mujeres con recursos económicos, educativos y sociales, como las académicas, están expuestas cotidianamente a daños, a la desatención, a la violencia conyugal, familiar, laboral y social.

El cuerpo de las mujeres ha sido un terreno atravesado por distintas miradas, poderes y mandatos: desde la religión y el Estado, desde la política y la economía, desde el padre, el médico y los hombres en general, en consonancia con el lugar subordinado que les ha tocado ocupar en la sociedad. Y este sojuzgamiento de las mujeres, que comienza y culmina en la represión de la sexualidad femenina, se remonta a los orígenes mismos del régimen patriarcal, fuertemente avalado por diversas instituciones. El mandato que ha recibido ha sido la reproducción biológica y social de la sociedad, predominando la visión de mujer-naturaleza,

mujer *para-otros*, por sobre otras consideraciones y , sobre todo, por encima de los deseos y necesidades de la mujer de determinar ella misma su vida y su cuerpo.

Alicia González Hernández y Beatriz Castellanos Simons subrayan que la ética, la moral y la ideología tradicional de las sociedades patriarcales, se sustentan en la formación de *conciencias dominadas*, así definidas por el pensador Paulo Freire, donde las personas se ven obligadas a renunciar a sus propios límites, al derecho a decidir las formas particulares de vivir su vida y su sexualidad, para aceptar aquello que le impone la sociedad. De este modo, la intolerancia, la represión, la estereotipación, el control, la violencia y discriminación, la falta de solidaridad y equidad, el sacrificio de la libertad y la autodeterminación, el desencuentro y el desamor, la sumisión de los sentimientos y del placer, serian algunos de los torcidos criterios que fundamentan este modelo social patriarcal que domina y aplasta a las mujeres como género<sup>302</sup>.

La acción social feminista en el terreno de la salud-enfermedad puede cambiar conscientemente, proporcionando servicios apropiados y esforzándose en transformar las instituciones de salud, las políticas de salud y los servicios de salud. También se trata de educarnos a nosotras mismas para ver que la vigilancia de nuestros problemas y de nuestra salud es fundamental para dirigir nuestras vidas.

Dentro de la crítica feminista de la medicina, las mujeres han generado respuestas políticas centradas en cuatro áreas de actividad: redefinir a las mujeres como personas sanas, trascender la ignorancia, atacar las creencias y prácticas sexistas y controlar los medios de reproducción nosotras mismas, y pienso que se debería incorporar otra área de gran importancia: la integralidad de las mujeres. Las mujeres somos seres integrales y no sólo un aparato reproductivo, tenemos

---

<sup>302</sup> Alicia González Hernández y Beatriz Castellanos Simons. Un enfoque humanista crítico. La sexualidad de los géneros. *Sexología y sociedad*, año 4, n° 9, Cuba, 1998, p. 45.



problemas de otros órdenes, de hecho padecemos mayormente, en la adultez, de problemas crónico y/o degenerativos, y en cualquiera de los ciclos de nuestra vida, sufrimos de dolencias y malestares múltiples. Así, es necesario aumentar la atención sobre las mujeres y hacer público que tenemos problemáticas biológicas específicas, pero también sociales, y que por lo tanto las acciones también deben ser específicas y sociales.

Existe una verdadera necesidad de que las mujeres hagan pública su experiencia acerca del poder patriarcal. Esto hace referencia a la condición de la mujer y a la situación en que vivimos cada mujer, en un sistema de dominación por el género, y es el resultado directo de incontables contradicciones inherentes a la posición social de la mujer. No sólo el dolor, sino también el placer ha de hacerse público en vez de permanecer escondido. Se ha de desarrollar una conciencia colectiva de la energía del placer de la mujer. El nivel de cambio social que se plantea ha de ser lo bastante profundo como para aliviar el dolor de las mujeres y reemplazarlo por una forma de rutina placentera.

### **Comportamiento ante la enfermedad**

**Flor de Lotus:** *“me peleo con la enfermedad, me da mucho coraje que me enferme. No estoy conectada con mi cuerpo, a veces es mejor no escuchar el cuerpo”.*

**Tulipán:** *“asumo y busco formas de vivir bien”.*

**Jacaranda:** *“me asocio. Estudio los problemas, entonces los reviso, los investigo y pruebo cosas, por ensayo y error. Tengo una relación corporal, me entiendo bien con el cuerpo, puedo escuchar sus ruidos y sus silencios. Hay una enorme capacidad para comandar y para ser escuchada. No voy al médico, yo solita me atiendo”.*

**Bugambilia:** *“la asumo”.*

**Hortensia:** *“las enfrento, las asumo y las trato”.*

**Rosa:** *“me cuido”.*

**Orquídea:** *“ahora si me estoy peleando con la enfermedad porque siento que no me funcionan los antibióticos, porque el año pasado tomé 4 antibióticos diferentes para los problemas respiratorios y no me hizo efecto”.*

Es interesante observar como las mujeres académicas se comportan ante la enfermedad: algunas la asume, se asocian, se cuidan, se tratan – esto implica una relación de amor consigo misma ya que la enfermedad está en el cuerpo, en ellas mismas; mientras otras se pelean con la enfermedad – esto implica pelearse consigo misma, pelearse en todo caso con algo que consideran ajeno, externo a su cuerpo.

### **Tipos de tratamiento**

**Gardenia:** *“con alópatas, en lo particular, a cada 6 meses, voy acompañada de mi mamá”.*

**Dalia:** *“no los necesito”.*

**Margarita:** *“alópatas, homeópatas, oraciones, pedidos, promesas”.*

**Flor de Lotus:** *“medicina alternativa, con dietas, combinada con yoga, algún ejercicio para fortalecer los músculos”.*

**Tulipán, Bugambilia, Rosa:** *“alópatas”.*

**Jacaranda:** *“sólo cuando es imprescindible, antes busco entender lo que me pasa y me atiendo”.*

**Hortensia:** *“alópatas, homeópatas, flores de Bach”.*

**Lilis:** *“preferencialmente alópatas”.*

**Orquídea:** *“ahora trato de cuidarme más, me abrigo más y si tomo vitaminas, también hago oraciones”.*

Las académicas son mujeres modernas, asumen la racionalidad científica en sus tratamientos, buscan el tratamiento alópata de la medicina moderna, pero además algunas incorporan otras formas de tratamiento alternativo – homeópata, flores de Bach, yoga y también oraciones. El sincretismo de las académicas las ubican en la modernidad y en lo tradicional.

Es de llamar la atención que una de las académicas indica no hacer uso de ningún tratamiento, es preocupante pensar que niega la enfermedad (Dalia indica también no tener ningún problema de salud-enfermedad). La negación de la enfermedad corresponde a lo más tradicional de la ideología patriarcal – al cumplimiento del mandato -, negar lo que ocurre en el cuerpo, es negar el cuerpo, es negarse a sí misma.

## Antecedentes familiares sobre problemas de salud-enfermedad

**Gardenia:** *“mi padre murió de cáncer, mi madre sufre diabetes, mis abuelos murieron de viejitos”.*

**Dalia:** *“mi mamá tiene un cáncer controlado, mi papá parece que padece cáncer de próstata. Ha habido muertes también por cáncer en otros familiares”.*

**Amapola:** *“mi padre muere por problemas cardiovasculares y en la próstata, mi madre la depresión, unos tíos también la depresión, mi abuela murió en un accidente, mi otra abuela de diabetes, y un sobrino murió de cáncer”*

**Flor de Lotus:** *“mi abuelo paterno tenía problemas del corazón, porque además tomaba mucho. Mi abuela paterna parece ser que se murió de tuberculosis o de cáncer pulmonar. Mi papá es hipertenso y como producto de eso tiene el corazón crecido, y además tiene gastritis. Mi mamá enfermedades graves no tiene, se queja de la espalda y ve borroso, por la catarata. Mis hermanos no tienen enfermedades”.*

**Tulipán:** *“mi padre murió por un problema cardiovascular, mi abuelo de viejo, mi abuela era diabética, mi mamá también es diabética, mi otro abuelo murió de un cáncer de próstata, y la abuela de un cáncer de estómago”.*

**Jacaranda:** *“mi mamá murió de cáncer, mi hermana por una hipertensión sistémica, pero ella se dispuso a morir, cansada de estar batallando con una depresión crónica desde muy joven, resultado de una caída. Mi padre tiene cáncer, le han estirpado el estómago, el bazo y el páncreas y sigue vivo”.*

**Bugambilia:** *“mi madre murió de cáncer, mi hermana de cáncer, mi padre de problema cerebrovascular, mi nana de úlcera péptica, mi hermano sufre de asma”.*

**Hortensia:** *“mi madre murió del corazón, de aterosclerosis, mi padre también del corazón, un tío del corazón, un hermano del aparato digestivo”.*

**Alcatraz:** *“mi papá murió de cáncer, mi mamá de una complicación. Mi hermano murió por atropellamiento”.*

**Lilis:** *“mi papá murió de cáncer de pulmón, mi mamá es hipertensa y tiene problemas de ácido úrico. Mi hermano mayor falleció de cirrosis hepática, mis tres hermanas se han operado de apendicitis. Mi abuelo murió por problemas en la próstata, mi abuela paterna murió en un accidente automovilístico y mi abuela materna vive y tiene artritis”.*

**Rosa:** *“los problemas de la familia han sido de epilepsia, cáncer, cardiopatías, alcoholismo, cirrosis hepática, obstrucción respiratoria”.*

**Orquídea:** *“mi madre murió del corazón, mi padre de los pulmones, mi abuela paterna de diabetes, un hermano está enfermo de diabetes y una hermana de glaucoma”*

Es importante señalar que los problemas desarrollados por las/los familiares de estas académicas se refieren sobretodo a cáncer, a cardiopatías y a la diabetes, problemas crónico-degenerativos, los cuales conllevan una importante carga hereditaria y que siempre es tiempo de poner más atención en aquello que genéticamente tiene probabilidad en desarrollarse, atención no sólo individual sino en los servicios de salud competentes. El cuidado que nosotras podamos dispensar a nosotras mismas es parte del poderío de las mujeres, es parte del amor a una misma – la autoestima.

### **Las adicciones**

Una parte fundamental del pensamiento feminista es la idea de que la mujer, mucho más que el hombre, está socializada para la dependencia. Las adicciones están estrechamente relacionadas a la dependencia. La etimología de las raíces de la dependencia tiene dos significados: adicción y algo subordinado. Al hacer una distinción entre ambas definiciones, Elizabeth Ettore<sup>303</sup> plantea que para las mujeres como grupo social, la primera definición (adicción) es el aspecto inaceptable de la dependencia, mientras que la segunda (subordinación) no solo es el aspecto aceptable, sino también el prescrito. La adicción es inaceptable porque se considera que interfiere con el rol social de la mujer como ama de casa, madre, buena hija, trabajadora. Por otra parte, la dependencia del tipo subordinado está bien vista, muy valorada o socialmente aceptable porque implica depender de un compañero, un protector hombre. Tan es así que todas las mujeres “necesitan inyectarse regularmente de la aprobación y presencia masculina tanto a nivel profesional como personal”.

Sin embargo, hay otra faceta de este tema que complica las cosas. Muchas pensadoras feministas han demostrado que la condición de dependencia de la mujer está supeditada a su existencia y, al mismo tiempo, los demás depende de

---

<sup>303</sup> Elizabeth Ettore. ¿Cuáles pueden ser las dependencias de la mujer? El consumo de sustancias y la salud de la mujer. En: Sue Wilkinson y Celia Kitzinger. *Mujer y Salud*, op.cit., p. 98.

ésta. En otras palabras, la dependencia no sólo implica un ciclo de cuidados, sino que a la vez supone más trabajo de este tipo que obviamente se basa en el género y que en muchas ocasiones dichos cuidados se relacionan con la salud-enfermedad. Por tanto, para muchas mujeres, por ejemplo, el involucrarse en organizaciones sociales implica cuidar y ayudar a los demás y no necesariamente un cierto grado de independencia, o al menos convivir con el conflicto dual de dependiente-independiente. Son necesarias investigaciones profundas de la mujer para destacar los factores individuales y sociales de la dependencia.

También conviene puntualizar que no hay muchas investigaciones feministas sobre la dependencia de las mujeres en el consumo de sustancias, siquiera sobre la adicción al tabaco. La carencia de literatura feminista a este respecto no sería importante si las adicciones no estuvieran relacionadas directamente con el proceso salud-enfermedad de las mujeres.

Las consecuencias del consumo de sustancias y/o adicciones para la mujer son de índole muy particular, ya que le originan un costo social y familiar muy alto, no sólo por transgredir las normas tradicionales, sino también porque su organismo responde de forma muy negativa al efecto de estas sustancias. La adicción o dependencia son menos frecuentes en la mujer que en el hombre, pero, en promedio, presentan un índice de mayor gravedad en la mujer. Razón suficiente para incluir en los programas de salud, la prevención y el tratamiento de los problemas de adicción en la mujer.

Las mujeres académicas, formadas y formadoras en las Ciencias de la Salud, son adictas? Qué adicciones relatan tener?

**Margarita, Tulipán y Bugambilia:** *“tabaco”*  
**Gardenia, Dalia, Amapola, Flor de Lotus, Jacaranda, Hortensia,**  
**Alcatraz, Lilis, Rosa, Orquídea:** *“ninguna”*

Es posible afirmar, a partir de estudios epidemiológicos cuantitativistas, que el fumar se considera la causa más importante que por sí sola puede provocar

enfermedad y muerte prematura. Se piensa que algo menos del 20% de todas las muertes, en los países desarrollados, pueden atribuirse al tabaco. Además de su vinculación con los problemas coronarios, el fumar se ha identificado como la causa principal de cáncer de pulmón, siendo el responsable del 80% de las muertes por este tipo de cáncer. En recientes estudios<sup>304</sup> fumar ha sido identificado como el mayor riesgo de dañar el pulmón, siendo las mujeres menos capaces de reparar el daño que los hombres.

Mientras la mortalidad por cáncer de pulmón en los hombres va descendiendo, va en aumento entre las mujeres. En Escocia, por ejemplo, las muertes de mujeres por cáncer de pulmón han sobrepasado las de cáncer de mama.

Hillary Grahan hace una interesante relación entre el hábito de fumar y la clase social de las mujeres. En las primeras décadas del siglo XX no existían muchos datos sobre la clase social de las fumadoras, y la limitada información sugiere que fumar era un símbolo de emancipación e igualdad sexual, un accesorio de moda para las mujeres ricas de la ciudad y con una tendencia a ascender en la escala social. En los cuarenta y a principios de los cincuenta, la proporción de mujeres que fumaban era mayor entre las que tenían altos ingresos y mucho más baja entre las que vivían con hombres que no tenían trabajo. En los cincuenta, las fumadoras formaban una distribución uniforme de clase: casi el 40% de las mujeres de todas las clases fumaban. Desde los sesenta, ha aparecido una fuerte pendiente en el hábito de fumar entre hombres y mujeres. Los datos apuntan hacia una prevalencia en el índice de fumadores que es el doble de alto en las amas de casa con un marido que ejerce una profesión no calificada (36%) que entre las que pertenecen al nivel socioeconómico más alto de los grupos de profesionales (16%)<sup>305</sup>.

---

<sup>304</sup> Difundidos en “*Consulta Médica*”, programa emitido por el canal de televisión CNN, el día 04 de mayo de 2004.

<sup>305</sup> Hillary Grahan. Sobrevivir con el tabaco, en: Sue Wilkinson y Celia Kitzinger. *Mujer y Salud*, op.cit., p. 127.

Es muy probable que la mayoría de las mujeres de todos los grupos socioeconómicos reconoce los riesgos que supone el hábito del tabaco, pero la aparición de una diferenciación de clase refleja las diferencias entre las mismas en la medida en que unas mujeres han puesto sus conocimientos y saberes en práctica y otras no. Más mujeres de clase social privilegiada han dejado de fumar y un mayor número de mujeres que se encuentran en circunstancias más precarias han adquirido el hábito de fumar.

Podría pensarse que esta distribución social de fumadoras ha surgido a raíz de un período marcado por cambios sociales y económicos, es decir no son sólo los estilos de vida, sino que también las condiciones de vida de la población ha variado. Es posible que el tabaco se ha asociado cada vez más a las mujeres en situación de pobreza, en un momento en el que hay más mujeres con bajos ingresos, cuidan ellas solas de sus hijas/hijos.

Otra hipótesis a considerar es que en la división del trabajo, la mujer adopta primordialmente la responsabilidad del cuidado de las hijas/hijos y del hogar, muchas de ellas dedicadas exclusivamente a este trabajo. Esta responsabilidad hace que los días de trabajo sean largos – a menudo también las noches -, un trabajo desarrollado en base a horarios para satisfacer las necesidades de *los otros*, teniendo que comprar, cocinar, lavar, planchar, limpiar, trapear, recoger, ordenar, oír, dar afecto, un trabajo que nunca acaba y nunca satisface a los que lo reciben. Las mujeres intentan abrirse camino con otras rutinas más dirigidas hacia ellas mismas, dentro de sus horarios de cuidados a *los otros* y a la casa. Estos descansos, principalmente del tipo de tomarse un café, tienen un significado simbólico, marcando el tiempo en que las madres pueden descansar y recargar. Para las mujeres fumadoras, el tabaco puede jugar un papel central en este proceso de delimitar un tiempo para ellas. Supone un medio para aliviarlas del aburrimiento y el aislamiento que puede conllevar el ser ama de casa en una familia con pocos ingresos.

Otras veces puede estar relacionado con sus estados de ánimo, también les sirve para relajar, suspirar, soñar, pensar en sus problemas. El fumar puede ser experimentado como una forma de hacer frente al estrés, a la ira, un modo de reimponer el orden y la calma cuando sienten que su paciencia y energía se ha agotado. Al enfrentarse a exigencias que no se ven capaces de cumplir, las mujeres crean un espacio, simbólico, cuando no real, entre ellas y sus hijos/hijas, y lo llenan con algo dirigido hacia sí misma.

El cigarrillo puede proporcionar un modo de pasar las horas, los días y las semanas de apuros, proporciona un tiempo de evasión del ajustarse el cinturón e ir tirando, proporciona un recurso especialmente importante durante los momentos de crisis que presionan la vida. Es un modo de seguir adelante, mismo que este hecho lleve a problemas de salud-enfermedad, porque las mujeres sí reconocen lo contradictoria que es la ayuda del tabaco.

La adicción al tabaco, está entonces más vinculada a la experiencia de desventaja y a la opresión. Los problemas de la vida cotidiana pueden tener un significado más allá de la vida de las mujeres, para quienes las opresiones de género y de clase representan los ejes principales de su condición de mujer. En este contexto de opresión de género y clase, el fumar supone para las mujeres un recurso al que pueden acceder cuando las responsabilidades son muchas y los recursos pocos.

Sylvia C. Robles, desde una perspectiva epidemiológica, indica algunas de las consecuencias del tabaquismo sobre el proceso salud-enfermedad de la mujer, principalmente a nivel biológico, para lo cual se fundamenta en datos de diversos centros de salud de Estados Unidos: “La evidencia científica acumulada sobre los efectos nocivos del tabaquismo es abrumadora... los tumores malignos de tráquea, bronquio y pulmón, labios, cavidad bucal, faringe, laringe y esófago, la enfermedad isquémica del corazón, la bronquitis crónica y el enfisema están causalmente asociados con el tabaquismo. Asimismo, el tabaquismo es causa probable de la faringitis y de la úlcera péptica; es un factor contribuyente para el



desarrollo de los tumores malignos de páncreas, vejiga urinaria y riñón; y por último, se ha asociado con el tumor maligno del estómago, la sinusitis, la periodontitis y la osteoporosis”<sup>306</sup>.

Los problemas mencionados afectan a mujeres y hombres, sin embargo, en el caso de las mujeres se deben considerar además todos los efectos ligados a la reproducción: infertilidad, menopausia temprana, durante el embarazo puede causar complicaciones como desprendimiento prematuro de placenta, placenta previa y aborto espontáneo, riesgo para el embarazo tubario, calcificaciones placentarias prematuras y bajo peso al nacer de la niña o niño<sup>307</sup>. Además, últimamente, se considera que el tabaquismo también esté asociado al cáncer de mama.

Las perspectivas que enfatizan la evidencia de tales problemas y de los riesgos con el tabaco han puesto de relieve que son más los estilos de vida que las condiciones los que influyen en la salud-enfermedad de las personas. Estos puntos de vista llevan a apoyar las políticas gubernamentales de salud que intentan cambiar lo que la gente hace, más que las circunstancias en las que viven. Abordar los procesos asociados con la salud-enfermedad y las prácticas que inciden en este particular proceso, no forma parte de la agenda de los programas de salud. No existen metas ni objetivos paralelos para establecer las mejoras en las circunstancias, condiciones en las que las personas experimentan sus problemas de salud-enfermedad, a quienes les cuesta adoptar estilos de vida que promuevan la salud y no la enfermedad.

Las mujeres pueden tener varias adicciones, pueden disfrutar con ello, presumir una distracción, hasta una diversión, pero también puede suponer una forma de evitar el sufrimiento. No obstante, deben tener presente que también puede (y frecuentemente así es) generar problemas graves de salud-enfermedad,

---

<sup>306</sup> Sylvia C. Robles. El tabaquismo en la mujer de las Américas, en: *Género, mujer y salud en las Américas*, op.cit., p. 179.

<sup>307</sup> Ibidem

problemas que pueden ser evitables si se construyen espacios y recursos para el placer en los cuales no entre el tabaco o cualquier otra sustancia que cause adicción. No debería quedar solamente a cargo de las mujeres esta construcción, pero es un nivel de importancia a considerar en la apropiación de la salud como fuente de goce y placer.

## **Alimentación**

La alimentación es un elemento de vital importancia en la constitución de la salud-enfermedad de hombres y mujeres. Actualmente, a partir de distintos y múltiples estudios, se ha comprobado los beneficios de una alimentación rica, pero balanceada, así como los maleficios de una alimentación excedida en grasas y carbohidratos.

La globalización cultural con la consecuente introducción de una diversidad de alimentos “chatarras” y los nuevos significados del alimento, están exponiendo a una proporción creciente de mujeres y hombres a nuevos riesgos ambientales, en particular a cambios en su comportamiento o estilos de vida, para corresponder a los mandatos sociales de belleza asociada a delgadez, al mismo tiempo que oferta variedad y cantidad de alimentos ricos en grasas y carbohidratos. Los trastornos alimentarios pueden llevar a la obesidad, la anorexia y la bulimina.

Lo factores psicológicos ocurren en función de una alteración en el comportamiento alimentario, siendo que para pacientes obesas (u obesos) el alimento y el acto de comer, pueden simbolizar seguridad y afecto, y la ingesta alimentaria estaría en desproporción a las necesidades requeridas. También los procesos socio-económicos actúan de forma decisiva en las relaciones con los alimentos. El conocimiento familiar sobre alimentación, incluyendo creencia y tabúes generadores de hábito alimentar, el poder adquisitivo para la cantidad y calidad de los alimentos, la dinámica familiar, la propaganda, la religión, el trabajo,

los grupos sociales de pertenencia, entre otros son aspectos que inciden en los hábitos alimentarios.

Se ha indicado que las mujeres son más propensas que los hombres a verse gordas y a intentar perder peso. Esto se debe, entre otras explicaciones, al enfoque de la industria de productos para adelgazar, a la imagen de las mujeres que aparecen en los medios de comunicación, a que los médicos tienden más a ofrecer consejos y tratamientos a las mujeres que a los hombres con el mismo problema, y a la experiencia de que tener unos kilos de más es negativa y que deja una huella más profunda en las mujeres que en los hombres.

A las mujeres se les han asignado características desagradables en base a su tamaño, están más discriminadas en el mercado laboral y excluidas de una participación social completa, lo que invariablemente afecta la autoestima, sobretodo aquellas que están construidas sólo en función de *los otros*. Tales experiencias pueden que no se restrinjan a las mujeres, sin embargo es claro que la desaprobación social de la gordura está centrada principalmente en las mujeres, más que en los hombres, puesto que hay mayor presión sobre éstas para ceñirse a las nociones culturales sobre ser atractivas, y de éstas nociones se han derivado exigencias que se han acercada cada vez más a la delgadez.

Qué nos tiene a decir las mujeres académicas acerca de su alimentación?

**Gardenia:** *“buena”.*

**Dalia:** *“en cantidad suficiente, como 4 veces al día y considero que tengo una dieta balanceada, aunque tengo 4 kg de sobrepeso”.*

**Margarita:** *“buena, pero como demasiado por eso tengo sobrepeso. Como mucho fuera de la casa”.*

**Amapola:** *“como cualquier cosa en el trabajo, mi dieta es mala y considero que tengo algo de sobrepeso”.*

**Flor de Lotus:** *“como lo que encuentro, como más de lo que necesito. Casi no como cosas fritas, casi no como carne. Como mis hijas se volvieron vegetarianas, al envés de pelearme con ellas, mejor las apoyo y casi me volví vegetariana también. Como mucha*

*verdura, granos y proteínas vegetales. Considero que tengo una alimentación balanceada, aunque tenga sobrepeso”.*

**Tulipán:** *“como de más, regularmente en la casa”.*

**Jacaranda:** *“yo creo que es muy buena. Como cuando tengo hambre. No hay regularidad, eso es un problema. Solamente hay regularidad en el desayuno, que es muy equilibrado y después me descompongo en el día. Como regularmente en la casa. Tengo exceso de peso desde el primer embarazo”.*

**Bugambilia:** *“muy sana pero tengo que bajar las cantidades”.*

**Hortensia:** *“trato que sea balanceada cuando la preparo, pero me molesta cargarla, y cuando como fuera es mala por el exceso de grasa, no como verdura. Estoy arriba de mi peso, tengo que cuidarme mucho por lo de la columna”.*

**Alcatraz:** *“buena, a veces llego a pasar un poco en el pan. Como regularmente en la casa”.*

**Lilis:** *“buena y adecuada”.*

**Rosa:** *“buena y rica, con mayor consumo de proteínas animales. Como regularmente en la casa y la mayoría de las veces la prepara mi esposo”.*

**Orquídea:** *“muy buena, balanceada, pero como en exceso a veces. Como regularmente en la casa”.*

Las mujeres académicas, han manifestado (en el tema de los problemas de salud-enfermedad), y casi todas ellas en este tema también, sobrepeso, algunas exceso de peso, aunque indican tener una buena, rica, balanceada, adecuada alimentación. Por tales evidencias es necesario reflexionar sobre esta contradicción. Una alimentación balanceada y adecuada, estrictamente hablando, no lleva al sobrepeso, menos al exceso de peso; comer demasiado y alimentos altamente calóricos, sí.

También habría que preguntarse(les): ¿bajó que parámetros estas mujeres académicas indican que tienen sobrepeso? ¿Quién les ha hecho saber de este problema? ¿por qué consideran que tienen sobrepeso? ¿Bajo qué (y de quién) mirada tienen sobrepeso? En la simple observación es posible constatar que algunas de ellas no muestran sobrepeso, otras sí, pero también hay que considerar los requerimientos propios del género, de la edad, de la estructura física, de las actividades realizadas, es decir requerimientos individuales. Lo que

llama la atención es que la mayoría de las veces, las mujeres nos basamos en los requerimientos sociales para considerar el peso ideal o el sobrepeso.

Según Baudrillard<sup>308</sup>, el cuerpo ha sido recuperado como instrumento de prestigio, y en este sentido, se volvió un objeto de trabajo de inversión, representando un esfuerzo todavía más enajenado que la explotación del cuerpo en la fuerza de trabajo. Surge entonces la idea de que al no cumplirse con las devociones corporales, al pecar por omisión, la persona es castigada. La belleza se vuelve, para la mujer, un imperativo absoluto y deja de ser un efecto de la naturaleza y suplemento de las calidades morales. La belleza es un imperativo absoluto por el hecho de ser una forma de capital: la ética de la belleza reduce todos los valores concretos del cuerpo (energético, gestual, sexual) a un valor de cambio funcional.

La condición de opresión de la mujer, que históricamente ha pasado por su cuerpo, ha cambiado de ropaje, la mujer sigue confundiéndose con su propio cuerpo. Este “redescubrimiento” de su cuerpo pasa por muchos objetos: maquillaje, bronceamiento, gimnasia, modelaje, moda – toda una dedicación para *ser de otros*. La industria de la belleza se expande, proliferando academias, “spas”, cirugías estéticas, drogas, cremas que crean purgatorios de la belleza.

En una investigación<sup>309</sup> realizada para examinar los sentimientos y experiencias de las mujeres gordas respecto a su peso y sus hábitos de comer, se encontró que la gran mayoría de las entrevistadas dieron muestras de un considerable grado de insatisfacción con su peso y en muchos casos ello había conducido a un extremo sufrimiento. Era difícil, para ellas, explicar por qué se sentían de ese modo, aunque de un modo general se pudo establecer tres áreas principales que representaban dificultades para las mujeres en términos de peso y que eran vistas como razones suficientes para adelgazar: la compra y el llevar vestidos y la

---

<sup>308</sup> Jean Baudrillard, citado en: Marle dos Santos Alvarenga. *Bulimia nervosa: Avaliação do padrão e comportamento alimentares. Tesis de Doctorado*, Universidade de São Paulo, 2001, p. 4.

<sup>309</sup> Rose Wiles. ¡No estoy gorda, estoy embarazada!: el impacto del embarazo en la imagen del cuerpo de las mujeres embarazadas, en: Sue Wilkinson y Celia Kitzinger. *Mujer y Salud*, op.cit., p. 41.

aparición personal; tomar parte en deportes y actividades sociales; y los comentarios de familiares y otras personas, y el deseo de perder peso para complacerles. Ninguna mujer hizo referencia a la salud.

### **Intervenciones quirúrgicas**

**Gardenia:** *“de glaucoma con rayos laser”*

**Dalia:** *“dos cesáreas, una en el ISSSTE y la otra a nivel privado, y una cirugía de colón”.*

**Bugambilia:** *“mastectomía, de vesícula con complicación de peritonitis”.*

**Amapola:** *“se me quitaron el útero y los ovarios”.*

**Hortensia:** *“de los pies”.*

**Lilis:** *“apendicectomía de urgencia, salpingonoplastia programada”.*

**Margarita, Flor de Lotus, Tulipán, Jacaranda, Alcatraz, Rosa,**

**Orquídea:** *“no”*

La **cirugía cosmética** no hace parte de las preocupaciones de las mujeres académicas, ninguna de ellas se ha sometido a este procedimiento quirúrgico.

### **Entretenimiento**

Un hecho incuestionable para el mantenimiento de la salud es el entretenimiento, la recreación como ruptura de la cotidianidad del trabajo, de la rutina diaria, que tienen que ver con el relax, el aflojarse, el sosiego. Las mujeres académicas se entretienen en viajar, oír música, leer, ir al cine, pasear, hechos que al mismo tiempo se constituyen como satisfactores de salud para muchas de ellas, y estas formas de entretenerse lo hacen regularmente acompañadas, sobretodo por la familia.

**Gardenia:** *“ver la tele, leer, pasear, algo de ejercicio, muy de vez en cuando”.*

**Dalia:** *“viajar unas 3 veces al año, siempre con mi familia. También vamos al cine, a los conciertos, a comer, a los cabarets”.*

**Margarita:** *“con la familia, ir al cine, a desayunar, a fiestas, viajes en vacaciones”.*

**Amapola:** *“en los fines de semana, estar con mi familia”.*

**Jacaranda:** *“la lectura, el cine, pasear por los mercados, la convivencia...”*.

**Tulipán:** *“la música, la lectura, la tele”*.

**Bugambilia:** *“viajar, regularmente con amigas; leer, la música y la pintura a solas”*.

**Hortensia:** *“lectura, cine, teatro”*.

**Alcatraz:** *“lectura, viajar, hacer los vitrales, ir al cine”*.

**Orquídea:** *“ir al cine, a la filarmónica”*.

## **Satisfactores de salud**

**Gardenia:** *“descansar, hacer ejercicio, distraerme un poco”*.

**Dalia:** *“trabajar, tener buena alimentación y debería hacer ejercicio pero no lo hago”*.

**Margarita:** *“tranquilidad, seguridad económica, amabilidad, dormir bien. Yo los he construido”*.

**Amapola:** *“cuando hago ejercicios, cuando como y duermo bien, es lo que más me gusta. Yo los construyo”*.

**Flor de Lotus:** *“ejercicios, dormir, leer, pasar tiempo con la familia, hablar con los amigos, salir todos a pasear, ver una película, despertar y sentir que no me duele nada. Decidí tener más días como este, en que pasaba por la calle y veía el cielo muy azul, los árboles más verdes. Los satisfactores uno mismo se lo proporciona”*.

**Jacaranda:** *“ejercicio, la alimentación, la convivencia, la conversación. Yo los busco, voy tras ellos”*.

**Hortensia:** *“la música, poder compartir con alguna persona”*.

**Alcatraz:** *“viajar, los vitrales, cine, lectura. Yo los construyo totalmente”*.

**Lilis:** *“mi hijo es un remanso de paz para mi porque es un niño de carácter muy agradable, me hace reír mucho, jugamos mucho. A veces también mi pareja me produce mucha paz. Mi trabajo a veces es gratificante, con los alumnos, o producir algún material o artículo”*.

**Rosa:** *“una alimentación rica, sentirme querida, ocasionar bienestar a los demás”*.

**Orquídea:** *“jugar con mis sobrinos”*.

Las mujeres académicas identifican múltiples y distintos hechos que se constituyen en satisfactores de salud. Se nota la autonomía y la decisión de construir, de buscar espacios, situaciones que les proporcione bienestar, y también se identifica, en sus narrativas, la presencia *de otros* en estos encuentros con la satisfacción (probablemente por los vínculos establecidos, no necesariamente como dependencia): la familia, los amigos, la conversación, el

compartir con alguna persona, el hijo, bien como hechos independientes de los otros, como dormir, descansar, hacer ejercicio, oír música, mirar la naturaleza, la alimentación, el trabajo, hechos que ellas lo pueden concretar por sí mismas. Lo importante es no depender de otros para tener satisfactores de salud, porque cuando estos otros ya no estén, entonces que haremos? ¿Pasaremos la vida persiguiendo a *los otros* para tener bienestar? Es más saludable construir los satisfactores a partir de nosotras mismas y depender en menor medida de *los otros* para tenerlos.

Estas mujeres académicas tienen los conocimientos y además la sabiduría que nos da la vida y el aprender de otras personas, para concientizarse de aquello que les da condiciones de bienestar, de salud.

### **Percepción de estar sana/enferma**

**Gardenia:** *“estoy sana cuando no me duele nada y enferma cuando me siento apachurrada, no tengo ganas de nada”.*

**Dalia:** *“sentirme bien”.*

**Margarita:** *“estar bien física, mental y espiritualmente”.*

**Flor de Lotus:** *“estar sana sería estar bien de todo, cuerpo y mente, estado de ánimo. No estoy sana, pero tampoco me considero enferma”.*

**Tulipán:** *“sana cuando no me duele nada, nunca estás completamente sana o enferma”.*

**Jacaranda:** *“sana cuando estoy contenta, realmente me siento satisfecha, que puedo estar compartiendo con alguien la vida”.*

**Hortensia:** *“estar sana cuando puedes gozar de las cosas, no cargar los problemas de los otros, y enferma tener enfermedades reales”.*

**Alcatraz:** *“cuando algo me produce dolor, o algo me produce tristeza, o mejor dicho un malestar fuerte, es cuando siento que ahí hay algo que tengo que cambiar para quitar este problema”.*

**Lilis:** *“estoy sana porque considero que puedo ser funcional, puedo movilizarme, hacer mis cosas, que no sienta un problema interno que me pueda afectar mi trabajo. Estar enferma es tener un problema psicológico o físico que me impida hacer mis cosas”.*

**Rosa:** *“cuando estoy contenta, con ganas de estudiar y aprendo con facilidad”.*

**Orquídea:** *“cuando me enfermo me deprimó”*



La preocupación de las académicas expresa las condiciones del cuerpo funcional y del cuerpo saludable que pueda estar apto para la actividad física del trabajo, pero también para el disfrute.

El cuerpo es pensado, representado y pasible de lecturas diferenciadas de acuerdo con el contexto social. No es posible concebir procesos exclusivamente biológicos, instrumentales o estéticos en el comportamiento de mujeres y hombres. Al cuerpo se aplican sentimientos, discursos y prácticas que están en la base de la vida social. El cuerpo también es emblemático de procesos sociales, culturales, económicos, políticos, ideológicos.

La noción de salud y enfermedad es también una construcción social, pues la mujer (y el hombre) es enferma o sana según la clasificación de su sociedad y de acuerdo con criterios y modalidades que esta sociedad establece, y de manera importante según el género. Esto implica que el saber médico también debería estar íntimamente articulado con lo social y lo genérico, toda vez que el construye un diagnóstico tomando como punto de partida las sensaciones desagradables/agradables descritas por la mujer (y el hombre), a lo que se llama de síntomas, y a través de aspectos constatados objetivamente por las/los médicos – los signos.

El síntoma<sup>310</sup> entonces, sólo dice respecto única y exclusivamente a la persona, es el carácter invisible de la enfermedad o de la salud, pues nada más es que sensaciones que la persona experimenta y puede expresar por el lenguaje. El signo, como manifestación objetiva, hace parte del aspecto visible de la enfermedad o salud, y dice respecto principalmente al dominio médico, pues se constituye de su observación y del examen físico.

---

<sup>310</sup> Síntoma: “es la sensación subjetiva referida por el enfermo como dolor, ansiedad, malestar, alucinaciones, sensación de vértigo, etc. Es un fenómeno sólo por el sentido y que el médico, ordinariamente, no percibe ni le es fácil comprobar, siendo revelado solamente por la anamnesis o interrogatorio”. V.Romeiro. *Semiología Médica*. Guanabara, Rio de Janeiro, 1980, p. 45.

Foucault, en *El Nacimiento de la Clínica*<sup>311</sup>, plantea que el destaque al síntoma como la única forma de acceso a la enfermedad, en el sentido hipocrático, perdura hasta el siglo XVIII. Para él, con el advenimiento de la clínica anatomo-patológica hay una reformulación del saber, donde la semiología pasa a ser un conjunto de técnicas que permite aliar la lectura de los síntomas con la investigación de los signos, donde entra en juego la escucha y el olfato, además de la mirada ya existente. Con la patología, como campo institucionalizado de conocimiento, el acceso a la enfermedad se volvió visible. En este sentido, no es más una determinada patología que se inserta en el cuerpo, sino es el propio cuerpo que se vuelve enfermo.

Pero, la anatomía y la fisiología del cuerpo solo se vuelven significativas a partir de las reglas y códigos de los grupos sociales. Esto se vincula al punto de la dependencia directa que las personas enfermas y las/los clínicos poseen con las representaciones sociales específicas respecto al cuerpo, a la salud, a la enfermedad, e indudablemente al género, relativas al contexto social y cultural en que se insertan.

¿Cómo la propia mujer lee las sensaciones de la salud y de la enfermedad? Las representaciones que las mujeres poseen a respecto de la enfermedad y de la salud están directamente relacionadas con los usos sociales del cuerpo en su estado normal. Así, cualquier alteración en la calidad de vida, como por ejemplo, el dolor, no comer, no dormir o no realizar cualquiera actividad que habitualmente están acostumbradas, puede implicar estar enferma, aunque sigan realizando sus actividades cotidianas.

Para las mujeres, los síntomas, con mucha frecuencia, no son inscritos como enfermedades, sino que ellas mismas los atribuyen al rango de normalidad y de lo “natural”, lo propio, es decir al esencialismo biológico: “así mismo es”, “qué se va hacer”, “todas pasan por eso”. Además de que, cuando los síntomas son

---

<sup>311</sup> Michel Foucault. *O Nascimento da Clínica*. Forense-Universitária, Rio de Janeiro, 1980.

manifestados por ellas (sobre todo los del orden psíquico) también son encasillados como “cosas de mujer”, “manía de quejarse”, “las mujeres son quejumbrosas”, “son nervios”, “le hace falta un hombre”. Esto es utilizado tanto por las personas cercanas a la mujer como también por el dominio médico. Es decir, se obvian o se minimizan los síntomas referidos por las mujeres, tanto a nivel individual, como social o en los servicios de salud. No se busca las causas, no se indaga sobre estos problemas, siquiera se pregunta porqué se quejan tanto las mujeres, porque tampoco se les creen.

Ahí se ve las condiciones reales de las mujeres en el mundo. Ahí se ve el valor social asignado a la atención de la salud-enfermedad de las mujeres. Y también se ve la dimensión en la subjetividad de cada una. El cuidado o el abandono son dimensiones fundamentales de la salud-enfermedad, del bienestar, de la autoestima o de la baja autoestima.

El soportar muchos o mismo algunos problemas de salud-enfermedad, sin una adecuada atención, progresivamente lleva a las mujeres a una situación que tiende a acercarlas cada vez más hacia la enfermedad y alejarlas de la salud. A la larga, los problemas se recrudecen, se amplían, se vuelven irreversibles. Su condición de vida se vuelve precaria. La salud-enfermedad no es voluntaria, espontánea o natural, no proviene de una fuente ajena, sino de las condiciones de vida y de lo que cada una ha experimentado al vivir su vida.

El condicionamiento de género en las mujeres es transversal y es evidente que a mayores recursos, materiales y simbólicos, y mejores condiciones de vida, se tiende más hacia la salud. Sin embargo, mujeres pudientes, profesionales de la salud, mujeres académicas y universitarias, enfrentan enormes descuidos en su salud-enfermedad, en su alimentación, en el descanso, en tener a la mano más satisfactores y pueden experimentar situaciones de violencia subjetiva que las colocan en riesgo y las dejan vulnerables – formas de enajenación corporal que

remiten a las experiencias de otras mujeres muy carenciadas y oprimidas en la escala social, pero cercanas en la opresión genérica.

## **GESTION Y CUIDADO DE LA SALUD-ENFERMEDAD**

De acuerdo a los planteamientos que conforman al proceso salud-enfermedad, la prevención ha de ser integral, es decir no solamente a nivel individual, sino también comunitaria e institucional, y al mismo tiempo biológica y social, por lo tanto, individual y colectiva. Caso contrario siempre será a medias. Actualmente hay una tendencia a responsabilizar a la persona por su salud y/o enfermedad. El Estado, las instituciones de salud, los servicios de salud han dejado de asumir parte en esta responsabilidad. Esto se debe, entre otras cosas, a que la salud se ha vuelto una mercancía (cuando debiera ser un derecho), la obtiene quien puede pagar por ella. Los servicios de salud públicos se caracterizan por tener una práctica eminentemente curativa y tocan muy levemente a la prevención, y cuando la hacen, es siempre individual, excepto en aquellos programas destinados a lo materno-infantil, a la prevención del cáncer cervico-uterino, fragmentando a la mujer y privilegiando su aparato reproductivo.

A partir de la organización patriarcal del mundo, y a través de las construcciones de género, se establece una división del trabajo, que en el caso de la producción de la salud, tanto en el sistema formal de atención como en las redes informales del cuidado de la salud-enfermedad en la familia y en la comunidad, recaen sobre las mujeres. Esto ocurre porque en el proceso de socialización se condiciona diferencialmente las motivaciones de las mujeres y de los hombres hacia la selección de determinadas actividades, ocupaciones y funciones consideradas afines con los estereotipos que definen culturalmente al género.

La mayor parte de las necesidades de las mujeres están orientadas sobre todo hacia *los otros*. La base de la condición de género patriarcal asignada a las mujeres es *ser-para-otros*. Este hecho define la ubicación de las mujeres en sus

respectivas sociedades, en sus comunidades, en sus familias, y define también su participación en los procesos de salud-enfermedad, tanto en los avances y beneficios, como en el déficit. Contiene dos aspectos fundamentales: por un lado la enorme contribución de las mujeres a la salud a través de sus actividades y su trabajo visible e invisible, destinado a lograr la sobrevivencia, el bienestar, el placer y la salud cotidiana más de *los otros* que de ella misma. Esta intervención de las mujeres es una contribución al desarrollo económico y social que suma enormes recursos económicos si se contabiliza este trabajo.

Por otro lado, el *ser-para-otros* contiene un principio oculto y enajenado. Las mujeres deben hacer a un lado sus necesidades personales y colocar en el centro de sus vidas las necesidades de los demás. Ser ajenas a sus propias necesidades y en todo caso ponerlas en segundo término y satisfacerlas en segundo lugar, y debido a los principios genéricos (subordinación, discriminación, inferiorización) las mujeres como *seres-para-otros*, cuando satisfacen sus necesidades lo hacen con satisfactores de menor calidad y con porciones mínimas.

Esta situación comparten mujeres diversas: “viven un relativo abandono, un descuido inducido, una autoinvisibilidad y un autorrelegamiento. Lo propio puede esperar, no es urgente. La prioridad de la salud de *los otros* es una regla vigente para las mujeres encargadas social y culturalmente de la atención de la salud integral de los otros. Curadoras y sanadoras de la inmensa mayoría de las personas, las mujeres aprenden conocimientos sobre las enfermedades, los malestares, sus síntomas, y el cuidado de la atención, la atención de emergencia y los cuidados cotidianos. Aprenden a estar alertas y a movilizarse cueste lo que cueste para resolver problemas de salud. Cada mujer debe cuidar primero la salud de los otros y en la internalización del segundo plano, de la menor importancia y del menor valor, dejarse a sí misma para después, eso también lo aprende”<sup>312</sup>

---

<sup>312</sup> Marcela Lagarde. Claves feministas para la autoestima de las mujeres, op.cit., p. 175.

Bajo esta lógica patriarcal, la posición y el papel de las mujeres aceptados y hasta promovidos son los de ser gestoras, promotoras, apoyadoras y cuidadoras de la salud-enfermedad de los demás. Sus cuerpos no se agotan en sus límites materiales, se extiende simbólicamente a las cazuelas, a los alimentos, a la cocina, a la casa, en ir y venir por atender, servir, cuidar. Su cuerpo es un espacio siempre dispuesto a cargar y a recibir *al otro*. Con sus cuerpos las mujeres arrullan y acunan otros cuerpos, en los brazos, en el regazo, para dormir o calmar, para alimentar. La mujer también carga al enfermo/enferma que no se puede mover, lo ayuda a bañarse, a caminar, a sentarse, lo limpia, lo peina, lo amortaja. La mujer carga el cuerpo de *los otros* desde su formación hasta su muerte, lo cuida, lo alimenta, lo purifica con su propio cuerpo. Desde este lugar, la mujer no trabaja, mas sí cuida y ama, hace crecer y da bienestar a *los otros*, como si esto fuera natural, propio de ella.

De acuerdo a esta postura se interrogó a las mujeres académicas sobre los niveles de prevención que realizan para el cuidado y la atención de su salud-enfermedad, con énfasis en aquellos hechos que son prácticamente exclusivos para la mujer, como por ejemplo, los estudios de papanicolau, mastografía, densiometría ósea, y aquellos que de acuerdo a los problemas de salud-enfermedad manifestados, son específicos para cada una de ellas. Asimismo, se les interrogó sobre las actividades desarrolladas para el cuidado de *los otros*, a nivel familiar, comunitario e institucional, buscando resaltar si en la gestión y en el cuidado de la salud-enfermedad se privilegian a sí mismas o a *los otros*.

### **Práctica preventiva individual: actividades, seguro médico, ejercicio**

**Amapola:** *“no me he hecho casi nada de prevención, solo el papanicolau y la mastografía. No he ido al reumatólogo por mi problema de artritis, ni al oftalmólogo, ni checar la cefalea, ni al*

dentista. *Tampoco he hecho la densiometría ósea*. **Seguro médico** “No porque trabajo en el seguro social” **Ejercicio** “No”

**Margarita:** *“algo, no lo hago más aunque tengo la información, es que no tengo tiempo”*. **Ejercicio** *Lo único es la natación tres veces a la semana, lo que me da mucho placer*”.

**Gardenia:** *“si, tomo mis aspirinas, desde hace dos años, para no tener problemas artríticos y de circulación, tomo mi medicina para fijar calcio, y lo hago para no sufrir la enfermedad. También hago cada año el papanicolau, he hecho la densiometria ósea, la mastografía no. Si voy al dentista. Para mis chequeos también hago electrocardiograma, electroencefalograma”*. **Seguro médico** “Tengo seguro de gastos mayores, pero lo haría todo eso mismo sin tenerlo”. **Ejercicio** “Ejercicio no hago mucho por miedo a la presión ocular”.

**Lilis:** *“He acudido al ginecólogo, al dentista y al ortopedista. Hago el papanicolau, la densiometría ósea, la mastografía no”*. **Ejercicio** “No hago ejercicios sistemáticamente, as veces camino y hago bicicleta, es un sentimiento muy agradable”. **Seguro médico** “Si”.

**Orquídea:** *“Hago el papanicolau, mastografía, densiometría ósea, también voy al oftalmólogo, al ginecólogo, ortopedista y dentista”*. **Seguro médico** “Si”. **Ejercicio** “cuatro días a la semana”.

**Alcatraz:** *“si, el papanicolau, mastografía, ir al ortopedista, al dentista”*. **Seguro médico** “Si”. **Ejercicio** “Subo muchas escaleras, diaramente”.

**Rosa:** *“Si, estudios de papanicolau, de mama, densiometría ósea, voy al oftalmólogo, al dentista”*. **Ejercicio** “No”. **Seguro médico** “No”

**Tulipán:** *“no, no lo he hecho, me automedico. Ya sé tratar de mis problemas. Los estudios no te pueden decir mucho”* **Ejercicio** “No, quisiera, pero no”.

**Hortensia:** *“sólo he ido al ortopedista y hecho estudio de la columna, nada más. Tenía que asistir con más frecuencia al dentista, no lo he hecho porque me fastidia la fresita esta. Lo demás sí considero que me cuido”*. **Seguro médico** “No”. **Ejercicio** “Trato de hacerlo, pero no siempre es posible. Lo disfruto, me gusta”.

**Flor de Lotus:** *“papanicolau si, mamografía si, dentista si, y la medicina alternativa para el problema de fibromialgia. Densiometría ósea no, oftalmólogo no”*. **Seguro médico** “Si”. **Ejercicio** “caminar, pero no siempre”.

**Bugambilia:** “tengo bien identificado mis riesgos y tengo un buen seguro médico, especialidades médicas para mi familia. Otras formas de prevención es tener plantas todo alrededor de la casa, es una forma de protegerte. Cuidar la dieta, que no hay áreas de peligro en la casa, dar mantenimiento preventivo a la casa, hacer ejercicio, haber dejado de fumar, la forma en que tengo que tomar mis alimentos, el agua, el divertirme, el salir para evitar la neurosis... yo no viajo si no viajo con un maletín para prever todo, y todo tiene que ir con lista de cotejo”. **Estudios y consultas** “en el último año he hecho el papanicolau, mastografía ya no necesito, densiometría ósea si, he ido al oftalmólogo, al ginecólogo, al dentista, al ortopedista. Levo un control muy estricto”.

**Dalia:** “sí hago prevención para mantenerme sana. Lo hago desde que me casé. He hecho el papanicolau, la mastografía y la densiometría ósea”. **Seguro médico “Si” . Ejercicio “No”.**

**Jacaranda:** “en los últimos 22 años no me he hecho papanicolau. Porque tengo la convicción que el cuerpo es el mejor vehículo para comunicarme si algo anda mal. No me hago el papanicolau porque no creo necesitarlo, porque no creo que la premonición señalada por las autoridades médicas compete a la población tabla rasa, porque debe haber juicio crítico y porque el mejor juicio debe tenerlo siempre el sujeto que duda si algo le pasa. Y yo no tengo ninguna duda, entonces como no dudo no tengo que acudir”. **¿Tienes la información sobre los riesgos?** “claro, lo vi de cerca, tengo cinco tías muertas de cáncer y mi padre con cáncer”. **¿No tienes miedo?** “no tengo miedo, ninguno. Estoy segura que no estoy dividida, de que soy uno solo cuerpo, y que no hay otro que se está pudriendo sin avisarme”. **¿Si percibes algo, vas al médico/médica?** “si percibo algo o no me siento bien, desde luego no voy al médico. Primero tengo que saber sí lo que me está pasando es importante o no es importante. El médico no me va decir si es importante o no. Pero sí me lo puedo decir yo, porque tengo una vida de 49 años en donde creo conocer si hay algo importante o no en mi cuerpo. Si puedo reconocer lo importante, también puedo reconocer lo no importante. Entonces, no tengo ninguna duda”. **¿Qué sería algo importante** “cuando tuve neumonía. No me dormí para cuidarme yo sola, o sea, la conciencia vigilante permitió que el cuerpo respondiera. Estoy convencida que el cuerpo responde a lo que le pedimos, porque somos lo mismo”. **¿Acudes al dentista?** “Si”. **Ejercicio** “si a los aeróbicos, 1 hora diaria”.

**Práctica preventiva familiar: actividades, respuesta de la familia**



**Amapola:** *“acompañó al médico a mis padres, hermanas e hijas. Ofrezco los medicamentos, platico un poco con ellos cuando están enfermos. Respuesta “Me hacen caso, me valoran”.*

**Margarita:** *“cuido mucho la salud de mi esposo y mis hijos: compras y preparación de los alimentos sanos, aguas frescas, acompañamiento a la atención médica, preparo tes, cuando están enfermos cierro las cortinas y las puertas, mantengo un ambiente tranquilo, sin música. También doy recomendaciones e informaciones a ellos” ¿Estás vigilante de la salud de ellos? “Siempre estoy pendiente, no me canso, me da gusto hacerlo”. Respuesta “Les da gusto”.*

**Gardenia:** *“preparación de los alimentos, una dieta buena y sana, compro sus jugos a mi hija, ayudo a mi mamá, la llevo al médico, compro sus vitaminas”.*

**Lilis:** *“acompañó a mi hijo y a mi mamá al médico, cuidó la higiene en la preparación de los alimentos y de la casa, doy una dieta balanceada, también oriento a mis hermanos sobre los cuidados de la salud. De mi hijo estoy pendiente totalmente, de mi madre si es necesario. A mi hijo le apapacho para que se sienta bien” . Respuesta “Mi madre está contenta, mis hermanos me hacen caso y mi hijo se siente contento que esté pendiente de él”.*

**Orquídea:** *“les acompañó al médico, preparo algún alimento, hago tes, apapachos. Estoy pendiente de la salud de ellos, cuando me necesitan”.*

**Alcatraz:** *“acompañamiento al servicio de salud, los oriento, los aconsejo”. Respuesta “Me obedecen, me tienen confianza”.*

**Rosa:** *“desarrollo todas las actividades necesarias para mi esposo, para mi cuñada que ya murió, para mi suegra que demanda muchas atenciones y cuidados, y claro para mi hija”. Respuesta “Se sienten agradecidos”.*

**Tulipán:** *“cuido a mi sobrino como a un hijo. Siempre que me lo piden, acompañó a mi familia, preparo alimentos, tes, estoy pendiente de ellos, los apapacho” Respuesta “Lo consideran importante”.*

**Hortensia:** *“coopero económicamente y los llevo al médico” Respuesta “no muchas”.*

**Flor de Lotus:** *“cuido su alimentación, la higiene de la casa, llevar a mis hijas a tomar las vacunas, a revisión, al dentista, al oftalmólogo,*

al ginecólogo. Les apapacho, las acuesto, les doy sus medicinas, su leche caliente, el te, se ponen muy chillonas y entonces se les antoja algo, se les hago, masajitos, les doy agua, les acobijo, su caldito de pollo, regalos no, si revistas. Si se enferma mi esposo, también lo apapacho, le hago su comida favorita, sus tezitos, estoy detrás de él ofreciendo cosas. Cuando yo me enfermo sí me cuidan, pero no me apapachan, ni de la misma manera ni en la misma cantidad. A mis papás los atiende a veces, son muy independientes”. **Respuesta** “lo toman como algo gratuito, que se merecen. Tampoco veo como una obligación mía, sino que es parte de querer a mis hijas, ellas lo toman como parte natural de la vida. Les faltaría reconocer que todo eso les fue dado”.

**Bugambilia:** “no fregarles la vida, no meterme en la vida de mi hija, tener buena comunicación. Cuando se enferman si los cuido, desde la comida y todas las funciones de vida que en este momento no pueden cubrir, yo les cubro. Apapacho si, es el más importante. No los cuido todo el tiempo porque también tengo que cuidar de mí”. **Respuesta** “Valoran lo que hago... dicen gracias y nada más”.

**Dalia:** “preparo una comida balanceada, sin grasa, limpio bien los alimentos”. **Respuesta** “para ellos es parte de su vida, no lo perciben”.

**Jacaranda:** “les cuido su tranquilidad, me gusta que cuando lleguen haya un ambiente de alegría, de satisfacción, de confianza, les escucho cuando tienen algo que decirme, si hay que apoyarlos, cuando hay que tomarles la presión si las tomo, les encanta que se les esté tomando la presión, el pulso, son más hipocondríacos que lo que te puede imaginar. Soy la que los rescata. Trato de que estemos contentos todos. Les toco para ver si encuentro algo, tratamos de buscar cual fue el origen y tratamos de resolver. Empezamos a estudiar el dolor, como se produjo y si no cede en uno o dos días, empezamos con cosas tóxicas, porque sabemos que todo dolor viene de una inflamación. Hago tecitos y muchos apapachos”. **¿Cómo te percibes en estas actividades?** “Genera esfuerzo, genera desgaste y genera también un ambiente de re-encuentros, siempre importantes. Es un momento de recapacitar, de que no estén solos, que les quiero mucho”. **Importancia** “mira, cuando piensas la vida como un bien común, tienes que hacer por así, no hay opción, porque si mi concepto es que la vida en común es mejor, entonces bueno, no es un trabajo, es una forma de concretar ese valor”. **Respuesta** “confían mucho en lo que yo les digo, valoran muchísimo”

## Práctica preventiva comunitaria: actividades, respuesta de la comunidad

**Amapola:** *“en el trabajo hago recomendaciones a compañeras, comparto mis conocimientos médicos”.*

**Margarita:** *“con las compañeras, ofrecer un te, platicar, recomendar un médico y medicamentos, les hablo, voy a verlas”.* **Respuesta** *“de calidez”.*

**Gardenia:** *“hago recomendaciones, indico algún médico. En mi consultorio no desarrollo ningún programa o actividad de prevención con mis pacientes privados”.*

**Lilis:** *“con mis vecinas si, si hay que aplicar alguna inyección, tomar la presión arterial, llego a hacer siempre que tengan una receta médica, y doy alguna orientación sobre un especialista”* **Respuesta** *“Les da gusto y lo aceptan bien”.*

**Orquídea:** *“nomás recomendaciones”.*

**Alcatraz:** *“hago promoción de la salud con las mujeres que me tocan”* **Respuesta** *“Siento que en algunos casos sí se logra sensibilizar, en otros les cuesta más trabajo hacerlo”.*

**Rosa:** *“recomendaciones, comparto mis conocimientos, mis experiencias con mis compañeras de trabajo, con amistades”.* **Respuesta** *“Es aceptable”.*

**Tulipán:** *“si me piden hago recomendaciones, les receto”.* **Respuesta** *“Agradecidos”.*

**Flor de Lotus:** *“estoy pendiente de la salud de mi vecina. Sé de los cuidados por cultura general, leo artículos, estoy casada con un médico. Coopero para ayudar con algún compañero enfermo de gravedad, a veces recomiendo algún medicamento, sugiero médicos. Siempre hay quien escucha”* **Respuesta** *“bien, se sabe que uno también puede necesitar y allí van estar ellos”.*

**Bugambilia:** *“estoy pendiente de la salud de mis amigas, vecinas y veo si les puedo ayudar con medicamentos, apapacharlas, cuidarlas con detallitos, ir a verlas en su casa”.* **Respuesta** *“Bien, agradecidas”.*

**Dalia:** *“con los amigos hago recomendaciones, comparto conocimientos”.*

## **Práctica preventiva institucional: actividades, respuesta de la institución**

**Amapola:** *“si, trabajo 10 horas a la semana en comunidades, hago prácticas de campo. La comunidad responde bien cuando es un grupo pequeño”.*

**Lilis:** *“tenemos un proyecto de investigación con otra maestra en la comunidad de los ....., precisamente dedicado a la promoción de la salud”.* **Respuesta** *“la comunidad está muy contenta, participa con nosotros, a la institución les vale”.*

**Alcatraz:** *“con alumnos de primer ingreso y con los que van al servicio social, para orientación y ubicación, y también recibo pacientes en mi cubículo”.* **Respuesta** *“Se puede decir que con dos mensajes, pues quieren que regrese a dar consulta en la institución, pero sin ningún apoyo de tras, haciendo todo de la nada, y ahora si negándome porque tengo que producir escritos para mantenerme en el cargo”.*

**Tulipán:** *“si participo en algunos programas”.* **Respuesta** *“de la comunidad ninguna, están hartos, de la institución tampoco”.*

**Bugambilia:** *“si desarrollo un programa con enfoque de riesgo y llevo 6 años trabajando con esta comunidad. Está dirigido a mujeres”.* **Respuesta** *“de la comunidad, ya nos quieren, ya están acostumbrados a que estemos allí, además es el único servicio que tienen. De la institución, ninguna”.*

**Dalia:** *“si, programas y actividades en comunidades”.* **Respuesta** *“De la institución no hay nada, la comunidad sí agradece”.*

**Jacaranda:** *“desarrollo, entre otros, un programa en la zona de influencia de la FES, dirigido a una comunidad donde las mujeres participan de una manera muy activa en la conducción del proyecto... el cual pretende incorporar la salud no solo como la atención al cuerpo, sino como la atención a una serie de cuestiones colectivas que pueden ayudar a resolver problemas”.* **Respuesta de la comunidad:** *“maravillosa, sobretodo las mujeres. Ellas mantienen el proyecto, yo solo acudo ocasionalmente cuando hay algún problema en el que quieren que yo participe y decida”.* **Respuesta de la institución:** *“cero, no les importa... me he mantenido en esa comunidad sin ningún apoyo institucional”.*

## **Percepción del trabajo de gestora y cuidadora de la salud:**

### **Cuidado de su salud o de lo demás, importancia, beneficios aportados**

**Amapola:** *“cuido más a la salud de los demás que la mía”.* **Importancia** *“Si es importante lo que hago, pero no es un trabajo, no con la familia. No apporto muchos beneficios, debería hacer más, no es suficiente el tiempo que dedico a los alumnos, a los pacientes, a la familia”.*

**Margarita:** *“cuido más la salud de mi esposo que la mía. Creo que me cuido lo suficiente, pero debería ser constante”.* **Importancia** *“Me gusta hacerlo, no me cuesta nada. Si apporto muchos beneficios y con esto estoy satisfecha”.*

**Gardenia:** *“cuido igual la salud de los demás y la mía”.* **Importancia** *“Sé que es importante, cuanto más prevenga menos enfermedad voy a tener. Si, los beneficios son muchos y me da gusto cuidarme y cuidarlos”.*

**Lilis:** *“cuido más la salud de los demás que la mía”.* **Importancia** *“Es muy importante este cuidado e implica esfuerzo, mucho conocimiento porque con los seres que amamos mucho, hay que tener mucho cuidado con ellos”.*

**Orquídea:** *“cuido más de mí”.* **Importancia** *“Si es importante, yo quisiera estar perfectamente bien, pero...”.*

**Alcatraz:** *“siento que es bueno, y siento que no es verbal, sino de ejemplo, yo he tomado con mucha responsabilidad, desde niña, y no tomo, no fumo, no soy parrandera. De alguna manera soy un ejemplo. Me cuido, evito peligros innecesarios, accidentes. Me siento una persona muy prudente”.* **Importancia** *“Yo lo siento muy importante, no como un compromiso, sino me siento como una guerrera porque para mí fue un halago que, al cerrar el consultorio por la maternidad, los pacientes me siguieron a mi casa y no me querían dejar. No he podido dejar el consultorio y ahora ya no lo dejo, primero porque me ayuda económicamente y otra porque ahorita los jóvenes están perdidos, con unas depresiones bien fuertes y si yo puedo ayudarlos... veo un poco a mi hija en ellos... Paciente que me llega deprimido es un compromiso que tengo que ayudarlo. Esta es mi trinchera de lucha, de formación social”.*

**Rosa:** *“cuido de los demás más que de mí”.* **Importancia** *“Si es importante, pero lo hago por amor”.*

**Tulipán:** *“yo cuido más de la salud de los demás que de la mía”.* **Importancia** *“No mucha”.* **Beneficios** *“Pocos”.* **¿Algún sentimiento en particular por cuidar a los demás?** *“Ninguno”.*

**Hortensia:** *“dedico más tiempo al cuidado de mi salud. Si yo no cuido de mí, quién? Los demás se van preocupar, pero allí nada más”.* **Importancia** *“es importante porque si estoy enferma repercute en mi ánimo, si estoy saludable, me siento mejor”.*

**Flor de Lilis:** *“cuido más la salud de los demás”* **Importancia** *“La razón es por amor, pero es un trabajo porque implica tiempo, abnegación, esfuerzo e implica saber que hacer, atenderlos, llevarlos, implica conocimientos. Esto es parte de mi entrenamiento como científica, he desarrollado la capacidad de observación y percepción”* **Beneficios** *“aporta beneficios porque viven más sanos, más contentos y reconozco el trabajo de la mujer. A la familia le faltaría entender que la vida no es así de fácil, sino que es esfuerzo de una la que le vuelve fácil. Una es responsable del bienestar de tu familia”.* **Sentimientos** *“ni placer, ni pena. Es un trabajo que tengo que hacer, es mi obligación, mi responsabilidad, lo hago, lo cumplo. Me da placer cuando se recuperan”.*

**Bugambilia:** *“cuido más mi salud que la de los demás”* **Importancia en el cuidado de los demás** *“si te pesa porque te cansas, pero te produce satisfacción principalmente cuando vez que están bien y que ellos ya pueden hacerse cargo de si mismos. La cosa es no eternizarlo”.*

**Dalia:** *“percibo que cuido más la salud de mi familia que la mia”.* **Importancia** *“si considero importante lo que hago”.* **Beneficios** *“mi familia es más sana”.* **Sentimientos** *“tengo mucho gusto en hacerlo”.*

**Jacaranda:** **Importancia** *“yo considero que es un trabajo 100% universitario, concibiendo a la universidad en esta tarea de extensión de la cultura, extensión del servicio, y sobre todo en esta búsqueda y actividad de una comunidad científica con una comunidad social, con un entorno empobrecido y abandonado”* **¿Qué sentimientos te producen estas actividades?** *“a nivel de la comunidad cumplo con una tarea universitaria que me enorgullece. Para mi ser universitaria es un honor, es un privilegio. Entonces, cuando la comunidad, a través de mi trabajo, valora la presencia de la universidad, está resuelto. A nivel de mi casa todos formamos la misma cadena, de tal manera que alimentar a... es alimentar toda la cadena, entonces pues es el privilegio de estar en esta cadena”.*

Todas estas narrativas de las mujeres académicas constituyen una gran riqueza, hay muchas mas ideas que podrían ser analizadas, pero no es objetivo de este trabajo. Me enfocaré a los planteamientos claves que se ha venido desarrollando a lo largo del texto: la mujer *ser-para-otros*, la mujer como gestora y cuidadora de la salud de los demás y en menor medida de la de ella misma.

Las mujeres académicas atienden la salud primaria de sus familiares, es una de sus funciones de género y es uno de sus atributos, aunque no tengan suficientes conocimientos para hacerlo de manera adecuada (aunque algunas sí lo tienen, sea por su formación, sea por la experiencia aprendida). Sin embargo, frente a la contingencia, preguntan, se informan, se enseñan unas a otras y aprenden: regulan la nutrición, calculan el descanso, el sueño y su relación con las actividades, tratan de crear condiciones caseras de sobrevivencia adecuadas. Atienden, consuelan, curan y sanan a sus familiares. Esta capacidad de atender la salud-enfermedad de *los otros* contrasta con el cuidado de sí mismas. La mayoría de las mujeres académicas padece dolencias, malestares, enfermedades menores pero también graves por el grado de molestia, por el nivel de cronicidad y degeneración.

Las académicas con pareja, con hijas e hijos son aquellas que más se dedican al cuidado de *los otros*, en detrimento o descuido de sus propias problemáticas de salud-enfermedad. Las que cuidan prioritariamente a su salud-enfermedad son aquellas sin pareja y sin hijos e hijas. También hay un fuerte impacto la conciencia del cuerpo, la concepción y la percepción del propio cuerpo. Jacaranda, la mujer académica que se ha destacado por su posición respecto a la prevención. De acuerdo a su narrativa, es posible evidenciar una fuerte y gran conexión con su propio cuerpo, una mujer que sabe, ha aprendido a leer su cuerpo. Sin embargo, saber de las propias necesidades y posibilidades no es un asunto compartido por todas, sólo por aquellas que han construido los suficientes recursos para hacerlo – las empoderadas.

Con sus cuerpos, con sus vidas, a través de su subjetividad, su trabajo, las académicas cumplen un papel decisivo en la gestión de la salud y en el cuidado de la enfermedad, contribuyen con la casi totalidad de los servicios de atención informales y no remunerados, algunas participan en el sector formal de la salud, otras en los proyectos y programas comunitarios-institucionales de promoción a la salud, y en uno u otros espacios, ejercen una influencia decisiva sobre las

conductas en la atención a la salud-enfermedad de los demás. Ellas son transmisoras, defensoras y custodias de la salud de *los otros*: es un mandato social asumido. Sin su concurrencia no sería posible la vida, pero tampoco la muerte. “Tanto los rituales domésticos o sociales, como los cuidados, está a cargo de las mujeres y forman parte de su condición histórica. Desde el menor hasta el mayor grado de participación personal, las mujeres están destinadas al cuidado de la vida de los otros”<sup>313</sup>.

Las mujeres académicas asumen el papel de proveedora principal de cuidados en el hogar: ellas gestan y crean las mejores condiciones de bienestar para todos, incluyéndose ellas, cuidan a sus hijos e hijas, al esposo, a la madre y al padre, en menor medida a ellas mismas, y también en otros niveles: a la vecina, a sus compañeras y compañeros de trabajo institucional, los apoyan, aportan recursos, hacen recomendaciones, sugieren medicamentos y médicos/as, comparten sus conocimientos y sus sabidurías, todo aquello que saben y han aprendido de otras y otros.

La mayoría de las académicas afirman cuidar más la salud-enfermedad de los demás que la de ellas mismas: la prevención y atención requerida para sus problemas de salud-enfermedad no son prioritarias, *los otros* son y están primero. Y además no consideran que los cuidados hacia su familia sobretodo, se constituyan en trabajo, algunas lo consideran obligación, como algo natural, lo hacen por amor – amor a los demás.

La vida de las mujeres no sólo implica un ciclo de cuidados, sino que a la vez supone un trabajo especializado – el cuidado de la salud-enfermedad de los demás y todo lo que conlleva este trabajo, en beneficios para *los otros* y muchas veces en déficits para ella. Las mujeres no son víctimas indefensas, esta suposición sería introducir el tema de las mujeres de forma distorsionada, y la subordinación de las mujeres seguiría sin desafiarse. La salud-enfermedad es un

---

<sup>313</sup> Marcela Lagarde. *Los cautiverios de las mujeres*, op.cit., p. 377.



tema que debe ser analizado dentro de un marco social y político, sensible a las necesidades de las mujeres.

Las mujeres académicas no son sólo tradicionales en cuanto al género, son al mismo tiempo modernas, y además son mujeres formadas y/o que se desempeñan en el área de las Ciencias de la Salud. Ellas y muchas otras más, abren camino como personas y como género, y se abren camino en ellas necesidades vitales propias, que implican el desarrollo personal de cada mujer de acuerdo con los recursos materiales y simbólicos sociales, científicos, económicos, jurídicos, políticos y culturales que la modernidad, sumado a los preexistentes, ha generado y puesto en circulación. En este proceso, las académicas han sido tocadas en grados muy distintos y no en todos los aspectos de sus vidas.

Las mujeres han propuesto un conjunto de alternativas que delinear una serie de medidas y mecanismos para abatir el déficit patriarcal de las mujeres, las disparidades entre mujeres y hombres y entre las mujeres, y desde este piso, conformar un sentido no opresivo y si emancipatorio para mujeres y hombres. Hoy, como nunca antes, las mujeres reclaman atención a sus problemas de salud-enfermedad, han desarrollado una conciencia pública y política y plantean su salud y la atención a sus enfermedades, dolencias y malestares, como uno de los problemas sociales. El avance en torno a la salud en IV Conferencia Mundial de la Mujer en Beijing, en 1995, consiste en que la salud ha sido requerida a partir de la perspectiva de los derechos humanos.

## **5. CONSIDERACIONES FINALES**

## 5. CONSIDERACIONES FINALES

Uno de los ejes fundamentales de este trabajo con las mujeres académicas pasó por el rescate y la legitimación de sus vivencias, recuerdos, sentimientos, deseos, opiniones, decisiones; y sabemos lo difícil que ha resultado este proceso para ellas, dado el entrenamiento que ellas, y todas nosotras, tenemos para poner en duda la propia percepción o lo que sentimos, pensamos, recordamos, en función de otorgarle poder a las visiones, sentimientos o puntos de vista, en función de autorizarse a decir, hablar sobre nuestras propias vidas.

Descubrir sus voces en los distintos ejes de análisis y ciclos de la vida es parte de lo que este trabajo invita a pensar como condicionantes del proceso salud-enfermedad de las mujeres.

Sus voces, individuales y en conjunto, se han transformado en un pequeño coro en mi mente, creando un contexto para que las mujeres académicas expresaran sus recuerdos en el marco de la sexualidad, del poder, del trabajo, de la subjetividad y la relación con el proceso salud-enfermedad construido a lo largo de sus vidas.

A veces sus voces eran tan frágiles que se volvían inaudibles, y me interesaba escucharlas, dejar que sus voces se unieran a su mundo, sus experiencias unidas a las mías, sus palabras como una resistencia viviente a las diversas opresiones.

A medida que escuchaba sus voces tenía que estar permanentemente tranquilizándome, escuchando mi propia voz. ¿Qué escuché? El escuchar las historias de estas mujeres sobre su pasado y presente crea un “nosotras” y un “ellas”. Al escuchar las cintas y leer las entrevistas, se alteró mi sueño y mi alimentación, pero al escribir estaba colmada de una sensación de felicidad, de llegar a saber algo que me había confundido por algún tiempo: ¿por qué nos enfermamos?, ¿por qué las mujeres nos enfermamos tanto?, y por qué más que

los hombres?, ¿cómo nos enfermamos?, ¿por qué aunque estando enfermas, seguimos trabajando, cuidando la casa, *los otros*, siendo para *los otros*?, ¿por qué estando enfermas nos decimos sanas?

Me siento en la quietud y confidencialidad para escuchar sus voces y mi propio anhelo se abre a la reflexión, ¡que extraordinaria es esa práctica de escuchar a las mujeres, es una práctica de relación!

Escuchar cuidadosamente a todas ellas: Gardenia, Dalia, Margarita, Amapola, Flor de Lotus, Tulipán, Jacaranda, Alcatraz, Bugambilia, Lilis, Rosa, Hortensia, Orquídea, hablar de los recuerdos de sus cuerpos, de la sexualidad, de las relaciones de poder, del trabajo en la FES-Zaragoza, del trabajo en sus hogares, de sus vidas con *los otros* y *las otras*, de sus problemas de salud-enfermedad de antes y de ahora, significó para mi invitar a sus voces y a las de todas las mujeres hacia la conversación y a la comunidad.

Fue fundamental, en este trabajo, abandonar la ilusión de una realidad primordial y autónoma del cuerpo como simple objeto natural, puro y sin equívocos, y sí navegar en un mundo de imágenes y sentidos donde el cuerpo es proceso, por eso muy difícil de aprehender. En este contexto, ha sido importante no estrechar la mirada sólo hacia la enfermedad o hacia la salud, porque no permitiría retener la complejidad del problema.

Reconocemos que el cuerpo, tal como lo ha planteado Margarita Baz<sup>214</sup>, es esa realidad íntima e inmediata, representante de la individualidad, es portador de una radical paradoja: está sujeto a los procesos de la naturaleza, de la biología y atado por tanto al intercambio energético con el medio ambiente del que depende para su mantenimiento, pero, al mismo tiempo, nada del cuerpo de las humanas y de los humanos es natural. El lenguaje ha introducido el cuerpo al mundo simbólico, lo ha constituido en un código que mediará sus posibilidades de experiencia, de

---

<sup>214</sup> Margarita Baz. Metáforas del cuerpo. Un estudio sobre la mujer y la danza. PUEG, México, 2000.

conocer, sentir y experimentar, y ha ordenado el intercambio social hasta en sus más íntimos detalles.

Estas reflexiones nos llevan a reconocer que la naturaleza del cuerpo de las humanas es también un efecto de la actividad cultural, histórica. Es decir, la salud-enfermedad no es nada más hechos orgánicos, están investidos de significaciones y regulaciones desde dimensiones que ya no son asunto de la naturaleza. En este sentido, el cuerpo no es un hecho biológico dado de nuestra presencia en el mundo, sino una visión, un objetivo, un punto de llegada y salida para las fuerzas que conforman la vida. El cuerpo es un entorno natural, pero constituido socialmente.

Bajo esta perspectiva es que analizamos el proceso salud-enfermedad de las mujeres, en articulación con la sexualidad, el poder, el trabajo, la subjetividad, dimensiones constitutivas de la condición del género femenino y a la vez desencadenantes de problemas que se presentan a nivel biológico (físico o psíquico) pero que fueron desarrollados con base en condiciones socio-culturales, a través de un proceso, a lo largo de los ciclos vitales.

En el contexto de la sociedad y cultura occidental contemporánea, en la que aparece como uno de sus signos característicos la importancia otorgada al cuerpo, los saberes que se han desarrollado alrededor del cuerpo, desde las Ciencias de la Salud, conforman formas y categorías de aprehensión del cuerpo. Los discursos que se fundan sobre esas prácticas van conformando distintos modelos o paradigmas, como el de la enfermedad, el de la salud o el proceso salud-enfermedad, o en otros términos, el mecanicista, el organicista que circulan en cada cultura, y que tienden por lo general a reducir al cuerpo a alguna de sus dimensiones, o el histórico-social que intenta abordar el cuerpo y lo que en él ocurre desde distintas y múltiples dimensiones. Sin duda, analizar tales modelos, concepciones, prácticas alrededor del cuerpo fue una vía de acceso fundamental para entender el proceso salud-enfermedad de las mujeres.

Durante el desarrollo de esta investigación, diversas constataciones emergieron en la medida en que se construyó el campo teórico y, articuladamente se mantuvo el contacto con las mujeres académicas por medio de las entrevistas, constataciones que serán presentadas, según los ciclos vitales, a partir de hechos, situaciones y problemas que hacen que las mujeres sean semejantes entre ellas por compartir aspectos fundamentales de su definición social – condición de género -, a la vez que diferentes entre sí – situación de género - por particulares adscripciones a otros órdenes, círculos, prácticas y relaciones sociales, y específicas porque cada mujer es única y debe ser mirada en su unicidad, porque su manera de enfrentar el conjunto de determinaciones sobre su ser define su existencia, su biografía, única e irrepetible.

### **Las semejanzas**

La niñez de las mujeres académicas ha sido muy semejante a la de otras niñas en iguales circunstancias: han sido discriminadas a partir de su sexo al nacer, en la repartición de los alimentos, en la selección de los juegos y en el tiempo dedicado a ellos, en las formas de abuso hacia su cuerpo, en la disciplina y restricción del cuerpo, en la exigencia del cumplimiento hacia las actividades domésticas, en la obediencia hacia *los otros*, en la falta de autonomía, en el desarrollo de menos problemas de salud-enfermedad, y los desarrollados más del tipo infecto-contagiosos.

En la adolescencia, en el desarrollo del proceso salud-enfermedad no sólo se repitieron los mismos hechos de abuso, prohibiciones y limitaciones del cuerpo, ocurridos en la niñez, sino que se ampliaran, ya que sus cuerpos eran más prometedores para *los otros*, para la colonización y domesticación, para el placer de *los otros*. Con la menstruación las muchachas sintieron redobladas las prohibiciones en el cuerpo, un cuerpo sexuado que debía ser guardado *para otros*.

Tampoco tenían autonomía, control sobre su vida, poder de decisión sobre la carrera a seguir, donde estudiar. Debían obediencia a su padre, madre y ahora también a los hermanos; socialmente la demanda era que se mantuviesen en un lugar secundario, con un poder subalterno, aunque al mismo tiempo desarrollaron distintas formas de resistencia, rebeldía y transgresión. Igual que la exigencia escolar, las del hogar se acrecentaron, ahora más grandes debían colaborar más, hacerse cargo de más actividades y también de *los otros*, de la casa, de los hermanos menores, del padre. También ya estaban suficientemente grandes como para tener un trabajo público y ganar algo para ayudar en el sustento de la casa y satisfacer algunas de sus necesidades, sobre todo la ropa y los libros.

Subjetivamente el aprendizaje de *ser-para-otros* fue reforzado, al mismo tiempo que se introdujeran nuevos elementos en este proceso con la menstruación, con la naciente sexualidad, con el crecimiento de sus pechos, con las nuevas miradas. Ellas también se sabían diferentes, no obstante la consigna era acatar las prescripciones de su género, y así lo hicieron. Sus problemas de salud-enfermedad se ampliaran en relación a la niñez y otros se mantuvieron. Ya para este ciclo tenían varios problemas crónicos y/o degenerativos, y muchos malestares y dolencias. Así mismo tuvieron muchas necesidades, las afectivas principalmente, pero también mucha vitalidad, alegría, esperanzas, deseos y anhelos. Sueños planteados para ser desarrollados más adelante.

En la adultez, las mujeres se inician sexualmente en relaciones conyugales (dentro o fuera del matrimonio), tienen hijos e hijas, biológicos o adoptados, cumpliendo así con el *deber ser* de la maternidad, porque mismo aquellas que no procrearon, cumplieron con el mandato de la maternidad, al estar al cuidado de *los otros*. Viven situaciones de obligatoriedad en las relaciones sexuales, el modelo de sexualidad marca que el placer es mas prioritario para *el otro*, que para ellas. El erotismo se convierte en función y se subsume a la procreación y/o a la maternidad. Así, la experiencia con la sexualidad es muy restricta al coito, a la decisión del otro de cuándo, dónde y cómo realizarlo. Su movilidad sexual ha sido restricta, muchas de ellas son monógamas, y esto se explica porque ellas están

inscritas en el lado “bueno” de la conyugalidad, de la maternidad, de la procreación. La monogamia, de hecho, es una exigencia al género femenino, y las mujeres académicas corresponden a esta demanda social y cultural. Sin embargo, no se encuentran del todo satisfechas con las vivencias de su sexualidad, les agrada incorporar todo aquello que significa el romance: las miradas, la palabra, las caricias, los besos, los abrazos, los juegos.

En las relaciones de conyugalidad, son las mujeres quienes tienen mayormente la responsabilidad de la fecundidad. Son ellas las que toman las pastillas, ofrecen el cuerpo para la colocación del dispositivo intra-uterino, se fijan en los días seguros, están al tanto de que no falle la menstruación, son las que asumen física y psíquicamente la fecundidad.

Las mujeres han aprendido el gusto por la maternidad, la asumen con todo el cuerpo, se entregan, se sacrifican, se descuidan, se enferman por sus hijos e hijas. Ellas encuentran la completud en *los otros*. Las mujeres mantienen una permanente disponibilidad para cuidar *a otros*, para entregarse al amor maternal. Este hecho se traduce en la dependencia vital de las mujeres hacia *los otros*.

De dependencia tratándose, las académicas se encuentran poseídas de poder casi exclusivamente en el ámbito doméstico, en el mundo íntimo de la familia. En el ámbito laboral ejercen poder preferencialmente con los/las alumnas, es decir, un ejercicio de poder restrictivo, limitado. Este poder especializado las fragmenta, las divide en aquello que sí pueden incidir y en aquello que no tienen voz, decisión. Esto requiere una doble elaboración subjetiva, una doble ubicación.

Aunque consideradas “las reinas del hogar”, ellas no cuentan con un espacio propio, cuando mucho lo comparten, y cuando se adueñan de un espacio, generalmente es para en él desarrollar actividades para *los otros*, como en el caso de la cocina. Tener un itacate es fundamental para construir las vías de empoderamiento de las mujeres.



Todas las mujeres, sólo por el hecho de serlo, pasan por violencias. Las formas y expresiones son tan distintas como las propias mujeres, pero todas se encuentran ubicadas en la opresión, la inferiorización, la discriminación, y éstas por sí solas son formas de violencia hacia las mujeres, generalmente perpetradas por un hombre y en el ámbito privado, de la familia.

Asimismo, cumplen las mujeres académicas, como las demás mujeres, invariablemente con la doble jornada, largos períodos de trabajo público y de trabajo doméstico. Se hacen cargo de la casa, de la ropa, de la comida, se ocupan material y simbólicamente de *los otros*, intelectual, afectiva y eróticamente de *los otros*, y en menor proporción de ellas mismas. En el trabajo público las mujeres reconocen ser más responsables, cumplidas, dedicadas y comprometidas que los hombres. Sienten orgullo por serlo, se entregan, hacen todo por hacerlo bien – son además perfeccionistas.

A estas actividades se suman las de compartir con la familia, las amigas, las vecinas, las compañeras, los conocimientos y saberes. Las definiciones de salud-enfermedad están asociadas a la capacidad de las mujeres de participar de la vida en comunidad, en familia y en el trabajo público. De estos espacios, las mujeres, por su participación activa, aprenden, enseñan unas a las otras, y con estos saberes van por el mundo.

El comportamiento cotidiano de las mujeres es que al percibir un problema de salud-enfermedad, en ellas mismas o en *los otros*, haga uso de las experiencias previas, individuales, familiares y comunitarias, como de los diagnósticos y prescripciones previas, en el intento de identificar el valor de las sensaciones para ella misma diagnosticar su dolencia y/o su problema.

Sus afectos están direccionados a los otros: el amor hacia los hijos e hijas – son los que ocupan el lugar central en la vida de las mujeres - , y para las que no los

tuvieron, son los sobrinos. En segundo lugar están sus madres y padres, sus hermanos y hermanas, después vienen las amistades. El amor hacia ellas mismas no encuentra eco, queda al final, en último lugar o al menos es secundario.

Como todas las mujeres modernas, las académicas consideran que tienen sobrepeso y se preocupan por ello. Indican comer demasiado e inadecuadamente, lo que encuentran a la mano. Se trata del deber estético asignado en mayor medida a las mujeres. Las que no corresponden a los estereotipos vigentes de belleza se encuentran con una autoestima baja, lastimada. Pero también, y al mismo tiempo, son receptoras del bombardeo propagandístico de la comida “chatarra” especialmente dirigida a las mujeres, porque son ellas las encargadas de hacer las compras. En esta medida, las mujeres terminan por consumir alimentos rápidos, altamente calóricos, de bajo contenido nutritivo, lo que puede conllevar a procesos de deterioro de las condiciones de salud, exponiéndolas y haciéndolas vulnerables a problemas más graves como la diabetes mellitus, a la hipertensión arterial, a la artritis, y a algunos tipos de cáncer.

Sus problemas de salud-enfermedad son más, estuvieron más tiempo expuestas a riesgos, y éstos problemas son crónicos y/o degenerativos, problemas que requieren mayor vigilancia y control, acudir a la atención más a menudo, requieren más inversión de tiempo y recursos. Sin embargo, ellas no se dispensan los cuidados requeridos, se descuidan, dejan para después, para más tarde - es que *los otros* están en primer lugar para la mayoría de ellas.

También han desarrollado mayormente aquellos problemas que hemos tipificado como dolencias y malestares, problemas del orden psíquico, pero que dejan marcas en lo físico, y de éstos los más incidentes fueron los dolores por el cuerpo (en la cabeza, en la nuca, en los hombros, en la espalda, en la cintura, en las piernas, en los pies). El dolor ha sido un síntoma marcado y frecuente en la vida

de las mujeres. Es un elemento desestabilizador del estado de equilibrio que acaba por incidir en la percepción de estar enferma.

Estas múltiples condiciones de malestar y dolencias (algunas como consecuencia de problemas orgánicos) no son percibidas como problemas, sino como hechos naturales, como parte de la biología femenina, como situaciones llevaderas, sin mayor significación. Esto es de fundamental importancia ya que cuando se naturalizan los hechos, se quedan inmodificables, no se transforman.

Piensan que su condición de salud-enfermedad se encuentra deteriorada sólo cuando los problemas son graves, disfuncionales, cuando requieren algún tipo de intervención médica. Restan importancia a lo que pasa con ellas mismas – al ser *para otros*, no son para ellas mismas.

La mujer, por su condición de subalternidad, siempre prioriza los problemas de *los otros*, en detrimento de los suyos. Para un problema que acaece un hijo o una hija, el esposo, u otro miembro de la familia, la mujer siempre tiene disponibilidad para la atención, sea que ella misma la preste o lleva a la persona para recibirla en algún servicio de salud. En estas situaciones, ella deja de hacer cualquier otra actividad, con tal de prestar cuidado a la persona que lo requiere, y después sigue ella dando los cuidados en el hogar, a través de mimos, de la administración de los medicamentos en el tiempo y horas prescritas, del preparo de los alimentos al gusto de la persona, el acompañamiento, la escucha, la palabra de consuelo, de ánimo.

Su fortaleza y su ternura hacia *los otros* es inmensa y no es fortuita. Cuando la que necesita de atención es ella, siempre espera la mejor oportunidad, posterga la atención frente a la necesidad de *los otros*, frente a actividades en el hogar, en el trabajo público, por la lluvia, por el frío, cualquier pretexto es bueno para no dedicarse al cuidado de sí misma.

Esta percepción acaba por determinar las formas como las mujeres establecen relación con el propio cuerpo y con los servicios de salud, es decir, la salud-enfermedad, desde su percepción, está relacionada con la funcionalidad del cuerpo. En la medida en que pueden moverse, seguir trabajando, cumpliendo con sus funciones públicas y privadas, las mujeres se consideran sanas, aunque padecen malestares, dolencias varias e incluso cursan con problemas que requerirían atención cuidadosa. Sólo se consideran enfermas cuando de plano no pueden pararse y dejan de atender a *los otros*. Esta es una exigencia al género: no quejarse, no derrumbarse, estar siempre bien para *los otros*.

El cansancio, el insomnio, la tristeza, la depresión, la angustia, la desgana, los dolores de cabeza, de cuello, de espaldas, de cintura, de piernas, de pies, la autoestima baja, la desvalorización, la indiferencia, la descalificación, son problemas menores para ellas, y aun cuando las afecta psíquicamente, los viven como situaciones soportables. La búsqueda por un servicio de salud ocurre siempre y cuando el problema no es posible de resolución a través de medidas alternativas: esperar a que se resuelva por sí solo, la automedicación, la homeopatía, la acupuntura, yoga, el shorei, la oración, las soluciones mágicas, aun cuando estas formas pueden ser idóneas, no siempre son suficientes o efectivas frente a un problema de mayor gravedad. Solo después de algún tiempo recurren a la atención médica en algún servicio de salud. La espera es una impronta en la vida de las mujeres.

De esta manera, son capaces de enormes descuidos hacia problemas que se encuentran rezagados en el tiempo, rezago que se inició en la niñez, por descuido de la familia y que se ha mantenido o aquellos que han sido desarrollados posteriormente.

Tan cercanas por el género y tan alejadas por no reconocerse entre ellas. Las mujeres se consideran siempre diferentes unas de las otras, marcan vehemente las fronteras de lo que sí las distinguen, no asumen las semejanzas que

comparten con las demás por su condición de género. Pensamos que este es un hecho que impide la mejoría de las condiciones de vida de las mujeres, incluyendo la salud-enfermedad, porque transformar esta condición de opresión requiere logros sociales: aceptación de pertenencia al mismo género, aceptación de que todas merecemos los mismos derechos y las mismas libertades. Sólo en esta medida podremos también tener derechos y libertades individuales. Lo que hace una mujer por todas, hace para cada una de nosotras y para ella misma.

En las entrevistas realizadas, las voces de las mujeres académicas permitieron recordar que las semejanzas entre ellas es un hecho incuestionable. En este sentido, pudimos constatar que la condición del género femenino es determinante en el desarrollo del proceso salud-enfermedad y en problemas desfavorables, ubicándolas, en este proceso, más hacia la enfermedad (procesos destructivos) que a la salud (procesos constructivos).

Las mujeres y las mujeres académicas escuchadas en esta investigación, expresan algún reclamo respecto a varios problema de salud-enfermedad, a una mayor responsabilidad en el trabajo doméstico, a formas explícitas o implícitas de violencia, a un ejercicio de poder subordinado, a la dependencia del otro, de sentimientos y emociones de angustia, ansiedad, depresión, tristeza, de algún malestar físico o psíquico, a una autoestima baja, a un posicionamiento más hacia *los otros* que a sí mismas.

Todo esto las hace semejantes a la vez que diferentes.

### **Las particularidades (diferencias)**

Al mismo tiempo que pudimos establecer las semejanzas entre las mujeres y las académicas, es importante explicitar las diferencias existentes entre ellas, las cuales condicionan significativamente el acercamiento o el alejamiento a mejores condiciones de salud. La perspectiva de género feminista enseña acerca de las similitudes y también acerca de que no existe una sola experiencia esencial de las mujeres, y que sí hay una diversidad entre ellas.

En este sentido, las mujeres académicas a diferencia de las mujeres como colectivo, ocupan un lugar privilegiado en la sociedad mexicana: lograron estudiar una carrera profesional y están adscritas a la UNAM como académicas, son maestras, investigadoras y difusoras de la cultura, son universitarias. Además, se desempeñan en las carreras de las Ciencias de la Salud, cuentan con un trabajo bajo contrato y perciben un sueldo, están más seguras financieramente, han desarrollado otros estudios, en su mayoría de posgrado, se han apropiado de recursos intelectuales y simbólicos para su vida, y todas ellas recibieron claves importantes (unas en la niñez, otras en la adolescencia) para ser diferentes a sus madres, para no reproducir el modelo de subalternidad, dependencia e inferiorización del género femenino.

La niñez de las mujeres académicas se ha distinguido por la oportunidad de acceder a la escuela, contar con los recursos y el apoyo familiar para la consecución de sus estudios. Y aunque han desarrollado problemas de salud-enfermedad, recibieron atención médica, sobre todo para los problemas más graves (no obstante, haber padecido importantes negligencias médicas), asimismo tuvieron la oportunidad de recibir las vacunas que en el momento se prescribían, y este hecho las protegieron de muchos problemas. Todas recibieron alimentación, ropa y descanso suficiente para sus requerimientos.

La adolescencia de las mujeres académicas ha sido diferenciada por no haber ocurrido ningún embarazo, casi todas ellas se mantuvieron vírgenes hasta la edad adulta. Siguieron contando con los recursos, oportunidades y posibilidades de avanzar en sus estudios, el apoyo de sus familias fue determinante para tal realización. Pudieron, aun en condiciones desfavorables, desplegar algunos poderes, sobre todo en el ámbito educativo, en la decisión de cursar una carrera (no obstante no haber estudiado la primera opción), sacar buenas calificaciones, competir por medallas, diplomas, ocupar un lugar socialmente reconocido – recursos de empoderamiento -. Contaran con las oportunidades para la atención a

sus problemas de salud-enfermedad. De la misma forma que en la niñez, contaron con los alimentos y el descanso necesarios para sus requerimientos.

La adultez de académicas estuvo marcada positivamente por el mayor acceso a la educación y este hecho les permitió un mayor reconocimiento de la importancia de la salud-enfermedad y de que el descuido puede aumentar los riesgos para enfermarse y morir. Además, estas mujeres académicas, al contar con información sobre salud-enfermedad, tienen un mayor incentivo en la búsqueda de atención y prevención, bien como en la adopción de medidas saludables, como la práctica de deporte, una alimentación equilibrada, actividades de recreación, requerimientos de sueño y descanso. También han adquirido cierta conciencia de género, se valoran, se estiman, ejercen poderes, deciden sobre hechos importantes.

A las actividades docentes, de investigación y difusión de la cultura, se suman las relacionadas al trabajo comunitario, allí realizan educación y promoción para la salud, comparten con la comunidad conocimientos y saberes para construir formas más saludables de vida, y en este proceso también aprenden.

Se encuentran todas satisfechas con el trabajo que desarrollan en el Campus I de la FES Zaragoza, no aspiran al poder, a ocupar puestos de decisión, pero sí a ascender de categoría laboral para así ganar más. No están satisfechas con las condiciones para la realización de este trabajo. Les hace falta cubículos y con dimensiones adecuadas, en ellos es deficiente la luz y la ventilación. Los demás espacios por donde hay que circular, no corresponden a los requerimientos para una vida saludable: no hay donde ni como tomar un descanso entre actividades, no hay espacios para la discusión e intercambio de ideas, no hay donde ni alimentos que adquirir bajo los parámetros de una alimentación balanceada e higiénica, no hay espacios adecuados para la higiene personal. En la FES-Zaragoza, la mujer está simbólicamente ausente, los nombramientos que reciben están explicitados en lenguaje masculino, en las curricula no se incluye la

perspectiva de género, y la Academia de Género se encuentra discontinuada, sin actividad. Que no decir de la zona aledaña a la institución, que es insegura y peligrosa, contaminada y de alto riesgo.

Cabe recordar que la salud-enfermedad no es solo responsabilidad de la propia persona, sino de los contextos sociales. Condiciones adversas caminan paralelas a una mala condición de salud-enfermedad, pero también porque condiciones adversas dejan a la persona pocas opciones en el sentido de adoptar medidas saludables.

Otra condición que consideramos ha incidido favorablemente en el proceso salud-enfermedad de las mujeres académicas ha sido la económica. Estando en mejor situación económica, indicada por un sueldo, tienen mayores probabilidades de presentar una actitud positiva en la atención y prevención a sus problemas de salud-enfermedad.

Aunque preocupadas con su apariencia, con su peso sobre todo, ellas no se han hecho y/o pretenden hacerse cirugías plásticas, seguramente saben de los riesgos que conllevan estas intervenciones.

Las académicas tienen doble configuración de género: la tradicional (*ser-para-otros*) y la moderna. Poseen una cultura escolarizada, socialización pública en la institución, pueden estar en los mismos lugares que los hombres, tienen conocimientos, ideologías públicas, son mujeres que tienen actividades en lo público, son protagónicas. Poseen individualidad, salarios, contrato, territorio de trabajo, ocupación de un espacio, los derechos normativos y además los que ejercen y los que conocen, aunque no lo puedan ejercer. Son sujetas de derechos y de responsabilidades, tienen poder individual y los demás lo reconocen.

La modernidad ha sido un horizonte histórico contradictorio para las mujeres, marcado por el insuficiente cambio en la condición de su género, a través de la



consecución de oportunidades, recursos y derechos. De manera paradójica, la modernidad, referencia idealizada de progreso y emancipación, ha sido hostil hacia las mujeres, pues los avances han sido reducidos, mutilados y limitados selectivamente. No alcanzan eliminar la brecha de inequidades de género y, a la vez, mantienen y actualizan formas antiguas de opresión al tiempo que se generan nuevas.

Enmarcadas por esas contradicciones, las mujeres académicas constatan que el cuidado de sus cuerpos es fundamental, y mismo sin saberlo, han podido apropiarse de algunos elementos de la cultura feminista que ha resignificado a las mujeres como protagonistas de sus vidas, con sentido propio y colectivo, como mujeres, como individuales y como ciudadanas. Y por eso mismo, estas mujeres académicas que transitan en la vida con múltiples problemáticas de salud-enfermedad, con dolencias y malestares, se acercan o intentan acercarse cada vez más hacia la salud, a condiciones de bienestar.

### **Las especificidades**

Entre las mujeres académicas también hay especificidades. Una de ellas es Gardenia, otra es Dalia, otras más son Margarita, Ampola, Flor de Lotus y Tulipán. También hay Jacaranda, Alcatraz, Hortensia, Rosa y Bugambilia. Otras dos más son Lilis y Orquídea.

Son enfermeras, médicas, odontólogas, psicólogas, pedagoga y sociólogas. Hay unas con menos responsabilidades y menor carga de trabajo público y doméstico, algunas están deprimidas por estar sin un compañero, otras lo están por tenerlo, otras más por haber quedado libre de la regla, otras temen llegar a la menopausia. Todavía algunas enfrentan estrecheces y otras tienen vidas más privilegiadas. Las hay casadas, solteras, solas y acompañadas, hay heterosexuales y lesbiana. Unas tienen hijas e hijos biológicos, otras no los tuvieron. Una fue abusada sexualmente por su padre, las demás no vivieron tal experiencia.

Algunas han mantenido serios conflictos subjetivos con sus madres, algunas con sus padres, y para otras la relación materna y paterna ha sido armoniosa, de respeto. Algunas perdieron a sus madres cuando niñas, otras perdieron a sus padres cuando adolescentes, y otras fue bien más tarde, otras más tienen a su madre y padre vivos, cercanos para relacionarse.

Algunas, son misóginas, enemigas de las otras mujeres, pero hay las que son compañeras, solidarias, amables con las otras mujeres. Algunas reproducen los modelos masculinos, otras experimentan y construyen modelos propios de relación con la familia, con las compañeras académicas, con las amigas, en el trabajo de la FES Zaragoza, en la calle. Algunas hacen valer sus derechos, sus opiniones, sus decisiones, están empoderadas, otras están desposeídas de poder. En algunas los afectos son de envidia, celos, miedo a perder, en otras de gratitud, de fraternidad, de compañerismo.

Unas se cuidan atendiendo prontamente sus problemas de salud-enfermedad, otras se descuidan, otras más sólo atienden a algunos problemas y algunas lo hacen a destiempo. Algunas buscan atención a sus problemas a nivel privado, otras a nivel público, para algunas la prevención es importante y la hacen regularmente, para otras no tanto. Para algunas la prevención se restringe a una buena alimentación, horas suficientes de descanso, al ejercicio, a la recreación, para otras además significa la búsqueda de atención, la realización de estudios, análisis y diagnósticos. En algunas la depresión, la ansiedad, la angustia y la tristeza han hecho morada, en otras pasan de visita, y en otras se van de largo.

Algunas experimentan gran vitalidad, se sienten bien, otras se sienten cansadas, cargan con muchas dolencias, sienten muchos malestares. Algunas cuentan con más tiempo para recrearse, han construido diversas formas de entretenerse, otras cuentan con menos posibilidades. Sólo algunas invierten energías en actividades artísticas, otras ni siquiera las consideran. Unas han construido satisfactores de placer y salud por y para ellas mismas, otras dependen de *los otros* para tenerlos.

Para algunas las actividades domésticas son satisfactorias y las realizan en compañía, para otras son motivo de insatisfacción y las hacen en soledad. En algunas la desvalorización y la indiferencia han dejado huellas profundas, en otras las huellas son superficiales. Algunas fueron amadas, otras rechazadas, algunas construyeron estructuras y respuestas afectivas, otras no han podido librarse de la culpa de no comprender a sus madres, de no cuidarlas. Para algunas la autoestima es alta, para otras medianamente alta y otras más la tienen muy baja.

Finalmente, las mujeres contemporáneas comparten una condición de género cuyas semejanzas son definitorias, aunque entre ellas no hay correspondencia. Por su situación particular, que hace a cada mujer específica, las mujeres se encuentran circunscritas a las particularidades de su mundo que le son propia. La síntesis de todos los hechos, situaciones y problemas a nivel de la semejanza, de la diferencia y de la especificidad se da bajo todas estas formas de relación de manera imbricada. En algunos ámbitos, en ciertas circunstancias, en períodos de sus vidas o a lo largo de un día, predominan una o algunas de ellas.

En la sociedad mexicana actual, ¿qué procesos estarían confluyendo en este significativo interés en el cuerpo en tanto objeto de nuevos discursos y de diversas prácticas? Uno de ellos, y que para el objetivo de este trabajo ha sido fundamental, es el feminismo, el cual ha propiciado el debate sobre el significado social y político de los cuerpos de las mujeres y sobre la gestión del propio cuerpo, en asuntos como el aborto, la maternidad, el erotismo, la sexualidad, las relaciones de poder en el ámbito público y privado, y la constitución de la subjetividad, y como estos hechos determinan procesos destructivos y/o desfavorables, más que favorables y constructivos para las mujeres.

Uno de los campos privilegiados de los procesos políticos contemporáneos es el cuerpo, y de este, el cuerpo femenino, tanto a nivel individual como colectivo: un cuerpo disciplinado y una población estrictamente regulada. Tanto uno como otro estaría mediado por las instituciones, que, por vía principal de la familia, la

propiedad y el patriarcado arman en torno a la sexualidad el dispositivo esencial para la regulación del cuerpo femenino.

Aunque en toda sociedad el cuerpo ha quedado sujeto a mecanismos de poder, las sociedades modernas se caracterizan por la operación de nuevos métodos, múltiples procesos que han diseñado, como ha señalado Michel Foucault, una estrategia general: la disciplina, como modalidad de ejercicio del poder - cuerpos dóciles en los que se ha establecido un vínculo donde las aptitudes del cuerpo se acrecientan correlativamente al aumento de su sujeción, y el dispositivo para el desarrollo de la disciplina es la vigilancia que surge de la mirada que rastrea, ubica y detecta. Los dispositivos disciplinarios, en las sociedades modernas, se han instituido a través de los espacios, los lugares cerrados, de la distribución y circulación del tiempo, de su estricta regulación.

Las prácticas corporales de las mujeres académicas, universo de esta investigación, quedan sujetas a todo tipo de consideraciones y prescripciones, restricciones y vigilancias, así como de violencias en sus distintas expresiones. Hay instituciones, como la familia (y la iglesia, aunque en este trabajo no la hemos considerado), que juegan un papel central en el establecimiento de una moral que se ocupa de la vigilancia y restricción de los placeres del cuerpo, pero para el caso de este trabajo, es el discurso de la salud-enfermedad que tiene un enorme peso. Las instituciones de salud tanto públicas como privadas, y también de manera importante, los medios de difusión, han hecho un trabajo muy sugestivo sobre lo que consideran salud, vendiéndola como un bien a ser adquirido a quien pueda pagar por ella. Con este discurso se ha creado la necesidad de tomarse pastillas, hacerse estudios radiográficos, computarizados, exámenes de alta sofisticación, dietas para alcanzar la delgadez y la juventud demandada socialmente, generalmente sin una prescripción correspondiente a la edad, a las actividades, a las necesidades y requerimientos de salud-enfermedad de las mujeres.

Lo que queda problematizado con el régimen es el control de los placeres, que no es otra cosa que el control del deseo y sus mecanismos privilegiados: la producción de culpa y de vergüenza . Las mujeres que no corresponden al estereotipo vigente – jóvenes, delgadas y sanas -, de hecho sienten culpa o vergüenza por no alcanzarlo, piensan que no echaron las suficientes ganas, que no tienen fuerza de voluntad, les falta motivaciones, se avergüenzan de sus cuerpos, los esconden, los tapan, los ocultan y, al mismo tiempo, no consiguen establecer los parámetros de una vida saludable, placentera con y en sus cuerpos. Están y se sienten atrapadas en sus cuerpos.

Los cuerpos tienen su modo de hablar, portan signos que pueden ser: una respiración superficial e irregular, hombros que se cargan hacia delante hundiendo el pecho, nuca y cuello duros y doloridos al final del día, piernas, pies, brazos, cansados, herencia indeleble del trabajo de la casa, con los hijos e hijas, con el marido, la comida, la ropa, con la madre y el padre, las compras; y del trabajo en la universidad, en el desempeño de ser maestra, investigadora, en la extensión y difusión de la cultura, en la exigencia de los puntos para mejorar el salario. Cuerpos femeninos que recuerdan: “siéntate de piernas cerradas”, “bájate la falda”, “que nadie se entere de tu regla”, “que no te toquen”, “no te entregues”, “seas fiel”, “seas *para los otros*”.

Cuerpos con miradas altivas, furtivas, cuerpos que se sienten (in)cómodos guardando distancia entre sí, cuerpos estéticos y saludables, que se exhiben con satisfacción, signos impresos en la rotunda materialidad del cuerpo: la historia socio-cultural vislumbrada con las circunstancias específicas de cada historia individual. Lo particular, lo personal hablando de lo social, por que no son antinómicos, sino solidarios.

Cada cuerpo resulta así el producto de los micropoderes que han actuado sobre él, de las instituciones que viabilizaron las estrategias de control, de normatización y socialización, de los vínculos, de su lugar social, de sus problemas de salud-

enfermedad, de su capacidad de resistencia, de sanación. A lo largo de la vida vamos incorporando recursos que regulan la relación con el propio cuerpo y su gestión, el intercambio con otros cuerpos, recursos que quedan literalmente encarnados: son hábitos, gestos, manejo de espacios, modos de hablar, de moverse, de vivir su sexualidad, modalidades expresivas de las emociones, sensaciones, ritmos, recursos todos que conforman una ética fundada en lo aceptable, lo deseable, lo prohibido, lo permitido.

Cuerpos que revelan, para la mayoría de las mujeres, carencia de recursos, no saben sentir plenamente el goce, no saben sentir la salud o la enfermedad porque hay una llamativa ignorancia respecto a las bases anatómico-fisiológicas del cuerpo, y ese hueco se cubre con razones que oscurecen y distorsionan su realidad, porque existe una extendida rigidez y estereotipia de plásticas corporales, y pobreza de capacidades expresivas. Procesos que apuntan a una dirección: adaptar los cuerpos, dándole poco espacio al desarrollo de sus potencialidades creativas, placenteras, saludables.

Destacamos, entonces, en la realización de esta investigación, la importancia de la incorporación de categorías sociales para aproximarse al proceso salud-enfermedad de las mujeres. Para eso, hemos asumido la perspectiva de género desde el feminismo, el cual interpreta y analiza desde el cuerpo y la sexualidad.

El feminismo es una cultura que nombra y ha puesto en el centro de su reflexión los cuerpos y la sexualidad de las mujeres, colocando a la ciudadanía como un espacio en el que se puede lograr la dignidad humana y la justicia social. Tiene el feminismo, como principio ético, el derecho a la auto-determinación que las mujeres tienen sobre sus cuerpos y sexualidad.

El método feminista, de auto-conciencia, no solo devela, denuncia, sino que genera propuestas. Una de ellas es como construir sujetas autónomas, para desconstruir el género asignado y apropiarse de sí mismas, de su cuerpo, del placer,

de su salud y del cuidado de sus problemas, malestares y dolencias. La propuesta feminista, con base en el método de auto-conciencia, aterriza en los pequeños grupos de mujeres para el análisis y discusión de cómo viven la vida, la opresión, la marginación, subordinación, y las resultantes para el proceso salud-enfermedad. A través de estos grupos de reflexión se puede identificar las semejanzas, el sufrimiento, el malestar, las dolencias, la tristeza, los problemas. Pero no se quedan en el plan de víctimas, sino que se organizan para transformar su condición de género y situaciones particulares hacia posibilidades, espacios, recursos de conocimiento, saberes, de salud, de bienestar, de placer.

Esto les puede traer muchos beneficios, abrir horizontes, valorizar sus saberes, aprender cosas nuevas y sobretodo, al escuchar a otras mujeres y a sí mismas, descubrir problemáticas comunes, las formas de enfrentarlas e iniciar el proceso de colocarse, ellas mismas, en el centro de sus vidas.

Construir y apropiarse de derechos que significan conquistas de poder social, derechos cuyo objeto central es el respecto a la integridad humana, a su bienestar. En las sociedades modernas, los derechos de las humanas y humanos, son la expresión de la democracia.

En este proceso, las mujeres dejan de ser sustentadoras, para ser generadoras de su propia salud, y como sujetas políticas pasan de las necesidades básicas a necesidades estratégicas, dejan de *ser para otros* y pasan a *ser para sí mismas*, adquiriendo conciencia de si, individual y colectivamente.

## **BIBLIOGRAFÍA**



## BIBLIOGRAFÍA

ALCANTAR CAMARENA, Alfredo. Adolescencia y Transición. *Cuadernos de Ciencias de la Salud y del Comportamiento*, n° 7, 2004, FES-Zaragoza, pp. 51-78.

ALEGRÍA, Claribel. En la playa. En: Flores, Angel y Kate Flores. *Poesía feminista del mundo hispánico (desde la edad media hasta la actualidad)*. *Antología crítica*. Siglo XXI, México, 1984.

ALVARENGA, Marle dos Santos. Bulimia Nervosa. Avaliação do padrão e comportamento alimentares. *Tese de Doutorado*. Universidad de São Paulo, 2001.

BARBA ALVAREZ, Antonio. *Calidad y Cambio Organizacional: ambigüedad, fragmentación e identidad*. UAM-Iztapalapa, México, 2002.

BASAGLIA, Franca. *Mujer, Locura y Sociedad*. Universidad Autónoma de Puebla, Puebla, 1983.

BASAGLIA, Franca. *Una voz. Reflexiones sobre la Mujer*. Universidad Autónoma de Puebla, Puebla, 1986.

BAZ, Margarita. Metáforas del Cuerpo. Un estudio sobre la mujer y la danza. Programa Universitario de Estudios de Género (PUEG), México, 2000.

BONDER, Gloria. *Grupos de Concientización: historia o prehistoria de los estudios de la mujer*. Publicación CEM, Buenos Aires, 1982.

BREILH, Jaime. *Los Nuevos Conceptos y Técnicas de Investigación. Guía Pedagógica para un Taller de Metodología* (Epidemiología del Trabajo). 2ª. Ed., CEAS, Quito, 1995.

BURIN, Mabel. *Estudios sobre la Subjetividad Femenina*. Grupo Editor Latinoamericano, Buenos Aires, 1987.

CEVALLOS GARIBAY, Héctor. *Foucault y el Poder*. Coyoacán, México, 1986.

COOK, Rebecca J. *La Salud de la Mujer y los Derechos Humanos. Promoción y protección de la salud de la mujer en la legislación internacional sobre derechos humanos*. Publicación Científica, n° 553, OPS/OMS, Washington, D.C., 1994.

CORRES AYALA, Patricia. El Pensamiento Mítico: una vía para iniciarse en la reflexión de lo femenino. En: Corres Ayala, Patricia (coord..) *La Verdad del Mito*. Universidad de Guadalajara, Guadalajara, 1994, pp. 13-26.

DE BARBIERI, Teresita. *Mujeres y Vida Cotidiana*. F.C.E. e Instituto de Investigaciones Sociales. UNAM, México, 1984.

DE LA CRUZ, Sor Juana Inés. En que se describe racionalmente los efectos irracionales del amor. En: Flores, Angel y Kate Flores. *Poesía feminista del mundo hispánico (desde la edad media hasta la actualidad)*. *Antología Crítica*. Siglo XXI, México, 1984.

DEVER, G.E.A. *A Epidemiologia na Administração dos Serviços de Saúde*. Pioneira, São Paulo, 1988.

ELÚ DE LEÑERO, María del Carmen. *Trabajo de la Mujer y Fecundidad: Especial referencia a México*. En: Secretaría del Trabajo y Previsión Social. *La Mujer y el Trabajo en México*. STPS, México, 1986.

ETTORRE, Elizabeth. ¿Cuáles pueden ser las dependencias de la Mujer? El consumo de sustancias y la salud de la mujer. En: Sue Wilkinson y Celia Kitzinger (comps.) *Mujer y Salud. Una perspectiva feminista*. Paidós, Barcelona, 1996, pp. 97-114.

FERNÁNDEZ, Ana Mária. *La Mujer de la Ilusión. Pactos y contratos entre hombres y mujeres*. Piados, Buenos Aires, 1994.

FOUCAULT, Michel. *La Microfísica del Poder*. La Piqueta, Madrid, 1978.

FOUCAULT, Michel. *Vigilar y Castigar. Nacimiento de la Prisión*. Siglo XXI, México, 1980.

FOUCAULT, Michel. *O Nascimento da Clínica*. 4ª. ed. Forense-Universitária, Rio de Janeiro, 1980.

FOUCAULT, Michel. *Historia de la Sexualidad. I. La voluntad de Saber*. 15ª. ed. Siglo XXI, México, 1987.

FOUCAULT, Michel. *Historia de la Sexualidad. II. El uso de los Placeres*. Siglo XXI, México, 1986.

FRANCO, Saúl. La Violencia. En: Organización Panamericana de la Salud. *La salud del adolescente y del joven en las Américas*. Publicación Científica n° 489. OPS/OMS, Washington, D.C., 1985, pp. 221-228.

GIFFIN, K. Esfera de Reprodução em uma Visão Masculina: Considerações sobre a articulação da produção e da reprodução, de classe e de gênero. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, n° 4, 1994, Rio de Janeiro, pp. 23-40.

GONZÁLEZ DE CHÁVEZ, María Asunción. *Cuerpo y Subjetividad Femenina. Salud y Género*. 2ª ed. Siglo XXI, Madrid, 1993.

GONZÁLEZ HERNÁNDEZ Alicia y Beatriz Castellanos Simons. Un Enfoque Humanista Crítico. La sexualidad de los géneros. *Sexología y Sociedad*, Año 4, n° 9, La Habana, 1998, pp. 39-52.

GRAHAN, Hillary. Sobrevivir con el Tabaco. En: Sue Wilkinson y Celia Kitzinger (comps.) *Mujer y Salud. Una perspectiva feminista*. Paidós, Barcelona, 1996, pp. 115-136.

GREER, Germaine. *La Mujer Completa*. Kairós, Barcelona, 2000.

GUZMÁN VÁZQUEZ, Arturo, Alfredo Gómez Castellanos y Luiza Pizeta. Un Modelo de Planeación Estratégica: La FES-Zaragoza en el ámbito del neoliberalismo y la globalización. *Revista Síndesis*, n° 4, octubre-diciembre 2001, FES-Zaragoza, México, pp. 3-10.

HARTIGAN, Pamela. *Enfermedades Transmisibles, Género y Equidad en la Salud*. Publicación Ocasional n° 7. OPS/OMS, Washington, D.C., 2001.

HIERRO, Graciela. La Ética del Placer. En: Hierro, Graciela (comp.) *Filosofía de la educación y género*. Facultad de Filosofía y Letras, UNAM, Editorial Torres Asociados. México, 1997, pp. 173-186.

HITE, Shere. *El Informe Hite. Estudio de la sexualidad femenina*. Plaza & Valdés, Barcelona, 1978.

HUNT, Kate. ¿Una cura para todas las enfermedades? Interpretación de la menopausia y las complicaciones del tratamiento hormonal sustitutivo. En: Sue Wilkinson y Celia Kitzinger (comps.) *Mujer y Salud. Una perspectiva feminista*. Paidós, Buenos Aires, 1996, pp. 155-180.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA, GEOGRAFÍA E INFORMÁTICA (INEGI). *Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares*. INEGI, México, 2000.

JORES, Arthur. *La Medicina en la Crisis de Nuestro Tiempo*. 5ª. ed. Siglo XXI, México, 1979.

KÄES, R. *El Aparato Psíquico Grupal*. Granica Eds., Barcelona, 1977.

KOGAN, Aida Aisenson. *Cuerpo y Persona. Filosofía y Psicología del Cuerpo Vivido*. F.C.E., México, 1989.

KRÖLL, Hans Gundermann. El Método de los Estudios de Caso. En: Tarrés, María Luisa (coord.). *Observar, escuchar y comprender. Sobre la tradición cualitativa en la investigación social*. El Colegio de México y Porrúa, 2001, pp. 249-288.

LAGARDE, Marcela. *Los Cautiverios de las Mujeres: madresposas, monjas, putas, presas y locas*. 2ª. ed. UNAM, México, 1993.

LAGARDE, Marcela. *Género y Feminismo. Desarrollo Humano y Democracia*. 2ª ed. horas y HORAS, Madrid, 2001.

LAGARDE, Marcela. *Claves Feministas para la Autoestima de las Mujeres*. horas y HORAS, Madrid, 2001.

LAGARDE, Marcela. *Claves Feministas para la Negociación en el Amor*. Puntos de Encuentro, Managua, 2001.

LEFEVRE, Fernando. *O Medicamento como Mercadoria Simbólica*. Cortez Editora, São Paulo, 2001.

LÓPEZ DE GUEREÑU, Soledad Muruaga y Ana María García Cano. La experiencia terapéutica en el "Espacio de Salud entre Nosotras". *Cuadernos Mujer Salud/5*. Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe. Santiago, 2000, pp. 72-78.

LÓPEZ SÁNCHEZ, Oliva. *Enfermas, Mentirosas y Temperamentales*. Plaza y Valdés, México, 1998.

MINAYO, Maria Cecilia de Souza. Introdução. En: Minayo, Maria Cecilia de Souza y Sueli Ferreira Deslandes (orgs.) *Caminhos do Pensamento: Epistemologia e Método*. FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2002.

MONCARZ, Esther. *La Queja Cotidiana: Una Forma de Contraviolencia Femenina (y sus destinos posibles)*. En: Burin, Mabel. *Estudios sobre la Subjetividad Femenina*. Grupo Editor Latinoamericano, Buenos Aires, 1987, pp. 293-308.

MORIN, Edgar. *Introducción al Pensamiento Complejo*. Gedisa, Barcelona, 1994.

ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS. *Cumbre Mundial sobre Desarrollo Social. Declaración y Programa de Acción de Copenhague*. Naciones Unidas, New York, 1996.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. *Género, Mujer y Salud en las Américas*. Publicación Científica n° 541, OPS/OMS, Washington, D.C., 1993.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. *La Salud de la Mujer en las Américas*. Publicación Científica n° 488. OPS/OMS, Washington, D.C., 1985.

QUEIROZ, M. S. O Paradigma Mecanicista da Medicina Ocidental Moderna: uma perspectiva antropológica. *Revista Saúde Pública*, 20 (4), 1986, São Paulo, pp. 307-318.

ROBLES, Sylvia C. El Tabaquismo en la Mujer de las Américas. En: Organización Panamericana de la Salud. *Género, Mujer y Salud en las Américas*. Publicación Científica n° 541, OPS/OMS, Washington, D.C., 1993, pp. 175-181.

ROGERS, Annie G. Voces Exiladas: la disociación y el “retorno de lo reprimido” en los relatos de mujeres. *Isis Internacional* n° 29, 2000. Ediciones de las Mujeres, Santiago, pp. 33-56.

ROHEDEN, Fabiola. *Uma Ciência da Diferença: sexo e gênero na medicina da mulher*. FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2001.

ROMEIRO, V. *Semiologia Médica*. Guanabara, Rio de Janeiro, 1980.

ROSADO CASTILLO, Ana María. Adolescencia y Comunicación. *Cuadernos de Ciencias de la Salud y del Comportamiento*, n° 7, 2004, FES-Zaragoza, pp. 135-152.

RUIZ OLABUÉNAGA, José I. y María Antonia Izpizúa. *La Descodificación de la Vida Cotidiana*. Universidad de Deusto, Bilbao, 1989.

SAN MARTÍN, Hernan. *El Hombre y su Ambiente*. Almendros, Buenos Aires, 1968.

SÁNCHEZ GÓMEZ, Martha Judith. Consideraciones teórico-metodológicas en el estudio del trabajo doméstico en México. En: Orlandina de Oliveira (coord.) Trabajo, poder y sexualidad. Programa Interdisciplinario de Estudios de la Mujer. El Colegio de México, 1989, pp. 59-79.

SAYAVEDRA HERRERÍAS, Gloria y Eugenia Flores Hernández. *Ser Mujer: ¿Un riesgo para la salud? Del malestar y enfermar al poderío y la salud*. Red de Mujeres A.C., México, 1997.

SECRETARIA DE SALUD. *Programa de Salud 2001-2006*. Gobierno del Distrito Federal, México.

SECRETARIA DE SALUD. *Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006*. Presidencia de la República, México.

SIMÕES BARBOSA, R. Mulheres, Reprodução e AIDS: As tramas da ideologia na atenção à saúde das gestantes HIV-positivas. *Tese de Doutorado*. Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2001.

SPINK, Mary Jane P. y Vera Mincoff Menegon. A Pesquisa como Prática Discursiva: superando os horrores metodológicos. En: Spink, Mary Jane P. (org.)

*Práticas discursivas e produção de sentido no cotidiano*. 2ª. ed. Cortez Editora, São Paulo, 2000.

SPINK, Mary Jane P. y Helena Lima. Rigor e Visibilidade: A explicitação dos passos da interpretação. En: Spink, Mary Jane P. (org.) *Práticas discursivas e produção de sentido no cotidiano*. 2ª. ed. Cortez Editora, São Paulo, 2000.

SPINK, Mary Jane P. e Maria Goménez. Práticas discursivas y produção de sentido: apontamentos metodológicos para a análise de discursos sobre a saúde e a doença. *Revista Saúde e Sociedad*, 3 (2), 1994, pp. 149-171.

TARRÉS, María Luisa. Lo Cualitativo como Tradición. En: Tarrés, María Luisa (coord.) *Observar, escuchar y comprender. Sobre la tradición cualitativa en la investigación social*. El Colegio de México y Porrúa, México, 2001, pp. 35-60.

THOMPSON, Rachel y Janet Holland. Las Mujer Jóvenes y el Sexo (heterosexual) seguro: contexto, restricciones y estrategias. En: Sue Wilkinson y Celia Kitzinger (comps.) *Mujer y Salud. Una perspectiva feminista*. Paidós, Buenos Aires, 1996, pp. 21-40.

VELA PEÓN, Fortino. Un Acto Metodológico Básico de la Investigación Social: la entrevista cualitativa. En: Tarrés, María Luisa (coord.) *Observar, escuchar y comprender. Sobre la tradición cualitativa en la investigación social*. El Colegio de México y Porrúa, México, 2001, pp. 63-98.

VILLELA, Wilza. Mujeres y Violencia Cotidiana... este amor me maltrata. *Cuadernos Mujer Salud/5*. Redes de Mujeres Latinoamericanas y del Caribe. Santiago, 2000, pp. 43-51.

WITES, Rose. ¡No estoy gorda, estoy embarazada! El impacto del embarazo en la imagen del cuerpo de las mujeres embarazadas. En: Sue Wilkinson y Celia Kitzinger (comps.) *Mujer y Salud. Una perspectiva feminista*. Paidós, Buenos Aires, 1996, pp. 41-56.

## **Anexos**

## Anexo 1 - GUIA TEMATICA DE ENTREVISTA

*Buenos días, Buenas tardes*

*El objetivo de esta entrevista es el de obtener información sobre los temas de sexualidad, poder, trabajo, subjetividad y salud-enfermedad, desde su niñez, pasando por la adolescencia y juventud hasta este momento de su vida. La problematización central de esta investigación se refiere a las implicaciones del género en el proceso salud-enfermedad de las mujeres. Para la realización de la entrevista será necesario contar con una grabadora, por lo cual le pido a Ud. autorización para grabar esta entrevista.*

*Esta información será utilizada de manera confidencial, para la elaboración de mi tesis de maestría en Sociología, en la Facultad de Ciencias Políticas y Sociales de la UNAM.*

### Datos Generales

Fecha: \_\_\_\_\_ Hora inicio: \_\_\_\_\_ Hora término: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ años

Dirección: \_\_\_\_\_

Formación profesional: \_\_\_\_\_

Otros estudios: \_\_\_\_\_

Carrera de adscripción: \_\_\_\_\_

Grupo social de pertenencia del padre y madre, a su nacimiento:

Gerencial      profesional      servicios      obrero      otros  
\_\_\_\_\_

### NIÑEZ\*

#### Sexualidad

- abuso sexual: cuándo, quién, circunstancias
- lo prohibido y lo permitido en relación al cuerpo

#### Poder

- decisiones en la familia: quién, qué, sobre quiénes
- relación con la madre, padre, hermanos, hermanas
- relaciones de competitividad entre hermanos/as y/o entre otros
- grado de obediencia: a quién, circunstancias

---

\* Niñez: de 0 a 10 años de edad



- deberes y obligaciones
- castigos
- violencia: tipo, de quién, circunstancias, reacción
- sentimientos de temor y/o culpa

### **Trabajo**

- actividades de ayuda en el hogar o fuera de él: tipo, frecuencia
- escuela: tareas, horarios, asesoría de quién
- otros estudios, otras actividades, tiempo de descanso, horas de sueño

### **Subjetividad**

- significado de tu nacimiento para tu madre y padre
- percepción de niña: cómo, cuándo, alguien se lo dijo, quién, qué cambió
- cuándo dejaste de ser niña
- hasta que edad se es niña
- sentimiento de niña amada o no, consentida por quién

### **Salud-enfermedad**

- problemas de salud-enfermedad cuáles, gravedad, tiempo para recurrir a la atención, dónde, acompañamiento, tratamiento
- frecuencia y recurrencia de problemas de salud-enfermedad, correcciones, pie plano, vista, bucal, gastro-intestinal, infecciones, aprendizaje, etc.
- cirugías: cuáles, dónde, condiciones, complicaciones, secuelas
- alimentación: alimentos recibidos, cantidades, horarios, antes de quién, después de quién, junto con quién, obligatoriedad, del agrado o no, regaños
- vestido: ropas adecuadas
- vacunas: cuáles
- asistencia al servicio de salud: frecuencia, para qué, con quién
- descanso y sueño: tiempo, dónde, con quién

## **ADOLESCENCIA\***

### **Sexualidad**

- abuso sexual: cuándo, quién, circunstancias
- 1ª menstruación: edad, cambios, información, cuidados, problemas, lo permitido y lo prohibido a partir del período y durante el período
- relación con los muchachos: lo permitido y lo prohibido
- información recibida sobre sexualidad relativa a que aspectos, dónde, de quiénes
- imágenes transmitidas: positiva o negativa
- 1ª relación sexual: cuándo, con quién, circunstancias, sentimientos (dolor, amor, temor, culpa, placer, incomodidad), cambios a partir de, cuidados

---

\* adolescencia: entre los 11 y 18 años

- práctica sexual: responsabilidad de la fecundidad, control sobre sexo seguro
- movilidad sexual: nº de parejas, edad de la pareja, relación monógama o no
- modelo de sexualidad: placer sexual prioritario para quién
- embarazo: edad, nacimientos, aborto: circunstancias, complicaciones, atención requerida, acompañamiento, sentimientos, cuidados, información
- casamiento: edad, circunstancias
- relación con el esposo

### **Poder**

- deberes y obligaciones
- relación con la madre, padre, hermanos, hermanas
- relación de competitividad: con quiénes, dónde
- amistades: con quiénes
- autonomía para salir, tener novios, amistades, horario para llegar en casa
- vigilancia, control, castigo: quién ejerce
- decisión sobre la carrera/universidad: cómo, porqué, quiénes influyeron
- violencia: tipo, frecuencia, de quién, circunstancias, reacción
- libertad para decidir cuándo y con quién practicar sexo, presión para mantener relaciones sexuales
- autonomía y control en situaciones sexuales, control en las prácticas sexuales sobre fecundidad, anticoncepción, uso de preservativos, píldora
- uso de métodos anticonceptivos/preservativos por: miedo a embarazarse, contraer enfermedades, decidido por quién
- matrimonio: motivo, decisión, interferencia, organización de la boda, del hogar.

### **Trabajo**

- actividades en el hogar: cuáles, horas dedicadas, a quiénes se atendía
- escuela: tareas, horas dedicadas
- otras actividades de estudio
- trabajo público: tipo, dónde, nº de horas, a que edad, porqué, a quién pertenecía el ingreso, en qué gastaba
- participación en organizaciones sociales: iglesia, escuela, partido político, ONGs, grupos de ayuda, etc.

### **Subjetividad**

- entrada en la adolescencia: marcadores
- semejanzas/diferencias percibidas con otras mujeres, otros hombres
- aspiraciones y metas: facilidades y/o dificultades para concretarlas
- necesidades
- vestimenta
- autoestima: cómo te sentías contigo misma/te veías a ti misma en relación con las demás muchachas
- imagen de sí misma
- afectividad: amor, odio, invidia, celos, dirigidos hacia quién, reciprocidad
- sentimientos predominantes

- vivencia de embarazo y aborto
- actividades artísticas y creativas: danza, canto, pintura, música, teatro, cine, etc.
- hechos más significativos, más marcantes

### **Salud-enfermedad**

- problemas de salud-enfermedad: cuáles, gravedad, atención oportuna o no, tipo, dónde, acompañamiento, tratamiento, frecuencia de problemas de salud-enfermedad
- achaques: dolor de diente/muela, cuello, cabeza, oídos, espalda, cintura, nalgas, piernas, pies, diarreas, estreñimiento, pies planos, pies altos, sangre de la nariz, caída del pelo, mareos, problemas con la estatura, con el peso, callos, uña enterrada, celulitis, tos, gripes, resfríos, taquicardia, ojos irritados, dolor en los ojos, dificultad para ver, uso de lentes
- enfermedad tratable, enfermedad curable
- comportamiento ante la enfermedad: peleas con la enfermedad, con la curación, asume la enfermedad
- tratamientos: alópata, homeópata, mágicos (magia, brujería, horóscopo, cristales, flores de Bach, oraciones, promesas, pedidos a divinidad)
- cirugías: cuáles, dónde, condiciones, complicaciones, secuelas
- adicciones: tabaquismo, alcoholismo, otras drogas
- embarazo, aborto: ocultamiento, complicaciones, cuidados, atención prenatal, responsabilidad de la crianza, deserción escolar, desempleo
- dieta: alimentos consumidos regularmente, horas, cantidades, dónde
- trastornos alimentarios: obesidad, anorexia, bulimia
- tiempo dedicado al descanso, al esparcimiento
- espacios propios en el hogar
- ejercicio físico
- otras actividades, otros estudios
- percepción de salud y enfermedad: que era estar sana o enferma.

## **ADULTEZ\***

### **Sexualidad**

- lo permitido y lo prohibido en relación al cuerpo
- matrimonio: motivo, continuidad, separación de la pareja
- otras parejas: cuándo, circunstancias, cuántas, diferencias entre una y otra pareja
- expresiones de la sexualidad: relaciones sexuales, apapachos, caricias, etc.
- modelo de sexualidad: placer prioritario para quién
- 1° embarazo: edad, circunstancias, información, sentimientos, atención médica, cuidados, complicaciones, peso y estatura del hijo/hija al nacer
- otros embarazos: cómo han sido
- abortos: n°, circunstancias, atención médica, dónde, acompañamiento, complicaciones, sentimientos, cuidados

---

\* adultez: de 19 a 59 años

- relaciones sexuales durante el embarazo: costumbres, creencias, sentimientos, expectativas
- parto y puerperio: atención, cuidados, lugar, sentimientos, problemas, reacciones al conocerse el sexo de la criatura
- lactancia: dificultades, responsabilidad, lo permitido, lo prohibido
- ser mamá: gusto, expectativas, problemas
- anticoncepción: información de los métodos, cuál es utilizado, quién se lo recomendó, quién lo decidió, cambios en el cuerpo, problemas, sentimientos
- abuso sexual: esposo, otra pareja, otro
- menopausia: información, prevención, consecuencias, significados, lo permitido y lo prohibido

### **Poder**

- puestos de dirección/coordiación/decisión: jerarquía, cuándo, circunstancias, quién eligió, requisitos, problemas con la pareja, con los otros
- sentimientos al asumir estos puestos
- matrimonio: decisión, preparación de la boda, dónde vivir, interferencias
- embarazo: decidir sobre cuándo, cuántos hijos tener, los nombres de ellos/ellas
- abandono del trabajo por embarazo, parto, crianza
- crianza: responsabilidades de quiénes
- relaciones sexuales: quién lo decide, dónde tenerlas, cuándo, las formas de placer
- decisión sobre métodos anticonceptivos: quién lo decidió, porqué, cuándo, circunstancias
- espacio propio en el hogar: cuál, frecuencia que lo ocupa, en qué lo ocupa, cómo te apropiaste de él
- decisiones en el hogar: qué comprar, dónde comprar, a quién invitar, cuándo
- violencia: tipo, frecuencia, de quién, reacción
- control sobre la vida, en qué situaciones, en qué aspectos

### **Trabajo Público**

- categoría laboral inicial
- categoría laboral actual
- antigüedad en la institución
- aspiración a otra asignatura, categoría, puesto de dirección, carrera de adscripción
- porqué no lo ha logrado, qué has hecho para lograrlo
- actividades desarrolladas en la institución, n° horas de trabajo
- condiciones de los espacios de trabajo
- espacios y horas para descanso
- apoyo institucional para el desarrollo académico
- participación en la institución sobre planeación, desarrollo y evaluación

- destino del ingreso percibido: hogar, salud, entretenimiento, de quién, para quién
- violencia: tipo, de quién, circunstancias, frecuencia
- grado de satisfacción/insatisfacción

### **Trabajo Privado**

- horas/día dedicadas, actividades
- auxilio para el trabajo: familiar, personal remunerado, frecuencia, actividades
- n° de personas a las que hay que atender
- quién tiene la mayor carga de trabajo
- características del hogar (casa/depto): n° de piezas, facilidades o dificultades para la manutención
- características técnicas del trabajo: aparatos electrodomésticos
- actividades de reproducción de las redes sociales: reuniones familiares, bautismos, 15 años, bodas, funerales
- actividades de preparación de los alimentos: quién lo prepara, n° de comidas, a cuántas personas se prepara, ingiere los alimentos en compañía, después de dar de comer a todos, sin compañía
- horas/días de descanso
- violencia: tipo, de quién, circunstancias, frecuencia
- actividades placenteras en el hogar/fuera del hogar: sola, acompañada, por quién
- accidentes en el hogar: tipo, atención requerida, complicaciones, secuelas
- condición de enfermedad: quién se hace cargo del trabajo
- si no quiere realizar las actividades domésticas, ¿qué pasa?
- grado de satisfacción/insatisfacción

### **Subjetividad**

- marcadores de la edad adulta: edad en años, matrimonio, relaciones sexuales, hijos, trabajo público, ingreso, poder de decisión, menopausia
- percepción de sí misma
- agrado/desagrado de la imagen de sí misma
- cambios que haría, porqué no lo hace, intentos
- semejanzas y diferencias en relación a los hombres y a las mujeres: porqué, cuándo, situaciones, contextos, espacios
- libre o cautiva: sí, no, siempre, eventualmente, en qué circunstancias
- satisfactores en la vida, en la familia
- afectos predominantes : amor, gratitud, odio, envidia, celos: a quién, de quién, de qué, porqué, en qué situaciones, recibimiento
- sentimientos predominantes: alegría, satisfacción, depresión, ansiedad, etc.
- necesidad de dar afecto, dar objetos: a quiénes, porqué
- representación de la maternidad
- colocación del yo: centro y/o periferia
- actividades artísticas/creativas: canto, danza, música, pintura, escribir, teatro, cine
- identificación: con quiénes

- hechos más significativos, marcantes
- proyecto de vida

### **Salud-enfermedad**

- estado de salud actual: excelente, bueno, regular, malo, porque
- problemas de salud-enfermedad actuales: cuáles, gravedad, atención requerida, dónde, acompañamiento, tratamiento, circunstancias, temporalidad
- dolencias: dolor de diente/muela, encías, dolor de cabeza, cuello, oídos, espaldas, cintura, nalgas, pies, piernas, diarreas, estreñimiento, infecciones ginecológicas, urinarias, pies planos/altos, dificultad para respirar, sangre por la nariz, caída de pelo, piel, alergias, mareos, problema con la estatura, peso, callos, uña enterrada, celulitis, tos, gripe, resfríos, taquicardia, ojos irritados, dificultad para ver, dolor de ojos, uso de lentes
- comportamiento con la enfermedad: pelea con la enfermedad, con la curación, asume, se asocia con la enfermedad
- problemas tratables, curables
- tratamientos (alópatas, homeópatas, otros alternativos, mágicos, oraciones)
- molestia con el ruido urbano, la cantidad de carteles en la ciudad, en la FES
- problemas derivados de violencia en sus distintas expresiones
- adicciones: tabaquismo, alcoholismo, otras
- problemas de salud-enfermedad en la familia de procedencia: cuáles, gravedad, atención, muertes
- cirugías cosméticas
- prevención de problemas de salud-enfermedad: sí, no, porque, desde cuándo, información
- ejercicio físico: cuál, tiempo dedicado, frecuencia, sentimientos de placer o sufrimiento
- alimentación: tipo, cantidad, veces al día, de acuerdo a los requerimientos por su edad, género, estatura, peso, dónde come regularmente (casa/fuera), quién prepara los alimentos, cómo los prepara
- peso ideal, sobrepeso, bajo peso
- cirugías cosméticas: cuáles, porque
- recreación, entretenimiento: formas, individual, familiar, frecuencia
- percepción de lo que es estar sana o enferma
- satisfactores de salud (qué cosas, qué situaciones, qué personas te proporciona condiciones de bienestar)
- construcción de los satisfactores de salud: quién te los proporcionó

## **GESTION Y CUIDADO DE LA SALUD**

### **Práctica preventiva individual**

- autocuidado - prevención de problemas de salud-enfermedad: estudios de: papanicolau, ultrasonido pélvico, de mama, densitometría ósea, oftalmólogo, ginecólogo, internista, dentista, ortopedista, otros

- si, no, porqué, desde cuándo, tiempo dedicado, dónde, información
- seguro médico
- ejercicio físico: cuál, tiempo dedicado, frecuencia, sentimientos de placer, sufrimiento, de cuidado

**Práctica preventiva familiar**

- actividades desarrolladas para la salud de la familia: tipo, para quiénes, frecuencia, respuesta de la familia

**Práctica preventiva comunitaria**

- actividades desarrolladas para la salud de la comunidad: vecinas/os, compañeras/os: tipo, para quiénes, frecuencia, respuesta

**Práctica preventiva institucional**

- área de la salud, dónde, programas, actividades, horarios, a quiénes, respuesta de la institución, de los y las pacientes

**Percepción del trabajo de gestora y cuidadora de la salud**

- cuidado de su salud o de los demás
- importancia del trabajo desarrollado
- beneficios aportados
- sentimientos

*Nuestra entrevista ha terminado. ¿Quisiera Ud. agregar algo más? ¿Quisiera platicar con más detalles y profundidad, de algo que ya hemos hablado?*

*¿Cómo te has sentido durante esta entrevista?*

*Agradezco mucho su tiempo y la información que compartiste conmigo, la cual será fundamental para mi investigación.*

*Hasta luego, muchas gracias!*



**Observaciones:**

---



---



---



---



---

## Anexo 2 - Nuestras percepciones: la de ellas y la mía

Como una forma de dar cuenta y de comprender mejor la condición de la mujer y la situación particular de cada mujer académica, incluyo mis propias percepciones sobre el comportamiento de las mujeres académicas durante las entrevistas, y también lo que ellas – mujeres académicas – manifestaran en el momento inicial y final de las entrevistas.

**Gardenia:** Esta fue la primera entrevista, se desarrolló en un cubículo de trabajo en la FES-Zaragoza. Ella estuvo atenta y relajada, aunque en los temas de sexualidad se puso nerviosa y le dio mucha risa. Se mostró también muy tensa al hablar de la separación con su esposo. A las interrogantes sobre violencia dijo que no, pero al especificar algunas expresiones de la violencia, reconoció haber sufrido algunas. No quiso añadir nada más al final de la entrevista. Al momento que le agradezco haberme concedido la entrevista, ella me lo agradece a mi. Esta entrevista realicé con mucho malestar físico, tos y temperatura.

**Dalia:** Se mostró atenta, habló sobre todo lo que se le planteaba, pero sin extenderse, las respuestas fueron monosilábicas. Estuvo ansiosa por que terminara la entrevista y en algunas cuestiones aparentaba no saber que contestar, principalmente en los temas de la subjetividad. A la pregunta si quería añadir algo, contestó que no y a cómo se había sentido, dijo que bien. Y yo seguía con malestar y tos, la grabación lo constata.

**Margarita:** La entrevista se dio en su cubículo, en la FES-Zaragoza, no tuvimos ninguna interrupción. Se mantuvo tranquila todo el tiempo, habló con voz baja y calmada, comenta que es la primera vez que la entrevistan y que le gustó la forma en que fue entrevistada. Plantea que le permitió aflorar muchos recuerdos y sentimientos ya olvidados. No quiso agregar nada más.

**Amapola:** Nos encontramos en una de las salas de reunión de la FES-Zaragoza. Se dio una interrupción a pedido de Amapola, para salir y resolver algún pendiente, su regreso fue rápido. Antes de iniciar la entrevista estaba muy nerviosa y me preguntó que si con la entrevista podría llegar a divorciarse de su marido. Le expliqué que si no quería no realizábamos la entrevista, y se quedó indecisa. Le propuse entonces que empezáramos y que se sintiera incómoda podríamos interrumpirla. Ella aceptó. A todo momento decía que su vida era muy aburrida, que la información no me iba servir de nada. Al final de la entrevista le pregunté si quería añadir algo más, y ella acrecentó: *“Talvez la sumisión de mi mamá nos hizo un poco lo contrario, entonces a mi me ayuda mucho el diálogo*



que hemos tenido con mis hermanas, con todas. Siempre que hemos tenido así alguna duda, platicamos mucho. El diálogo eleva y tengo hermanas que tienen muchos problemas con la pareja y conversar nos ha hecho un poco más valientes. Las dos cosas, la sumisión de mi mamá nos ha hecho aceptar las injusticias de la vidas... que lo tomas como normal a lo mejor, no? Como que te adaptas. Por otro lado, tener una profesión, una situación que te da un cierto poder, me ha mantenido en un equilibrio. Yo no estoy de acuerdo con la infidelidad, no podría ser infiel a mi marido, porque siento que tengo otros valores. Y aún cuando fuera muy liberada yo me lo reprimiría por cuestión de una situación moral. Entonces creo que eso, en la vida, me ha mantenido en equilibrio. La enseñanza de mi madre, la religión y por otro lado, la situación que sabes que puedes hacer muchas cosas. La vida te va dando oportunidades de hacer. Entonces no me siento tan mal. También quiero añadir que mi pareja es muy obsesivo, me ahoga, no me deja ser muy libre". Al final de la entrevista, a la pregunta de cómo se había sentido, dijo que aunque se sintió nerviosa e inquieta durante todo el tiempo, no había sido tan malo, se había imaginado otra cosa. Ya con la grabadora desconectada, ella siguió platicando, contando más cosas, se percibía con ganas de platicar.

**Flor de Lotus:** Esta entrevista se realizó en dos sesiones, en días diferentes. En la primera, Flor de Lotus estuvo accesible, risueña y relajada. En la sesión segunda, la percibí un poco hostil y al desarrollarse la entrevista me enteré que estuvo, en el día anterior, enferma, con dolores de cabeza y todavía en la ocasión de la entrevista, al día siguiente, se sentía mal. Motivos y razones aceptadas. Afirma, al final de la entrevista, no haber tenido/sentido ningún problema con los temas, las preguntas. Añade que ya ha participado otras veces concediendo entrevistas y que entiende todo el proceso.

**Tulipán:** Esta entrevista también se realizó en dos sesiones, en días diferentes, pero en el mismo lugar: en una aula de la FES-Zaragoza. Tuvimos unas pocas interrupciones, una por un pajarito que entró en el aula y allí permaneció un rato, embelesándonos con su canto. Y pensar que en un ambiente tan gris y austero como son las aulas, un pájaro entra por la estrecha y alta ventana y se coloca como compañero. A la oportunidad, en el segundo día, sobre añadir algo más, Tulipán dice: *"Estuve pensando sobre la cuestión de la competitividad en la adolescencia, y sí me recordé que era yo muy competitiva"*. A la pregunta de que si hubo algo que no le molestó, contestó: *"No, para nada, me sentí bien"*.

**Jacaranda:** Con esta académica nos reunimos en su casa, por la tarde, y mientras me acomodaba al lado de un piano, me servía un taza humeante de café (llovía esta tarde). Creadas las condiciones para la entrevista, empezamos. Jacaranda con una postura de profundo respeto por aquello que yo le planteaba, contestaba todo, absolutamente todo con mucha atención y detalles, con seguridad y convicción. Estuvimos solas, sin ninguna interrupción. Al finalizar la entrevista, sugirió incluir en ella un elemento más, para encerrar el círculo sobre el pasado, lo presente y lo futuro. Le agradezco. Cuando le pregunto si quiere agregar algo más, dice: *"Me hubiera gustado, quisiera pensar más bien que no"*

*defraudó su perspectiva en la entrevista, mi querida Luiza, que lamento haberla conocido tan tarde, sé que Ud. estaba allí hace mucho tiempo, pero no me era próxima, que su proximidad llegó como un regalo, que ha sido un privilegio conocerla, que le deseo una estadía en Brasil maravillosa, y que para que quede constancia le dejo a Ud. esto para su Sra. Madre y eso para Ud. Le deseo una maravillosa tese, Ud. sí lo va lograr y que me invite al examen profesional y tan, tan”.*

**Bugambilia:** Estuvimos en su cubículo de trabajo, fuimos interrumpidas por algunas alumnas que preguntaban por otras maestras que también ocupan el mismo espacio. Sin ventanas y poca iluminación, mesas colocadas en fila indiana, porque el espacio estrecho no permite otra manera, sólo había una única puerta de comunicación con el exterior. Bugambilia estuvo tranquila, habló con voz muy baja, mucho de lo que narró no se puede transcribir, y sobre un tema en particular, pidió mucho cuidado para no ser identificada, lo que indudablemente se respetó y así muchas hablas fueron dejadas de lado, para el propósito señalado. Al final de la entrevista, dijo: *“Me sentí bien, dijo, nada me molestó”.*

**Hortensia:** No tiene un lugar propio en el trabajo (como todas las académicas de asignatura), por eso agendamos la entrevista para ser realizada una tarde, en mi casa. Estuvo nerviosa todo el tiempo, sobretodo en las cuestiones referentes a su madre, no quiso ahondar en el asunto. A casi todos los temas, contestaba tardía y escuetamente. Parecía buscar en sus recuerdos, ya silenciados, colocados allá atrás en el tiempo, lo que decía. Asumió no tener muy claro, muy presente sus recuerdos. Cuando se tocó, en la adultez, los temas de los estados emocionales, se mostró muy inquieta y triste. Al final de la entrevista manifestó haberse sentido bien, pero se abrazó a mi y lloró. Nos sirvió este abrazo, de despedida, viajaba yo en algunos días a Brasil.

**Alcatraz:** La entrevista se realizó en su casa, por la tarde. Hubo algunas interrupciones por la presencia de su hija que demandaba atención. Hubo momentos, sobretodo al recordar a su mamá, que se inquietaba, como que con ganas de llorar. Le pregunté si quería interrumpir por un rato la entrevista, a lo que ella contestó que no, que prefería terminarla pronto. También me confesó que se sintió un poco psicoanalizada. A la oportunidad de acrecentar algo más, dijo: *“Simplemente que el producto que yo soy realmente me madre me salvó. Si ella no hubiera dicho ¡estudia!, yo no se dónde estaría ahorita. Llena de hijos, lavando ropa, atendiendo no sé quien. Es muy necesario en la niñez una buena orientación de los padres para poder más o menos ir sabiendo que quieres ir haciendo. Soy ahorita lo que soy gracias a los adultos. Es muy importante ahora, como maestros y adultos, ayudar a esta generación que está con tanta droga, con tanto desempleo, con tantas cosas... que difícil es ser adolescente ahorita, o niño”.* Le pregunto como se sintió durante la entrevista, y ella dice: *“Pues como se me hubiera tomado tequila doble, porque es revivir, pero bien”.*

**Rosa:** Estuvimos en la FES-Zaragoza. En un primer momento, la entrevista se realizó en una de las tantas aulas, pero tuvimos que interrumpirla porque llegaron

alumnas para recibir clase, nos dirigimos entonces a un espacio abierto pero aislado y tranquilo, y en él finalizamos la entrevista. Rosa se veía inquieta, curiosa y se mostró atenta, contestó a todas las interrogantes que le planté, algunas, sobre sexualidad, con reserva.. Comentó que le afloraran sentimientos no esperados, guardados, tristes y alegres. En los recuerdos de la adolescencia lloró mucho, interrumpí la grabación, detuve sus manos entre las mias, platicamos un rato, y cuando estuvo nuevamente tranquila, seguimos con la entrevista. Al final, no quiso añadir nada más y dijo haberse sentido bien.

**Lilis:** La entrevista se realizó en la institución, en un espacio casi vacío de muebles, estuve sentada en una mesa y ella en una sillita, pero no tuvimos interrupciones. Estuvo ella nerviosa al principio y después se tranquilizó, habló con muchos detalles sobre todo lo que se le planteó. Quiso añadir algo más al final: *“Si quisiera comentar que es la primera vez que me hacen una entrevista de este tipo, tenía temor, debo confesarlo, porque puede haber preguntas comprometedoras... pero fue muy agradable y ojalá que podamos seguir aportando a su proyecto”*. Se mostró afectiva, tranquila, diría que satisfecha.

**Orquídea:** La entrevista se realizó en su cubículo, en la FES-Zaragoza, su compañero de trabajo nos dejó a solas para la realización de la entrevista. Parecía que nada en el cubículo le pertenecía, excepto la mesa y la silla. Estuvo tranquila, pero tardaba mucho en contestar y lo hacía en voz muy baja, tanto que en la transcripción muchas hablas son inaudibles y no pudieron ser rescatadas. Se percibía su voz muy triste, sobretodo cuando hablaba de su mamá. Por mi parte, me encontraba agotada física y mentalmente por el fuerte ritmo de trabajo en el desarrollo de las entrevistas, y porque dentro de 2 días viajaba a Brasil por un período de un año, tenía mil pendientes que resolver, y me abstuve de profundizar, de elaborar otras preguntas para aclarar ideas, situaciones. Fue la última entrevista realizada.

Me siento como cómplice de la vida de estas mujeres académicas. En el compromiso y la responsabilidad de escuchar a las mujeres, evidenciamos nuestras semejanzas, nos sentimos compartidas.