

Género y salud mental: construcción de la subjetividad femenina y masculina¹

Por Mabel Burin²

1- El campo de la salud mental de las mujeres

El campo de la salud mental de las mujeres está en formación. Se va construyendo como área específica dentro del capítulo más amplio que constituye el de la salud general.

En Argentina, según una perspectiva tradicional, cuando se hacía referencia a la salud de las mujeres generalmente se aludía a la salud reproductiva. Este modo de concebir la salud de las mujeres la dejaba indisolublemente ligadas a las vicisitudes de su aparato reproductor, puesto que quedaba referida a las problemáticas específicamente femeninas de embarazo, parto, puerperio, climaterio. La salud mental de las mujeres era así un efecto de los avatares de su función reproductiva, o sea, de su “naturaleza femenina”: sus temas más frecuentes eran la psicoprofilaxis obstétrica, la depresión puerperal, las ansiedades de lactancia, los trastornos psíquicos de mujeres menopáusicas, etc.

Este enfoque tradicional enfatizaba, además, una rígida diferenciación entre “lo normal” y “lo patológico” (Canguilhem, 1984), conceptos que habían sido tomados de un modelo médico psiquiátrico desde donde se regulaba lo saludable y lo enfermizo con respecto a las mujeres.

A medida que avanzábamos en nuestros conocimientos y en nuestras prácticas sobre el tema, fuimos cambiando esa perspectiva tradicional y conociendo una concepción más moderna, a la que podríamos denominar “psicodinámica”, que ponía énfasis en los estados de “armonía” y de “equilibrio” para caracterizar la salud mental de las mujeres. Según esta orientación, llamada también “concepción tecnocrática de la salud”, se supone que la salud mental es un estado que hay que lograr mediante implementaciones técnicas utilizadas por expertos.

Una tercera orientación es la concepción participativa, que si bien se encuentra todavía en estado de gestación y de ensayos múltiples, reconoce la necesidad de ubicar a las mujeres como sujetos sociales activos (Burin, 1987). Se basa en las necesidades de la población con la cual trabajan, y en definir acciones y criterios de salud mental desde sus mismas protagonistas, con la colaboración de equipos de salud mental multidisciplinarios. Esta perspectiva reconoce la salud mental como una noción que sus mismas protagonistas –las mujeres- van construyendo en diferentes momentos de sus vidas. Tanto ellas como los equipos

¹ Este texto está construido sobre la base de una clase sobre Género y Salud mental, dictada en mayo de 2010 en la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires. Varios de sus conceptos figuran en diversos libros y capítulos de libros, que se citan en la bibliografía.

² Dra. Mabel Burin. mburin@interserver.com.ar

multidisciplinarios que apoyan y sostiene este modo de comprender su salud mental, coinciden en una perspectiva centrada en un proyecto de concientización y de transformación. ¿Concientización y transformación de qué? De las condiciones de vida de las mujeres, especialmente de sus vidas cotidianas, así como de aquellos factores opresivos que constituyen modos de vida enfermantes. Para este fin, nos interesa el análisis de los factores de nuestra cultura patriarcal, con sus particulares normas y valores y su influencia sobre el lugar y papel de las mujeres en esta cultura.

Dentro de esta reformulación de la problemática de salud–enfermedad mental de las mujeres, consideramos también los modos de resistencia que las mismas mujeres ofrecen a tales condiciones opresivas. Muchos de los trastornos de salud mental femeninos tradicionales podrían ser comprendidos desde la perspectiva de la resistencia que oponen las mujeres. En el caso de las tradicionales “histerias” – etiquetamiento muy cuestionable-, se trataría de un modo de resistencia a las condiciones de opresión–represión de la sexualidad femenina, tal como lo ha caracterizado E. Dio Bleichmar (1985), entre otros/as autores/as. Podríamos aplicar en esta circunstancia el concepto de *dispositivo de poder*, utilizado por Foucault (1983) para designar un conjunto complejo y heterogéneo que implica discursos, instituciones, disposiciones arquitectónicas (como por ejemplo, el manicomio), leyes, enunciados científicos, proposiciones filosóficas, etc., dichos como no–dichos, visibles o invisibilizados, que permiten justificar o enmascarar una práctica, brindándole acceso a un nuevo campo de racionalidad. Este autor señala que un dispositivo de poder surge en un momento histórico dado, con función principal de responder a una urgencia. El dispositivo tiene, pues, una función estratégica dominante: “tal ha podido ser, por ejemplo, la reabsorción de una masa de población flotante que una sociedad con economía de tipo esencialmente mercantilista hallaría embarazosa. Existe allí un imperativo estratégico, que juega como matriz de un dispositivo, que poco a poco ha devenido en dispositivo de control–sujeción de la locura, de la enfermedad mental, de la neurosis”. Consideramos que la noción de dispositivo de poder se adecua notablemente a nuestra reflexión acerca de la producción de subjetividades enfermizas femeninas que garanticen las condiciones en las cuales puedan operar los dispositivos de poder para controlarlas.

La construcción de la noción de *malestar psíquico* en las mujeres resquebraja la dualidad salud – enfermedad, introduciendo un tercer término que no participa de las características de uno u otro – ni por lo tanto, está sometido a las condiciones opresivas de producción de sentidos sobre la salud y enfermedad en las mujeres - . Se trata de una noción transicional, a medias subjetiva y objetiva, externa e interna a la vez, que participa de una lógica transicional al no refrendar la clásica diferencia sujeto–objeto, externo–interno, sano-enfermo, normal–patológico. Se trata de una noción que remitiría a la fase presimbólica del lenguaje o, como lo propone J. Kristeva (1977), a la “función semiótica” del lenguaje femenino.

Al estudiar la construcción de sentidos que vamos haciendo para los conceptos salud–enfermedad mental, y del malestar de las mujeres como tercer término, es evidente que estamos participando de una corriente de opinión en donde las categorías que analizamos no son asunto exclusivo del sujeto que las padece. Estos procesos (salud, enfermedad, malestar) son objeto de debate público, han conquistado terreno dentro de amplios grupos colectivos, tal como el colectivo de mujeres que debate acerca de su malestar, y han escapado del campo exclusivo que les era tradicional, el de la medicina o de otras disciplinas “curativas”. No sólo han escapado de tales límites, sino que también reclaman sus derechos a debatir sus cuestiones de salud, tratando de legitimar sus necesidades a través de su puesta en discurso social, en sus instituciones, etc. Se están ensayando numerosas prácticas colectivas que dan nuevos sentidos a sus malestares (por ejemplo, grupos de autoayuda a mujeres golpeadas, a mujeres violadas, a víctimas de incesto, etc.). Una noción dominante es el rechazo a los criterios médicos hegemónicos para abordar sus problemas de salud mental, su derecho a decidir los pasos a seguir, a implementar colectivamente los recursos de “curación”, en un esfuerzo notable por articular la experiencia individual con la colectiva, y lograr también recursos colectivos para enfrentar su malestar. Sus problemáticas de salud mental pasan a ser no sólo un derecho que intentan conquistar, sino también un deber social ante el cual responder. Esta cualidad de obligación para con su salud mental es un concepto novedoso en la construcción de sentidos que realizan las mujeres respecto de su malestar, apunta a la preservación de su salud mental y/o la prevención de condiciones enfermizas mediante los autocuidados y los cuidados colectivos, gestados grupalmente.

Dado que este es un procedimiento nuevo en el campo de la salud mental de las mujeres, consideramos importante estar atentas al mismo, ya que constituye un recurso innovador en la gestión del malestar del género femenino.

Hay quienes consideran que la salud mental consiste en una adaptación a los requerimientos de la cultura, y definen la salud mental como normatización. Aquí ponemos en suspenso las clásicas nociones de salud y enfermedad mental para las mujeres, a la vez que proponemos un concepto intermedio, el de malestar, y nuevos recurso para analizar las condiciones que producen y /o preservan la salud mental de las mujeres. En lugar de un criterio adaptativo, proponemos un criterio de crítica y debate ante las representaciones sociales ofrecidas a las mujeres sobre salud mental, para el cual la noción de conflicto y crisis es central.

En Argentina existe la tradición de considerar a la maternidad como garante de la salud mental de las mujeres. Los deseos maternos han sido propiciados de manera relevante, en nuestra cultura patriarcal, para nominar a las mujeres en tanto sujetos. En la actualidad hay una tendencia a cuestionar estos deseos, que son sometidos a rigurosos análisis para permitir su transformación en otros

deseos, más allá del deseo maternal (por ejemplo, los deseos de saber y de poder).

El análisis que realizamos sobre los modelos teóricos que se tomen como punto de partida lleva a tratar de utilizar recursos científicos, técnicos, legales, etc., que justificarían formas de intervención en las mujeres “frágiles”. Este dispositivo social de fragilización de la salud mental de las mujeres constituye un ejercicio de violencia sutil que se expresa en la sobreoferta de recursos asistenciales para la salud mental femenina (psicofármacos, psicoterapias, etc.). Otro de sus efectos es la sobre demanda de parte de las mismas mujeres para ser asistidas en su malestar –no importa cuál sea la calidad del servicio ofrecido- como si se tratara de verdaderas enfermedades, de las cuales deben “curarse”. Una socióloga inglesa, J.Popay (Roma, 1988) realizó una interesante investigación sobre la demanda de las mujeres a centros de salud mental y su relación con los roles sociales. Señala dos modos explicatorios para tal demanda: a) el modelo social inducido, entendido como la mayor disposición de las mujeres a considerarse mentalmente enfermas, debido a que socialmente tienen un rol carenciado, inferiorizado, definido como enfermo; b) el modelo de causalidad social, entendido como una mayor disposición de las mujeres a enfermar mentalmente debido a estilos de vida (*lifestyles*) más bajos, más pobres, con mayores condiciones de estrés y problemáticas asociadas con sus roles sociales dentro de la familia, o combinando éstos con otros roles sociales.

El reconocimiento de que las mujeres son las principales demandantes de los servicios de salud mental, tanto públicos como privados, es una realidad bien conocida y señalada desde hace muchos años, por investigadores/as provenientes de diversos países como EE.UU., España, Italia, Gran Bretaña, Argentina, etc. Los informes en este terreno suelen comparar los modos de enfermar de hombres y mujeres, explicando sus diferencias: la tasa de mortalidad masculina es más alta, y más baja la de la longevidad, mientras que las tasas tanto de morbilidad como de longevidad femenina son más altas.

2- Una revisión de los paradigmas existentes

Siguiendo el análisis que venimos realizando, podemos considerar la existencia de tres modelos de comprensión sobre la salud mental de las mujeres, que podríamos describir de la siguiente manera:

a) Modelo Psicopatológico

Su formulación sería: “*las mujeres son todas un poco locas*”. Este modelo indica que un cierto grado de locura acompaña y define a la salud mental de las mujeres. Se basa en el criterio de enfermedad como desviación de lo “normal”. En su fundamentación alude tanto a una problemática de “fiebre uterina”, “trastornos hormonales”, “etapas vitales” asociadas a la reproducción, la

menopausia, etc. Sus principios son biologicistas, a–históricos, individualistas, a-sociales, esencialistas. Requiere un tipo de racionalidad basada en criterios dualistas salud-enfermedad, que divide a los sanos-normales por un lado y a los enfermos–locos-patológicos por otro, y a partir de allí ubica a las mujeres dentro del universo sociosimbólico de las “locas”. Su modo de intervención es a través de “expertos”, de profesionales generalmente médicos que confían en herramientas principalmente farmacológicas o coercitivas para la acción que denominan “curar”.

b) Modelo Emotivo- Sensible

Su formulación sería: *“las mujeres son saludables en tanto puedan mantener su equilibrio emocional y armonizar los afectos entre quienes las rodean”*. Se basa en el criterio de la salud equiparada al de equilibrio y armonía. Su fundamento consiste en la acción de armonizar los problemas de la vida cotidiana que ponen en tensión las relaciones familiares y domésticas, así como en la actitud de cuidados (*caring*) y preservación de las necesidades emocionales de cada uno de los miembros de su familia. Sus principios se basan en la capacidad de mantener, preservar y equilibrar los conflictos familiares. Requiere un tipo de racionalidad afirmada sobre la sensibilidad femenina, equiparada a la salud mental, para detectar las necesidades emocionales de quienes las rodean, junto con la capacidad para dar una respuesta apropiada a tales necesidades. Este modelo admite la existencia de conflictos, pero su destino será ser “integrados”, “equilibrados”, “armonizados”, esto es, neutralizados mediante implementaciones técnicas utilizadas por “técnicos” especialmente entrenados para ello. En sus versiones más modernizadas se admite que las situaciones de conflicto y/o de crisis pueden presentarse durante el tratamiento que se realice a las pacientes, pero con la condición de que no lleguen a trastornar las vidas cotidianas de las mujeres. Su modo de intervención para lograrlo es a través de recursos humanos con conocimientos técnicos apropiados para manejar las situaciones de desequilibrio (en psicoterapias, en asesoramiento, en counseling, etc.). Ocasionalmente pueden combinarse con recursos farmacológicos.

c) Modelo Tensional – Conflictivo

Su formulación sería: *“las mujeres padecen estados de malestar que expresan a través de sentimientos de tensión y de conflicto; la agudización de los estados de conflicto, denominados crisis, constituyen situaciones óptimas para abordar las problemáticas de las mujeres”*. Este es un modelo en construcción; todavía no cuenta con suficiente consenso entre quienes operan en el campo de la salud mental en general, y de la salud mental de las mujeres, en particular. Se basa en identificar a las mujeres como grupo social que padece condiciones opresivas de existencia, especialmente en sus vidas cotidianas. Define dos espacios de desarrollo para las mujeres: el ámbito doméstico y el ámbito extradoméstico, a

veces superpuestos a ámbito privado y ámbito público, y caracteriza diversos modos de malestar de las mujeres en ellos y en la interacción entre ambos espacios. Pretende examinar, reconocer y denunciar las condiciones de vida que producen modos específicos de enfermar de las mujeres. Hasta ahora ha habido un centramiento en las condiciones de la maternidad, de la sexualidad y del trabajo femenino. Asocia la salud mental de las mujeres al enfrentamiento de los conflictos. Destaca los estados de crisis (especialmente las crisis vitales evolutivas – tales como la adolescencia o la mediana edad- o accidentales –embarazo, aborto, divorcio) como propiciadoras de transformaciones para la salud mental. Insiste en la necesidad de la construcción de una subjetividad femenina basada en la participación social y el concepto de las mujeres como sujetos sociales. Este modelo ha puesto un énfasis singular en analizar las relaciones de poder inter-género (entre varones y mujeres) e intragénero (entre mujeres) y sus efectos sobre los modos de enfermar de las mujeres. Entre las relaciones de poder que pueden tener efectos enfermantes, se analiza, por ejemplo, la asignación social del poder de los afectos al género femenino, y la asignación del poder económico al género masculino, como áreas de poder exclusivas y excluyentes. Requiere una racionalidad afirmada sobre la noción de conflicto, de crisis y de transicionalidad. Sus modos de operar en este campo se basan en la noción de género, noción que se aplica especialmente mediante recursos grupales, en grupos de reflexión, terapéuticos, de autoayuda, etc. Si opera con recursos individuales, igualmente mantiene la prioridad de la noción de construcción social de la subjetividad femenina para comprender el malestar de las mujeres (por ejemplo cuando realiza psicoterapias en situaciones de crisis vitales).

Podríamos decir que los modelos A y B son de carácter **esencialistas**, definen lo que las mujeres son (“son todas locas”, o bien “son saludables en tanto sean equilibradas”), en tanto que el modelo C define a las mujeres como **sujetos que se van construyendo**, en relación con sus modos de existencia concretos.

Concebimos al campo de la salud mental de las mujeres como un área montada en el espacio intermedio entre el clásico sector salud - salud mental, y el campo amplísimo configurado por las llamadas ciencias sociales. Por ello, una y otra vez invocamos conocimientos proporcionados por la sociología, la antropología, la historia, la psicología social, etc., lo cual hace difícil la delimitación o el así llamado “control de fronteras”. En nuestro análisis estamos fertilizando este campo con conocimientos provenientes del psicoanálisis y de los estudios de género. Con ello, consideramos que no sólo enriquecemos la perspectiva, sino que, además, colocamos el campo de la salud mental de las mujeres en un punto de encrucijada, expresada hoy en día en el quehacer científico con el término de interdisciplinariedad.

Ocurre que la atmósfera de crisis que en general rodea los paradigmas científicos en los últimos años ha tenido sus efectos también sobre este campo. La filosofía neopositivista, expresión obligada, en otras épocas, del modo de producción del conocimiento científico, ha dejado de constituir la base epistemológica necesaria para la valoración de los conocimientos producidos actualmente. El determinismo estricto, el postulado de simplicidad, el criterio de "objetividad", la causalidad lineal, constituyen algunos de los fundamentos que se están cuestionando hoy en día por las disciplinas con las que operamos.

Los nuevos criterios para reformular el paradigma tradicional del campo de la salud mental de las mujeres incluyen, en primer lugar, la noción de complejidad: flexibilidad para utilizar pensamientos complejos, tolerantes de las contradicciones, capaces de sostener la tensión entre aspectos antagónicos de las conductas y de abordar, también con recursos complejos, a veces conflictivos entre sí, los problemas que resultan de ese modo de pensar.

Utilizamos la noción de paradigma en un sentido amplio como un conjunto de concepciones generales acerca de la realidad y de la ubicación del género femenino en ella, expresado a través de ciertos conceptos clave; son los supuestos más generales y, al mismo tiempo, más recónditos, a menudo no conscientes. El paradigma del que partimos recorta nuestros problemas, guía nuestras hipótesis, nos dice cómo observar y describir la realidad. También en el caso de la salud mental de las mujeres, nos dicen quiénes son las sujetos mujeres, cuáles son sus posibilidades, sus límites. Resulta imprescindible examinar los paradigmas con los que operamos, hacerlos explícitos, considerar si corresponden o no a nuestras necesidades como mujeres, a nuestros modos de vivir, de sentir, de desear.

Hemos analizado y ejemplificado los modos de operar del paradigma psiquiátrico de base positivista imperante durante largo tiempo en el campo de la salud mental de las mujeres. También hemos hallado que, a través de las fisuras del paradigma médico-psiquiátrico tradicional, por los intersticios que tal paradigma dejaba, se filtraban otros recortes de problemáticas, metodologías, malestares, que pusieron en crisis, resquebrajando más profundamente, aquel paradigma vigente.

R. Castel (1984), por su parte, critica la vigencia del paradigma asistencialista desprendido del paradigma positivista psiquiátrico tradicional. Según este paradigma, hemos observado que las mujeres reciben más asistencia en salud mental que los varones, especialmente asistencia ambulatoria con psicofármacos. Este paradigma insiste en que es necesario asistir a las mujeres, ayudarlas, para que a su vez, ellas puedan hacer lo mismo con las personas que las rodean en su intimidad familiar y doméstica. Se basa en la concepción de las mujeres como sujetos en tanto madres, esposas, amas de casa. A la vez, este paradigma ubica a las mujeres como objetos de políticas asistenciales, y no como sujetos que definen sus propias necesidades. Si bien no desconocemos la importancia de los

cuidados maternos para la salud mental de los niños, sin embargo, consideramos que un acatamiento ciego y masivo a este paradigma ha llevado a provocar efectos iatrogénicos sobre la salud mental de las mujeres.

Además, hemos de examinar los modos según los cuales el paradigma asistencialista favorece la creación de vínculos de dependencia, de infantilización de los sujetos asistidos. Por eso, hemos considerado la necesidad de hacer un pasaje del modelo asistencialista a modelos de mayor autonomía participativa, en lo referido al diseño de políticas de salud mental para las mujeres.

3- Factores de riesgo en la salud mental de las mujeres

Se denomina factores de riesgo en la salud mental de las mujeres a la situación o conjunto de situaciones que ofrecen una probabilidad mayor al promedio de provocar estados de morbilidad o de enfermedad mental. Factores tales como la edad, el nivel ocupacional, el número y edad de los hijos, el estado civil, las situaciones de duelo (especialmente la pérdida de la madre o de un hijo), los fenómenos de violencia, etc., son algunos de los considerados con más frecuencia riesgosos para la salud mental femenina. Algunos factores han revelado ser controvertidos, tales como si la pertenencia a un sector socioeconómico bajo constituyera un factor de riesgo para las mujeres.

Algunos autores, al estudiar la depresión en las mujeres, se refieren a dos tipos de factores sociales que la pueden causar. Unos son los “factores o agentes provocadores”, que incluyen pérdidas especialmente por muerte, por ejemplo, muerte de la madre; otros son los “factores de vulnerabilidad”, por ejemplo, tener tres o más niños pequeños en la casa, que vuelven más susceptibles a las mujeres para padecer condiciones de malestar psíquico.

Otros autores estudian “factores predisponentes”, tales como lo son las experiencias en la infancia que dejan a un sujeto particularmente sensible para enfermar, como por ejemplo, la experiencia de incesto en las niñas. Junto con ellos, los “factores precipitantes” que operan en el momento en que se inicia la enfermedad, como por ejemplo, migraciones.

También se analizan los “factores de protección” ante las condiciones de riesgo, por ejemplo, la inserción laboral o social de un sujeto puede actuar como red de contención para impulsos suicidas, toxicomanías, etc.

La mayoría de los/as estudiosos/as que analizan esta problemática, insisten en destacar cómo los roles de género femenino afectan los modos de enfermar de las mujeres. Entre los roles genéricos más estudiados figuran el rol maternal, el rol conyugal, el rol de ama de casa, el doble rol social de trabajadora doméstica y extradoméstica (por doble jornada de trabajo). Un factor de riesgo que se denuncia en forma constante es la tendencia de las mujeres a maternizar todos

sus roles, más allá del rol maternal específico. Volveremos sobre este aspecto en forma detallada más adelante.

En cuanto a la edad de las mujeres como factor de riesgo, existe desacuerdo entre los/as investigadores/as. Para algunos/as, la adolescencia constituye un factor de riesgo, mientras que otros/as lo consideran un factor de vulnerabilidad: las adolescentes serían particularmente sensibles a ciertos problemas psicosociales, tales como el inicio activo en la sexualidad, la formación de una pareja, exigencias de estudios, etc., pero tal vulnerabilidad puede contrarrestarse con un factor de contención social como, por ejemplo, pertenecer a un grupo de pares con fuerte inserción social. Hemos analizado la problemática de la adolescente, en particular, en cuanto a las relaciones de tensión y de conflicto con su madre, describiéndolas como un entrecruzamiento entre crisis vitales, la de la hija adolescente y la de la madre en la mediana edad, así como una problemática de relaciones de poder intragénero que habrían de jugarse dentro de la vida familiar (Burin, M. y otras, 1987, 2002).

Observando las estadísticas italianas (Roma, 1988) sobre demandas de mujeres a servicios psiquiátricos, la edad de las que consultan supera la edad de los hombres. La edad de las mujeres varía entre los 40 y 60 años. Este estudio coincide con el de autores de otros países, y confirmaría la hipótesis de que las mujeres de mediana edad están en situación de riesgo por la pérdida de su capacidad procreativa por una parte –la hipótesis fundada en una perspectiva patriarcal que identifica a las mujeres con la procreación- y por otra, el alejamiento de los hijos del hogar denominado “síndrome del nido vacío”. Estos datos se contradicen con aquellos que señalan mayores factores de riesgo para las mujeres jóvenes, casadas, con hijos pequeños, o sea el grupo de 25 a 34 años. Más recientemente encontramos el surgimiento de mujeres más jóvenes (14 a 25 años) con riesgo para su salud mental debido a factores psicosociales, como por ejemplo muchachas que padecen anorexia o bulimia.

Los datos pueden parecer contradictorios dependiendo también de factores culturales y socioeconómicos. Las mujeres de menor nivel educativo y de más bajo sector económico acuden a la consulta hospitalaria a edades más avanzadas de lo que lo hacen mujeres de educación más elevada y mejores ingresos económicos. Además, es frecuente que las mujeres del primer grupo consulten primero, en edades más jóvenes, a médicos clínicos, ginecólogos, etc., en los hospitales, y sean atendidas con recursos farmacológicos durante bastante tiempo, hasta que finalmente son derivadas al servicio de salud mental. En cambio las mujeres del segundo grupo, si bien pueden seguir el mismo procedimiento, su tránsito entre especialistas es más rápido, insisten más en buscar soluciones a su problemática que identifican con mayor prontitud como trastornos en salud mental. Este grupo de mujeres probablemente combinará una serie de recursos asistenciales, por ejemplo psicoterápicos con psicofarmacológicos. Lo que debemos destacar, además, es que la edad con la

cual queda registrada como comienzo de su consulta por salud mental, no se corresponde con la edad –bastante anterior- en que comenzó a consultar. Este método de recolección de datos para ubicar la edad de las mujeres como factor de riesgo muestra ser poco sensible a los estilos de consulta propios de mujeres.

A diferencia de lo que ocurre con los varones, para quienes la baja condición económica está correlacionada con su salud mental (altos ingresos económicos constituyen factor de protección para algunos cuadros psicopatológicos, por ejemplo contra los estados depresivos), en el caso de las mujeres no existe tal homogeneidad en los datos. Las condiciones económicas y las diferencias de clase en las investigaciones realizadas pueden, pero no necesariamente, prestarle un gran peso a uno u otro factor; pero la pertenencia a determinado nivel económico social no está directamente correlacionada con la producción de trastornos mentales, según tales investigaciones. (Askenazi, M. y Casullo, M.M, 1981).

En los estudios sobre la salud mental de las mujeres nos interesa destacar que no se puede individualizar un factor único como agente de enfermedad mental, y sí, en cambio, un conjunto de factores riesgosos para la salud mental femenina. Pero hay una condición común y compartida, suficientemente destacable entre los roles de género femenino, que se organiza alrededor del concepto de maternidad (rol maternal, función materna, ideales maternos, deseos maternos, experiencia maternal, etc., son algunos de los conceptos asociados). La particularidad del status de la mujer que es madre, y el papel central que desempeña en la vida de la mayoría de las mujeres (aún de aquellas que sin ser madres, sin embargo maternalizan sus otros roles), explica por qué constituye un riesgo para la salud mental de una persona. Hay prácticas sociales relativas al ejercicio del rol maternal que indican un alto nivel de expectativas respecto de su cumplimiento (como se expresa en la frase “una madre siempre se las arregla para satisfacer a los suyos”). Esto puede coincidir con factores de riesgo tales como carecer de una red de apoyo confiable (amigos, familiares, etc.), con lo cual el ejercicio del rol constituye un factor de riesgo severo para la salud mental de las mujeres. Otra característica que otorga un matiz de riesgo al rol materno es que es cansador, pero la mayoría de las mujeres no lo reconocen como verdadero trabajo, con lo cual no perciben a tiempo su cansancio (es una de las formas del “trabajo invisible” de las mujeres). Otras a menudo lo perciben, pero postergan su alivio. El cansancio por el trabajo maternal está claramente asociado con el malestar de las mujeres, pero suele aparecer bajo la forma de angustia, sentimientos de culpa, hostilidad reprimida o trastornos psicosomáticos.

Esto tiene una historia relacionada con la división sexual del trabajo: hacia el siglo XVIII, la Revolución Industrial trajo consigo enormes cambios a partir de los procesos de industrialización y de urbanización creciente y de una nueva ética

que rige los valores humanos: ya no serán los principios religiosos los hegemónicos, sino los principios del trabajo productivo. La razón se erige en la medida de todas las cosas. Las figuras religiosas de autoridad van siendo sustituidas por autoridades seculares (la figura del soberano absoluto) que rigen a los ciudadanos. La antigua casa medieval que era una unidad de producción y de consumo, va cambiando hasta transformarse en la familia nuclear. En ese período preindustrial, en aquella comunidad doméstica la familia agrícola, textil, etc., el padre de la casa lo era además del resto de los familiares consanguíneos que llevaban su nombre, así como de los aprendices y siervos que ayudaban al sostén familiar. La familia tendía a la acumulación de bienes transmisibles hereditariamente, y se formaba a partir del consenso previo entre las familias de los contrayentes. Las mujeres si bien dependían de económicamente del padre – patrón participaba simultáneamente en la producción de bienes y en la reproducción. Su trabajo doméstico era altamente valorado, pues formaba parte, claramente, de la actividad productiva, de la familia como un todo. Se trataba de una familia basada en la propiedad productiva que otorgaba condición de sujetos, a cada uno de los miembros que la componían, en tanto pertenecientes a esa familia medieval.

Pero en los comienzos de la Revolución Industrial la producción extradoméstica, se fue expandiendo, y solo esa actividad fue reconocida como verdadero trabajo. La constitución de familias nucleares trajo efectos de largo alcance en las condiciones de subjetivación de hombres y mujeres. La familia se tornó una institución básicamente relacional y personal, la esfera personal e íntima de la sociedad. Esta familia nuclear fue estrechando los límites de la intimidad personal y ampliando la especificidad de sus funciones emocionales. Junto con el estrechamiento del escenario doméstico, también el entorno de las mujeres se redujo de tamaño y perdió perspectivas: las tareas domésticas, el consumo, la crianza de los niños, lo privado e íntimo de los vínculos afectivos se convirtieron en su ámbito “natural”. Asimismo, se fue configurando una serie de prescripciones respecto de la “moral materna”, que suponía una subjetividad femenina domesticada, con características psíquicas de receptividad, capacidad de contención y de nutrición, no sólo de los niños sino también de los hombres que volvían a sus hogares luego de su trabajo extradoméstico. En la medida en que la función materna de las mujeres quedó cada vez más dissociada de las otras actividades que antes desempeñaba, también se volvió más aislada, exclusiva y excluyente. Se va construyendo así un tipo de ideal social, el Ideal Maternal, que las mujeres interiorizan en su subjetividad y pasa a ser constitutivo de su definición como sujetos. Un proceso similar se da entre los hombres, con el ideal de trabajo como ideal constitutivo de la subjetividad masculina. Este ideal social de hombre de trabajo adquiere rasgos subjetivos que los hombres interiorizan, y que habrán de poner en juego como “naturales” a la masculinidad: capacidad de

rivalizar, de imponerse al otro, de egoísmo y de individualismo. Algunos autores y autoras describen también los pactos patriarcales que establecen los hombres entre sí, mediante asociaciones en las que se reconocen como iguales (Amorós, 1990) y que les permiten hacer alianzas para avanzar en el mundo de la industrialización creciente. Mientras tanto, para las mujeres su subjetividad se centra en el trabajo reproductivo: la finalidad principal de este trabajo pasó a ser la producción de sujetos, bajo la convicción social de que, en tanto producía sujetos, las mujeres se producían a sí mismas como sujetos, creando con la maternidad las bases de su posición como sujetos sociales y psíquicos. Pero este trabajo femenino quedará invisibilizado y naturalizado, y serán necesarios una serie de malestares que ocurren en los vínculos materno-filiares, y en la propia subjetividad femenina, para que a lo largo de este siglo, pueda ser visibilizado y analizado.

También podríamos señalar en este contexto que el trabajo maternal remite a analizar la lógica de la producción de sujetos como una lógica diferente a la de la producción de objetos. La lógica de la producción de sujetos se rige por las leyes del intercambio afectivo estrecho, por las relaciones personales íntimas exclusivas. La deuda contraída es en términos de deuda de gratitud: ésta supone que el trabajo materno para construir un sujeto entraña una deuda, que sólo se puede saldar creando a su vez otro sujeto. Es una deuda personal e intransferible, y se mide solo a través de la prestación de servicios afectivos. Se rige predominantemente por la lógica de los afectos, especialmente del amor, de los vínculos amorosos. Por su parte, la lógica de producción de objetos se rige por el intercambio de dinero o de bienes objetivos, y la deuda que se contrae es una deuda que se salda con la devolución de bienes materiales, fácilmente mensurables. Se rige por las leyes de la lógica racional y económica. Con la configuración de las familias nucleares y de la división sexual del trabajo, la valoración social del trabajo es muy distinta si se trata de uno que produce objetos o del que produce sujetos: uno producirá bienes culturales, el otro quedará naturalizado e invisibilizado.

4- Estados depresivos:

Los estudios epidemiológicos indican, mediante una documentación muy amplia y coincidente, la predominancia femenina en los estados depresivos. Diversas encuestas nacionales, incluyendo Argentina, muestran que la proporción de mujeres a hombres con estados depresivos es de dos a uno. Datos recientes presentados por la OMS sostienen que el riesgo de depresión para mujeres es de dos a tres veces más alto para mujeres que para hombres. En líneas generales, el síndrome depresivo se caracteriza por un cambio afectivo anormal y persistente en el que predominan sentimientos de inutilidad, culpabilidad, impotencia, desesperanza, ansiedad, tendencia al llanto, pérdida del interés general, y una cierta incapacidad para cumplir con las actividades cotidianas. Se acompaña de

ciertos rasgos psicosomáticos tales como inapetencia o exceso de apetito, variaciones de peso (generalmente obesidad), disminución del deseo sexual, sueño perturbado (insomnio o hipersomnia). Ante cualquiera de estos síntomas, por lo general las mujeres consultan en primera instancia al médico clínico o al ginecólogo, y bastante después a un especialista en el campo de la salud mental. Por lo general, las mujeres revelan quedar bastante insatisfechas con la atención recibida, debido a que se les ofrecen principalmente tratamientos farmacológicos o psicoterapias que, al no tener en cuenta la complejidad y especificidad de sus estados depresivos, no pueden brindar una atención calificada con perspectiva de género que atienda a sus necesidades específicas.

Algunos estudios señalan que las mujeres estarían más expuestas a ciertos sucesos vitales que les provocarían estados depresivos con más frecuencia que a los varones. Entre los sucesos vitales potencialmente depresógenos más destacados suelen aparecer la pérdida de un hijo, la muerte de la madre, la migración, la pérdida del marido, etc.

El rechazo a los criterios médicos hegemónicos para abordar los problemas de salud mental, incluyen el derecho a decidir los pasos a seguir, y también a implementar colectivamente los recursos para enfrentar el malestar. Para ello es necesario comprender el impacto de las condiciones de trabajo sobre la puesta en crisis de la subjetividad femenina.

5- Algunas hipótesis acerca de roles tradicionales: el rol maternal, el rol conyugal, el rol doméstico.

La teoría de las identificaciones es amplia y compleja y, como conjunto de hipótesis, forma parte importantísima de las diversas teorías psicoanalíticas. Haremos aquí un limitado recorte de esa teoría; que se refiere a la adquisición de la llamada “**identidad de género**”, femenina y masculina. Plantearemos la noción de la adquisición de la identidad de género sobre la base de las identificaciones tempranas que realizan niñas y varones en nuestra cultura. Ofreceremos primero hipótesis convencionales sobre los modelos identificatorios en las familias, con los cuales realizan sus procesos de identificación las niñas y los varones.

Según N.Chodorow (1984), todos los científicos sociales que han estudiado el proceso de aprendizaje de los roles genéricos y el desarrollo de la identidad genérica sostienen que la organización parental asimétrica en la cual las mujeres ejercen la maternidad, produce y reproduce subjetividades femenina y masculina diferenciadas y desiguales. Tanto niñas como varones crecen dentro de familias en las que las madres son el progenitor principal y encargado predominante de los cuidados personales. Mientras las niñas pueden identificarse más directa e inmediatamente con sus madres, a los niños no les sucede lo mismo con sus padres. En tanto la identidad femenina tiene en sus orígenes la identificación con una madre, con su experiencia de cercanía “cuerpo a cuerpo” en el vínculo

materno, la identidad masculina no se define en su identificación con un padre. La ausencia del padre en la estructura familiar habitual no significa que los niños no aprendan la masculinidad ni los roles masculinos, pero el tipo de identificación que realizan es diferente. Las niñas desarrollan una "identificación personal" con la madre, entrelazando los procesos afectivos y el aprendizaje del rol. Los niños, en cambio, desarrollan una "identificación posicional" con aspectos del rol masculino. Según esta descripción, las niñas se identifican con ser madres, y los niños, con la posición o el lugar del padre. La identificación de la niña, de índole "personal", consiste en la incorporación difusa de los rasgos de personalidad, conducta, actitudes y valores del otro. En cambio, la "identificación posicional" consiste en la incorporación específica del rol del otro, y no lleva necesariamente a la internalización de sus actitudes o valores. En nuestra sociedad, la madre está presente de un modo que el padre y otros adultos varones no lo están para niñas y varones. La niña, entonces, puede desarrollar una identificación personal con su madre debido a una íntima relación que surge de un temprano lazo primario. La niña se puede identificar con la madre y luego con otras mujeres (mucama, maestras, etcétera) porque su presencia en su vida cotidiana es personal. El niño, en cambio, debe desarrollar una identificación masculina y aprender el rol masculino en ausencia de una relación personal continua y persistente. Los niños se identifican con algunos rasgos de su padre, pero no parecen hacerlo tanto de un modo difuso con su padre como persona. En familias con el padre ausente, los niños desarrollan la sensación de lo que debe ser masculino mediante la incorporación de imágenes culturales de la masculinidad, y de hombres que eligen como modelos masculinos. Esto quedará expresado en la frase "madre hay una sola", con una presencia mucho más encarnada, "padres hay muchos", con una presencia más cultural o simbólica. En un modelo identificatorio tradicional, los procesos de identificación del niño rara vez se apoyan en una íntima relación afectiva con el padre, con la misma cercanía y la intimidad con que habitualmente se consolidan los vínculos con la madre. La masculinidad se define tanto negativa como positivamente. Los procesos de identificación masculina hacen hincapié en la diferenciación de los otros (a partir de la primera diferenciación de la madre), la negación de la relación afectiva con intimidad en el contacto físico, y los elementos universales del rol masculino. Los procesos identificatorios femeninos enfatizan la relación, la intimidad, la cercanía, el vínculo afectivo y los elementos específicos del rol maternal. Estos dos modos de identificación plantean diferentes tipos de problemas para niñas y varones. La masculinidad y el rol masculino parecen más inalcanzables -debido a la distancia del rol paterno- y, por lo tanto, son más idealizables, mientras que la feminidad y el rol femenino siempre parecen muy tangibles, reales y concretos, debido a la presencia de la madre.

La niña se identifica habitualmente con la madre y aprende de ella el rol maternal y familiar, pero a partir de la pubertad o la adolescencia requiere un modelo identificatorio para ser mujer, no sólo madre; en ese momento del

desarrollo evolutivo la adolescente pone en crisis su vínculo identificatorio con su madre. En tanto las niñas interiorizan roles más bien interpersonales, particularizados y afectivos, los niños no se insertan con la misma probabilidad en una relación con sus padres u otros hombres sino que el modo de su incorporación de la masculinidad implica negar la relación con la madre. Esto se expresa en el aprendizaje de roles más sociales que familiares, en un nivel más abstracto y menos personalizado.

Las mujeres aprenden roles básicamente familiares, reproductivos, pertinentes a los lazos personales y afectivos. Los roles masculinos, en cambio, están definidos en nuestra sociedad como no-familiares. Aunque los hombres se interesan por ser padres y esposos -y la mayoría de ellos desempeña alguno de estos roles a lo largo de su vida-, la representación social de la masculinidad no se asienta en los roles familiares sino extrafamiliares, especialmente laborales, en la organización de la producción. Esto tiene sus efectos en el modo como la familia se relaciona con el mundo extrafamiliar: quien determina principalmente la posición de clase y el status social de toda la familia es el esposo/padre, por su rol ocupacional. Y aunque las familias dependen cada vez más del ingreso económico de ambos esposos, la posición de clase deriva habitualmente, en todos los estudios realizados, de lo que hace el "jefe de hogar". La esposa, entonces, deriva su status y posición de clase principalmente de su marido, y así se la valora socialmente, aunque sea también parte activa de la fuerza laboral y contribuya al mantenimiento de la familia. Los roles de esposa y madre tienen una calidad imprecisa, y consisten en obligaciones bastante difusas. Desde el punto de vista psicológico, se ha caracterizado la **función materna** como aquella que debe satisfacer las siguientes capacidades: a) nutricias (de alimentación); b) de sostén emocional (contención); c) de cuidados personales, que caracterizaría lo que Winnicott (1978) denomina una "madre suficientemente buena", un tipo de madre que, mediante el desempeño de estas funciones, estaría en condiciones de ponerse "uno a uno" con las necesidades del bebé, anticipándose a ellas para satisfacerlas. Esto garantizaría al niño recursos de salud mental y, a su vez al vínculo temprano madre-bebé mejores condiciones. Para que todas estas funciones se cumplan es necesaria la capacidad de conexión, no de separación o de distanciamiento. Las funciones maternas descritas sugieren que se trata de un trabajo que se caracteriza por ser repetitivo, rutinario, de máximo esfuerzo y dedicación, que no implica secuencias específicas ni progresiones: es un trabajo invisible, que sólo se lo percibe cuando se lo realiza mal o de forma insuficiente. En cambio, el trabajo de los hombres suele ser contractual y delimitado específicamente: contiene la noción de progresión y de producto que se espera obtener. Dentro del ámbito familiar, el rol paterno predominante es proveer económicamente a la familia; muy rara vez se le da semejante importancia a su contribución emocional. Cuando los hombres hacen trabajos "de mujeres" -lavar platos, limpiar, acostar a los niños- lo hacen habitualmente por delegación de la

mujer y de acuerdo con la organización establecida por la esposa/madre, que mantiene una responsabilidad residual en esas situaciones. Cuando los padres se relacionan con sus hijos, lo hacen para crear independencia, como personas separadas, mucho más de lo que lo hacen las madres.

En estas condiciones, la construcción de la masculinidad se convierte en un problema de modalidades muy diferentes de la de la feminidad, especialmente como resultado de que el niño fue maternizado por una mujer; esto lleva a niños y niñas a temer que el vínculo con la madre les represente una regresión y a los vínculos de mayor dependencia y menor autonomía. Pero para el niño varón, la dependencia y el apego a su madre representan lo que no es masculino: por ello el niño debe rechazar la dependencia y negar los vínculos de apego, debe reprimir las cualidades que crea femeninas, y rechazar y devaluar a las mujeres para afirmar su masculinidad. Según la teoría freudiana, la lucha del niño para liberarse de su madre y devenir masculino - en la llamada situación edípica - genera el "desprecio que los hombres sienten por el sexo inferior", una devaluación de las mujeres que provendría, según esta teoría, de la percepción de las diferencias genitales en la fase fálica del desarrollo libidinal, entendida como "castración" de la madre. Otra teoría psicoanalítica, formulada por Karen Horney (1982) sostiene que el desprecio masculino a las mujeres y su devaluación provendría del temor masculino ante la omnipotencia materna en los estadios tempranos de la vida, al hecho de haber sido tempranamente maternizado, socializado y cuidado por una mujer.

En lo que casi todos los autores de las teorías de la identificación temprana están de acuerdo es en que en nuestros modos de organización cultural familiar existiría un "exceso de madre" y una falta de padre en la crianza de los niños. Esta situación provocaría el reforzamiento de la división sexual del trabajo y la reproducción social-familiar de la desigualdad entre hombres y mujeres.

Emilce Dio Bleichmar (1996) sostiene que, desde el punto de vista psicoanalítico, el niño y la niña perciben la diferencia genérica de sus padres ya hacia la edad de 2 años de edad, y que la diferencia no es sexual sino social. Para el varoncito, la percepción temprana de la masculinidad de su padre lo convierte en su ideal, en un deseo de ser como el padre; más adelante, con el advenimiento del conflicto edípico, su identificación lo llevará a desear tener lo que tiene el padre: el bien fálico. Para esta autora, la identidad de género se adquiere en la intersubjetividad, en el vínculo temprano padres-hijos, en relación con los deseos inconscientes que esos vínculos intersubjetivos tempranos aportan a la construcción de la subjetividad sexuada.

Algunas hipótesis acerca de la constitución de la subjetividad sexuada sugieren que **el desempeño de determinados roles de género femeninos operarían de modo determinante en la construcción de la subjetividad.** Además de la descripción ya realizada del rol maternal, con las funciones atribuidas a su desempeño para definir a la "madre suficientemente buena",

existirían otros dos roles de género femenino tradicionales: el rol conyugal y el rol doméstico.

El rol conyugal describe las características necesarias para sostener el vínculo matrimonial, e incluyen la prestación de servicios afectivos y sexuales, además de las funciones nutricias descritas para el rol maternal. Varios autores consideran que el rol de esposa tradicional está adecuadamente desempeñado cuando es suficientemente maternalizado, por ejemplo, cuando desarrolla las funciones nutricias (alimentar), de cuidados (de atención de la vestimenta, higiene, y otros) y de sostén emocional (de anticipación y atención de los conflictos conyugales). Todas estas prestaciones y otras son las requeridas para la función materna, así como los rasgos de postergación de sus necesidades y de propiciar el crecimiento del otro (en este caso, el marido) con la convicción de que, en tanto se posiciona subjetivamente como ayudante del cónyuge, obtiene su confirmación narcisista y de satisfacción de un ideal social (el ideal maternal).

En cuanto al rol doméstico, hay muchos estudios que describen cómo el trabajo del ama de casa propicia una subjetividad vulnerable, propensa al padecimiento de estados depresivos. **El rol de ama de casa es depresógeno**, especialmente para las mujeres de sectores económico-sociales medios, de ámbitos urbanos y suburbanos. Algunos estudios, como los realizados por Gove y Tudor (1979) y C. Sáez Buenaventura (1979) relacionan los roles sexuales adultos con la enfermedad mental. Estos análisis indican que, en primer lugar, la mayor parte de las mujeres están limitadas a un único rol social principal - el de ama de casa -, mientras que la mayoría de los hombres desempeñan dos roles: cabeza de familia y trabajador. Esta situación ofrece, para los hombres, dos fuentes alternativas de gratificación (su familia y su trabajo), mientras que para las mujeres en estas condiciones existe sólo una (su familia). Si un varón encuentra que uno de sus roles le resulta insatisfactorio, puede centrar su interés en el otro. Pero para las mujeres, si encuentran que su rol familiar es frustrante, habitualmente no tienen otra fuente de gratificación alternativa. Ésta es una hipótesis plausible para comprender un cuadro tradicional en la salud mental de las mujeres: los estados depresivos resultantes del "nido vacío", cuando los hijos son grandes y se alejan del hogar.

En segundo lugar, el rol de ama de casa no requiere una habilidad o entrenamiento especiales, ya que prácticamente todas las mujeres de nuestra cultura, con mayor o menor grado de educación, participan de una socialización temprana cercana a alguien, generalmente la madre, que ha podido transmitir tales conocimientos. Más allá de que las mujeres hayan absorbido esas enseñanzas, con aceptación o con rechazo, la mayoría de ellas está en condiciones de desempeñar el rol con mayor o menor eficacia. Actualmente, se trata de un rol poco prestigioso que, al no producir bienes objetivos en nuestra cultura, no supone un trabajo remunerado. La gratuidad del trabajo doméstico de las mujeres contribuye a que se considere de bajo status social. La pertenencia a

un status social tan bajo a menudo entra en contradicción con el amplio sector de la población femenina que, al menos en nuestro país, ha desarrollado expectativas educativas y laborales más allá del trabajo doméstico. Esto indicaría que la mayoría de las amas de casa serían mujeres frustradas en su rol.

Otro elemento para considerar en el rol de ama de casa es que es relativamente invisible y poco estructurado, de modo que quien lo ejerce no tiene una referencia objetiva para medir si su trabajo está bien realizado. Gove y Tudor señalan que la ausencia de visibilidad y de estructura del trabajo del ama de casa favorece que las mujeres queden centradas en sí mismas, aisladas del contexto social, lo cual provoca un tipo singular de cavilaciones (que se ha dado en llamar “neurosis del ama de casa”).

Cuando las mujeres amas de casa tienen un trabajo extradoméstico, normalmente se encuentran en una posición menos satisfactoria que sus maridos, tanto respecto del status laboral, como de sus ingresos económicos y sus posibilidades de ascender en una escala de oportunidades, manteniéndose en condiciones de inferioridad. Por lo demás, se han realizado numerosos estudios que indican que, habitualmente, las mujeres con trabajo extradoméstico igualmente mantienen su ocupación como amas de casa o, en el caso de contar con ayuda doméstica, igualmente conservan la responsabilidad y la decisión por lo que sucede en el ámbito doméstico. Esto genera situaciones de cansancio, que las mujeres expresan en sensaciones de tensión y de agotamiento, productoras de estrés.

Además, el hecho de que el rol de ama de casa tenga expectativas poco claras y difusas, que sólo se lo perciba cuando no se lo realiza o cuando se lo realiza exageradamente mal, provoca incertidumbre en las mujeres que lo desempeñan, y aumenta la tendencia a estar pendientes del reconocimiento de los otros para reconocerse a sí mismas como trabajadoras. Esto se complica en tanto se trata de un rol que carece de proyecciones hacia el futuro y que, por lo general, se realiza en condiciones de rutinización y de aislamiento.

C. Sáez Buenaventura (1979) refiere la experiencia terapéutica realizada con grupos de amas de casa con depresión, destacando la manifiesta necesidad de comunicación que tenían estas mujeres, junto con su tendencia a crear lazos de dependencia. Se trataba de mujeres con escasas o nulas relaciones sociales, dedicadas a un trabajo realizado en solitario, aisladas en su hábitat cotidiano, que no frecuentaban lugares sociales ni de esparcimiento en general. Describe la depresión de las amas de casa como emergente de los roles tradicionales de madres, esposas y amas de casa, y que se caracteriza por el clásico síndrome de tristeza, abatimiento, desesperación persistente, junto con sentimientos de desvalorización, culpa, desamparo, ansiedad, llanto y tendencia y/o ideas suicidas, pérdida del interés por cualquier tipo de actividad cotidiana, trastornos de determinadas funciones fisiológicas (hambres, sueño), acompañados ocasionalmente con algún trastorno psicosomático.

En un estudio realizado sobre mujeres de mediana edad y sus modos de subjetivación (Burin, 1993), he descrito los estados depresivos que padecen las mujeres de ese grupo en relación con los roles de género tradicionales que desempeñaban: el rol maternal, el rol conyugal y el de ama de casa, como potencialmente depresógenos. También describí tres roles de género femenino que habían sido considerados como factores de protección ante los estados depresivos entre las mujeres de ese grupo de edad: el rol en la comunidad, el rol sexual extraconyugal y el rol de trabajadora extradoméstica remunerada. Sin embargo, habría un tipo específico de problemas que se crean en el desempeño de este último rol que lo haría factor de riesgo potencial para los estados depresivos: el "techo de cristal" en la carrera laboral.

Con este objetivo haré un análisis del fenómeno de la globalización sobre las condiciones de trabajo de las mujeres y sobre la construcción de su subjetividad. Voy a destacar dos conceptos claves de las condiciones de trabajo de las mujeres: el Techo de Cristal y las Fronteras de Cristal en sus carreras laborales.

6- Globalización y subjetividad

De qué manera el fenómeno de la globalización afecta nuestra subjetividad?

Uno de los factores determinantes de la puesta en crisis de las subjetividades, femeninas y masculinas, se debe al fenómeno de la globalización y de su impacto sobre nuestras vidas cotidianas, sobre nuestros modos de amar y de trabajar. Los cambios económicos y sociales, impulsados por empresas, compañías transnacionales e instituciones financieras han provocado la expansión de las actividades políticas, económicas y sociales a través de las fronteras, de modo tal que los sucesos, las decisiones y las actividades que se producen en una región definen significativamente los modos de vivir de la gente de otras regiones. La globalización es un fenómeno asimétrico y desigual, pues en tanto algunas regiones y algunos grupos sociales se fortalecen, otros se debilitan y caen, aumentando las desigualdades preexistentes, a la vez que produciendo nuevas asimetrías. La globalización tal como la habíamos conocido hasta ahora estaba basada en valores específicos tales como el consumismo, el individualismo, la glorificación de los mercados, el exitismo y la mercantilización de todos los aspectos de la vida, en tanto que los vínculos intersubjetivos quedaban desdibujados. Actualmente estamos asistiendo a una crisis de aquellos valores.

Entre las desigualdades que se exacerban debido a la globalización, estamos encontrando nuevos dispositivos en cuanto a las relaciones de poder y los vínculos de intimidad entre los géneros, en particular en los modos de trabajar y de vivir en familia. Si el final del siglo XX quedó marcado por el fenómeno de la globalización, los comienzos del siglo XXI indican otro fenómeno, el de la deslocalización de los sitios de trabajo. Si bien este término se refiere al traslado al extranjero de los lugares de trabajo para reducir costos laborales y beneficiarse

de rebajas fiscales y otros estímulos, sus efectos se producen también a nivel de las personas involucradas, ya que determina cierres y traslados con su impacto social y subjetivo, creando condiciones de empleo migrante, deslocalizando la subjetividad de los trabajadores. Hace tiempo que los hombres han aceptado estos retos, y van a la búsqueda de las opciones laborales que mejoren su nivel de vida y el de sus familias.

En este punto es donde se acentúan ciertas desigualdades preexistentes, como las inequidades de género en las parejas, pues si bien los discursos que se enuncian son políticamente correctos en cuanto a la igualdad de oportunidades educativas y laborales, en las prácticas estas condiciones no se cumplen. Todavía las mujeres son consideradas las principales responsables de la crianza de los niños pequeños, de los cuidados familiares y de los vínculos de intimidad, de modo tal que cuando existen oportunidades laborales bajo condiciones de deslocalización y de empleo migrante, quienes aceptan esas oportunidades siguen siendo los varones, en tanto las mujeres permanece en los lugares donde se desarrolla su familia y sus vínculos de intimidad. Pero ocurre que no todas las condiciones de deslocalización laboral son perjudiciales para los trabajadores: existen aquellas que constituyen oportunidades de ascenso laboral, de especialización, de adquisición de nuevas tecnologías, etc. En tanto los varones consideran esas opciones como beneficiosas para sí y para su familia, ellas habitualmente renuncian a esas oportunidades, considerando que su renunciamiento será beneficioso para su familia.

El conflicto que se está presentando en la actualidad es que existe una masa pequeña pero significativa de mujeres jóvenes que ya no están dispuestas a tales "sacrificios", porque han tenido oportunidades educativas de nivel superior y experiencia laboral en puestos de significativa satisfacción subjetiva. Pero el desarrollo de estos bienes subjetivos y materiales así obtenidos entra en contradicción con la crianza de los hijos y el despliegue de los vínculos de intimidad. Se les presenta una **opción de hierro**, entre desplegar sus habilidades laborales que le implican altos niveles de satisfacción, o sus necesidades de sostener vínculos familiares, con el mismo grado de significación subjetiva. Las inequidades de género en este caso son evidentes: en tanto esta condición no se les plantea a los hombres, pues ellos habitualmente conservan a su familia mientras avanzan en sus carreras laborales, para las mujeres constituye un conflicto excluyente entre la familia y su carrera laboral. Cuando las mujeres analizan esta realidad laboral desde la perspectiva de la relación costo-beneficio, se encuentran con que es muy elevado el costo subjetivo que pagan si es que han procurado realizar una carrera laboral a la cual le dedicaron tiempo, dinero, energía libidinal, con su inherente dedicación y actitud de profundo compromiso.

Hasta ahora el "techo de cristal" en el ascenso laboral constituía una de las preocupaciones básicas por las desiguales condiciones de trabajo entre mujeres y varones. Pasaremos a analizar este fenómeno.

7- El techo de cristal en la carrera laboral de las mujeres

¿Qué es el "techo de cristal"? Se denomina así a una superficie superior invisible en la carrera laboral de las mujeres, difícil de traspasar, que les impide seguir avanzando. Su carácter de invisibilidad está dado por el hecho de que no existen leyes ni dispositivos sociales establecidos ni códigos visibles que impongan a las mujeres semejante limitación, sino que está construido sobre la base de otros rasgos que, por su invisibilidad, son difíciles de detectar. Debido a esta particular conformación del techo de cristal, para estudiarlo debemos buscar sus rasgos en los intersticios que deja el entramado visible de la carrera laboral de este grupo de mujeres. Entre ellos, he hallado rasgos cuya comprensión nos la ofrecen las hipótesis de género y otras que podemos comprender mediante hipótesis psicoanalíticas.

El concepto "techo de cristal" fue originariamente utilizado para analizar la carrera laboral de mujeres que habían tenido altas calificaciones en sus trabajos gracias a la formación educativa de nivel superior. Sin embargo, su experiencia laboral indica que en determinado momento de sus carreras se encuentran con esa superficie superior invisible llamado "techo de cristal".

A partir de los estudios realizados desde la perspectiva del género, que indican cómo nuestra cultura patriarcal construye semejante obstáculo para las carreras laborales de las mujeres, me he preocupado por estudiar cuáles son las condiciones de construcción de la subjetividad femenina que hacen posible tal imposición cultural. He hallado que parte del "techo de cristal" como límite se gesta en la temprana infancia y adquiere una dimensión más relevante a partir de la pubertad en las niñas. La importancia del análisis de este fenómeno en los estadios tempranos de la configuración de la subjetividad femenina se manifiesta cuando comprendemos sus efectos ulteriores, sobre su salud mental y sus modos de enfermar.

Algunos de los rasgos que nuestra cultura ha construido para configurar esa estructura superior invisible denominada "techo de cristal" para las mujeres se basa en:

a. Las responsabilidades domésticas:

* La dedicación horaria de los puestos más altos en la mayoría de los espacios laborales están diseñados por lo general dentro de un universo de trabajo masculino, e incluye horarios que habitualmente no están disponibles para las mujeres -por ejemplo, horarios vespertinos o

nocturnos- dado que, por lo general, este grupo de mujeres también desempeñan roles domésticos como madres, esposas y amas de casa. Entre el grupo de mujeres definidas como Transicionales en su desempeño laboral, han aceptado los límites del "techo de cristal" y realizado enormes esfuerzos tratando de superar tales limitaciones, utilizando recursos muy diversos; en su mayoría, uno de los efectos de tal esfuerzo consiste en padecer de estrés laboral.

* El entrenamiento predominante de las mujeres de este grupo etéreo en el ámbito doméstico, en los vínculos humanos con predominio de la afectividad, con relaciones de intimidad, con el acento puesto en las emociones cálidas (ternura, cariño, odio, etc.) estaría en contraposición con el mundo del trabajo masculino, donde los vínculos humanos se caracterizarían por un máximo de racionalidad, y con afectos puestos en juego mediante emociones frías (distancia afectiva, indiferencia, etc.). En el grupo de mujeres caracterizadas como tradicionales, suelen encontrar muy difícil el pasaje de un tipo de vinculación al otro; por lo general, consideran inaceptable cambiar sus modos clásicos de vinculación, y renuncian a seguir avanzando en sus carreras. Entre las mujeres caracterizadas como Innovadoras, suelen identificarse con el modo de vinculación masculino requerido para seguir adelante en sus carreras laborales, estableciendo una dicotomía entre sus vínculos en el ámbito doméstico y los del ámbito laboral. El grupo mayoritario está localizado entre las mujeres caracterizadas como Transicionales, que padecen las tensiones y conflictos de intentar compatibilizar los dos tipos de vinculación - a predominio afectivo y a predominio racional - dentro del ámbito laboral.

b. El nivel de exigencias: este grupo generacional ha encontrado que en sus carreras laborales se les exige el doble que a sus pares masculinos para demostrar su valía. En su mayoría, perciben que en tanto a ellas se les exige un nivel de excelencia en sus desempeños, a sus pares varones se les acepta un nivel mediano o bueno a la hora de evaluar sus desempeños. En estos casos, en los criterios de evaluación utilizados, se califica por igual el nivel de excelencia obtenido como cualificación por las mujeres, con el nivel de bueno obtenido por los varones. Esto constituiría un ejercicio de discriminación laboral en perjuicio de las mujeres.

c. Los estereotipos sociales: algunos estereotipos que configuran el "techo de cristal" se formulan de la siguiente manera: "las mujeres temen ocupar posiciones de poder", "a las mujeres no les interesa ocupar puestos de responsabilidad", "las mujeres no pueden afrontar situaciones difíciles que requieren actitudes de autoridad y poder". Estos estereotipos sociales inciden en la carrera laboral de las mujeres, haciendo que se vuelvan

inteligibles para puestos que requieren autoridad y ejercicio del poder. En el grupo de mujeres estudiadas, tal estereotipo ha sido internalizado de tal modo por ellas mismas, que casi sin cuestionarlos, los repiten como si fueran resultado de elecciones propias. Si embargo, afirmaciones tales como "a mi no me interesa ocupar posiciones de poder" se ven confrontadas con otras actitudes en las que, contradictoriamente, desean asumir trabajos que les representan poder, autoridad, prestigio, reconocimiento social, etc. En tanto el grupo de mujeres Tradicionales parece refugiarse más en aquellas afirmaciones, las mujeres agrupadas como Innovadoras admiten sus conflictos y tratan de enfrentarlos con recursos variados cada vez que ocupan tales puestos de trabajo.

d. La percepción que tienen de sí mismas las propias mujeres: la falta de modelos femeninos con los cuales identificarse lleva a este grupo generacional a sentir inseguridad y temor por su eficacia cuando acceden a lugares de trabajo tradicionalmente ocupados por varones. Uno de los temores que suele surgir en ellas es el miedo a perder su identidad sexual. La necesidad de identificarse con modelos masculinos -preferentemente camisas y faldas largas, maletín o portafolios- como así también cambios en el timbre de su voz, impostando sonidos más graves y hablando en tonos más altos que su voz habitual.

Las mujeres que en su carrera laboral desean ocupar puestos hasta ahora caracterizados como típicamente masculinos deben enfrentar el doble de exigencias que sus pares varones, afrontar más riesgos -por ejemplo de acoso sexual- soportar un mayor escrutinio de sus vidas privadas, a la vez que se le perdonan menos equivocaciones. Cuando cometen errores, no se los atribuyen, a la parte correspondiente a su entrenamiento, o a su experiencia previa, o a su formación profesional, sino al hecho de ser mujer; su pertenencia al género femenino operaría como categoría que explicaría su incapacidad.

e. El principio de logro: otro factor que incide en la composición del "techo de cristal" y que resulta discriminatorio contra el género femenino es el así llamado "principio de logro". Al evaluar la valía de las personas miembros de una empresa u organización tradicionalmente masculina, en que compiten hombres y mujeres por igual, algunos estudios describen cómo funciona un tipo de adscripción que precede al desempeño en el cargo, aún cuando esto ocurra en forma velada e imperceptible la mayoría de las veces. En el caso de las mujeres de mediana edad estudiadas, esto ha llevado a muchas de ellas no sólo a ser orientadas hacia el mercado de trabajo secundario, sino también a la "división secundaria" casi universal dentro de las profesiones y las ocupaciones lucrativas. Como resultado de

este proceso, incluso mujeres profesionalmente muy cualificadas se ven orientadas sistemáticamente hacia ramas de estas ocupaciones menos atractivas, poco creativas y generalmente peor pagadas.

Este fenómeno, que ha sido descrito como parte de la división sexual del trabajo, es bien conocido por la mayoría de los estudios que se realizan sobre la participación de las mujeres de este grupo etéreo en el mercado de trabajo. Sin embargo, su alcance no es fácil de medir y además, está sometido a diferentes interpretaciones. Lo que sí ha sido bien analizado es que esta situación poco tiene que ver con el desempeño concreto del trabajo de las mujeres, sino que más bien está conectada con los sustitutos simbólicos antes descritos, que sirven de base para la evaluación. Ocurre que no sólo se suele valorar inicialmente a las mujeres como si tuvieran un potencial más bajo para determinados puestos de trabajo y por lo tanto menor valía para quienes las empleen, sino que además suelen mostrar ellas mismas un grado inferior de "habilidades extrafuncionales" tales como planificar su carrera, demostrar intereses ambiciosos, capacitarse dirigiéndose a determinados fines. Por el contrario, las habilidades extrafuncionales de las mujeres de este grupo etéreo se han orientado más bien hacia cierto "laissez-faire" respecto de su carrera laboral -entendida como complementaria o secundaria a su carrera principal que sería la carrera maternal y/o matrimonial- y cultivar rasgos de personalidad tales como demostrar intereses ambiciosos parecían contrarios a la configuración de una subjetividad definida como femenina.

Entonces no es accidental que muchas de las mujeres de nuestro estudio se sientan en una "impasse" - un callejón sin salida - cuando se refieren a sus carreras laborales. Se les hace evidente que el talento, la capacidad y la dedicación a sus trabajos, incluso con una legislación orientada en contra de diversas formas de discriminación directa, no les garantiza un éxito laboral equitativo. La exigencia de igualdad, e incluso las garantías formales de tratamiento igualitario para todos, por una parte, y por otra parte, las renegociaciones individuales de las relaciones privadas, la distribución de tareas y responsabilidades domésticas, la elaboración de normas aceptables para convivir con alguien, sólo constituyen condiciones límites de la necesaria reestructuración de las instituciones laborales y de las relaciones de poder entre los géneros femenino y masculino.

f. Los ideales juveniles: otro factor que opera en la configuración del "techo de cristal" son los ideales juveniles cultivados por estas mujeres mientras se estaban forjando una carrera laboral. Muchas de las mujeres de esta generación convalidaron los ideales sociales y familiares que les indicarían "asegúrense de hacer lo correcto", y sobre esta base afirmaron

una ética femenina propia de las mujeres estudiadas. En la actualidad, he hallado que muchas de estas mujeres se encuentran con un mercado laboral cuyos ideales y valores se han transformado por efecto del pragmatismo imperante para este fin del milenio, y que algunas de ellas expresan, decepcionadas, que el mandato social actual sería "asegúrense de ganar mucho dinero y rápido". Esta noción de que el fin justificaría los medios, ya que el valor supremo sería ganar mucho dinero, entra en contradicción con sus ideales juveniles con los cuales iniciaron sus carreras laborales. Para este grupo de mujeres, los medios importan tanto como los fines: por ejemplo, la consideración por el otro, el respeto mutuo, el peso dado a los vínculos afectivos, la confianza en el prójimo, constituyen valores irrenunciables, y forma parte de los ideales con los cuales construyeron su subjetividad femenina.

Los ideales generacionales de este grupo de mujeres son puestos en cuestión; sienten decepción por la ineficacia actual de aquellos valores, y junto con necesidades económicas crecientes debido a la crisis económica en la Argentina, se ven sumidas en dudas, replanteos, cuestionamientos, poniendo en crisis sus ideales generacionales y genéricos. Esta puesta en crisis de los ideales de su generación y de su género para algunas, las mujeres categorizadas como Innovadoras, opera como motor que pone en marcha nuevos criterios de inserción laboral; pero para otras, las mujeres agrupadas como Tradicionales, constituye uno de los factores más poderosos en la configuración del "techo de cristal" como factor depresógeno.

8- Fronteras de Cristal

Si hasta ahora nuestra preocupación principal sobre las dificultades de desarrollo de la carrera laboral de las mujeres se centraba en el techo de cristal, ahora se suma esta otra desigualdad: las **"fronteras de cristal"** que se imponen a las mujeres cuando deben decidir entre la familia o el trabajo. No sólo no todos los puestos de trabajo están disponibles por igual para el género femenino debido al techo de cristal, sino que tampoco todas las localizaciones geográficas donde se ubican los puestos de trabajo pueden ser elegidas por las mujeres. Estos conflictos dejan sus marcas en la construcción de la subjetividad, en los modos de desear, de sentir y de pensar de las mujeres, y en la posibilidad de formar familias y de tener hijos. Sigue en pie el cuestionamiento sobre las condiciones asimétricas que impone la globalización a los/las ciudadanos/as de los países periféricos y con escasas ofertas laborales y alto índice de desempleo como el nuestro, al mismo tiempo que la lucha por una distribución más justa y equitativa de las relaciones entre los géneros.

Ilustraremos el análisis anterior con el siguiente ejemplo de una pareja que acude a la consulta psicoterápica: Ana tiene 39 años, dos hijos de 5 y 3 años, está

casada con Sergio, de 40 años. Ella es abogada en una empresa internacional a la cual ingresó cuando todavía era estudiante en la universidad. Fue ascendiendo en el trabajo hasta ocupar en la actualidad un puesto gerencial elevado, para el cual se estuvo preparando durante las dos décadas que lleva allí. Su marido, contador en otra empresa, acompañó con entusiasmo su carrera, como parte del contrato conyugal iniciado mientras eran estudiantes: ambos trabajarían en sus carreras, se apoyarían mutuamente, tendrían dos hijos, y se comprometían a ser leales uno con el otro en estos proyectos. Este acuerdo formaba parte de su formación ideológica, debido a la militancia política universitaria de ambos en la misma corriente de intereses.

En sus sesiones relata que ambos estaban bastante satisfechos con su vínculo de pareja así como con la familia y las carreras laborales que sostenían; los principales conflictos que hasta ahora se les habían presentado, algunas veces sexuales y otras veces económicos, los habían resuelto “con mucho diálogo, adaptándonos uno al criterio o a las necesidades del otro”. Hasta ahora fue así, actualmente ya no lo es, y ella consulta angustiada y desconcertada por la situación actual familiar-laboral. La empresa para la que Ana trabaja está por cerrar en Argentina y le ofrece la posibilidad de que ella pase a ocupar un puesto similar, de nivel un poco superior y con mejor salario, en un país vecino. Además, podría no sólo ascender jerárquicamente en la empresa, sino también tendrá mejores oportunidades de aplicar los conocimientos adquiridos mediante sus intensas actividades de especialización, a la vez que incrementará su experiencia actual. El problema es que Ana debería trasladarse a ese país para ocupar ese puesto, pero su marido se niega a dejar su carrera laboral aquí, y a su familia de origen (tiene una madre muy anciana y un hermano discapacitado que dependen de él), a la vez que no podría ocuparse de la crianza de los niños pequeños sin su esposa. ¿Qué hacer entonces? Ana le sugiere trasladarse ella con los niños, y que él venga a visitarla los fines de semana, pero ésta no parece una solución posible para ella, debiendo afrontar sola en otro país las necesidades de sus hijos pequeños a la vez que sus compromisos laborales; tampoco él desea permanecer a solas todas las semanas durante mucho tiempo, lejos de su familia.

Se configura entonces un nuevo conflicto, un límite entre la familia y el trabajo, constituido por “fronteras de cristal” que se imponen a las mujeres como Ana de una manera invisible, obligándolas a “elegir” entre ambos intereses. Estas fronteras se suman al clásico “techo de cristal” impidiendo a las mujeres seguir avanzando en sus carreras laborales. En los dos casos se trata de superficies invisibles, ya que a pesar de que no hay leyes ni códigos que digan “las mujeres no pueden ocupar estos lugares de trabajo”, en la práctica existen leyes y códigos familiares y sociales que tácitamente imponen al género femenino esta limitación.

En el caso que estamos analizando la globalización y la deslocalización tiene clase y tiene género. Hasta ahora se ha analizado el fenómeno de la globalización

sobre los sectores sociales más pauperizados, agudizando las inequidades económicas preexistentes, pero en este caso observamos que tales injusticias también avanzan sobre todo el cuerpo social, afectando a una pareja de sectores medios urbanos, impidiendo el avance laboral de la esposa, y confirmando la posición laboral y subjetiva del marido. Inequidades económicas e inequidades de género se entrelazan, potenciando una a la otra. De esta manera se exacerban los anteriores dispositivos en las relaciones de poder en la pareja, en sus vínculos de intimidad, y en sus modos de trabajar y vivir en familia

Se vuelve evidente que no es suficiente contar con políticas públicas que garanticen la igualdad de oportunidades laborales entre los géneros: cuando esa igualdad se produce, persisten las desigualdades subjetivas en relación con el sostén de la pareja y de la familia. El costo subjetivo que pagan las mujeres ante tal desigualdad es de difícil procesamiento, y el enfrentamiento de los conflictos requiere aproximaciones inéditas hasta la actualidad. Las mujeres subjetivadas en forma tradicional renuncian a avanzar en sus carreras laborales y “eligen” el bienestar familiar, con el costo subjetivo ulterior a semejante sacrificio. Pero actualmente existe una pequeña pero significativa cantidad de mujeres jóvenes, como en el caso de Ana, que ya no está dispuesta a tales sacrificios resignando su satisfacción laboral. Cuando las mujeres han desplegado una carrera laboral a la cual invistieron libidinalmente dedicando tiempo, dinero y profundo compromiso emocional, encontrarse con esta barrera de fronteras invisibles pero poderosas les provoca un sentimiento de injusticia que quizá no habían percibido anteriormente. Se trata de elaborar una justicia de género que opera en una doble inscripción, objetiva y subjetiva a la vez, como en el caso que mencionamos al principio.

Esto forma parte de la construcción de subjetividades femeninas y masculinas diferenciadas en cuanto a los rasgos identitarios que se adquieren a través de la inserción laboral. En tanto las mujeres afirman rasgos identitarios sobre la base de la expresividad emocional, ellos adquieren identidades masculinizadas afianzadas sobre los aspectos instrumentales de su inserción laboral. Las identidades laborales femeninas y masculinas así logradas se caracterizan porque las mujeres desarrollan estilos comunicacionales y rasgos de personalidad que procuran dar respuestas gratificantes y complacientes, para recibir a su vez respuestas también gratificantes por parte de los otros. Por su parte, los varones desarrollan estilos comunicacionales y rasgos de personalidad que se sostienen sobre conductas orientadas hacia metas que trascienden la situación inmediata y el estado del vínculo. Quienes desempeñan estas conductas no están básicamente orientados hacia las respuestas emocionales inmediatas de los otros hacia sí. Más que solicitar respuestas positivas, desarrollan capacidad para tolerar la hostilidad u oposición que sus conductas asertivas provoquen en los otros. Cuando hemos hallado mujeres con habilidad en los rasgos instrumentales, también se preocupaban por cultivar los rasgos expresivos emocionales. La situación inversa

no siempre se encontraba entre los hombres: si desarrollaban habilidades instrumentales en su carrera laboral, dejaban de lado los rasgos emotivos.

Algunos hallazgos de nuestra investigación, “Género, Trabajo y Familia” en la Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales (2002-2005) con las parejas estudiadas³ indican que, mientras ellas buscan, según estereotipos tradicionales de género, estilos laborales que preserven su calidad de vida –debido a su percepción todavía tradicional de que su trabajo implicará ingresos secundarios a los de su marido- ellos, por el contrario aceptan condiciones laborales de mayor exigencia, porque siguen considerándose proveedores económicos principales, orientados hacia la remuneración y el ascenso, aceptando a menudo climas laborales tóxicos.

¿A qué llamo contextos laborales tóxicos? Son situaciones de contexto laboral donde circulan ciertos desarrollos emocionales difíciles de procesar subjetivamente, principalmente el miedo a ser despedido, la ira por situaciones de injusticia, y el dolor, especialmente cuando hay condiciones de trabajo humillantes. Situaciones de trabajo que promueven magnitudes emocionales que no se pueden tramitar o procesar psíquicamente, y que a menudo tienen como consecuencia conductas violentas, visibles o invisibles, y en otros casos manifestaciones psicosomáticas, tales como afecciones dermatológicas, trastornos del aparato digestivo, respiratorio y otros. Lo más típico son las contracturas musculares, verdaderas “corazas tónico musculares” para soportar situaciones laborales conflictivas.

He insistido en poner en evidencia la existencia del Techo de Cristal y de las Fronteras de Cristal como factores potencialmente depresógenos, o sea como factores de riesgo para la salud mental de las mujeres.

También he formulado el criterio de analizar las políticas de las subjetividades construidas a partir de los modos de trabajo, porque si insistimos con los modos convencionales, las mujeres adquiriremos influencia pero no poder.

¿A qué me refiero? A las condiciones políticas del amor.

Aunque algunas estudiosas dentro del movimiento de mujeres afirman que, en la actualidad, ha ocurrido el final del patriarcado (Manifiesto del colectivo Sottosopra, 1997), otras sostienen lo contrario. Sabemos que todavía en sociedades donde se ha logrado una igualdad formal entre hombres y mujeres en cuanto a las oportunidades de trabajo, educativas, de participación política, etc., sin embargo persisten desigualdades de género. Esa desigualdad se afirma sobre la desigual distribución de la responsabilidad de amar y de cuidados, dentro de los vínculos de pareja, familiares y de atención de los niños. O sea que en tanto esta responsabilidad recae predominantemente sobre las mujeres, seguiremos

³ Hemos estudiado 20 parejas heterosexuales de entre 30 y 45 años, residentes en Buenos Aires y conurbano. La directora de esta investigación fue la Dra. Mabel Burin, y la Lic. Irene Meler fue la investigadora principal.

hallando que el **género femenino adquirirá influencia pero no poder**. Obtener influencia consiste en incidir sobre las maneras de pensar y de sentir de los otros, mientras que tener poder consiste en contar con las herramientas necesarias para decidir sobre lo que los otros hacen. Aunque a menudo ambos coinciden, esto no siempre es así. A lo largo de la historia las mujeres han sido orientadas siempre hacia la adquisición de influencia pero no de poder, en particular la influencia que se ejerce en el ámbito privado, pero no el poder que se adquiere en el ámbito público. “Ser la reina del hogar” implica que como toda reina se influye, se reina pero no se gobierna.

La influencia se ejerce a través del intercambio subjetivo con un fuerte componente afectivo, que inspira a los otros a tratar de seguir la opinión de quien ejerce la influencia, especialmente en cuanto a los sentidos que le otorga a las ideas o los modos de pensar. Se tiene influencia cuando el modo de ver el mundo y de interpretarlo incide sobre los otros, logrando que sigan sus criterios de significación.

Una distinción entre tener poder y tener influencia en las sociedades occidentales permite ver que entre la gente que ejerce influencia se encuentran hombres y mujeres, adultos y niños, personas de diversos grupos étnicos y de distintos niveles económico-sociales. Pero la gente que tiene poder se encuentra solamente entre hombres de raza blanca de medios urbanos, por ejemplo entre quienes manejan la banca, el comercio, el aparato legislativo, las comunicaciones y la industria entre ellas la poderosa industria armamentista y la industria farmacéutica.

Si bien ejercer poder implica contar con los instrumentos necesarios para ello, sin embargo éste se ve amenazado sin la consiguiente habilidad para la influencia. Porque en la influencia lo que se procura es ganar consenso, no simplemente obediencia; es atraer seguidores, no simplemente tener un entorno; es tener imitadores y gente que se identifique con uno, y no simplemente tener subordinados. Desde esta perspectiva, ¿será un valor interesante a incorporar en los nuevos modos de insertar en el mundo laboral la experiencia acumulada históricamente por las mujeres, en saber influir y procurar ganar consenso?

Vivimos tiempos de profundos cambios y transformaciones. El aporte de las mujeres a estas nuevas condiciones constituye un desafío interesante. ¿Podremos hacerlo? En la actualidad no solo denunciemos la existencia del Techo de Cristal y de las Fronteras de Cristal en la carrera laboral de las mujeres, sino que también luchamos para que ese techo y esas fronteras ni siquiera se construyan. Desde la perspectiva de la salud mental de las mujeres, tanto el techo de cristal como las fronteras de cristal imponen condiciones laborales depresógenas para el género femenino.

Hemos hallado con frecuencia que la respuesta al malestar de este grupo de mujeres es atendido mediante la prescripción y el consumo abusivo de psicofármacos.

9-El consumo abusivo de psicofármacos:

Los psicofármacos forman parte de un amplio grupo de sustancias farmacológicas denominadas “drogas legales”, esto es, de fabricación permitida y de distribución lícita. Es la forma específicamente femenina de drogarse, si bien recientemente se ha notado un notable avance entre las mujeres que consumen drogas ilegales, y sobre las cuales se están haciendo algunos estudios en nuestro país. (Miguez, H. 1998) Los psicofármacos se han desarrollado notablemente a partir de la segunda mitad de este siglo, como parte de las nuevas tecnologías que pretenden incidir sobre la salud mental de las mujeres.

Los psicofármacos actúan sobre el sistema nervioso central para producir efectos que alteran los estados mentales y afectivos, produciendo cambios en la conducta. Son buscados por sus dos efectos principales: sedante y estimulante. Los más ampliamente utilizados por las mujeres son los que actúan como tranquilizantes, especialmente las así llamadas benzodiazepinas. Las pautas de consumo de estos medicamentos son coincidentes en todos los países que han estudiado la prescripción y consumo abusivo de tranquilizantes entre las mujeres: al doble de mujeres que de varones se les prescribe tranquilizantes, y el doble de mujeres que de varones consume estas drogas. **El principal grupo de riesgo está constituido por mujeres amas de casa de mediana edad, de medios urbanos o suburbanos, así como las dedicadas al trabajo maternal con varios hijos pequeños a su cargo, y las que realizan doble jornada de trabajo.** Actualmente le sumamos a este tradicional grupo de riesgo, el novedoso grupo de mujeres que padecen las condiciones laborales injustas debido al techo de cristal y a las fronteras de cristal en sus carreras laborales.

Por su parte, las mujeres que desempeñan roles de género femeninos tradicionales, tales como la maternidad, la conyugalidad tradicional y el rol doméstico, desempeñan trabajos que las sitúan dentro de contextos difíciles de enfrentar. Ante estas situaciones contextuales generadoras de ansiedad, depresión o stress, las mujeres reaccionan con afectos desbordantes, imposibles de controlar. Este desborde emocional es percibido por sí mismas y por quienes las rodean como un problema, como una falla de su personalidad, que deben remediar.

Cuando las expectativas de su rol de género son que ellas mantengan la armonía y el equilibrio afectivo para sostener a su vez la armonía y el equilibrio del resto de su familia, el desempeño del rol con desborde emocional es percibido como enfermedad que ha de ser llevado a la consulta. A menudo la consulta se resuelve mediante la prescripción de un psicofármaco, al cual puede agregarse un tratamiento de reemplazo hormonal cuando el médico entienda que los conflictos emocionales de la mujer que lo consulta puede deberse a un déficit estrogénico atribuido a la perimenopausia.

La problemática se plantea en términos de si es legítimo la prescripción de semejante cantidad de medicamentos a las mujeres, o si esto forma parte de una única manera, estereotipada y patriarcal, de diagnosticar y tratar sus conflictos, más bien como forma de control social. Los agentes de salud que atienden la salud mental femenina deberían estar alertas sobre los riesgos del uso de psicofármacos, por los efectos adversos que puedan provocar, por generar dependencia y trastornos de abstinencia cuando se los intenta abandonar.

Es necesaria una actitud de apoyo más firme a la investigación de este fenómeno, acompañada de una clara denuncia por la marcada indulgencia con que se lo trata en nuestra sociedad. Además, se requiere una actitud más resuelta para definir el carácter prioritario de esta cuestión en los programas de salud de mujeres.

10-Bibliografía

Amorós, C. (1990) “Violencia contra la mujer y pactos patriarcales”, en Virginia Maquieira y Cristina Sánchez (comps.) *Violencia y sociedad patriarcal*, Madrid, Pablo Iglesias.

Askenazi, M. y Casullo, M.M. (1984) “Factores socioculturales y presencia de psicopatologías en poblaciones de distintas localidades argentinas”. En *Acta Psiquiátrica Psicológica. América Latina*.

Atti del I° Seminario Internazionale sul “Disagio Psicico della donna”, Unita Operativa USL 39 Napoli, Resp.: Dott. E. Reale, 1988.

Burin, M.: (1996): “Género y Psicoanálisis: subjetividades femeninas vulnerables”, en *Género, Psicoanálisis, Subjetividad*, comp. Burin, M. y Dío Bleichmar, E. Buenos Aires. Paidós.

Burin, M. (1993) “Mujeres y Salud Mental: un estudio acerca de los estados depresivos en mujeres de mediana edad”, tesis de doctorado, Buenos Aires, Biblioteca de la Universidad de Belgrano.

Burin, M.; Moncarz, E.; y Velázquez, S.(1990) “Mujeres y psicofármacos: de los viejos criterios a los nuevos recursos” en *El malestar de las mujeres. La tranquilidad recetada*. Buenos Aires, Paidós..

Burin, M. y col. (1987) *Estudios sobre la subjetividad femenina. Mujeres y salud mental*. Buenos Aires, Grupo Editor Latinoamericano.

Canguilhem, G. (1984) *Lo normal y lo patológico*. México, Siglo XXI.

Castel, R. (1984) *La gestión de los riesgos*. Barcelona, Ed. Anagrama.

Dío Bleichmar, E. (1997) *La sexualidad femenina. De la niña a la mujer*. México- Barcelona- Buenos Aires, Paidós.

Dío Bleichmar, E. (1985) *El feminismo espontáneo de la histeria*, Madrid ADOTRAF.

Gove, W.R. y Tudor, J. (1979) “Roles sexuales adultos y enfermedad mental”, en Saez Buenaventura, C.: *Mujer, Locura y Feminismo*, Madrid, Ed. Dédalo.

Horney, K. (1982) “Sobre la génesis del complejo de castración en la mujer” en *Psicología femenina*, Madrid, Alianza Editorial.

Kristeva J. (1977) *Acerca de las mujeres chinas*. Trans. Anita Barrows. Nueva York: Libros Urizen, 1977, Londres: boyardos Marion.

Manifiesto del Colectivo Sottosopra (1997): *El Rodaballo*. Buenos Aires: Ed. El Cielo por asalto.

Miguez, Hugo (1998) *Uso de sustancias psicoactivas. Investigación social y prevención comunitaria*. Buenos Aires, Paidós.

Popay, J. (1988) “Women’s Experience of Health Illness and their Social Roles”. *Atti del I° Seminario Internazionale sul “Disagio Psicico della donna”*, Unita Operativa USL 39 Napoli, Resp.:Dott E. Reale.

Saez Buenaventura, C. (1979) *Mujer, Locura y Feminismo*, Madrid, Ed. Dédalo.