
CARRERA DE MAGISTER EN DROGADEPENDENCIA

Carrera de Magister en Drogadependencia
Acreditada por CONEAU
N° Resolución 470/03
Validada por el Ministerio de Cultura y Educación de la Nación
Resolución N° 2510

TESIS DE MAESTRÍA EN DROGADEPENDENCIA

¿EXISTE ALGUNA RELACIÓN ENTRE EL CONSUMO DE PSICOFÁRMACOS EN LAS MUJERES Y LOS ESTEREOTIPOS DE GÉNERO?

*(Un Estudio Epidemiológico
en una población femenina. Año 2004)*

Francisca Cano Yegros
Lic. y Prof. en Psicología
M.P.736

Tribunal de Tesis

Prof. Dr. Miguel A. Dahabar

Dr. Héctor David Martínez

Prof. Dr. Luis Horacio Parodi

Dedicatoria

A mis padres: Perseveranda Guillermina y Pedro Juan, porque me dieron la vida y me han permitido tener alas para poder volar.

A mis hijos: Sonia Inés, Natalia Raquel y Franco Carlos: Por ser las personas más importantes que tengo en la vida y los excito a mantener una visión de éxito en sus vidas mediante el estudio continuo.

A mi esposo: Abel Enrique, mi compañero de ruta desde más de treinta años.

A todos mis hermanas y hermanos, cuñadas y cuñados, sobrinas y sobrinos, tías y tíos, primas y primos; porque soy parte de una cadena generacional de la cual soy tributaria.

A mi suegra: Amalia (in memoriam), por su incondicional acompañamiento en los avatares de la maternidad.

A mis colegas, amig@s, con quienes transitamos (entre mates) tantos momentos, confidencias, lágrimas y risas.

A las mujeres que tuvieron la confianza de compartir conmigo sus experiencias de vida y que me permitieron que las acompañara, por un camino difícil y doloroso, en la tarea de encontrar nuevos significados y oportunidades para sus vidas.

Gracias a todos!!!!

Agradecimientos

Quiero expresar mi agradecimiento a los integrantes de la comisión de tesis, con especial mención a mi directora el Lic. Mgter. Susana Guiñazú, por su paciencia, sugerencias, conocimientos, aportes brindados y su espíritu docente.

A los Profesores Doctores Miguel Ángel Dahabar por haber avalado el tema de este trabajo, Luis Parodi por su estímulo, apoyo y aporte de sus conocimientos prácticos; quienes sirvieron de guía aportando su experiencia en la elaboración del presente trabajo.

Mi reconocimiento a profesores, médicos, docentes y no docentes de la de la Escuela de Salud Pública, Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Córdoba, y todos aquellos que de una forma u otra colaboraron en la realización del presente trabajo.

A mis pacientes, destinatarias finales de este trabajo, a todas ellas mi reconocimiento.

Artículo 23:

«LA FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS NO SE HACE SOLIDARIA CON LAS OPINIONES DE ESTA TESIS».

RESUMEN

Esta Tesis es un estudio epidemiológico en una población femenina de la ciudad de Córdoba durante el año 2004. Su desarrollo pone en evidencia la relación existente entre el consumo de psicofármacos en las mujeres y los estereotipos de género. Esta perspectiva tiene como una de sus premisas que la violencia ejercida sobre la mujer tiene una larga historia de gestación, desarrollo, justificación y ocultación. Se incorpora en el análisis del consumo de los psicofármacos, el género, como constructo social que nos permite desarrollar conocimientos concretos sobre las situaciones de las mujeres. El concepto de malestar (ansiedad, inquietud, frustración) introduce una nueva categoría que desarticula el dualismo salud/enfermedad, y alude a los sufrimientos emocionales de las mujeres como emergentes de su condición de tales. Se ofrecen criterios de análisis que indican de qué manera las condiciones de vida de las mujeres, en especial la vida cotidiana (sobrecarga de trabajo, y/o sobrecarga emocional) repercuten de modo decisivo sobre sus modos de enfermar. Este trabajo es solo el comienzo, algo imperfecto e inacabado, pero que puede señalar una apertura para seguir en el camino de la revisión de las certezas heredadas.

Palabras clave: género, estereotipos de género, malestar, empoderamiento, violencia, equidad.

ABSTRACT

This thesis constitutes an epidemiological study among female population of the City of Córdoba throughout the year 2004. The existing relationship between the psychotropic consumption among women and gender stereotypes was evidenced during the development of this research. One of the premises of this perspective is that violence exerted on women has a long gestation, development, justification and concealing history. The gender as a social-construct, which allows us to develop concrete knowledge on female conditions has also been incorporated into the analysis of psychotropics consumption. The concept of discomfort (uneasiness, anxiety, and frustration) introduces a new category that breaks up the health/illness dualism as it refers to women emotional suffering as emerging from the fact of being women. Criteria for analysis that serve the purpose of indicating how women living standards, especially everyday life (work overload and/or emotional overload), decisively affecting the way women fall ill, are offered. This work, although incomplete and unfinished, is just the starting point that opens a path that leads us to bring our inherited certainties under examination.

Keywords: gender, gender stereotypes, uneasiness, equity, violence.

INDICE

Resumen . Abstract

INTRODUCCIÓN	1
PRIMERA PARTE	
CAPÍTULO 1	17
ANÁLISIS DEL COLECTIVO FEMENINO EN LA HISTORIA	17
DE VÍRGENES A PECADORAS:	17
DE BRUJAS A LOCAS:	18
AMOR Y GÉNERO	26
LOS PACTOS DEL AMOR	28
CAPÍTULO 2	48
JUSTIFICACIÓN Y ANTECEDENTES	48
CAPÍTULO 3	59
EL ENFOQUE DE GÉNERO APLICADO A LA SALUD	59
DROGAS LEGALES - LOS PSICOFÁRMACOS	67
DATOS RECIENTES:	75
EL CONSUMO DE TRANQUILIZANTES EN EL COLECTIVO FEMENINO	78
CAPÍTULO 4	84
LLÍNEAS TEÓRICAS Y FUNDAMENTACIÓN	84
OBJETIVOS	96
SEGUNDA PARTE	
MATERIAL Y MÉTODOS	98
DISEÑO DEL ESTUDIO	98
UNIVERSO Y MUESTRA	98
INSTRUMENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS	98
TRATAMIENTO Y ANÁLISIS DE LOS DATOS	98
ÁRBOL DE VARIABLE	99
DEFINICIONES Y SINONIMIAS:	100
PERFIL COMÚN DE LA MUESTRA	117
RESULTADOS	124

HISTORIA DE VIDA N° 1	131
HISTORIA DE VIDA N° 2	159
OTROS DATOS RELEVANTES	193
VIOLENCIA HACIA LA MUJER ASOCIADOS A LA FARMACODEPENDENCIA FEMENINA	204
LA VIOLENCIA EN EL CONTEXTO FAMILIAR COMO PROBLEMA SOCIAL	205
EVALUACIÓN DE LA IMPORTANCIA DEL LA VIOLENCIA FAMILIAR COMO PROBLEMA EN EL CONTEXTO INTERNACIONAL	207
UNA CUESTIÓN DE TERMINOLOGÍAS	210
MODELOS SOCIALES DE FEMINIDAD Y MASCULINIDAD	217
PRESENTACION DE LOS RESULTADOS CUANTITATIVOS	226
DISCUSIÓN	231
CONCLUSIONES	252
PROPUESTAS	276
BIBLIOGRAFÍA	283

INTRODUCCIÓN

Hasta hace algunos años, el significado de las palabras sexo y género aparecían en el diccionario como sinónimos. Sin embargo, sexo y género son dos conceptos diferentes: en el momento actual, el término sexo se usa para hacer referencia a los atributos del hombre y la mujer creados por sus características biológicas, y género para referirse a las cualidades distintivas del hombre y la mujer (o de masculinidad y feminidad) que son creadas culturalmente. Género es entonces, “el conjunto de rasgos de personalidad, actitudes, sentimientos, valores, conductas y actividades que la sociedad adscribe diferencialmente a los sexos”⁽¹⁴²⁾.

Cuando se produce un nacimiento, el sexo es el primer dato que identifica al bebé. Y a partir de este dato, toda la familia se relaciona enviándole mensajes que reflejan las pautas de la cultura en torno a lo que es (y debe ser) un varón o una mujer. Hay un despliegue de expectativas, de prescripciones y de prohibiciones que van señalando cuáles son los comportamientos esperados de ese bebé, ya sea niña o niño.

Este conjunto de expectativas, aprobaciones y prescripciones, constituyen el estereotipo de género, el cual varía históricamente, y se expresa también de diferentes maneras, según las diferentes culturas.

Los estereotipos tienen una raíz profunda en la sociedad y muy frecuentemente se cree que existe un fundamento biológico en las conductas de mujeres y hombres. Se considera que “la naturaleza”, hace masculinos a los hombres y femeninas a las mujeres. Sin embargo, ser femenina o ser masculino no siempre coincide con haber nacido de uno y otro sexo. El estereotipo de género femenino en nuestras sociedades señala cuales actitudes y conductas “se esperan” de una mujer.

Los estereotipos son construcciones mentales que reproduce una concepción esquemática y simplificadora del mundo social, son elementos determinantes de nuestros pensamientos, sentimientos y acciones. Éstos varían en función de las épocas y culturas, aunque hay aspectos que se mantienen constantes, como lo son los que conllevan la discriminación de la mujer.

Son ideas, actitudes y valores preconcebidos que se tiene respecto a una persona en función de la edad, sexo, etnia u otra característica. Suelen ser irracionales, erróneos, rígidos y presentan una gran resistencia al cambio. Algunos de estos estereotipos son: “limitadas al mundo privado, es decir, a la vida doméstica. Son dependientes, emocionales, cálidas, delicadas. Destinadas a la reproducción... el sueño de toda mujer es ser madre. Seres incompletos... se es una mujer una vez que se logra ser para alguien: ser madre, ser esposa, ser hija”.⁽¹⁴²⁾

Además suponen una generalización excesiva de una característica o aspecto de grupo o de la persona a que se refiere. Nos guste o no el género es una categoría transversal que impregna todas las relaciones sociales y que tiene una enorme influencia tanto en el desarrollo individual de las personas como en el de las relaciones sociales e interpersonales que cada una de ellas establece dentro de los distintos contextos en los que tiene lugar su proceso de socialización.

El género, entonces, es una categoría relacional que busca explicar una construcción de un tipo de diferencia entre los seres humanos, siendo la constitución de diferencias de género un proceso histórico-social. Lo masculino y lo femenino no son hechos naturales o biológicos, sino construcciones culturales, es uno de los modos esenciales en que la realidad social se orga-

niza, constituye simbólicamente y se vive. Dado que este proceso tiene tanta importancia resulta lógico plantearse cómo y dónde aprenden los niños y las niñas lo que es propio de cada uno de los roles de género dentro de la cultura y de la sociedad en la que viven. En definitiva ¿cómo y dónde se aprende a ser hombre o mujer? Se intentará responder a esta pregunta fundamentalmente, en cómo se aprende a ser mujer en la familia y cómo ese proceso de enseñanza aprendizaje que se inicia desde las primeras etapas de la vida determina el desarrollo de ciertos modelos de comportamiento y de experiencias en la vida adulta que difieren significativamente de las que desarrollan los hombres (Instituto de la Mujer, 2005).⁽⁸¹⁾

Por los objetivos de este trabajo, nos centraremos en el análisis de la influencia que tiene el contexto familiar sobre el desarrollo de los roles de género, sin olvidar la influencia que tienen los restantes contextos de socialización infantil –la escuela y los medios de comunicación, se intentará enfatizar en el hecho que la familia es uno de los principales escenarios en los que las niñas aprenden a comportarse tal como exigen los cánones vigentes en nuestra sociedad respecto de su rol de género y ello fundamentalmente, porque la familia ejerce una influencia respecto a los modelos de comportamiento y a las expectativas que se originan sobre lo que supone ser niño o niña–mujer u hombre en nuestra cultura.

¿Cómo se aprende a ser mujer? A partir de los 2 años y medio 3 años las niñas y los niños se auto asignan correctamente a una de las dos categorías utilizando para ello atributos externos como la forma de vestirse o de peinarse. Durante toda la etapa preescolar (entre los 3 y los 5 años), aún, no son conscientes de que el hecho de ser niño o niña será algo estable a lo largo de la vida. Habrá que esperar a que comience la educación primaria

para que entiendan que ser niña o niño es un atributo inmutable que no depende de la forma en que se viste o de los adornos que se llevan sino de la anatomía genital.

Aunque parezca poco creíble, las niñas y los niños comienzan a adquirir los estereotipos de género casi al mismo tiempo que toman conciencia de su identidad de género. Casi todas las niñas y los niños, entre los 2 y 3 años, tienen un cierto conocimiento de los estereotipos de género. Así, por ejemplo, diversos estudios ponen de manifiesto que ya a estas edades los estereotipos se acercan bastante a los que mantienen muchas personas adultas.

Las y los preescolares definen a las niñas diciendo que hablan mucho, nunca pegan, suelen necesitar ayuda, les gusta jugar con muñecas y ayudar a su madre en las labores domésticas como cocinar y limpiar. Por el contrario, estas mismas niñas y niños, creen que a estos últimos les gusta jugar con coches, ayudar a su padre y construir cosas. Esta construcción tan precoz de los estereotipos de género sólo pueden explicarse teniendo en cuenta el trato diferencial que niñas y niños reciben desde el momento que llegan al mundo y que determina un comportamiento y unas expectativas radicalmente diferentes respecto a ellos y ellas en función de su sexo biológico. Si a este hecho le unimos la circunstancia de que de manera directa muchas de estas ideas se siguen manteniendo en los diferentes contextos de socialización infantil y adolescente en los que se produce el desarrollo podemos explicar fácilmente cuál es el origen de muchas de las situaciones de desigualdad que, por desgracia, aún observamos en nuestra sociedad. De este modo, las niñas y niños entre 10 y 12 años piensan que las mujeres son débiles, emotivas, buenas, complejas y afectuosas, mientras que los hombres son ambiciosos,

asertivos, agresivos, dominantes y crueles. Vemos que a estas edades se critican fuertemente las transgresiones de los roles de género, especialmente si son cometidas por un niño. Al llegar a la adolescencia temprana se observa que los estereotipos de género se flexibilizan, pero muy poco tiempo después -en la adolescencia media y tardía-, vuelven a radicalizarse por la tremenda presión que ejercen los iguales durante la pubertad para que la persona se ajuste al rol de género que le ha sido asignado. De esta manera se observa que las conductas tipificadas por el género es un proceso que se produce de manera muy precoz. Por ejemplo, las preferencias de las niñas y los niños por las y los compañeros del mismo sexo biológico son muy tempranas, a los dos años las niñas prefieren jugar con las niñas y los niños con los niños y estas preferencias se van acentuando con el paso de los años.

Este breve repaso por los diferentes aspectos que conforman la identidad de género nos permite entender cómo desde, prácticamente, el momento en el que nacen las niñas se ven expuestas a una serie de aprendizajes -tanto directos como indirectos- modelos y reacciones que tratan de convencerlas de que la existencia de diferencias biológicas determina diferencias psicológicas. Este proceso de socialización diferente al que se ven sometidas las niñas en nuestra sociedad hace que, en muchas ocasiones, ellas no se reconozcan como protagonistas activas del mundo en el que viven y que, por ello, se perpetúen los tradicionales estereotipos de género.

Es así que la niñez, la adolescencia y la juventud de las mujeres tienen mucho que ver con los roles de género con que nos construimos y después nos negamos a seguir aceptando por habernos sido tan arbitrariamente asignadas desde pequeñas.

Por consiguiente, se pretende incorporar en un análisis del consumo de psicofármacos, el género como constructo-social que nos permita desarrollar conocimientos concretos sobre la situación de las mujeres. Teniendo en cuenta que la familia como matriz de intercambio, se constituye en uno de los pilares principales de la vida psíquica de las personas, es la base de la constitución de un modelo relacional que permite crear relaciones, desde las laborales, de amistad, pareja, hasta la construcción de una nueva familia. Pautas, normas, funciones, mandatos se encarnan en cada uno de sus miembros que, por oposición o similitud, se identifican con su grupo familiar. La familia como microsistema dentro del sistema social, ha sufrido los cambios de la sociedad en forma paralela como señala Salvador Minuchin (1982)⁽¹²⁹⁾. Las funciones de la familia poseen dos metas diferentes, la protección psicosocial de sus miembros y la acomodación a una cultura y a su transmisión.

Además, la familia provee a cada uno de sus integrantes un sentimiento de identidad independiente que se encuentra mediatizado, en cierta medida, por el sentido de pertenencia. Es en el proceso de individuación donde cada uno de los hijos de una familia comienza a ser alguien, más allá de su clan. Es este proceso, la cimiento de la identidad de las personas, que, en general, como señalábamos renglones arriba, se erigen como portavoces de sus familias de origen tanto en concordancia o en divergencia.

Pero tales identificaciones no sólo implican constructos personales y cognitivos, o sea, no solamente demarcan fronteras de estilos de personalidad, sino que también, se tiende a reproducir pautas de interacción, juegos relacionales y formas de emocionar y manifestar afectos. De esta manera en un proceso de socialización, la familia moldea la conducta de un hijo y le otorga un sentido de identidad y si bien constituye la matriz del desarrollo

psicosocial de sus miembros, también, debe acomodarse a la sociedad garantizando de alguna manera, la continuidad de la cultura. En un sentido evolutivo, la familia cambiará en la medida en que la sociedad cambie. Es decir que los cambios siempre se orientan en dirección a la familia y nunca desde una unidad más pequeña a una mayor.

Definimos entonces a la familia como un sistema¹⁷⁸ relacional que supera y articula entre sí los diversos componentes individuales. Es un sistema autocorrectivo, autogobernado por reglas que se desarrollan, evolucionan y se instauran a través del tiempo por medio de ensayos y errores. En síntesis, una familia funcional se define como un sistema constituido por varias unidades en relación, que posee una interacción dinámica y constante de intercambio con el mundo externo. Desde este tipo de lecturas, Manuela Camus³⁰ sugiere revisar las contradicciones generadas por los cambios en la configuración de la familia y en la representación simbólica de sus miembros frente a las presiones sociales. Plantea revisar los recursos con los que mujeres y hombres cuentan para enfrentar las transformaciones del modelo de mujer, madre, esposa, servidora y de hombre trabajador y servidor en los contextos de precariedad económica y violencia social que actualmente prevalecen. También plantea explorar la manera en que la frustración masculina y “la hombría” podrían estarse viviendo ante la generación de ingresos autónomos por parte de las mujeres, a la vez que se refuerza su sobreexplotación. ¿Cómo la violencia podría estar garantizando el control de la mano de obra gratuita en los espacios domésticos y productivos? ¿Cómo la violencia garantizaría los beneficios producidos por el trabajo asalariado o informal de las mujeres?

¹⁷⁸ Entendiendo a un sistema-tal lo define Von Bertalanffy, quien introdujo además del concepto de relación el de interacción [...] como un conjunto de elementos [...] que interactúan entre sí, presuponiendo la existencia de una interdependencia entre las partes y la posibilidad de un cambio a través de la reversibilidad de la relación.

Son también preguntas que necesitamos respondernos. En 2004 ya Clara Jusidman señalaba cómo la expulsión de las mujeres hacia un mercado laboral que les ofrece mayores grados de libertad, pero agudiza su tensión y sufrimiento ya que se ve acompañada de la falta de corresponsabilidad en las tareas del hogar por parte de los hombres. Esta situación tiene consecuencias intergeneracionales que se considera que deben ser analizadas para mejor comprender el auge de la violencia (individual, familiar, social, etc.). Se considera que es incalculable el valor de las ausencias, duelos y vidas no realizadas que merecen todos nuestros esfuerzos de análisis, comprensión y acción. De esta manera, incorporar en un análisis de fármaco dependencia femenina el género como constructo social nos permitiría desarrollar conocimientos concretos sobre la situación de las mujeres respecto a los hombres y viceversa en la política de tratamiento de las adicciones con un sentido filosófico; lo cual contribuiría a visualizar las relaciones que se entablan a partir de esta política, se considera que por esta vía teórica, es posible afirmar que las diferencias biológicas son el signo básico de la causa de la diferenciación de los roles femeninos y masculinos, construidos socialmente en la medida en que mujeres y hombres se han configurado de acuerdo con las características femeninas y masculinas establecidas y aceptada por el sistema.⁽¹²⁹⁾

Durante las últimas cuatro décadas, desde la psicología social, al igual que desde otras áreas de estudios psicológicos –psicología cultural, de la salud, de la educación y sus estrechas interrelaciones con cambios políticos y sociales– se ha ido organizando la discusión en torno a sus relaciones con el género; esto es, se ha optado por introducir argumentos teóricos y metodológicos generadores de discrepancias respecto a las características femeninas o masculinas asociadas a la genética o la genitalidad, a los roles sociales que mujeres y hombres desempeñan y a rasgos calificados de mas-

culinos o femeninos tales como la agresividad o la ternura.

Ante tales concepciones cabe preguntarse, ante todo, como lo hace una teórica francesa parafraseando el título de Hemingway. ¿por quién doblan las campanas?; indudablemente hoy las campanas suenan, repiquetean y anuncian el advenimiento de la trascendental llegada del concepto de “género”.

El género forma parte de la realidad subjetiva social e individual y en este sentido es una dimensión esencial que condiciona la subjetividad y el comportamiento humano. Lo cual se expresa en autoconceptos, modos de vestir, hablar y comportarse, condiciona las expectativas, los deseos, normas, valores, la forma de enjuiciar y valorar e influye en cuestiones básicas de la vida cotidiana como las relaciones de pareja, amistades, familiares y laborales entre otras. Asimismo es importante destacar que el condicionamiento psicológico de género no actúa de modo aislado, sino que se entreteje con otras variables como la edad, raza, nivel socioeconómico, oportunidades sociales, composición sexual de los grupos, carácter público y privado de las actuaciones. El género implica: actividades y creaciones de los sujetos, el hacer en el mundo, intelectualidad y afectividad, lenguaje, concepciones, imaginario, fantasías, deseos, identidad, autopercepción corporal y subjetiva, el sentido de sí mismo, de unicidad, los bienes materiales y simbólicos, recursos vitales, poder, el sujeto, capacidad para vivir, posición social, jerarquía, estatus, relación con otros, oportunidades, sentido de la vida y límites propios. Como el concepto de género se ha construido críticamente sobre el rol sexual, los roles sexuales son asimétricos y jerárquicos. Varones y mujeres realizan diferentes tareas y ocupan posiciones diferentes en la sociedad. Los investigadores del tema opinan que indudablemente una ventaja de usar el género

para designar las relaciones sociales entre los sexos es la de “mostrar que no hay un mundo de los hombres, que la información sobre las mujeres es, necesariamente, información sobre los hombres. Así, usar esta concepción de género lleva a rechazar la idea de las esferas separadas”. La disciplina que primero utilizó este vocablo de esta manera fue la Psicología, en su vertiente médica. El que establece ampliamente la diferencia entre sexo y género es Robert Stoller⁽¹⁷¹⁾, en “Sex and Gender” publicado en 1968. Las preguntas que ellos se formularon se vincularon al hecho de que habiendo las mismas diferencia disfuncionales (hermafroditismo) en los sujetos, estos definían su identidad de manera diferente. De este modo descubren que la asunción de las identidades de mujer y hombre, en los casos estudiados, dependían de las formas en que los individuos habían sido socializados y de la identidad asignada de los padres. Proponiendo una distinción conceptual y sosteniendo que hay una diferencia entre sexo y género. El sexo se hereda y el género se adquiere a través del aprendizaje cultural. Esta distinción abre una brecha e inaugura un nuevo camino para las reflexiones respecto a la constitución de las identidades de hombres y mujeres.

Este término permitirá, no sólo, conocer los cambios en las relaciones entre hombres y mujeres sino que abre la posibilidad de las transformaciones de esas relaciones. Este concepto de género será también recuperado por las otras ciencias sociales, las cuales comenzarán a re elaborarlo y a dotarlo de nuevos contenidos. Desde la antropología, en la década del 70, dirían que las relaciones entre sexo y género, conforman un “sistema que varía de sociedad en sociedad” estableciendo que el lugar de la opresión de las mujeres está en lo que ellos denominan sistema sexo/género. Según los antropólogos, cada sociedad poseería un sistema sexo/género particular, es decir, un conjunto de arreglos para los cuales una sociedad transforma la

sexualidad biológica en productos de la actividad humana. Así el hambre es hambre en todas partes, pero cada cultura determina cual es la comida adecuada para satisfacerla, de igual modo, el sexo es sexo en todas partes, pero lo que se acepta como conducta sexual varía de cultura en cultura.

Un análisis de género, dadas las múltiples variables que comporta, abrirá una clara senda para emprender lecturas interdisciplinarias. La categoría de género resulta de utilidad para el análisis y comprensión de la condición femenina y masculina y la situación vital de ambos, toda vez que en todos los sujetos se produce una construcción de su subjetividad atendiendo la significación social de su cuerpo sexuado, con la carga de deberes y prohibiciones para vivir. El proceso de socialización de la mujer, que desde su infancia va incorporando valores y modelos de comportamientos específicos de su género, le produce inseguridad, dependencia, desvalimiento y un bajo nivel de autoestima; de esta manera el concepto de género pasa a un primer plano porque configura un principio de organización social.

El propósito del análisis de género, tal como lo indica la OMS⁽¹⁴⁰⁾, es identificar, analizar e intervenir sobre las desigualdades surgidas de pertenecer a un género u otro; estas desigualdades pueden crear, mantener o exacerbar la exposición a factores de riesgo que ponen en peligro la salud.

Es imprescindible que se entienda que los hombres también responden a un género de manera que, cuando se dice que hay que incorporar al género en una determinada actividad o estudio no se está hablando de incorporar a la mujer, aunque el resultado de incorporar la visión de género sea viabilizar a la mujer al hacer visibles las relaciones de poder entre los sexos. Por consiguiente, incorporar la visión o perspectiva de género en las activida-

des humanas y los análisis que se hagan de las mismas no es tan sencillo como “agregar” a las mujeres. Pero, ¿a quien favorece una visión de género más equitativa? En primer lugar al género humano, lo hace más feliz y más libre y en segundo lugar, favorece lo social dado que la formación de las nuevas generaciones estaría más comprometida con procesos más justos, con una concepción de colectividad no excluyente y por lo tanto favorecedor de la unidad de lo diferente. Recordemos, que en el devenir de la historia el sujeto más excluido, ha sido la mujer convirtiéndose su discriminación en la más extendida en el espacio, persistente en el tiempo, desde la brutal violencia, hasta los más sutiles comportamientos falsamente protectores.

El avance histórico no ha acompañado en considerar a la mujer como un ser de igual valor cívico que el hombre. Sorprende por ejemplo, que no sólo regímenes autoritarios y patriarcales relegaron de hecho a las mujeres a una posición social subordinada, situando su existencia siempre en función de otros: de los padres, del marido, de los hijos y siempre en el centro del hogar doméstico, sino que también en países de tradición democrática, como por ejemplo Francia y Estados Unidos, coincidieron sustancialmente en la discriminación.

Es así que la teoría jurídica ha creado una verdadera imposibilidad de igualdad entre hombres y mujeres, ha hecho que el concepto de igualdad jurídica presuponga semejanza o desigualdad y cómo el concepto de sexo presupone diferencia mutua, la igualdad sexual es imposible. Los valores que fundamentan esta concepción de igualdad garantizan entonces que sólo los varones pueden ser tratados como seres humano plenos porque fue éste que se tomó como paradigma de lo humano. Esta concepción de la igualdad ante la ley responde a un patrón masculino porque el referente es el sexo masculi-

no. Bajo este patrón las leyes se consideran neutrales, genéricas, iguales para ambos sexos, cuando el ser femenino corresponde al ser masculino y cuando el ser femenino no corresponde con el ser masculino, se dictan leyes “especiales”. Pero en ambos casos el referente es el ser masculino. Es el varón el que sirve de modelo para las leyes, sean estas “neutrales” o de “protección especial”.

En este sentido es loable recordar el existencialismo sartreano de Simone de Beauvoir¹⁴: “el problema de la mujer es que siendo sujeto, existencia y libertad, lo mismo que lo es el hombre, ella debe actuar y elegirse en un mundo construido exclusivamente por los hombres que le imponen reconocerse como alteridad absoluta, como existencia degradada. Es por ello que el criterio es, que ninguno de los sexos debería ser el parámetro o paradigma de lo humano, porque ambos, mujeres y hombres, son igualmente humanos. La perspectiva de género no suprime las diferencias entre hombres y mujeres. Ya no constituyen desigualdades sino oportunidades y en ningún caso puede dar lugar a la superioridad o la inferioridad de un sexo frente a otro. El género humano no existe fuera de la dualidad masculina-femenina. Se trata de una interpelación y de una invitación a cada ser humano a asumir no sólo su humanidad en su singularidad, sino también a considerar al otro en su especificidad. Se trata, además, de derribar los mitos y las concepciones, tanto intelectuales como culturales, construidas a partir de la diferencia sexual. Ser igual no significa ser idéntico, la noción de igualdad es una noción ética, una exigencia moral que nace del hecho de la existencia de las diferencias.

Bajo este marco y considerando la necesidad de recoger, sistematizar y conceptualizar las experiencias y a los fines de dar cumplimiento al tra-

bajo final de la maestría en drogadependencia se realizará un estudio de tipo epidemiológico en una población femenina determinada. A la espera de realizar una contribución que dé visibilidad a las inequidades de género en el ámbito de la salud y su inevitable relación con el consumo de psicofármacos en la población femenina.

Primera Parte

Capítulo 1

ANÁLISIS DEL COLECTIVO FEMENINO EN LA HISTORIA

DE VÍRGENES A PECADORAS:

La noción de ser humano como sujeto psíquico y como producción cultural ha sufrido distintas vicisitudes a lo largo de la historia.

En las tempranas épocas de la configuración de la tradición judeo-cristiana, el modo de producción religioso, atento a los preceptos divinos, instituye un tipo particular de sujeto humano, a imagen y semejanza de un Dios masculino, con autoridad omnipotente por sobre quienes considera sus bienes (su mujer, sus hijos, siervos y animales).

De esta manera la noción de sujeto psíquico estaba superpuesta por la de “hombre religioso”, en tanto que la mujer quedaba asignada a la noción de objeto, en el orden de la naturaleza, y tal como ella, un objeto que debía ser dominado, incapaz de trascender el orden divino. Con el correr de los siglos, y con la mediación del Concilio de Trento para la adjudicación de un “alma” a la mujer.

Desde los albores de la constitución de esta moral judeo-cristiana respecto de las personas, la mujer fue concebida como hembra humana, por su labor reproductora, condición sólo alterada por aquellas mujeres glorificadas en su carácter de vírgenes, o bien estigmatizadas por su perversa asociación con el sexo y lo demoníaco-pecador.

De todos modos, lo efímero de la vida terrenal asociado al ideal religioso de una vida mejor “en el mas allá” hacían poco relevante para ese momento histórico-social la discusión sobre las condiciones de subjetivación de hombres y mujeres al margen del proyecto religioso asociado a la noción de Dios.

Para ese momento de la historia, los conceptos de salud y enfermedad mental referidos a las mujeres pivotaban alrededor de su posición social como vírgenes dignas de ser santificadas, o bien como demoníacas agentes de la sensualidad y lo irracional.

En cualquiera de los casos, su definición como sujetos estaba dada por el hecho de que fuesen confirmadas por hombres asociados al poder divino, más que a la concepción que las mujeres tuvieran de sí mismas. Entonces, se trataría de una de las formas del poder patriarcal por el cual son hombres quienes emiten juicios de existencia acerca de la condición de las mujeres como sujetos psíquicos.

DE BRUJAS A LOCAS:

En el mundo religioso de la Edad Media, convulsionado por las luchas políticas, religiosas y de fronteras, tanto el poder secular como el religioso consideraban diabólicos a todos aquellos disidentes en ideas políticas y/o concepciones religiosas que el cristianismo oficial no había logrado sofocar o bien que surgían como respuesta al mismo. En este clima de inseguridad social, que se refleja en profecías apocalípticas sobre el fin del mundo, surge la Inquisición en Francia (1204) adoptada en ese mismo siglo por varios países

Europeos, y luego por las colonias del Norte de América. Como consecuencia comienza la persecución de las brujas. En un interesante estudio sobre el tema, C. Sáez Buenaventura¹⁶¹ se pregunta, ¿por qué las brujas fueron mayoritariamente mujeres? Y, ¿qué características tenían las que eran así conceptualizadas? Señala esta autora que, desde la Antigüedad, la historia refiere la creencia de que ciertas mujeres (hechiceras, pitonisas, curanderas) ejercían la magia con habilidades especiales, y contaban con poderes ocultos con los cuales servían a determinadas necesidades de los ciudadanos. Con el triunfo del cristianismo, al condenarse todas las prácticas paganas, las mujeres que no se dedicaban al aprendizaje y transmisión de la devoción religiosa eran sospechosas de ser criaturas demoníacas. Durante la edad media, el lugar feudal de la mujer era la casa. Dice esta autora que “las mujeres de la casa del señor feudal tan sólo salían de ella para contraer matrimonio o profesar en conventos. Entre el campesinado [...] no existían otras alternativas para la mujer que la servidumbre, el vagabundeo y la prostitución”. Las mujeres acusadas de brujería eran en sus mayorías viejas, pobres, carentes de prestigio social, mujeres que por carecer de medios propios para subsistir recurrían a medios de vida marginales, alejándose de la gente que contaba con aprobación social y uniéndose a otras en su misma situación.

En cuanto a sus prácticas, éstas revelaban un tipo de saber que estaba fuera de los circuitos oficiales, respondiendo a las necesidades apremiantes de los estratos menos favorecidos. Ellas fueron durante mucho tiempo los únicos agentes de salud para el campesinado y los ciudadanos pobres.

Tenían conocimiento sobre farmacología y remedios de diversa índole, basados en sus prácticas con plantas y hierbas (ungüentos, jarabes),

también sabían de traumatología (luxaciones, fracturas), de ginecología (atendían entuertos, embarazos y partos) e incluso de psicología, que revelaban en su actividad como “celestinas”, demostrando un amplísimo saber empírico sobre los sentimientos y deseos de las personas. Pero, a partir del siglo XIII la medicina comenzó a tener un carácter exclusivamente académico, bajo los auspicios de la iglesia y de las clases dirigentes que exigían que los conocimientos fueran adquiridos en las universidades, aquellas mujeres quedaron fuera del circuito oficial reconocido.

Según C. Sáez Buenaventura¹⁶¹, la caza de brujas constituyó, un “sexicidio” con las siguientes características respecto de las perseguidas:

- 1- Eran mujeres en una sociedad que despreciaba a la mujer.
- 2- Por su edad habían perdido su encanto físico, su posibilidad de procrear y de reponer la fuerza de trabajo en el ámbito del hogar.
- 3- Hicieron uso de su sexualidad fuera de los límites prescritos y aprobados socialmente.
- 4- Se reunían y formaban grupos
- 5- Lograban vivir autónomamente dedicándose a actividades no domésticas. Se puede añadir, además, que cuestionaban la autoridad masculina, demostrando una independencia cognitiva de los hombres, mediante el ejercicio y transmisión de un saber de mujeres.

Estas parecían ser las condiciones de la época para que aquellas mujeres configurarían alguna noción acerca de su subjetividad: eran sujetos de un saber convalidado por sus pares. Pero, ese saber de las mujeres, refrendado y compartido con sus iguales, estaba en contradicción con el saber oficial. Por consiguiente la salud y la enfermedad comenzaron a tener un esta-

do exclusivamente académico, mediante el conocimiento adquirido en las universidades a las que sólo podían acceder los varones de los estratos más acomodados.

Mediante este saber oficializado se establece una distinción entre la medicina “masculina” que dictamina los criterios de salud en estrecha alianza con la ley y con Dios, por una parte, y por otra, la magia y la hechicería “femeninas” encarnadas por las brujas, condenadas por criterios a medio camino entre religiosos (criaturas demoníacas) y científicos (irracionales, “locas”).

La antigua casa medieval, como unidad de producción y consumo entre quienes allí convivían, va cambiando hasta transformarse en la familia burguesa. En la comunidad doméstica de la antigua casa feudal y a lo largo de toda la etapa preindustrial, en la familia, agrícola, textil, etc. Las mujeres, si bien dependían social y económicamente del padre-patrón, participaban de manera simultánea en la producción de bienes y en la reproducción, su labor doméstica era altamente valorada, ya que este trabajo formaba parte de la actividad productiva de la familia como un todo. Esta clase de familia medieval desarrolló un alto grado de conciencia respecto de la vida interior de la familia, y una elaborada serie de reglas y expectativas que regían la vida familiar.

Se trataba de una familia basada en la propiedad productiva, una familia que suministraba, desde su interioridad, el juicio de existencia de cada uno de los miembros que la componían, asignándoles cualidad de sujetos en tanto miembros pertenecientes a ella. Las mujeres que escapaban de tales circuitos familiares, por haber quedado solas o por rebelarse al orden familiar-patriarcal, eran aisladas como enfermas mentales, alienadas, desujetadas del orden social.

En los albores de la Revolución Industrial, la producción extradoméstica se fue expandiendo, y sólo esa actividad productiva fue reconocida como verdadero trabajo. Ese cambio en la organización de la producción provocó un conjunto complejo de cambios de largo alcance en la familia y en las condiciones de vida de las mujeres. La familia se transformó en una institución básicamente relacional y personal. El desarrollo de la familia nuclear, constituida por padres, hijos y algún otro familiar cercano, condujo al estrechamiento de los límites de la intimidad personal, y a la ampliación de sus específicas funciones emocionales. Junto con el estrechamiento del escenario doméstico, también el entorno de las mujeres se redujo en tamaño y perdió perspectiva: las tareas domésticas, el consumo, la crianza de los niños, lo privado e íntimo de los vínculos afectivos se convirtieron en un ámbito “natural”. Así mismo, se fue configurando una serie de prescripciones respecto de la “moral materna”, que se suponía un modelo femenino en el seno del ámbito doméstico, con características psíquicas de receptividad, contención y nutrición, no sólo de los niños sino también de los hombres que regresaban a sus hogares después de su actividad cotidiana en el ámbito extradoméstico.

En la medida 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. El desarrollo de esta “moral materna” y las condiciones de vida de aislamiento en lo doméstico, imprimieron en el psiquismo de las mujeres un cambio históricamente importante: la gestación del “ideal maternal” como ideal privilegiado constitutivo de la subjetividad femenina. El cumplimiento de este ideal se ofrecía como garante para la salud mental de las mujeres.

El énfasis en el trabajo doméstico y en la labor de maternaje de las

mujeres va asociado a la represión sexual a partir del siglo XVII. Se trata de una represión sexual que, tal como lo plantea M. Foucault⁸⁹, coincide con el desarrollo del capitalismo industrial: forma parte del orden burgués. En este orden burgués, el sexo se reprime porque es incompatible con la dedicación al trabajo. En cuanto a las mujeres, el goce de la sexualidad, a partir de entonces, queda adscrito al goce de la maternidad. Dice este autor que, simultáneamente con la represión, se pone en juego un dispositivo social, el de la confesión, por medio del cual realiza la “puesta en discurso” del sexo, a los fines de su mejor control por medio de los diversos dispositivos de poder con que cuenta la sociedad occidental de la época (la medicina, la religión, la legislación, la educación etc.).

Hacia fines del siglo XVII, la locura deja de tener su punto de referencia en las experiencias religiosas o demoníacas para quedar relacionada con la enfermedad, pero asociada ahora con la “nueva ética del trabajo”. Surgen las internados para pobres y enfermos, las mujeres “locas” internadas en hospicios, más que ser “objeto de conocimiento o de piedad”, son tratadas como “sujetos morales”. La locura es en la época, asunto de control políciaco.

Con la Revolución Industrial la obligación del trabajo cambia de sentido: es a la vez ético y garantía moral de esa época. Será el trabajo el que emitirá el juicio de existencia sobre las personas. Este es un momento histórico decisivo: el momento en que la locura es percibida en asociación con la pobreza, con la incapacidad de trabajar y de integrarse a un grupo social-laboral. Asimismo, en consonancia con la gestación de la familia burguesa, la locura comienza a ser aprehendida oscuramente como un desorden en el seno de las familias. Esto sucederá de forma especial con las mujeres, para quienes la condición de “locas” quedaba adscripta a tener una vida sexual “irregu-

lar”, a padecer de amores pasionales insolubles en el seno familiar, o bien a quedar marginadas del circuito de la reproducción en la pareja conyugal.

Las “locas” eran aisladas en hospicios, segregadas como extrañas de la sociedad que las había generado y que ahora las expulsaba: eran las alienadas. Se puede afirmar también que tal cultura crea otro ámbito de confinamiento particular para las mujeres: el ámbito doméstico, donde también las mujeres son mano de obra barata en condiciones de aislamiento. Sin embargo, la internación en hospicios de las “locas” y todo el régimen policíaco que los rodea, sirve para controlar también cierto orden de la estructura familiar, que se establece como regla social y como norma de la razón, al quedar asociada la sinrazón de las mujeres al ejercicio de una sexualidad transgresora. La ética sexual queda confinada en la moral materna para las mujeres.

Históricamente, se han atribuido a la mujer características negativas y son conocidos los argumentos relativos a la inferioridad femenina, colmada de terribles peligros y debilidades. En los pueblos primitivos, la menstruación era asociada a un líquido perjudicial o letal, suciedad, elementos contaminantes, los niños era separados de sus madres a edades tempranas por temor a su influencia. En las religiones, excluye a la mujer de los ritos y de las posiciones jerárquicas. Para Santo Tomas, el estado de sumisión constituía la causa por la cual una mujer no podía ser ordenada sacerdote, ya que “por naturaleza” debía estar sujeta al hombre y, por lo tanto, no podía “significar una dignidad eminente”. Ese estado de sumisión está justificado en el hecho de que “la imagen de Dios se encuentra en el hombre de forma que no se verifica en la mujer”. Esta es catalogada como un ser “deficiens”, “imbecilior sexos” ya que ella “es en todos los aspectos, de menor valor que el hombre”. Sólo siglos después, el Concilio de Trento adjudicó un alma a las mujeres, lo que les per-

mitió ser consideradas como seres religiosos.

A través de la historia, tenemos múltiples ejemplos de la manipulación cultural de las mujeres que han sido víctimas y partícipes, y también, responsables activas o pasivas. La religión judeocristiana delegó la autoridad al hombre partiendo de un sujeto a imagen y semejanza de un Dios masculino. La mujer queda ubicada como un objeto subordinado que debía ser dominado. Eran valoradas únicamente por su labor reproductora, si nos atenemos a La Biblia, la mujer ha sido “parida” por el hombre, sale de él y es hecha para él, para su compañía, y su continuidad. Y de ahí en más, en un sutil tejido histórico, las mujeres han sido formadas para reconocerse en el espejo de otros. Prueba de ello lo encontramos en la obra cumbre de Friedrich Nietzsche¹³⁹, «Así hablaba Saratustra».

Mas ¿qué es la mujer para el hombre?

El verdadero hombre quiere dos cosas: el peligro y el juego. Por eso quiere a la mujer, el juguete más peligroso.

El hombre debe ser educado para la guerra, y a la mujer, para solaz del guerrero. Todo los demás son tonterías.(...) tiene que ser otras llaves.

Que la mujer sea un juguete puro y fijo como el diamante (...)

La felicidad del hombre dice”yo quiero”, la de la mujer “él quiere” (...)

Y la mujer debe obedecer y hallar algo profundo para su superficialidad. El ánimo de la mujer es pura superficie, cambiante y tempestuosa espuma de aguas poco profundas (..)

Con el avance del capitalismo industrial en el siglo XIX, el modo de producción tendiente a la propiedad privada y a la competencia económica estimuló en el seno de las familias el desarrollo del individualismo. Para los

hombres se pasó a considerar la competencia basada en el propio interés económico como la base natural de la sociedad, mediante la utilización de cierto grado de egoísmo y agresión, como uno de los “derechos individuales” que garantizaban su subjetividad. Vemos actualmente en la consulta que en pleno siglo XXI es posible encontrar infinidad de vestigios de las épocas medievales que sólo aparentemente quedaron enterrados en las sombras de la historia pasada, vestigios que muy pocos/as reconocen porque han sido meticulosamente *aggiornados* con una cosmética de dudosa calidad. Pero así como los maquillajes se cuartejan con las lágrimas, así también las aparentes acomodaciones amorosas de las mujeres de hoy día deterioran y enferman las bases mismas en las que pretenden sustentar el amor de la pareja.

AMOR Y GÉNERO

El amor de la pareja está profundamente condicionado por lo cultural, en otras palabras el amor de pareja ha sido construido socialmente a lo largo de la historia, con esto se quiere decir que, la manera de expresarlo, los contenidos asociados a él, las expectativas adjudicadas, las maneras consideradas femeninas y masculinas de demostrarlo, el lenguaje amoroso, las normativas amatorias, como también las formas de gozarlo y de sufrirlo, han sido construidos en cada una de las épocas históricas, siguiendo cánones muy precisos que surgían de la moral social imperante, la que a su vez respondía a la estructura de poder dominante.

El amor es un sentimiento tan antiguo como la humanidad y de él existen vestigios en los mitos más arcaicos, los pueblos de todos los tiempos han dejado múltiples registros del amor entre las personas a través de sus

libros sagrados, textos filosóficos, poemas épicos, tragedias, comedias y tradiciones orales.

Su presencia fue una constante en todas las épocas pero no fue igualmente constante la manera de concebirlo, su fisonomía adoptó distintas expresiones que se reflejaron alternativamente en el llamado amor platónico, amor pasión, amor cortés y amor romántico.

Se considera de capital importancia poner de relieve algo que suele mantenerse llamativamente oculto y es que, aun cuando la construcción social del amor de pareja haya desplegado a lo largo de los siglos una amplia diversidad de contenidos, ha mantenido, a pesar de ello, una constante. Dicha constante está vinculada con los lugares asignados a mujeres y a varones en la dinámica amorosa. Se hace referencia a que en esa dinámica el lugar asignado a la mujer ha sido claramente el lugar de objeto. Decir que la mujer ocupaba el lugar de objeto significa claramente ser objeto del deseo de otro.

Esto supone, entre muchas cosas, que ellas quedan instaladas en el lugar de espectadoras dependientes de las necesidades de los otros, convencidas de que el deseo es patrimonio ajeno. Esta convicción, reforzada culturalmente por siglos de marginación, es el eslabón clave que va uniendo la cadena respecto de los comportamientos femeninos en los vínculos amorosos. Se quiere señalar que la Revolución Francesa y la Revolución Industrial promovieron mecanismos que permitieron a las mujeres escapar de la reclusión doméstica.

Sin embargo, el anhelo de conectarse con los propios deseos y a partir de ello legitimarse a sí mismas como sujetos deseantes está lejos de

ser una realidad, incluso para muchas de las que se consideran “liberadas”.

En la consulta cotidiana de las mujeres, el amor es un tema medular en sus vidas, temerosas algunas de aventurarse en un terreno que podía echar por tierra muchos de los basamentos importantes de sus vidas.

Me decía una mujer (56 años) en la consulta: “fui encuentrista durante 15 años, pero hoy renuncié, ya nunca mas volveré... rompí el cuaderno... y me puse a llorar... me sirvió durante muchos años... pero ahora ya no... ya fue... me cansé de dar, dar y dar... y no recibir nada a cambio.” Estoy muy desilusionada... (sic)

Fuimos reflexionando en forma conjunta sobre esa forma de dar “amor” que refería que había aprendido de su madre y porque no, también de su abuelita, mi intención era incluir en la tarea terapéutica una perspectiva de análisis que incorpore lo que generalmente suele ser omitido; ese lado oscuro del amor del que nadie habla, me refiero a los condicionamientos de género de los que se vale la cultura para perpetrar jerarquías en el corazón mismo del amor. Mi intención era correr algunos velos que ocultan la utilización que hace la sociedad patriarcal de dicho misterio para mantener a las mujeres prisioneras de ilusiones inalcanzables en las que se pierden a si mismas, y a los varones copartícipes de una complicidad que los mutila también a ellos.

LOS PACTOS DEL AMOR

Uno de los rasgos más característicos del siglo XX es la irrupción de las mujeres en espacios sociales tradicionalmente ocupados por hombres. Espacios laborales, científicos, culturales y políticos. Espacios de un mundo público visible. Esta irrupción se produce dentro de un amplio y profundo pro-

ceso de transformaciones de las prácticas sociales y de las mentalidades colectivas que, a partir de la segunda mitad del siglo, fue perfilando cada vez con mayor nitidez nuevas imágenes de la mujer.

Espacios conquistados en medio de fuertes resistencias, oposiciones y discriminaciones, pero donde las mujeres, lentamente, hemos ido procurándonos un lugar del que difícilmente se retrocederá. Nueva “feminidad” que arriba al siglo XXI con paso vacilante aún, pero que abreva y se afirma, desde utopías de igualdad, en la diferencia.

Estas transformaciones, que se inician en los países centrales y que llegan a extenderse hoy principalmente hasta los centros urbanos de los países periféricos más “modernos” tienen sin duda como protagonista a aquellas mujeres que van redefiniendo y ampliando su lugar tradicional de esposas y madres, pero conllevan, a su vez, concomitantes cambios y reformulaciones en quienes mantienen formas más tradicionales de vida. Todas las esferas de la vida -tanto pública como privada- comienzan a modificarse, e implican y complican a hombres y mujeres por igual.

Tal proceso de profundas transformaciones ha puesto en cuestión territorios aparentemente muy distantes dentro de lo social, por cuanto quedan involucrados desde los procesos macroeconómicos hasta las subjetividades más sutiles, desde las prácticas sociales hasta situaciones de la más privada intimidad.

Puede observarse que las categorías mismas de lo femenino y lo masculino han entrado en revisión. Porque, ¿qué es hoy lo propio o característico de cada sexo? Esta crisis atraviesa el conjunto de relaciones entre hom-

bres y mujeres, como también las relaciones de las mujeres consigo mismas y de los hombres consigo mismos.

Momentos de transformación en lo social, donde comienzan a figurarse los antiguos vínculos contractuales -tanto en su dimensión explícita como implícita- entre hombres y mujeres.

Se vuelve así necesario redefinir el campo de lo legítimo en las relaciones entre los géneros.

Los “acuerdos” que regían las relaciones entre hombres y mujeres, tanto en la esfera pública como en la privada, hace sólo veinte o treinta años ya son difíciles de aceptar para gran número de mujeres. Hoy muchas reclaman igualdad, otras asumen prácticas trasgresoras de la legitimidad anterior, otras aun no reclaman ni transgreden, pero sufren en silencio.

Todo esto produce incomodidad en ciertos varones, resistencia en otros, resignación en algunos, pero la mayoría se desconcierta sin entender. Algunos, los menos, acompañan.

¿Qué ha pasado? ¿Qué vientos recorren las relaciones entre los géneros? Pareciera ser que la situación de subordinación pierde naturalidad. De todas formas, aunque parezca evidente que la subordinación de las mujeres pierda naturalidad, mucho menos evidentes resultan las causas de su opresión, mucho menos evidente resulta el camino, o los caminos, hacia la superación definitiva de esa desigual distribución de bienes y poderes (material, simbólicos y eróticos) tanto en el plano de la vida personal como en lo social.

El malestar femenino recorre el mundo -por lo menos nuestro mundo- ¿Pero, es menor el malestar masculino? Momento de trastrocamiento de valores, creencias, hábitos, roles, posicionamientos y relaciones de poder entre los géneros. Lo obvio ha dejado de serlo, hombres y mujeres no sólo ocupan lugares sociales, eróticos, domésticos que hasta hace muy poco ocupaban con exclusividad el otro género. Ambos géneros han comenzado un trastrocamiento de subjetividad.

Los historiadores de la vida cotidiana consideran que en la sociedad se está en presencia de una transformación de las “mentalidades” cuando cambia el orden de prioridades desde donde los hombres y las mujeres ordenan sus vidas. Cambios, por tanto no sólo en las prácticas sociales, públicas y privadas, sino transformaciones en el modo de pensar y en las formas de sensibilidad, es decir que las transformaciones sociales se entrelazan en este punto con la producción de nueva subjetividad. Nuevas prácticas sociales y nuevas prácticas de sí, en un camino doloroso pero inevitable donde ambos géneros renegocian sus pactos y contratos.

Estos tránsitos y sus consecuentes redefiniciones que ponen en revisión las categorías mismas de lo femenino y lo masculino, suelen producirse con un gran costo psíquico para hombres y mujeres involucrados en ellos, por cuanto se producen también en virtud de profundas transformaciones subjetivas.

En lo que a las mujeres respecta, pueden mencionarse aquellas transformaciones que se orientan de un narcisismo de “ser para los otros” a un ser para sí mismas, de la pasividad a la actividad en la esfera del erotismo, de un código privado a un código público en su circulación por los espacios sociales.

Tal costo se produce no sólo por la energía elaborativa que implica sino también porque estas transformaciones y estos tránsitos deben realizarse dentro de grandes resistencias y enfrentamientos cotidianos en sus familias y frecuentes desaprobaciones por parte de sus parejas, de sus hijos, de sus padres y hasta de sí mismas.

¿Por qué todo esto? Porque esta nueva situación no sólo ha implicado puntualmente a las relaciones de los hombres y las mujeres entre sí ni se circunscribe meramente al campo de la transformación de las subjetividades, sino que ha movido los ordenamientos allí donde las diferencias mismas de los géneros sexuales son gestadas: la institución familiar.

Los conflictos que en ella se producen frente a la nueva situación no son de índole exclusivamente afectiva, aunque puedan expresarse muchas veces en ese plano, sino que abarcan intereses materiales e involucran permanentemente las relaciones de poder entre sus integrantes.

Esta nueva realidad social produce una “crisis” (ruptura de un equilibrio anterior y búsqueda de un nuevo equilibrio) de los pactos y contratos que regían las relaciones familiares y extrafamiliares entre hombre y mujeres, crisis de los contratos explícitos e implícitos, de lo dicho y lo no dicho, que habían delimitado lo legítimo en las relaciones entre los géneros, en los últimos tiempos. No es ésta la primera ni seguramente será la última crisis ni reformulación de sus contratos que la institución familiar ha debido y deberá sostener. Tomemos por ejemplo el tránsito del matrimonio por alianza al matrimonio por amor.

En la historia social de occidente, el matrimonio por amor es una figura muy reciente, como también es un anhelo reciente la expectativa de que

algo del placer sexual de las mujeres se juegue en la institución.

La forma del contrato matrimonial que tuvo siglos de legitimidad fue el matrimonio por alianza que implicaba un arreglo matrimonial entre dos casas, y un espacio y un tiempo para la reproducción y la crianza de los hijos. En tal contrato ni el amor entre los integrantes de la familia ni la pasión entre los esposos eran factores que se consideraban necesarios para los objetivos de la institución.³

Lenta y conflictivamente, a lo largo de varios siglos se impuso el matrimonio por amor, sostenido por una nueva figura social: la pareja.

Y así en la actualidad enfrenta su propia paradoja, ya que se ha apostado al amor-pasión pero sin tener en cuenta que la pasión es uno de los elementos más erráticos -si no el más- del ser humano, de tal forma llegamos a una situación por la cual debemos sostener una de las instituciones que en nuestra cultura necesitan mayor perdurabilidad el lugar de la socialización de los hijos- desde la evanescente y poco contractuable pasión sexual.

Hasta ahora esto fue relativamente posible, en función de una forma particular de pacto sexual que legitimó las relaciones entre hombres y mujeres, “naturalizando” o “efectivizando” la subordinación de estas últimas.

Esta forma de pacto sexual ha sostenido y se ha sostenido desde diversos mitos sociales de gran eficacia consensual y “científica”, la pasividad erótica femenina, la mujer-madre, el amor romántico, que si bien hoy presentan ya importantes puntos de fisuras, mantienen aun su plena productividad. Tales mitos han justificado cuestiones aparentemente tan distantes entre sí como la marginación de las mujeres en el manejo del dinero y de los bienes

patrimoniales, criterios absolutamente desiguales para uno y otro sexo con respecto a la moral sexual.

Es este universo de significaciones que legitima las desigualdades entre los géneros es lo que ha comenzado a entrar en crisis.

Como todo cambio social, es relativamente independiente de la voluntad de sus actores. De esa manera estas situaciones hace pensar que se abre el desafío de hallar nuevas formas contractuales que redefinirán las relaciones entre hombres y mujeres desde una perspectiva más igualitaria, es decir orientadas por un criterio de justicia distributiva de bienes económicos, simbólicos y eróticos entre ambos géneros. Esta crisis no incumbe solamente a sus actores singulares, sino también al Estado, a las Instituciones, a los profesionales y los técnicos que trabajan con mujeres y hombres, como también a la producción teórica de aquellos campos disciplinarios involucrados en la teorización de lo femenino y lo masculino. No se debe olvidar que profesiones y teorías son hoy importantes focos de una red difusa pero de gran eficacia en la producción de significaciones colectivas de lo femenino y lo masculino.

Puede pensarse que los espacios sociales que las mujeres vamos obteniendo, organizan una fuerza lineal ascendente hacia el logro de la igualdad de oportunidades con los varones, sin embargo puede observarse que no es así. Esta historia no tiene nada de lineal, por el contrario a medida que la circulación por el espacio público crea condiciones de “des-alineación” pueden observarse reciclajes cada vez más sutiles en los mecanismos de subordinación.

Si en los comienzos dependencia económica, ignorancia intelectual y pasivización de su erotismo fueron las condiciones materiales que posibilitaron la clausura de la mujer en el mundo doméstico (por lo menos para las mujeres burguesas) hoy podría pensarse que sus avances en el mundo público, el ganar dinero, su acceso a la educación, "la revolución sexual", la anticoncepción masiva, etc., han permitido superar las desigualdades de género, pero si se observan estos procesos con más detenimiento se evidencia que en la circulación en el espacio público se realiza en condiciones desventajosas y las mujeres quedan siempre alejadas de los lugares de poder, trabajan más y ganan menos. La instrucción, si bien es una conquista indiscutible, no logra superar el techo que le ponen los pactos conyugales para sus desempeños profesionales.

Aún las prácticas más transformadoras que las mujeres emprenden suelen ser reappropriadas por los dispositivos hegemónicos, se producen violentamientos de sentido y de deseo que asumen a muchas mujeres en confusión, en crisis de identidad o sintomatología diversa que muchas veces son la solución de compromiso o la transacción que produce la contradicción agudizada entre prácticas y discursos, entre anhelos y posibilidades. Ya nadie nos impide circular por el mundo, sólo que "necesitamos" hacerlo con la aprobación de un hombre, porque nos sentimos más seguras.

Pero, ¿Cómo distinguir aquello que será estructura psíquica inherente al género -si la hubiese- de las cicatrices subjetivas de la subordinación?

Es probable que cuando la discriminación de género no exista pueda volverse más evidentes las categorías desde donde pensar el ser de la diferencia; es probable que se pudieran volverse más obvias eventuales ca-

racterísticas subjetivas inherentes al ser de la diferencia de géneros. Aunque entonces tal vez, ya no será necesario...

¿Cuántas vidas de mujeres desgastadas por encarnar en sí mismas el mito de la feminidad? ¿Cuántas han sufrido la locura o la soledad o la marginación por no poder encarnarlo? ¿Cuántas, tal vez, las menos, han encontrado la felicidad al realizarlo?

Este “ser de otro” desde donde las mujeres se posicionan, es- hasta ahora- la única posibilidad de sostener tal contrato conyugal. Y es exactamente en ese punto donde opera el mito del amor romántico.

Una consecuencia esperable de la institución dicotómica de un público racionalizado y un privado sentimentalizado es que quienes habitan el privado y estructuran sus vidas en código sentimental tengan una especial facilidad para vivir y soñar historias de amor. Esto en sí no tendría nada de preocupante; aquello que merece ser subrayado en este punto, no es la existencia de historias de amor, sino la presencia de una subjetividad organizada en clave sentimental -por lo tanto fragilizada- donde junto a los sentimientos amorosos que unen a un hombre y a una mujer se van instituyendo posiciones de poder que generalmente desfavorecen a las mujeres en tanto, los pactos y contratos que celebran los géneros, se realizan entre actores no simétricos políticamente.

Si esta afirmación pudiera ser materia de discusión cuando se habla de una pareja constituida, los procesos actuales de divorcio ponen en evidencia el costo brutal que el mito invisibiliza. El despojo económico que muchas mujeres obtienen en pleitos, el desentendimiento económico y afectivo que muchos hombres despliegan en relación con la crianza cotidiana de los

hijos no hacen más que poner en evidencia cuestiones que, si bien estaban presentes en el matrimonio antes de disolverse, eran encubiertas por un plus de implicación de sus ex-mujeres.

El mito del amor romántico- como todo mito- exalta algunas cuestiones y deniega otras. Se intenta problematizar aquí la invisibilización que se produce en el proceso donde para que el ideal amoroso se realice en algo, es necesaria la fragilización de la subjetividad de las mujeres.

Antes de avanzar en este punto, es pertinente distinguir esa maravillosa enajenación y dependencia mutua que suele ser el amor, de los procesos de apropiación y violentamiento de género que el mito deniega. Esta subjetividad en clave sentimental- presente aun en muchas mujeres con independencia económica o protagonismo público- crea condiciones para un tipo particular de dependencia por la cual ella espera tal vez demasiadas cosas del amor de un hombre. En este deseo desesperado de reconocimiento vive angustiada, se deprime, sufre todo tipo de enfermedades psicosomáticas⁹⁴. Si es “moderna“ ostentará algún amante, pero nada evitará ese estar siempre al borde de un ataque de nervios. En realidad, ella espera algo, que pasados los primeros tiempos de la pasión, difícilmente llegará, una palabra, un gesto, una mirada anhelante a través de la cual él confirme a cada instante ese amor, y la confirme.

¿Por qué esa espera angustiada? ¿Por qué esa búsqueda azarosa de señales de amor, que por otra parte- hay que reconocer- son generalmente escatimadas? ¿Por qué cuando tales signos del amor no llegan se producen verdaderos derrumbes narcisistas en gran número de mujeres?.

Confluyen aquí muchas cuestiones enlazadas. Para aislar una - tal vez no la más importante, pero sin duda significativa- señalaremos que en tanto muchos varones pueden organizar su sexualidad en clave fálica y por lo tanto circulan por diversos y a veces simultáneos objetos eróticos y/o amorosos, esta entrada y salida de enlaces eróticos diferentes no pone en juego su valoración personal ("mas bien la estimula") – ya que son los otros hombres, y no las mujeres, los que les otorgan sus reconocimientos narcisistas.

Pero en el caso de tantas mujeres, el hombre en cuestión no es sólo objeto amoroso sino también quien suministra sus reconocimientos, por lo tanto, al quedar unidas ambas instancias, ellas permanecen aisladas en enlaces subjetivos en fuerte dependencia. Esto suele dificultar su circulación por objetos eróticos simultáneos, y el pánico frente al abandono guiará muchas de sus conductas insensatas.* Si él no la mira, mira a otra, la abandona para siempre o por un instante, se pierde mucho más que un objeto de amor, está en juego su valoración, su reconocimiento, su narcisismo. Y en el vacío de palabra, de gesto, de mirada, el colapso.

Frente a estas "realidades" suelen inferirse características de la condición femenina. El problema es de que condición femenina hablamos, Suele pensarse la existencia de algo inherente a ser femenino, a universales edípico-estructurales por las cuales "la mujer" queda envuelta en esta búsqueda en su deseo de reconocimiento, más que en reconocimiento del deseo.

Si el criterio es descriptivo, puede decirse que muchas mujeres

* Por ejemplo, subordinar al pacto de la pareja su desarrollo en el mundo público.

podrían “reconocerse” en esta narrativa, pero si el criterio es causal-interpretativo es importante hacer una advertencia. No otorgar al ser aquello que es el precipitado de una histórica y pertinaz fragilización, aquello que es el resultado político del desconocimiento. ¿Por qué algo tan obvio como que si históricamente se nos ha desconocido, denegado, invisibilizado, necesariamente habremos de buscar- con avidez- a veces, incluso insensatamente – un reconocimiento que no llega.

De todas formas queda una pregunta abierta, ¿por qué las mujeres seguimos esperando tal reconocimiento de quienes pareciera que no pueden otorgarlo?

Tal vez la ilusión de que el amor de un hombre puede redimir los exilios y destierros sea uno de los resortes a través de los cuales el mito del amor romántico mantiene su eficacia –y su violencia-simbólica. Vemos de esta manera que el proceso de sentimentalización del espacio privado familiar otorgó una forma de poder a la mujer-madre.¹⁶⁵ ¿Qué poder? Obviamente, no sobre los bienes patrimoniales ni la gestión económica, pero sí sobre los “bienes simbólicos” de los hijos, en tanto productora de sentido, nominadora de sus actos y sentimientos, productora de mandatos y deudas que por simbólicas no serán menos opresivas. La familia nuclear “necesita” de una figura sobreinvertida de la Madre, a la cual pagarán fuertes tributos no sólo las mujeres, sino también los hijos y el marido. Pasividad erótica en la conyugalidad, balanceada no sólo con histerias y diversas patologías y rechazos sexuales. Balanceada con prácticas maternas que no pueden ni quieren escapar de un sospechoso plus de actividad.

Hay una relación intrínseca entre la pasivización de la actividad

erótica de las mujeres y ciertas formas de abnegación maternas. Granoff y Perrier¹⁰³ han señalado al respecto que la maternidad sería la perversión femenina propiamente dicha.

Con independencia de toda consideración moral, para instituirse como sujeto de alguna perversión hay que posicionarse en primer lugar como sujeto. ¿Por qué algo tan sacralizado en esa misma cultura como la maternidad construiría para estos autores una perversión típicamente femenina? La razón de esta posibilidad estaría dada en lo manipulable y en lo real del objeto hijo/a. En rigor de verdad, el maternaje es la única práctica social-erótico-amorosa donde la Mujer-Madre puede instituir prácticas eróticas activo manipuladoras sin condena moral. En la sobreprotección materna estos autores señalarían un rasgo perverso. En igual sentido, si se toma como referente el trabajo clínico con mujeres, puede observarse una frecuente correlación en la que aquellas madres “excesivamente madres” sobreprotectoras, en un uso arbitrario de su posesión de los hijos/as suelen ser mujeres que presentan un tipo de erotismo en el que predomina el franco rechazo o la evitación disimulada de prácticas eróticas con su compañero: negarse, buscar excusas, aceptar relaciones sin excitarse; suelen expresar que no las atrae la vida sexual, y suelen decir también que nunca o rara vez obtienen orgasmos en prácticas de penetración peniana.

Obviamente, tanto ellas como sus maridos y lamentablemente con frecuencia sus psicoanalistas, suelen considerar estos rasgos como la evidencia de una patología sexual. Serían mujeres sexualmente inmaduras, o infantiles.⁶⁰ Es interesante aquí observar cuanto del exilio erótico de las mujeres se silencian en esa particular nomenclatura, cuantos dolores se silencian para mantener la casa en orden.

¿Cómo se producen individuos fragilizados? Sin duda, a través de múltiples focos de fragilización, en innumerables pliegues del plano social. En la actualidad en la fragilización de las mujeres pueden localizarse estrategias centrales en esta cuestión ya no solo en las discriminaciones en el mundo público, sino también en las instituciones del mundo privado, en la privacía, en la intimidad amorosa de los enlaces y desenlaces con el otro género.

La Mujer = Madre, mito del amor romántico y de la pasividad erótica femenina, inscrita en un particular ordenamiento dicotómico de lo público y lo privado, ha hecho posible la construcción histórica de una forma de subjetividad “propia” de las mujeres entre cuyos rasgos se ha mencionado un posicionamiento “ser de otro” de detrimento de un “ser de sí” que vuelve posible su fragilización a través de diversas formas de tutelajes objetivo y subjetivos. Se hace necesario señalar una vez más que esta forma de subjetividad no es algo inherente a un ser femenino sino que constituye el precipitado histórico de su lugar subordinado en la sociedad

Se vuelve necesario enfoques transdisciplinarios que des-disciplinen los abordajes teóricos-técnicos, y que no reduzcan la compleja problemática de las mujeres sólo a aquello que puede ser pensado desde el enfoque restringido de una disciplina. Vemos que en varios campos disciplinares de las Ciencias Humanas persisten enfoques falocéntricos más allá de lo imaginable.

Nos encontramos en un período social de significativos desencuentros entre hombres y mujeres que parecería estar signado por esa forma de shock ontológico que acompaña a los momentos de cambio histórico: “las cosas no son como yo creía, pero no sé cómo son”.

Los varones en diferentes grados de perplejidad, sin atinar a encontrar claves que les permitan desplegar sus acciones y sentimientos desde esa difícil paridad que tantas mujeres les reclaman.

Las mujeres, muchas veces sin poder encontrar caminos superadores de la queja angustiada, pidiendo a sus compañeros que aprueben sus deseos de igualdad, sin comprender, que no es pidiendo permiso como se adquieren las autonomías anheladas.

Muchas veces de manera confusa, estos nuevos actores sociales - las mujeres- buscan establecer formas contractuales entre iguales, con el otro sexo. Esta igualdad, que abarca tanto la esfera pública como la privada, no se refiere, obviamente, a una similitud de características, alude a una paridad de autonomías, a una equidad en el plano del poder, a una injusticia distributiva que haga reales, a la hora de negociar, los criterios de igualdad.

En este sentido las “conquistas” que las mujeres lograron en el último siglo crean algunas condiciones para ello. Ganar dinero, tener calificación laboral, obtener credenciales educacionales, redistribuir obligaciones domésticas, desmitificar la novela sentimental, descentrar el erotismo de la conyugalidad son condiciones necesarias, aunque aún no suficientes para establecer contratos en situación de paridad con los hombres.

El malestar de las mujeres se ha vuelto tan evidente en el marco de tales transformaciones que, en la actualidad la cuestión va más allá del mero reconocimiento de su existencia, las formas que adquiere su enunciación ha cobrado verdadera importancia estratégica. La manera de poner en palabras el malestar- quiénes producen sus discursos, cómo se construyan, etcétera

orientará tanto las explicaciones que se otorguen como las alternativas de “resolución” que se ofrezcan.

Por otra parte, poner nombre, nominar el malestar, no es exclusivamente un acto semántico, la capacidad de dar existencia explícita, de publicar, de hacer público, de visibilizar, de enunciar de teorizar aquello que al no haber accedido a la experiencia objetivada y colectiva, continuaba en estado de experiencia individual privada, como malestar, ansiedad, inquietud, frustración, representa un formidable poder social.

En la Argentina parece ser que se ha llegado a los años ‘90 a un quiebre de la creencia en la legitimidad de la desigualdad femenina.

Por todos los intersticios de la trama social muchas mujeres se ponen en evidencia a través de formas políticas organizadas, o de manera espontánea des-ocultan su discriminación, reclaman representantes propios en organizaciones gremiales, profesionales, políticas, se niegan a actos de subordinación, no hacen la maternidad su único proyecto de vida.

En la temática de la mujer está la cuestión que puede ejemplificarse si pensamos de qué mujeres, somos hijas, quienes intentamos superar el mito Mujer = Madre.

Somos hijas de mujeres que, totalmente insertas en tal paradigma, nos transmitieron una profunda ambivalencia al respecto: un mandato de proseguirlo, pero también su malestar, su dolor, su “sacrificio”¹²⁴. Como si en la redundancia de su queja hubieran alentado, sin decirlo, caminos más dignos para sus hijas. Entonces podemos afir-

mar que es éste un momento histórico de des-ocultamiento y desarticulación de los mecanismos de la discriminación femenina, pero no es lo mismo que afirmar que la injusticia distributiva de género está en vías de desaparecer.

Habitualmente consideramos, y en este plural se incluyen tanto las opiniones del sentido común como los discursos científicos- “natural” que la mujer sea madre. Así se adscribe la maternidad como un fenómeno de la naturaleza y no de la cultura. Esta particular inscripción hace innecesario el rastreo de determinantes históricos-sociales, económicos, y culturales, ya que define y consolida este “hecho” como perteneciente al orden biológico. Es natural que la mujer sea madre porque posee¹⁵:

- Un “privilegiado” aparato reproductor: nidación interna y mamas.
- Un instinto materno que la guiará en la crianza de los hijos.

Aparato anatomo-fisiológico reproductor: nidación interna y mamas. Esta característica biológica, que ha jugado un papel decisivo en la llamada “inserción de la mujer en la naturaleza” se dirá que es la condición necesaria, pero no suficiente, de la maternidad, está dada al nacer, es -por lo tanto- la plataforma sobre la cual habrá de construirse una madre, pero en sí misma solo constituye una potencialidad. Aquí se incluyen las nociones de proceso y de construcción, como opuestas a “lo dado” donde operaran tanto aspectos conscientes como inconscientes, tanto individuales como culturales.

Para embarazarse, cuando no median dificultades orgánicas, una mujer deberá organizar de determinada manera tanto la imaginarización de su anatomía ,sus identificaciones, etc. Por otro lado variaran de una mujer a otra la significación del hijo, el deseo o no deseo de un hijo, su manera de imaginalizarlo, etc. Asimismo, la infertilidad psicógena muestra lo poco que

de natural tiene el acceso a la maternidad.

El instinto materno es otro punto muy polémico. En la concepción naturalista de la que participan las creencias colectivas, pero también se inscriben muchos discursos científicos sobre la Mujer, se encuentra la noción de instinto como lo que guiará a la madre para encontrar las conductas adecuadas que le permitirá resolver aquellas cuestiones –todas las cuestiones- referidas a la crianza de los hijos, o que la relación con el hijo le planteen.

Ahora bien, un instinto, es un saber hacer heredado genéticamente. Se puede decir que el instinto materno es absolutamente claro en la araña. Esta pone el huevo y teje la tela, si se retira el huevo continua con todas sus conductas maternas, por ejemplo, sigue tejiendo la tela. No interrumpe dicha secuencia instintiva de conductas una vez que, a partir de determinadas señales de mundo externo e interno, ésta se ha desencadenado. Por el contrario, en los seres humanos es mucho más difícil poder aislar una conducta instintiva, esta dificultad abarca cualquier comportamiento humano, no sólo el accionar en relación con la maternidad. En este sentido es que se ha enfatizado que el ser humano es un animal atravesado por la cultura, cruzado en su propia carne por lo social. Lo que se pretende señalar es el uso ideológico de la noción de instinto referido a la maternidad, particularmente las extensiones de esta noción, cuando se consideran instintos-naturalmente dados- a complejíssimos procesos psíquicos, culturales y sociales.*

La madre va a “saber” por instinto. En función de él, su amor es incondicional, madre e hijo están atados por lazos de “sangre” indisolubles y

** Las disciplinas que abordan la problemática del comportamiento animal prefieren denominar hoy, a los clásicamente llamados instintos “pautas de conductas específicas” lo que evidencia el grado polémico que la noción encierra, aun en lo referente a los animales.*

su hijo la necesitará de por vida.

¿Qué es lo amenazado al pensar la maternidad desde otra perspectiva?, ¿Qué opacidad es necesario sostener con la noción de instinto materno?, ¿Por qué la función materna ha sido considerada como infalible, incondicional e indisoluble? Ninguna otra función o vínculo humano podría encerrarse bajo semejante caracterización... ¿Por qué se hace tan imperioso apelar a la noción de instinto como soporte de todo lo que acontece en una mujer con respecto a sus hijos? Parecería que pensarnos como hijos del instinto nos da cierta ilusión de fuerte anclaje, mientras que pensarnos hijos del deseo... El deseo algo tan evanescente y errático. Hijos del instinto nos remite a la ilusión de estar inscriptos en un orden necesario-natural. Hijos del deseo nos enfrenta a la contingencia en la que se inscriben los hechos del orden de lo humano.⁹⁶ Con estas brevísimas puntuaciones se intenta una aproximación para poder pensar qué distintos han sido los dispositivos que han organizado la maternidad en la historia de nuestra sociedad. También distintas han sido las concepciones de maternidad y, por ende, distintas las prescripciones implícitas y explícitas que han regido para llevarlo a cabo. Obviamente, dicha normatividad se ha expresado de manera diferente en la subjetividad de las mujeres que transitan por ella; en suma, en uno y otro periodo variarán las producciones de este “imaginario social”, otras serán los “mitos” otras serán las explicaciones que las disciplinas científicas den a estos problemas; otras serán las valoraciones; otra cosa será lo sancionado; otros, por ende, serán los discursos y las prácticas. Por consiguiente aquella pregunta de “que es ser mujer? Y su respuesta obligada en el contexto de la cultura patriarcal “ser mujer es ser madre” parecería requerir nuevos cuestionamientos.

En la actualidad, los discursos hegemónicos difícilmente tomarán

narrativas que hablen de manera explícita de inferioridad de las mujeres, su eficacia se encuentra en negar la discriminación incluso la mayoría de las mujeres suelen no encontrar evidencias de su situación subordinada, aunque ésta salte a la vista.

Capítulo 2

JUSTIFICACIÓN Y ANTECEDENTES

En este punto se presentará brevemente el debate teórico alrededor de interrogantes como: ***¿Existe alguna relación entre el consumo de las benzodiazepinas en las mujeres y los estereotipos de géneros? ¿Por qué la violencia de género? ¿Cuáles son las causas profundas de su producción y permanencia?*** Y en este aspecto, el presente trabajo surge luego de muchos años de trabajo en el campo de la salud mental (pública y privada). Marca un hito en mi vida profesional el haber trabajado durante años con familias adictas en el I.P.A.D. (Instituto Provincial del Alcoholismo y Drogadicción), lugar donde no había internación para mujeres con problemáticas adictivas; actualmente desempeño mi actividad profesional en una institución Sanitaria de Córdoba. Se recibe gran cantidad de casos en los cuales la problemática femenina, nos interroga fuertemente y es a partir de la conmoción que produce en mí, el trabajo con mujeres (adictas / co-adictas o co-dependientes) que mi búsqueda profesional y vital se encamina a trabajar con ellas, recogiendo testimonios, acompañando procesos de descubrimiento de sí mismas, de sus necesidades no expresadas, no revisadas, sino vividas desde una “familiaridad acrílica”, y muchas de ellas en situaciones de violencia familiar.

Es intención, pues, arrojar luz sobre un particular punto de intersección, en el que el malestar o la insatisfacción individual femenina y los frágiles modelos de funcionamiento familiar se encuentran en una trágica encrucijada con el uso indebido de las “drogas legales”.

Motivo por el cual durante tres años consecutivos (2001-02 y 03) seleccioné minuciosamente a un grupo de ocho mujeres (que aceptaron el desafío) y les propuse trabajar en grupo de reflexión, comencé inmediatamente a organizar un proyecto que me permitiera indagar sistemáticamente las hipótesis exploratoria que había ido construyendo en estos años sobre el tema de la medicalización del malestar femenino, para comprender y cuestionar que el consumo de psicofármacos es un recurso que contribuye y refuerza la sobre adaptación a condiciones de vida insatisfactorias, ya que estaba convencida que éste era un tema clave y de profundo contenido psicosocial.

Por otra parte, intentar avanzar en la comprensión de la violencia familiar (situación habitual en la consulta) requiere superar los enfoques psiquiátricos individualistas que hablan de enfermedad, tanto como los sociológicos que reducen el problema a una forma de violencia social o las perspectivas feministas que lo abordan como una manifestación más de la problemática de género. Implica abandonar la tentación unicausal de la lógica lineal, con sus generalizaciones y certezas y aproximarnos en cada caso a la consideración particular de los sujetos involucrados, sus características de personalidad, su historia, sus modelos, los valores y modos culturales propios del contexto en que viven. La llamada invisibilidad de la violencia familiar, ha dificultado su prevención y abordaje y este ocultamiento puede ser explicado a través de los mitos y creencias, que circulan en torno a la violencia familiar en el imaginario social.

Todo lo señalado arriba me estimuló a lanzarme en un tema que se considera paradigmático para las mujeres.

Este trabajo grupal (grupo de reflexión) se presentó en la materia

Sociología de la carrera de maestría con el título: “Mujeres y Psicofármacos. Una mirada al género femenino desde la problemática de las adicciones”. El coraje de estas mujeres me llenó de orgullo por el género femenino y acompañó mis propias inquietudes, a todas ellas les estoy profundamente agradecida por haber compartido una travesía que no fue nada fácil para ningunas.

Los grupos de reflexión son una metodología de trabajo cuyos antecedentes son los “grupos operativos” desarrollados en la Argentina por E. Pichón Riviere y los grupos de trabajo de Bion en Inglaterra.¹⁴⁶ Son espacios privilegiados para cuestionar “lo obvio” y posibilitar así la toma de conciencia, en este caso, de las condiciones de género –tanto femenina como masculina– y mucho de los factores que la producen. Dichos grupos cumplen una función social como instrumentos de prevención primaria y en ese sentido comparten con los grupos terapéuticos la tarea de ser agentes promotores de salud. Son espacios de confiabilidad donde es posible revisar los estereotipos de género, y abrirse a nuevos comportamientos que favorezcan una nueva calidad de vida en el intercambio cotidiano entre mujeres y varones.

Estos invisibles sociales o naturalizaciones, signaron los procesos de socialización de las mismas y han condicionado por lo tanto nuestra forma de vivir. Respecto a los que son las condiciones de vida para muchas mujeres, cabe preguntarse: ¿resultará difícil no sobre adaptarse a lo que se considera, (según ciertos ordenamientos sociales) lo esperable y natural? ¿Cómo no realizar cualquier esfuerzo para acallar el malestar ocasionado por el desempeño de roles y funciones considerados habitualmente “específicamente femeninos?”

Sabemos que el género, la raza y la clase social interactúan influyendo en la conducta, tanto de los individuos como de las instituciones sociales.

Nuria Romo Avilés, socióloga española de la Universidad de Granada es integrante del Instituto de Estudios de la Mujer, dicha investigadora estuvo en Buenos Aires para dar una cátedra sobre este tema y afirmó para la revista “Artemisa-Periodismo de género para mujeres y varones”, que hizo dos investigaciones sobre mujeres y drogas: su tesis doctoral en antropología, realizada en el 2001, focalizada en el uso de éxtasis, llamada “Mujeres y drogas de síntesis”, y otra en el 2002 en prensa, llamada “Sobre el malestar y la prescripción: un estudio sobre el uso de los psicofármacos por las mujeres”, dirigida por ella que abarcó Andalucía, Madrid y el País Vasco; se centró en lo que para ella es el consumo más interesante para saber que le pasa a las mujeres: los psicofármacos.¹⁵⁹

La investigadora afirmó también, “...en las drogas legales es donde ves el género...”, “...en todos los grupos etarios las mujeres superan a los varones en el consumo de psicofármacos...”, “... busco como hormiga los trabajos con perspectiva de género aplicados al consumo de drogas...”.

Uno de los primeros obstáculos, que señala la investigadora, para poder concretar este análisis son los modelos epidemiológicos que diferencian entre mujeres y varones según los porcentajes de consumo que cada uno de ellos hace de una determinada sustancia, pero dejan ciegas las motivaciones que puedan haber llevado a mujeres y varones al consumo de drogas y sus formas de consumo, sobre todo en las mujeres; “... cuando vas a los foros te dicen que los varones son el 70% de los consumidores de cocaína y las mujeres el 30% y cuando preguntas sobre las características del consumo de las mujeres, te responden que como son sólo el 30% no vale la pena investigar...” relata con ironía.¹⁵⁹

Continúa luego afirmando: "... en el Plan Nacional sobre Drogas que se hace en España aparece que las jóvenes consumen más que los jóvenes, pero lo que sucede es que en general las niñas reciben más prescripciones de medicación que los varones a edades tempranas; esto probablemente se deba a que los médicos las vean más débiles o a que las descripciones que hacen los padres de ellas sean diferentes a las que hacen de sus hijos varones. Allí, la semiología tiene un trabajo importante por delante: porque las mujeres nos expresamos de forma más quejosa, y también porque los demás nos perciben como más débiles. Pero todo está por estudiarse. Al respecto, los médicos entrevistados dijeron literalmente: que hay una subjetividad femenina patológica fruto del ser femenino: ¿Qué voy a hacer si la pobre trabaja y tiene niños? Se lo recetó y en esto no había diferencias entre médicas y médicos. También está la cuestión del sistema de salud, en el que los médicos tienen cinco minutos para cada paciente, y los psicofármacos son una herramienta para resolver los temas rápidamente".

Por otra parte según Javier Granda⁽¹⁰²⁾ en Clarín.com del 20/7/2006 en su artículo: consumo de fármacos "Los españoles abusan de los tranquilizantes", según el observatorio de medicamentos de abuso (OMA), hace referencia que el Colegio de Farmacéuticos de Barcelona ha informado que han puesto en marcha una iniciativa pionera en España que señala aquellos fármacos de los que puede estar haciéndose un mal uso. Este estudio confirma que España mantiene un alto consumo de fármacos contraindicado.

Según Rafael Borrás⁽¹⁰²⁾, director del Observatorio, en un año y medio de estudio se han localizado 27 sustancias que, administradas fuera de su ámbito terapéutico, multiplican sus efectos adversos y pueden convertirse en alucinógenos, potenciadores del rendimiento físico, estimulantes o abortivos,

como en el caso del misoprostol, un protector gástrico que, en dosis muy elevadas, puede provocar un aborto. Refiere el mismo investigador que uno de los aspectos más preocupantes de este estudio es que revela que la cantidad de fármacos de los que se abusa aumenta año tras año. Entre ellos –apunta–, “el grupo de fármacos que más nos preocupa es el de los tranquilizantes y, muy en concreto, de las benzodiazepinas. Han confirmado que aproximadamente un millón y medio de españoles abusan cada año de estos fármacos, por lo que es preciso una profunda reflexión sobre este tema, tanto por parte de los pacientes como de los profesionales de la salud”. Borrás aseguró que el abuso de las benzodiazepinas en España viene de la mano de la automedicación y de su mal uso, lo que deriva en un posterior abuso, o por la modulación de otro tipo de drogas ilegales. El director de OMA también comunicó que en la farmacia se ha detectado que en un 26,2% de los casos el paciente intenta conseguir el fármaco sin contar con la receta, en el 13,9% sin receta y demandando una gran cantidad de unidades, y en el 26,2% sin receta y sin especificar para que se utilizará el fármaco.

Los expertos del OMA también han detectado el papel de internet en el aumento de este tipo de abusos. Borrás^(l.h.) aseguró que se han detectado más de 150 páginas Web en las que es posible comprar fármacos que precisan receta. En este sentido, el director del OMA señaló que únicamente dos de estas páginas web presentan los requisitos mínimos como distribuidoras oficiales de fármacos, lo que ofrece una visión aproximada de la gravedad del tema, a esta situación preocupante por sí misma, se añade que las compras de fármacos por Internet carecen de todo control y que en la mayoría de las ocasiones se trata de falsificaciones, lo que pone en peligro la vida quien consume estos productos, aseveró.

También en nuestro país un estudio, de la secretaría de prevención de la drogadicción y la lucha contra el narcotráfico, hace referencia que: “aumenta el uso indebido de psicofármacos en la Argentina. El fenómeno fue bautizado como la “medicalización de la vida cotidiana”. El psicotrópico es consumido no como un remedio sino como una pastilla para el estilo de vida, para aliviar malestares de la vida actual. Sedantes, estimulantes, ansiolíticos, tranquilizantes, antidepresivos, según un flamante estudio cualitativo de (Sedronar) el creciente uso indebido de psicofármacos en Argentina se enmarca en un preocupante “fenómeno de medicalización de la vida cotidiana”, que estimula la automedicación y multiplica el número potenciales de adictos.” La investigación ajustó la mira sobre las representaciones sociales en las que se apoya el consumo de psicofármacos en el país.” Exploramos los imaginarios sociales en torno al concepto de calidad de vida y su cada vez más frecuente vinculación con cierto tipo de drogas y medicamentos, conocidos en Estados Unidos y Europa como *lifestyle medicines*, apunta la socióloga Cecilia Arizaga¹⁶⁷, al frente del estudio. “*Se están medicalizando mucho los problemas cotidianos y hasta la vida misma. Angustias y malestares que antes no pasaban de allí hoy se medican. Ante la mínima molestia, la respuesta inmediata es tomarse un psicofármaco*”, dice: “*el psicotrópico se ha banalizado: abandonó la categoría de medicamento para ser pensado y consumido como una pastilla para el estilo de vida, que proporciona al sujeto un alivio rápido a las condiciones de molestia y malestar que acarrea la vida actual en los diferentes ámbitos (laboral, social, afectivo)*”.

Las estadísticas son elocuentes. Relevamientos de INDEC-Sedronar¹⁶⁷ arrojan que más del 10% de las personas de entre 16 y 65 años, el 8% de los universitarios y el 4,4% de los estudiantes secundarios usan sedantes o estimulantes sin prescripción médica. Es todavía más grave, porque

esos datos hablan del consumo sin receta y hay muchos que, aún accediendo a los psicofármacos por indicación médica, los usan indebidamente. La cifra es aún mayor, asegura Diego Álvarez¹⁶⁷, director del Observatorio de Drogas del Sedronar. *“Argentina es el único país latinoamericano en el que la primera droga, después del tabaco y el alcohol, no es la marihuana sino el psicotrópico”, sorprende.*

Según los expertos, el fenómeno de “medicalización de la vida” está asociado a la subjetividad contemporánea actual. “Tiene que ver con el ideal de sujeto proactivo, obligado constantemente a mejorar su performance y a estar siempre a la altura de las circunstancias –explica- Arizaga¹⁶⁷–. Es un signo de época: la presión por la autosuperación, la sensación de que siempre hace falta más. Se medicaliza para el superhéroe,” advierte. Además de entrevistar a adultos de clase media, los investigadores se reunieron con médicos para conocer su perspectiva sobre el problema, porque “hay un consumo indebido planteado también desde el campo médico”, dice Álvarez¹⁶⁷. “La intención no es culpabilizarlos-aclara Arizaga. Encontramos que no hay consenso respecto a quien tiene el espacio legítimo para prescribir psicotrópicos: ¿el psiquiatra, el clínico, el gastroenterólogo, el cardiólogo? .Entre los mismos médicos aparece la necesidad de discutir este tema. Ellos también demandan una regulación que defina lo debido y lo indebido y los libere de su criterio personal”.

Aunque la ley establece que los psicotrópicos deben venderse bajo receta, según Sedronar “gran parte del consumo se resuelve sin prescripción y otra gran parte se da en el marco de una relación insuficiente con el profesional”. Es decir: aún en los casos donde hay un seguimiento por parte de un médico, “el criterio sobre cuándo y por qué medicar con psicotrópicos no parece estar formalmente instituido”.

Los investigadores encontraron mucha prescripción sin seguimiento-tratamiento: aparece la figura del médico recetador o médico amigo, que se limita a hacer la receta. *“Así surge una medicación autorregulada por el paciente: Yo gradúo lo que tomo. Es muy frecuente”*, dicen.¹⁶⁷

“Muchos llegan al consultorio y enseguida piden un psicotrópico. Si el médico les pide tiempo, no vuelven”, dice Arizaga¹⁶⁷. “La gente no se banca el sufrimiento ni el malestar. Ya no se trata de curar enfermedades: piden que les saquen, y rápido, hasta una mínima molestia. Esa filosofía ha banalizado la medicación.

Además de la tolerancia social que goza el uso indebido de psicotrópicos, otra de las cuestiones que preocupa a los expertos de Sedronar es que, entre la gente, la percepción de riesgo sobre esta conducta es muy baja. *“Muchos ni siquiera consideran a los psicotrópicos un medicamento. La ven como una pastilla para sentirse mejor”* dice Arizaga. No creen que tenga consecuencias, y se equivocan.

“Los pacientes piden siempre algo para estar menos cansados, más concentrados y con más energía, pero los médicos raramente los prescribimos. Los antidepresivos no son una medicación habitualmente abusada porque la gente les tiene miedo, sus efectos no son inmediatos. Pero con los psicotrópicos es diferente: son fuertemente adictivos pero la gente los cree inocuos y minimiza sus consecuencias”, dice el neurólogo Marcelo Merello¹⁶⁷, al frente del Departamento de Neurociencias del FLENI.

“Hay dos tipos de mecanismos que llevan a la necesidad de incrementar la dosis: la tolerancia (cada vez necesitará mayor dosis para igual

efecto) y la adicción propiamente dicha”, explica Merello. “El tiempo de tolerancia es variable según la droga, pero hablamos de meses. Un ejemplo: si a una persona la tranquiliza con 0,5 mg, a los seis meses necesitará el doble. La adicción no tiene que ver con la pérdida del efecto sino con la necesidad de no dejar de experimentarlo”.

Los expertos aseguran que las exigencias entre los sectores medios y altos demandan cada vez más medicamentos para poder sostener la cotidianidad. Las vedettes son las benzodiazepinas, relativamente baratas y todo terreno.”Son drogas muy buenas usadas racionalmente y de acuerdo a criterio médico, pero tienen una gran capacidad de generar dependencia física y/o psíquica”, dice la toxicóloga Norma Vallejo¹⁶⁷, subsecretaria de Sedronar.

Como ya manifestamos, la Organización Mundial de la Salud¹⁴⁰ en la década de 1940 definió a la salud como: “un estado de completo bienestar, físico mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades¹⁴⁰; por lo tanto podríamos plantear el consumo abusivo de psicofármacos o la adicción a cualquier otro medicamento como una ausencia de salud con los problemas que ello acarrea: desde el deterioro físico por ingestión de sustancias al deterioro de la calidad de vida de la persona.

La drogadicción es hoy por hoy un problema serio para hombres y mujeres de todas las edades y condiciones sociales. Se sabe que el uso de drogas va ligado a la existencia de la humanidad⁷⁷. Pero el abuso y la dependencia de psicotrópicos son más prevalentes en la actualidad.

En los casos de las mujeres tiene especial relevancia el consumo

de psicofármacos. En la bibliografía consultada, y en la experiencia clínica, se observan los deterioros más graves en las siguientes áreas: social, personal y sanitaria.

Capítulo 3

EL ENFOQUE DE GÉNERO APLICADO A LA SALUD

La utilización de este enfoque como herramienta analítica, lejos de conducir al reduccionismo de la realidad, enriquece los marcos teóricos explicativos del proceso salud-enfermedad.

En nuevas investigaciones, la temática del género ya no es solamente una “variable a considerar”, representa un verdadero concepto teórico, fundamental para profundizar sobre las transformaciones que se producen en la actualidad. El programa Regional Mujer, Salud y Desarrollo de la Organización Panamericana de la Salud, apunta como uno de sus enfoques estratégicos, a la “... generación, difusión y democratización del conocimiento sobre el tema de Mujer y Salud, con enfoques participativos y de investigación-acción”.

Retomando el examen de dos conocidas paradojas respecto a las diferencias por sexo en materia de salud: la primera se refiere al hecho de que las mujeres, pese a gozar de una mayor esperanza de vida que los hombres, muestran mayores índices de morbilidad, la segunda, al contraste que se observa entre el predominio numérico de las mujeres en el sector salud y su exigua representación en los niveles de decisión, prestigio y remuneración.

Es mi impresión que interrogantes, respecto a lo señalado más arriba, suelen ser poco enunciadas en el debate público y poco en lo privado, y sin embargo no podemos dejarlas de lado, no se puede ya restringir la salud de la mujer al ámbito reproductivo materno, ya que la contribución de la mujer

es central en la producción de la salud, a menos que creamos que el problema de la drogadependencia sea un comportamiento individual, y aún menos como resultado de una libre decisión.

Dada las numerosas cuestiones que se plantean en el presente trabajo se tomará como base para reflexionar sobre el espacio doméstico tal y cómo está diseñado en la familia tradicional. En este sentido, la familia, en sus diferentes formas de manifestación, es relevante, para reflexionar sobre sus modos de relación, sobre la producción de matrices de aprendizaje que conllevan en sí diferentes ideologías. Se tomará una postura integradora, en este aspecto, ya que se considera que solamente a través de una labor de revisión y de replanteamiento sobre la psicología y la psicopatología femenina con las cuales se ha operado en este campo, se podrá arribar a modelos paradigmáticos con los que operar en salud mental de mujeres.

Así encontramos que el desborde de las emociones que padecen algunas mujeres es percibida por sí mismas y por quienes lo rodean y muchas veces también por (profesionales de la salud) como un “problema”, una “falla en su personalidad”, que se debe remediar ya que las expectativas respecto a sus roles de género en el seno de la familia es la de mantener el equilibrio sensible, la armonía afectiva y este desfasaje es considerado como “enfermedad” que hay que medicar. A primera vista podría pensarse que las mujeres expresan más abiertamente sus problemas o piden más ayuda profesional. No obstante, los datos reflejan en verdad la vulnerabilidad a que están expuesta las mujeres, lo que ha sido demostrado en todos los países en lo que se han realizado estudios al respecto.

No es tarea fácil desde el punto de vista psicológico emprender este

trabajo y en esta problemática, con pretensiones de rigurosidad y claridad, pero quizás no sólo sea el resultado del esfuerzo personal sino también de una realidad. De qué es lo que se vino realizando en nuestro país, de cuáles son los modelos paradigmáticos con lo que operamos en este campo (salud mental de las mujeres). Se reconoce que todas las disciplinas científicas plantean un análisis de los supuestos básicos subyacentes con los que operan, por este motivo, se entiende, que la salud mental también ha de interrogarse acerca de ellos.

Se intentará, entonces, subrayar y reflejar que se trata de un problema grave, pero no de una condición inamovible y “sin salida”, sino de una situación que puede ser abordada y superada.

El propósito de este trabajo es el llamar la atención sobre un aspecto de la realidad frecuentemente ignorado, para realzar la necesidad de considerar los componentes de género -y su interacción con otras variables- tanto en el levantamiento de perfiles epidemiológicos de la población como en la planificación del quehacer diario del sector salud. Un enfoque de personas en un contexto, que permitirá articular lo estructural con lo situacional, lo general con lo singular; en síntesis una búsqueda de conocimientos críticos y no definiciones de verdades concluyentes y compactas.

El enfoque de género en salud permite visualizar las inequidades entre mujeres y hombres, y por tanto realizar intervenciones en correspondencia con las necesidades de cada sexo. A través de los tiempos, junto a cambios y transformaciones económicas, políticas y culturales, fue también cambiando el modo de relacionarse de hombres y mujeres, el lugar que cada uno de ellos ocupó, y las diversas formas de subordinación de la mujer. Reflexio-

nar sobre este asunto nos permite conocer cómo las diferencias biológicas fueron convirtiéndose y justificándose hasta llegar a ser desigualdades sociales. Hoy en día son muchos los que se preguntan porqué si las mujeres tienen iguales condiciones para enfrentar el desarrollo tecnológico y el trabajo científico, no hay actividad que no pueda cumplirse con igual eficiencia por hombres y mujeres. Persiste la cultura patriarcal y se pretende postergar en muchos lugares del mundo a la mujer, con una discriminación que no tiene ninguna base de sustentación. Vemos que cuando se produce un nacimiento hay un despliegue de expectativas, prescripciones y prohibiciones que van señalando cuales son los comportamientos esperados. Este conjunto de expectativas, aprobaciones y prescripciones, constituye el estereotipo de género el cual varía históricamente y se expresa de diferentes maneras.

Las diferencias sexuales ubican a las personas en un lugar distinto frente a los hijos, la pareja y el proyecto de vida, y esta diferencia muchas veces se traslada al plano social para justificar situaciones de desigualdad, derechos y obligaciones de hombres y mujeres.

En términos de equidad, el sector salud de muchos países del mundo se enfrenta a la exigencia de responder no sólo a las necesidades y riesgos particulares ligados a la función reproductiva que recae exclusiva o predominantemente sobre el sexo femenino, sino también a la desventaja social que como grupo exhiben las mujeres frente a los hombres, en relación con los niveles de acceso y control sobre los recursos y procesos para proteger su propia salud y la de los demás. Mínima ha sido, por tanto, la atención dirigida a aspectos de salud de las mujeres no vinculados directamente a su función reproductiva.

La reciente introducción de consideraciones de género en el análisis de la situación de salud, ha permitido visualizar las distintas maneras en que las construcciones sociales de lo masculino y lo femenino moldean diferencialmente los perfiles de salud y de participación sanitaria de mujeres y hombres. Estas desigualdades se manifiestan no sólo en términos de exposición diferencial de los riesgos, sino de manera fundamental, en la cuota de poder de que disponen mujeres y hombres para enfrentar dichos riesgos, proteger su salud e influir en la dirección del proceso de desarrollo sanitario. Dicha cuota, de manera generalizada, ha privilegiado a los hombres y ha situado a las mujeres en una posición de desventaja y subordinación. No son pocos los países del tercer mundo donde las mujeres tienen condiciones de vida más bajas que los hombres, carecen de derechos políticos y civiles, tienen problemas con el acceso a la educación, la salud y el trabajo, están sometidas a la violencia doméstica y prostitución como formas de discriminación. A pesar de lo logrado, ha prevalecido el enfoque biologista y medicalista, debido a que no se incorpora en toda su dimensión los factores sociales como determinantes del proceso salud-enfermedad. En este aspecto el enfoque de género es el método que permite desarrollar conocimientos concretos sobre la situación de las mujeres con respecto a los hombres en el mundo. Su sentido filosófico es, precisamente contribuir a visualizar las relaciones de poder y subordinación de las mujeres y conocer las causas que las provocan.

La diferencias que exhiben los sexos en términos de oportunidades, acceso y uso de los recursos que les permiten garantizar su bienestar y desarrollo humano son definidas como brechas de género, son construidas sobre las diferencias biológicas, y son el producto histórico de actividades y prácticas discriminatorias, tanto individuales como sociales e institucionales, que obstaculizan el disfrute y ejercicio equitativo de los derechos ciudadanos

por parte de hombres y mujeres. Aun persiste también en buena parte de nuestra población la concepción de que los hombres son más aptos para dirigir porque tienen más tiempo y menos dificultades personales, e incluso, más capacidad por naturaleza para dirigir, partiendo del obsoleto concepto de que la educación y el cuidado de los hijos es responsabilidad exclusiva de la mujer, al igual que las labores domésticas y el cuidado de los enfermos y ancianos de la familia.

Los problemas de la salud susceptibles de ser investigados con perspectiva de género, para la aplicación de acciones destinadas a alcanzar la equidad, deben considerar tres aspectos que se interrelacionan: las causas específicas de enfermedad y muerte, las etapas de la vida y las condiciones de vida. Ya que, a lo largo de la vida aparece diferenciado el perfil de salud para ambos sexos. El femenino, por ejemplo se encuentra afectado por las causas relacionadas con la vida reproductiva, anemia y malnutrición sobre todo en la menarquia, la menopausia y en los embarazos, otras de las causas que afectan más a las mujeres son la diabetes, la artritis, la colesistopatías y la hipertensión arterial. En cuanto al consumo de medicamentos son más propensas al consumo de tranquilizantes, además en el sexo femenino se observan con más frecuencia los problemas relacionados con la violencia intra-domiliar y los trastornos afectivos.

Por otra parte, en el sexo masculino, los accidentes cobran una marcada importancia, así como las enfermedades provocadas por el riesgo físico dado por la actividad laboral que realizan y el cáncer de pulmón, este último por el hábito de fumar y las consecuencias del consumo de drogas y el alcohol. En otro sentido, el control de la natalidad recae mayormente sobre la mujer con el uso de anticonceptivos como dispositivos intrauterinos, píldoras,

diafragmas y esterilizaciones quirúrgicas fundamentalmente, mientras los hombres utilizan el condón, rara vez se someten a esterilizaciones quirúrgicas.

Las mujeres alcanzan una esperanza de vida más elevada que los hombres, sin embargo, la longevidad femenina está acompañada en muchas ocasiones por mala calidad de vida y pérdida de salud, que comienza a manifestarse desde edades más jóvenes. La diabetes, las enfermedades cerebro-vasculares, la osteoporosis, la incontinencia urinaria, la artritis reumatoidea y los trastornos depresivos afectan frecuentemente a las mujeres.

“Mucha agua ha corrido bajo el puente” de la historia nos dice Clara Coria⁴⁶ en su libro... «el amor no es como nos contaron... ni como lo inventamos. Y las mujeres han avanzado notablemente en el reconocimiento de sus derechos, de esto no cabe duda, y sin embargo, en el terreno amoroso, en el delicado ámbito de la subjetividad, las cosas no se presentan tan claras. No son pocas las mujeres que hacen del amor una entrega absoluta e incondicional, creyendo que de esa forma protegen la “armonía hogareña” o que se mantienen en un “prudente” segundo plano, confundiendo así amor con auto postergación. Son creencias que circulan en un plano inconsciente, y que han sido incorporadas a la subjetividad como naturales porque son avaladas por una sociedad que quiere hacer creer que las postergaciones y la incondicionalidades femeninas no tienen costos».

Pero esa concepción del amor de pareja que confunde amor con cuidado excesivo -sostiene Clara Coria- está construida a imagen y semejanza del amor maternal. Muchas mujeres cuidan a los hombres como si fueran madres, pero les reclaman como padres. Tomar “conciencia” de estos “malentendidos” es el primer paso para desterrar actitudes que, lejos de con-

solidar los vínculos amorosos, siembran los terrenos del desamor.⁴⁶

Con estas consideraciones en mente me he planteado preguntas como: ¿El consumo de sustancias psicoactivas entre las mujeres está asociado a la construcción de una imagen de la mujer como persona más débil, pasiva y dependiente? ¿Existe alguna relación entre el consumo de las benzodiazepinas en las mujeres y los estereotipos de géneros? ¿Cómo definimos las benzodiazepinas? ¿Existe relación entre las condiciones de vida y los síntomas que muchas veces las aquejan? ¿Cuánto de postergación de los sentimientos, de sus deseos y en definitiva de sí mismas hay en la historia de vida de estas mujeres? ¿Sus atrincheramientos en un modelo tradicional de mujer están forjado en un gran miedo y una falta de confianza en sus propios recursos? ¿Por qué consumen psicofármacos casi el doble de mujeres que de varones? ¿Esta situación constituye una forma específicamente femenina de drogarse? ¿Por qué la mayoría de las consultas psicológicas son femeninas? ¿La transformación de los medicamentos en bienes de consumo ha terminado por engendrar una sociedad medicalizada? ¿La industria farmacológica necesita una sociedad enferma? ¿Necesita que la gente se sienta enferma, porque si la gente está sana no vende? ¿Cuáles son los conceptos de salud con lo que operan los profesionales de la salud? ¿El sistema de salud dominante no ha llegado todavía a interesarse suficientemente en la especificidad del padecimiento femenino? ¿Se persiste en paradigmas asistencialistas que sostienen la fragilidad emocional femenina? ¿Muchas mujeres se deprimen por las consecuencias que les acarrea ser muy femeninas? ¿Son las tasas de trastornos mentales mayores en mujeres que en hombres? ¿Las tasas mas altas de ansiedad y depresión en mujeres son el resultado de un estereotipo sexual o de su posición social desventajosa, o debido a una mayor vulnerabilidad biológica? ¿Cómo juega el rol de genero de las

mujeres como agente de salud del resto de su familia y, en consecuencia, su contacto mas frecuente con los médicos en la mayor prescripción de drogas psicotrópicas? No obstante el papel central que, indiscutiblemente, han desempeñado las mujeres a través de la historia del desarrollo de la salud (de un alto impacto histórico para el desarrollo y gestión de la salud dentro de núcleos informales familiares y comunitarios), contribuciones a la calidad de vida y a la vida misma permanece sin ser valorado como debe, casi invisible, porque aún se considera una expresión intrínseca de la “función natural” de su sexo. Se considera sumamente relevante la descodificación que logremos realizar los profesionales de la salud que trabajamos con mujeres ya que, según como nombremos y expliquemos lo que sucede, serán las respuestas que consideremos oportuno ofrecerles.

Consideraciones que permiten inferir que la inclusión del género resulta fundamental para poder abordar el tema de la mujer y el consumo de las benzodiazepinas desde una perspectiva que puede dar cuenta de su especificidad en importancia.

DROGAS LEGALES - LOS PSICOFÁRMACOS

Los psicofármacos forman parte de un amplio grupo de sustancias farmacológicas denominadas “drogas legales”, desarrolladas en todo el mundo a partir de la Segunda Guerra Mundial, junto con el avance de nuevas tecnologías destinadas a la protección de la salud. En este sentido podemos considerar los psicofármacos como una parte de las nuevas tecnologías que pretenden incidir sobre la salud mental de las mujeres.

La expansión del mercado farmacéutico ha tenido profundas consecuencias en la vida y en la salud de las personas. Por un lado el descubrimiento de nuevas drogas facilitó progresos significativos en la terapéutica de muchas enfermedades, por otro lado, la transformación de los medicamentos en mercancía común dentro del mercado de consumo, hizo que su demanda fuese estimulada artificial e intensivamente, resultando una nueva tecnología de producción industrial de medicamentos, que trae de manera creciente graves problemas, ya sea respecto de la efectiva necesidad de consumo, promovida por las empresas productoras, y muchas veces con poco o ningún control por parte de las autoridades sanitarias que termina por engendrar una sociedad medicalizada.

Estos medicamentos se denominan también “drogas psicotrópicas”. Actúan sobre el sistema nervioso central y producen efectos que alteran los estados mentales (especialmente las emocionales) y por ello producen cambios en la conducta.

Estos medicamentos son buscados por sus dos efectos principales: sedante y estimulante.

Los más ampliamente utilizados por las mujeres son los que actúan como tranquilizantes.

Estas drogas pueden dividirse en cuatro grupos principales²⁵:

1. Tranquilizantes mayores: son utilizados para tratar las perturbaciones del pensamiento, especialmente cuando van unidos a la acción (tal como se produce en algunos casos de esquizofrenia). No nos ocuparemos de ellos, ya que su uso no es el que nos preocupa en

las mujeres de nuestro estudio.

2. Antidepresivos: muchas píldoras antidepresivas se prescriben en las depresiones severas (a menudo llamadas psicóticas o endógenas). A causa de sus efectos colaterales sedantes, a menudo se las indica como píldoras para dormir, aún cuando la depresión puede no ser lo suficientemente severa como para justificar su uso. Aunque es probable que los antidepresivos no provoquen adicción desde el punto de vista fisiológico, pueden ser psicológicamente muy atractivos y por lo tanto, difíciles de abandonar.
3. Litio: esta droga tiene una categoría propia por su estructura y sus mecanismos de acción. Se la utiliza en las enfermedades maniaco-depresivas.
4. Tranquilizantes menores: este término fue acuñado esencialmente para diferenciarlos de los tranquilizantes mayores, pero tienen muchos nombres: ansiolíticos, sedantes, hipnóticos.

Los grupos principales de tranquilizantes mayores son:

- Benzodiazepinas: en nuestro medio incluyen diazepam, nitrazepan, lorazepam, bromazepam y otros cuyos nombres comerciales más conocidos son: Lexotanil, Valium, Trapax.

Todos los otros sedantes, hipnóticos, ansiolíticos, incluyendo meprobamatos, barbitúricos etc.

Un poco de historia respecto a las benzodiazepinas

La más amplia línea mundial de tranquilizantes menores, las benzodiazepinas, fue creada durante la investigación emprendida en los Es-

tados Unidos, entre 1957 y 1963, para desarrollar una droga antiinfecciosa.

El descubrimiento realizado no resultó adecuado para el objetivo previsto, pero en cambio se reveló como un eficaz relajante muscular. Lo que comenzó con el producto denominado librium, fue testeado primero en un tigre siberiano de un zoológico, resentido por su cautiverio, que debía ser mantenido en calma, pero conciente y alerta. Esta línea de investigación llevó luego al diazepam, que se convirtió en la droga más recetada en el nivel mundial, y a muchos otros productos similares, que rápidamente fueron empleados para tratar las perturbaciones en las mujeres.

Hasta la aparición de estos medicamentos, los sedantes y somníferos, recetados por los médicos procedían de una familia de fármacos conocidos como *barbitúricos*, pero estos tenían grandes desventajas. Aunque resultaban eficaces para sedar o inducir el sueño, en dosis elevadas era peligroso, incluso una pequeña sobredosis de barbitúricos podía resultar fatal, además creaban hábitos.

En cuanto pudo disponerse de las benzodiazepinas, éstas pronto sustituyeron a los barbitúricos.

Estos nuevos tranquilizantes fueron muy promocionados como “drogas maravillosas”, ya que se consideraba que tenían todas las ventajas y ninguna de las desventajas de las anteriores, como por ejemplo, la de no ser adictivas. Las investigaciones realizadas años después revelaron que este supuesto no se cumplía. Su utilización extensa e indebida es causa de honda preocupación en varios países, a partir de la década del 80.

Acciones farmacológicas: la mayor parte de las benzodiazepinas

producen ansiólisis, sedación, hipnosis, efectos anticonvulsivantes y miorelajación central. Las diferencias entre ellas no son sustanciales, pero a la vista de su eficacia relativa para algunos de estos efectos y de sus propiedades cinéticas, algunas pueden tener una indicación más clara en una determinada circunstancia clínica. De todos modos, el excesivo número de productos existentes en el mercado invita a exagerar propiedades y extremar conveniencias clínicas con fines meramente publicitarios.

Acción ansiolítica: en personas sanas y a dosis terapéuticas, no alteran la realización de ejercicios físicos o mentales, pero a dosis mayores y en función del ambiente y del producto empleado causan sopor, letargia, sueño, ataxia y debilidad muscular. En los pacientes con ansiedad alivian tanto la tensión subjetiva como los síntomas objetivos: sudor, taquicardia, molestias digestivas, etc. En ciertas personas, a la vez que alivia la ansiedad, pueden aumentar los signos objetivos de irritabilidad y hostilidad.

Las benzodiazepinas constituyen el tratamiento de elección de los trastornos de ansiedad generalizada (TAG).⁸⁷ Aunque los trastornos de pánico son menos sensibles a la acción ansiolítica de este grupo de fármacos, el alprazolam y otras benzodiazepinas con una elevada potencia (clonazepam, lorazepam) también se han mostrado eficaces en estos trastornos.

Efectos colaterales: las benzodiazepinas fueron lanzadas al mercado inicialmente como drogas “seguras” y como una alternativa al uso de los barbitúricos. Se pensó que eran más seguras que estos últimos porque eran más difíciles de sobredosificar. No obstante a causa de su acción sobre el sistema nervioso central, también tienen efectos colaterales, no deseados, de los cuales los más habituales son: somnolencia, visión borrosa, incoordinación y

torpeza motrices, dificultad en la concentración y la memoria, humor depresivo, irritabilidad, cambios en los hábitos del sueño. Estos efectos pueden presentarse después de una única dosis y también con dosis repetidas, su severidad depende de la dosis ingerida y del organismo del individuo, además puede ser agravados por el uso de otras drogas, tales como el alcohol.

A menudo se observa también amortiguación de los afectos, disminución del deseo de iniciar o mantener contactos sociales y pérdida de la motivación. En situaciones peligrosas en donde se requiere la acción de reflejos rápidos, la pasividad asociada con estos efectos puede ser contraproducente. Esto se ha observado particularmente en las mujeres maltratadas que toman tranquilizantes, y que manifiestan su dificultad para alejarse de la relación abusiva de maltrato, además de la falta de reflejos para evitar los golpes. También se han observado reacciones paradójicas a los tranquilizantes, los que, en lugar de sedar, provocan ira o furia.

Dependencia: aún cuando habitualmente se recomienda que estas drogas no deberían utilizarse durante más de cuatro semanas para que su acción resultase eficaz, sin embargo, los estudios realizados comprueban que la mayoría de las mujeres a quienes se les prescribió alguna variedad de benzodiazepinas la siguen utilizando uno o más años.

Se considera que una persona ha desarrollado dependencia de droga cuando:

- Confía en los tranquilizantes para desarrollar su vida habitual.
- Necesita tomarla cuando debe enfrentar alguna situación inusual respecto de la cual considera que está más allá de su capacidad habitual para afrontarla.
- Ha desarrollado algún tipo de tolerancia o acostumbramiento a la

droga y necesita aumentar cada vez la dosis para obtener el mismo efecto.

Es muy probable que todavía muchas personas, entre ellas los médicos que las prescriben, consideren que no son las drogas en sí las que tienen propiedades adictivas, sino que la dependencia se produce exclusivamente por ciertas características personales de quien las utiliza (aumento excesivo de la dosis, efecto atribuido a la droga u otros factores individuales) desconociendo o desestimando el valor adictivo que tiene la droga en sí.

Deprivación por la suspensión de la droga (síndrome de abstinencia): estos términos se utilizan para describir los efectos físicos o psicológicos que se producen cuando una persona dependiente de una droga intenta dejar de tomarla.

Con los tranquilizantes menores, los síntomas de abstinencia también dependen del tipo de droga, de la magnitud de la dosis, y de cuanto tiempo ha sido ingerida. A menudo los síntomas son semejantes, a veces más graves, que los observados cuando se prescribió por primera vez, superar este tramo del síndrome de abstinencia constituyen uno de los trabajos más difíciles y dolorosos, y raramente se lo logra sin ayuda profesional. Esta es una de las tareas más comprometidas. Los síntomas que componen el síndrome de abstinencia pueden incluir:

- Ansiedad, hiperactividad psicomotriz, sentimientos de pánicos, temores claustrofóbicos, insomnio “de rebote”, síntomas físicos tales como temblores, sudoración exagerada, náuseas y dolor o contracturas musculares.
- Distorsiones de la percepción, incluyendo hipersensibilidad a los estímulos (especialmente visuales, auditivos, olfatorios, táctiles y

gustativos); sensaciones corporales “raras” (por ejemplo, hormigueo en la piel); ideas persecutorias; sensación de extrañamiento corporal.

- Se han descrito problemas de tipo de ataques, similares a los epilépticos, en el caso en que la droga ha sido tomada durante mucho tiempo, en dosis muy elevadas y se la abandona abruptamente.

Todos los estudios realizados sobre la privación de este tipo de drogas describen rasgos diferenciales según se trate de fármacos de acción rápida o prolongada²⁵.*

La mayoría de los estudios realizados revelan la actitud patriarcal con que se trata el malestar de las mujeres. Uno de los efectos de esta situación consiste en que, al acceder a la consulta médica, las mujeres son percibidas como el “el problema” y la droga que se prescribe como la “solución”. Más que la búsqueda de las causas que originan los síntomas, se apunta a ofrecer una droga que rápidamente los acalle. Me pregunto si compete al sistema médico atender consultas por problemas derivados de las condiciones de vida de las mujeres, aun cuando estos problemas se expresen como trastornos de salud. Quizás no sea de incumbencia del sistema médico, sino del sistema social más amplio en el cual está inserto nuestro sistema médico, en todo caso debemos pensar en ampliar los criterios y recursos de salud, sin reducirlo a los estrechos límites del sistema médico dominante.

Pero lo cierto es que, mientras tanto, nuestra realidad revela que la

* Se denominan drogas de acción rápida a las que producen efectos a corto plazo, y que son eliminados del organismo dentro de 12 horas ingeridas. Las drogas de acción prolongada se caracterizan por tener efectos que se prolongan durante cierto tiempo; son eliminadas del organismo pasadas las 24 horas de ingeridas.

mayoría de las mujeres se auto perciben como enfermas y suponen que la consulta medica aliviará sus conflictos.

DATOS RECIENTES:

Los países que estudiaron más a fondo esta problemática fueron los Estados Unidos, Canadá, Inglaterra y Australia. Las pautas de consumo de los psicofármacos, especialmente de las benzodiazepinas, fueron coincidentes en todos ellos: los estudios indicaban que los psicofármacos se prescribían entre el 10 y el 20% de la población en el curso de un año, hacia mediados de los años 70.²⁵

Desde entonces, la relación entre hombres y mujeres recetados con tranquilizantes ha sido siempre de dos a uno: el doble de mujeres que de hombres toman psicofármacos.

En Australia, un estudio realizado en 1979 halló que el 25% de la población muestreada había tomado drogas psicotrópicas durante el año anterior a la entrevista. En Estados Unidos, los datos más tempranos disponibles sobre el uso de tranquilizantes entre mujeres datan de 1970-71. Las cifras mostraban que entre las mujeres de 18 a 29 años, el 12% había utilizado tranquilizantes el año anterior; entre las de 30 a 44 años, el 21%; entre las de 45 a 59 años, el 22%; y la cifra se elevaba al 25% entre las mas de 60 años. El problema se agudizaba a medida que las mujeres avanzaban en edad. Los estudios de 1980 indicaron que la cantidad de prescripciones de psicofármacos de este tipo alcanzaba la cifra de 100 millones. Los datos de Canadá sobre estudios de psicotrópicos en 1981 mostraban que el 13,7% de las mujeres de 45 a 64 años tomaban tranquilizantes o remedios para dormir.

En nuestro país hay un marcado sub-registro de datos de este tipo. Sin embargo, una investigación realizada en 1979-1981 en la población de la ciudad de Buenos Aires y el conurbano, revela que el uso de psicofármacos alcanzaba el 6,60% en los varones y 9,72% en las mujeres. Como podemos apreciar, también en esta muestra se observa la proporción de dos mujeres por cada varón que consume psicofármacos.

Un estudio más reciente arroja datos de la provincia de Buenos Aires que indican que la utilización de psicofármacos ha ido aumentando en los últimos años.²⁵ Revela que “uno de cada dos argentinos consume psicofármacos” y que aproximadamente el 80% de la adicción en nuestro país está provocado por el abuso de las llamadas “drogas legales”. Esta denuncia incluye el dato de que gran cantidad de estas drogas se venden en farmacias mediante recetas apócrifas. En cuanto a la cantidad abusiva de recetas auténticas considera que las raíces de este problema tienen que ver con un modo de asistencia médica que tiende a no escuchar adecuadamente al paciente para comprender el verdadero origen del problema por el cual consultan, sino a recurrir a la prescripción como tratamiento estándar. En nuestro país los datos con que contamos son fragmentarios y dispersos, casi en su generalidad no contemplan la especificidad femenina en el uso de psicofármacos.

A partir de los años 70, varios grupos pertenecientes al movimiento de mujeres, a la promoción de la salud y los preocupados por el consumo de psicofármacos focalizaron la atención sobre el uso abusivo de tranquilizantes por parte de las mujeres, especialmente de mediana edad y mayores. En su mayoría los estudios se han centrado en:

- Denunciar la actitud lucrativa de los laboratorios productores de psicofármacos, que encuentran en las mujeres un mercado consu-

- midor preferencial, y hacia el cual dirige su publicidad específica.
- Resaltar la complicidad de los médicos con los laboratorios, quienes no parecen interesados en hallar nuevas alternativas terapéuticas para las mujeres que los consultan, así como un marcado sexismo discriminatorio en sus modos de escucharlas y prescribirlas.
 - Analizar las condiciones de vida de las mujeres, especialmente el trabajo de ama de casa, la maternidad y el envejecimiento- que constituyen factores estresantes o depresógenos.

En nuestro país, debido a esta particular comprensión del sistema de salud, se dedica un amplio porcentaje de gastos a medicamentos. Algunos estudios indican que la asignación designación de recursos para el sector sanitario y los medicamentos son inadecuados.

Se destaca que la modalidad asistencial y de prestación del servicio es hegemónica y prioriza lo curativo, recuperativo, especializado y complejo por encima de lo preventivo, produciéndose deformaciones en el sistema de salud que se van ahondando cada vez más, mientras el sector continua inmerso en la crisis que tiene como factor final a la comunidad. También se describe una alta dosis de irracionalidad en la asignación y distribución de los recursos. Los psicofármacos son perfectamente reemplazables por otros recursos en salud mental, no así los antibióticos. Me pregunto una vez más ¿es irracional semejante dispositivo en salud, o bien estamos ante una racionalidad singular? ¿Será otra racionalidad de la que deberemos desentrañar sus causas y sus efectos, la que lleva a considerar imprescindibles a los psicofármacos en las actuales políticas sanitarias? ¿Cuál será la racionalidad aplicada en un país con graves problemas económicos como la Argenti-

na con altísimas tasas de trastornos de desnutrición y de enfermedades infecciosas, para incluir entre los diez productos más vendidos dos ansiolíticos del grupo de las benzodiazepinas? Hay un derroche de recursos, pues disponemos de notable abundancia de profesionales con suficiente capacidad y formación como para aplicar criterios no tradicionales a tales problemáticas (por ejemplo prevención y promoción de la salud mental mediante una variedad de técnicas grupales, comunitarias, etc.) es decir, recursos no–medicamentosos exclusivamente.

En el caso específico de las mujeres, se trataría de promover la capacitación de los recursos humanos sobre la base de los ya existentes como una adecuada sensibilidad y conocimientos de la especificidad femenina en sus necesidades de salud y en sus modos de enfermar, por ejemplo mediante la creación de grupos de reflexión, de autoayuda, de redes vecinales y comunitarias, etc.

EL CONSUMO DE TRANQUILIZANTES EN EL COLECTIVO FEMENINO

En Canadá, uno de estos grupos describe un afiche de una campaña publicitaria dirigida a los médicos, en el cual se ve a estos observar a una mujer como si estuviera encarcelada detrás de barrotes hechos con escobas y cepillos, con la frase: “Usted no puede liberarla, pero puede ayudarla a que se sienta menos ansiosa”, y ¡y prescribe un tranquilizante!.²⁵

En nuestro medio, E. Giberti⁹⁴ describe un folleto publicitario de un laboratorio que recomienda la prescripción de lorazepan y propone transformar a una ama de casa acorralada, angustiada y desesperada por las urgen-

cias del trabajo doméstico y la atención de su familia, en una dama pacífica, tranquila... pero estupidizada por la droga.

Estas mujeres desempeñan roles de género femenino que normatizan sus vidas cotidianas, estos roles les asignan tareas y preocupaciones que las sitúan dentro de contextos difíciles de enfrentar. Antes las “situaciones de contextos difíciles” (también llamadas estresantes), las mujeres reaccionan con afectos desbordantes, imposibles de controlar. Las situaciones de contexto más arduas de resolver se refieren especialmente al rol de género materno, de ama de casa, y de trabajadora extra doméstica. En el caso de las mujeres motivo de estudio son mujeres que acuden a un clínico general por sus dolencias y suelen recibir la prescripción de un tranquilizante. En ocasiones (no siempre) son derivadas al servicio de salud mental, en general el sistema de salud no contempla otras alternativas para la consulta de estas mujeres, la medicalización es una constante, suelen realizar el mismo recorrido por consultorios médicos (visitan al médico clínico, o al ginecólogo o al gastroenterólogo y, finalmente al psiquiatra) recibiendo respuestas similares. Una variante es que a pesar de los problemas económicos que pueden tener las familias aun conservan la actitud de cuidar de su salud mediante el uso de remedios prescritos por el médico, así, se observa que son varios los recursos que ponen en práctica como el de recortar una suma de dinero de los gastos diarios, para comprar la medicación, o mediante la colaboración de algún hijo mayor.

No es suficiente plantear si esta especificidad de las mujeres en el uso de psicotrópicos es abusiva, injustificada, inapropiada, tanto en lo que respecta a ellas mismas como al sistema médico que las prescribe. Debería contemplarse el planteo interrogándose sobre problemas adicionales tales

como: ¿qué papel desempeñan las relaciones entre los géneros, en esta problemática?

Todas estas preguntas pueden explicar porque las mujeres integran el grupo humano que toma más tranquilizantes. Pero no son necesariamente justificaciones. Muchas cosas no deben andar bien en nuestra sociedad para que una de cada diez mujeres adultas necesite drogarse para hacer frente a su vida diaria.

No son pocas las mujeres que asumen la exclusiva responsabilidad de mantener la armonía que, en realidad, corresponde a todos aquellos que participan de la situación. Todos sabemos -aunque pocos lo explicitan- que estar a cargo de la armonía familiar no deja de ser una tarea adicional al complejo arte de vivir y de amar. Es posible comprobar en la vida cotidiana que muchas mujeres están convencidas de que “hacer todo lo que deberían” consiste en satisfacer las demandas ajenas como si ello fuera el más genuino “acto de amor”. La famosa “armonía conyugal” erigida en piedra fundamental del amor de pareja, puede llegar a convertirse en una imposición que empaña la percepción de carencias reales dentro de la familia.

Una mujer comentaba, en la consulta:

“mi marido está muy centrado en su trabajo y el fútbol, y nunca tiene tiempo para hablar con nuestro hijo varón que ya es adolescente, yo hablé con él de sexo y todo por las dudas vió- yo trato de cubrir los agujeros que deja mi marido en su función paterna para mantener la armonía, pero la verdad es que los conflictos no desaparecen porque mi marido no asume su función de padre...”

Estos son algunos de los comentarios que dan cuenta de numerosas confusiones que circulan cotidianamente empastando las expectativas sobre el amor y entrapando al mismo tiempo a las personas. Por ejemplo, a menudo se da por sentado que la falta de amor es el origen de los conflictos, cuando en realidad los conflictos tienen múltiples orígenes y a veces poco tiene que ver con el amor en la pareja. Ella pensaba, que “seguramente ella no hacía todo lo que debía”. Es casi lo mismo que afirmar que el dinero es la causa de las desavenencias, cuando en realidad, el dinero lo único que hace -en su calidad de recurso de poder- es poner en evidencia las ambiciones personales y la manera con que cada uno las resuelve dentro de la pareja, creyendo erróneamente que el amor se preserva ante la ausencia de conflictos, muchas mujeres tienden a encubrirlos en lugar de abordarlos. La idea de que los conflictos desaparecen cuando se los niega son resabios infantiles del pensamiento mágico de cuando los niños creían volverse invisibles por esconderse debajo de las sábanas. En lo que al amor dentro de la pareja se refiere, es bastante frecuente comprobar que no son pocas las mujeres que adhieren inconscientemente a una modalidad “tapadora” lo que las lleva a concretar sobreadaptaciones y a realizar toda serie de malabarismos para amordazar los conflictos latentes.

Otra confusión que entorpece el engranaje amoroso es la pretensión de mantener la armonía a cualquier precio, sin reparar que cuando los costos son excesivos, el resultado va a ser, inevitablemente, la pérdida del amor, es decir la pérdida de lo que se pretendía proteger.

No es suficiente plantear si esta especificidad de las mujeres en el uso de psicotrópicos es abusiva, injustificada, inapropiada, tanto en lo que respecta a ellas mismas como al sistema médico que las prescribe. Debería

plantearse el planteo interrogándose sobre problemas adicionales tales como: ¿Son las tasas de trastornos mentales mayores en mujeres que en hombres? ¿Las tasas más altas de ansiedad y depresión en mujeres son resultado de un estereotipo sexual, o de su posición social desventajosa, o debido a una mayor vulnerabilidad biológica? ¿Cómo juega el rol de género de las mujeres como agentes de salud del resto de su familia y, en consecuencia, su contacto más frecuente con los médicos, y en la mayor prescripción de drogas psicotrópicas? Y una pregunta que resulta particularmente interesante, ¿Qué papel desempeñan las relaciones entre los géneros, en esta problemática? Todas estas preguntas pueden explicar por qué las mujeres integran el grupo humano que toma más tranquilizantes.

En nuestro país sólo en la década del ochenta comenzó a vislumbrarse este tema problemático, siendo objeto de una tibia atención por parte de instancias oficiales, con apenas alguna mención en Congresos o Encuentros de Salud que presentaban nuevos criterios para definirla. Por cierto que es necesaria una actitud de apoyo más firme a la investigación de este fenómeno, acompañada de una clara denuncia acerca de 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 problemática en los programas de salud de mujeres, mediante estudios y planes de acción que apunten a mejorar los criterios de promoción y preservación de la salud. Aún cuando muchos de los medicamentos que se define como benzodiazepinas se describen como no adictivos, los estudios realizados indican que cualquier persona que los tome, incluso en dosis muy bajas, durante más de 3-4 meses, corre el riesgo de volverse fisiológicamente adicta. Este es uno de los puntos centrales en que se ha focalizado la acción de los diversos grupos de salud de mujeres, al abordar esta problemática. Se puede señalar tres puntos centra-

les en los programas de acción de tales grupos:

- 1- Efectos colaterales;
- 2- Dependencia;
- 3- Problemas de privación por suspensión de la droga (síndrome de abstinencia).

Sería bueno recordar que la armonía en general y la de la pareja en particular, es un puerto de destino y no de partida. Es decir que es producto de un quehacer en este caso compartido que no se alcanza por decreto sino por consenso.

Capítulo 4

LÍNEAS TEÓRICAS Y FUNDAMENTACIÓN

Casi todos los seres humanos comparten la creencia de que existe una “verdadera realidad”, una única realidad, la misma para todos. El método sistémico es obra de Gregory Bateson⁸, que introdujo los conceptos de la cibernética en el campo de la psicoterapia, ya que siempre se había trabajado exclusivamente sobre el individuo, allí comenzaba y terminaba todo tratamiento, Bateson estudió, las dificultades psiquiátricas desde el punto de vista de la antropología se preguntó: ¿en que sistemas de relaciones humanas puede encajar un determinado comportamiento? ¿Cómo pudo mantener el equilibrio ese sistema a pesar de esa “conducta loca”? ¿O acaso ese sistema de relaciones necesitaba ese comportamiento? Fue esta disciplina la que empezó a estudiar la interacción en lugar de la causalidad lineal, unidireccional, que transita del pasado hacia el presente, impuso la noción de sistema, en éste todo está presente y se mantiene por retroalimentación.

Así los autores constructivistas Von Glaserfeld y Gergen manifiestan que la realidad es múltiple, diversa, no hay una sola verdad, ni un solo camino para llegar a ella. La función del conocimiento es adaptativa, sirve para organizar el mundo de la experiencia, para trazar el mapa de los caminos en acción de cada persona.^{93,179}

Se adhiere al pensamiento de Franco Ferratotti⁸² cuando dice que la especificidad del método biográfico es su historicidad, unicidad, y su subjetividad inmanentes, características - *a pesar de las cuales* - y probablemente gracias a ellas la biografía conserva su valor heurístico, de esta manera la historia de vida aparece como una herramienta valiosa.

El sentido de la identidad, tal como la fórmula Erik Erikson (1902-1989)⁷⁶, se sienta en la memoria autobiográfica que sostiene la estabilidad y la continuidad. Él y otros investigadores demostraron que el patrón general de los hechos se adapta a diferentes épocas y culturas y a la mayoría de nosotros nos resulta familiar; en otras palabras su teoría se establece como uno de los paradigmas más importantes dentro de las teorías de la personalidad. Erikson es un psicólogo del Yo freudiano, no obstante está bastante más orientado hacia la sociedad y la cultura, estableció que el desarrollo funciona a partir de un principio epigenético y sus ocho fases del desarrollo que se extendían a todo lo largo del ciclo vital y nuestros progresos a través de cada estadio esta determinado en parte por nuestros éxitos o por los fracasos en los estadios precedentes. Como si fuese el botón de una rosa que esconde sus pétalos cada uno de estos se abrirá en un momento concreto con un cierto orden que ha sido determinado por la naturaleza a través de la genética. Postula en su teoría el desarrollo de la identidad personal.

Desde el Interaccionismo simbólico se hace referencia a la noción de *sí mismo (self)* como el núcleo de la experiencia consciente en que el sujeto se reconoce desde los otros, interpreta la realidad y proyecta la acción. El constituyente del self son los otros, objetos directos de la experiencia humana, objetos y símbolos que construyen la representación social. La estabilidad del self, el sí mismo, estaría configurada por la estabilidad de las redes sociales y la familiaridad del entorno.

Para el propósito de este trabajo la identidad esta conceptualizada como un sistema internalizado que representa una organizada e integrada estructura física que requiere la distinción y el desarrollo mental entre el sí mismo interior y el sí mismo exterior-social.

Por otra parte, la entrevista ofrece una situación de comunicación excepcional, liberada de las restricciones que pesan sobre la mayoría de los intercambios cotidianos y ofrece alternativas que incitan a expresar insatisfacciones, malestares, faltas o demandas que el entrevistado descubre al expresarlas. Cuestiones que sólo tienen acceso a la conciencia -es decir al discurso explícito- mediante un trabajo que apunta a sacar a la superficie esas cosas enterradas en quienes las viven, que no las conocen, a la vez que, y en otro sentido, las conoce mejor que nadie. Es la forma de máxima implicación entre quien entrevista y la persona entrevistada. El relato de vida (RV) “completo”, es decir, tratado de la totalidad de la historia del individuo, comenzará por su nacimiento, incluso por la historia de los padres, su barrio, en síntesis por los orígenes sociales, así pues en cada período de esta historia el relato describirá no sólo la vida interior del sujeto y sus acciones, sino también los contextos interpersonales y sociales.

Cada uno de nosotros tiene para sí un relato de su propia vida y además cuenta historias, todas verídicas para sí mismo, que extrae de su biografía.

Al trasladar estas narraciones, se fijan recuerdos, eliminan ciertos desgarros internos, crea una identidad, retoca de forma sucesiva, y se va dando consistencia a sentimientos de la existencia, se otorga significación porque se justifica y carga de congruencias actuaciones pasadas.

La representación del mundo y aun la propia identidad, no se corresponden con una descripción estática y fija sino que son una historia viva o dos versiones de la misma historia, que se desplazan evolutivamente al ritmo y compás con que el propio narrador se desplaza por el tiempo.

Los discursos, tanto como los relativos al individuo, son múltiples, diferentes y todos válidos, ya que parten de puntos de vista, prácticas e historias distintas. Así en el plano individual, las historias acerca de ellos mismos que fabrican con su familia son muy diferentes entre sí, no es el mismo relato el que se mantiene con la madre que con el hijo y, a su vez, estas historias familiares son distintas de las fabricadas con los jefes, vecinos o con los terapeutas.

Hoy en día, dentro del mundo de la psicología, nadie discute el carácter constructivista que tiene toda percepción, casi nadie pretende tener la verdadera impresión de nada, después que la Teoría de la Forma ha demostrado la contundencia de las leyes de proximidad semejanza, figura-fondo, pregnancia y completamiento.

El recurso de RV resulta así particularmente eficaz, porque esta forma de recolección de datos empíricos lleva a la formación de trayectorias, lo que permite captar mecanismos y procesos por los cuales los sujetos han venido a encontrarse en una situación dada, y como se esfuerzan para enfrentar esa situación ya que los individuos son primordialmente productos (aunque también productores) de las particulares configuraciones sociales en las que han desplegado sus vidas.

Medicadas algunas, automedicadas otras, en tratamientos “psi” unas, en consultas permanentes a medicina general y ginecologías otras, en grupos comunitarios y sociales, en espacio de autoayuda. Buscan un espacio a sus sufrimientos, necesitan poder comprender y transformar su queja en acción para un cambio, buscan afecto, temen quedarse solas, se sienten solas, se sienten “incompletas” insatisfechas, no saben que desean, necesitan saberlo, pero tienen miedo.

Si bien no todas las personas que usan sustancia psicoactivas acaban siendo adictas, el abuso y/o dependencia de estas sustancias originan problemas de salud. La Asociación Psiquiátrica Americana (APA) ha definido las adicciones con mucha especificidad, de hecho el término oficial para describir una adicción es “dependencia a sustancias” (Beck, Wrigh, Newman y Liese 1993)⁴. Definición que deja afuera las adicciones no químicas.

Por un lado podríamos definir el concepto de psicofármaco como: sustancia química exógena no necesaria para el funcionamiento celular normal que altera significativamente el funcionamiento de las células del sistema nervioso cuando se toma en dosis relativamente baja.

Los mensajeros químicos producidos por el organismo no son fármacos, pero las sustancias químicas que mimetizan sus efectos son clasificadas así. La definición de fármaco excluye los nutrientes esenciales (proteínas, grasas, carbohidratos, minerales y vitaminas). La definición específica que los fármacos tienen efectos a baja dosis, ya que prácticamente cualquier sustancia, incluida la sal de mesa, puede alterar el funcionamiento de las células si se toma en grandes cantidades.

La vía de administración de los psicofármacos puede ser tanto endovenosa como oral, sublingual, rectal, inhalada o tópica. Así mismo la dependencia es la existencia de un grupo de síntomas cognitivos, comportamentales, sociales y fisiológicos que indican que el individuo consume a pesar de la aparición de problemas significativos relacionados con su consumo.

Haddson (1985) afirma que si alguna mujer acude al médico solicitando un tratamiento por encontrarse “nerviosa” lo más probable es que el médico le recete tranquilizantes.¹⁰⁴ Es más, el abuso de psicofármacos puede presentar problemas diferentes y requerir distintos métodos de tratamiento que en el caso de los hombres. Muchas veces son los médicos de cabecera los que suelen recetar estos tranquilizantes a aquellas personas que no necesitan ser hospitalizadas ni recibir una atención especializada. A su vez, las mujeres que toman tranquilizantes menores creen necesitar algún tipo de ayuda para enfrentarse con la sensación de ansiedad, siendo los somníferos y tranquilizantes menores los medicamentos más populares y recetados. El 70% de las mujeres que dicen haber abusado de las sustancias psicoactivas también declaran antecedentes de maltratos físicos y/o sexuales (NIDA 1998).¹³⁷ Hay más probabilidades que la mujer informe antecedentes de alcoholismo y fármacodependencia en sus padres que el hombre. También este estudio revela que la mujer fármacodependiente tiene gran dificultad de abstenerse de las sustancias psicoactivas cuando el estilo de vida de su compañero respalda su uso (NIDA 2000).¹³⁸ Muchas mujeres que abusan de sustancias psicotrópicas no buscan tratamiento porque tienen miedo de no poder cuidar de sus hijos o perder la custodia de los mismos. La maternidad es un motivo básico para que muchas mujeres no se sometan al tratamiento.

En esta línea, las mujeres españolas consumen más tranquilizantes que los hombres en todos los rangos de edad pero las diferencias son más destacables a partir de los 46 años en la Encuesta Nacional de Salud realizada en 1997.¹¹¹ Las diferencias de género se reflejan en cuestiones como las respuestas al consumo abusivo de los hombres que suelen centrarse en los efectos relacionados con el delito, mientras que las de las mujeres parecen estar más motivadas por una preocupación ante el impacto del consumo abu-

sivo de sustancias adictivas en terceros (hijos, prostitución, miedo por transmisión de enfermedades de transmisión sexual, etc)¹⁰⁴. Siguiendo a Rodríguez de San Julián (1999)¹⁵⁸, las representaciones sociales sobre los psicotrópicos forman una parte sustancial de cómo cualquier sociedad convive con los mismos y sus diferentes tipos de consumo. Encontramos que los estereotipos, consideraciones y valoraciones respecto a las sustancias adictivas, evaluación de los problemas asociados y la percepción de los consumos serían, al menos, similares entre hombres y mujeres. Sin embargo, también la Dra Rodríguez de San Julián (1999)¹⁵⁸ ha observado la existencia de importantes diferencias entre géneros en las conductas objetivas de consumo: tipo de drogas, cantidades etc. Lo que parece cierto, es que existen muchas personas, (tanto mujeres como hombres) que pueden haber desarrollado una dependencia a medicamentos recetados por el médico, porque probablemente empezaron a consumirlo por razones terapéuticas y continúan medicándose aunque no exista aquel primer motivo. Muchos/as de ellos/as ni siquiera sospechan que pueden ser dependientes a los psicofármacos¹⁰⁴.

El grupo de Palo Alto,¹⁷⁹ junto con Bateson, Bandler, Grinder y muchos otros representantes de la terapia familiar sistémica, hablan del “mapa de representación del mundo”, fabricado por cada persona, a partir de la percepción de su propia experiencia. Toda experiencia es VAOS (señales visuales, auditivas, olfativas y/o somestésicas), constituye nuestra percepción de ella, estas percepciones sufren una serie de transformaciones, antes de configurar la estructura profunda de representación del mundo, algo así como el archivo secreto de nuestra experiencia.

Cuando hablamos de nuestra experiencia recurrimos a este archivo. El constructivismo entiende la ayuda en términos de sentido, es decir, en-

foca el tratamiento hacia las posibilidades de desarrollo de la persona, evidentemente los cambios vendrán determinados por la estructura del cliente y la interacción con el terapeuta, la expectativa de este último es que el diálogo pueda hacer surgir una nueva historia de aquí que su rol sea activo, no es un oyente activo, sino un facilitador que participa en la conversación con la intención de crear un “umwelt” nuevo, lleno de seguridad, donde el paciente pueda expresarse con plenitud y encontrarse con todo su potencial.

Retomando estos conceptos me detendré en las ideas centrales que dicho modelo aporta al presente trabajo, ya que las intervenciones terapéuticas con cada una de las pacientes atendidas y sus respectivas familias se basan en este paradigma, considerando que en los últimos años la psiquiatría y la psicología han experimentado un cambio de orientación en el curso del cual se ha dejado de insistir en los procesos que ocurren en el interior del individuo para pasar a ocuparse de sus relaciones con otras personas.

Así sabemos que, la psicoterapia es una técnica que se desarrolla por definición en el seno de una relación interpersonal, por consiguiente solamente es describible cuando se enfoca el estudio de la conducta en el marco de ésta relación. Por consiguiente no se impone la realidad propuesta por un individuo (el terapeuta) sino que se viene a co-construir entre terapeuta y paciente/cliente una nueva forma de narrar la realidad.

Sabemos que si el terapeuta es dinámico buscará dentro de la narración del cliente/paciente algún trauma, si es sistémico observará en las narraciones de los miembros patrones de interrelación inadecuada que contribuyen a que el sistema esté mal, esto expresaría que cuando el terapeuta se

casa con un esquema en particular este empieza a constreñir su forma de ver la terapia y termina encuadrando la realidad dentro del esquema.

De esta manera, la terapia constructivista pone énfasis en el poder personal y la responsabilidad, el clima terapéutico ha de ser acogedor, separación entre mito y realidad (los mitos están fabricados a partir de una percepción infantil de la realidad que viene sesgando las historias posteriores), confrontación de incongruencias (entre el discurso verbal y no verbal), resaltar lo que es posible (lo que tiene posibilidades de efectuarse de forma distinta), situarse de cara al futuro (la solución hay que situarla en el futuro y el terapeuta ha de animar a su paciente a que mire más hacia el porvenir), recuperar el poder (el poder está en el paciente), reforzar el poder (la transformación del sistema que constituye la persona será posible en tanto que esta asuma sus posibilidades de desarrollo), usar un lenguaje transformador como por ejemplo, situar los problemas en el pasado, en lugar de en el presente, cambiar los sustantivos por verbos, sugerir expectativas de cambio, entre otras acciones.

Así mismo en relación a la problemática de género que atraviesa el presente trabajo se rescata el valioso aporte de Mabel Burin^{24,25} para ella, los fenómenos que constituyen la vida cotidiana no son examinados hasta que no surge el sentimiento de malestar. Sólo se toma conciencia de la vida cotidiana cuando hay una ruptura. La vida cotidiana es aquella suma de rutinas siempre presentes, pero que, por ser conocidas y esperables nunca son registradas ni cuestionadas.

Se pone en suspenso las clásicas nociones de salud y enfermedad mental para las mujeres, y se propone un concepto intermedio -el de malestar-

ya que el campo de la salud mental de las mujeres está en formación. La problematización crítica del lugar social asignado no resulta posible para muchas mujeres, por consiguiente los síntomas son la única vía para expresar la opresión. Por ello, se considera sumamente relevante la descodificación que logramos realizar los profesionales de la salud que trabajamos con mujeres.

La mayoría de los estudios que analizan los “factores de riesgo” en la salud mental de las mujeres insisten en destacar; cómo los roles de género femenino afectan los modos de enfermar de las mujeres.²⁵

Una perspectiva de género entraña también que las instituciones y las comunidades adopten prácticas más equitativas e inclusivas. Se considera que el tema de las adicciones hay que examinarlo a la luz de los contextos sociales que las favorecen, de las políticas sociales y modelos culturales que las inducen y, en particular, de los juegos familiares que las incitan.

Es evidente que el uso de fármacos “se configura cada vez más como una moda”, y en este aspecto, mirar, o si se prefiere especializarse en un nivel no sólo es correcto en el plano metodológico, sino también inevitable desde el momento en que nadie (ni el científico ni el profesional) está en condiciones de abarcar la compleja articulación del conjunto siempre y cuando se mantengan los canales abiertos con los otros niveles de análisis, desde el momento en que ningún nivel puede ser visto como “totalizador”. En el trabajo de Shedler y Bloqueé (1990)²⁵ se puede hallar información que afectan principalmente el difícil campo de la prevención. En 1972 fue seleccionado un muestreo de cien niños de 3 años, seguidos según parámetros de indagación psicológica durante las fases de desarrollo, hasta que cumplieron 18 años .de dicho estudio se desprende de manera persuasiva que la oferta de droga por

sí sola no explica la adicción, cuya causa primordial debe situarse, en cambio, en la fragilidad de la personalidad del joven, entendida no como “vulnerabilidad” constitucional, sino como resultado de un desarrollo relacional familiar insatisfactorio.

Esta indagación pone de relieve la posibilidad de prever el resultado del encuentro de un joven con la droga, pues los consumidores habituales habían manifestado problemáticas importantes a lo largo de la evolución de su desarrollo emocional, con dificultades de relación y en el control del comportamiento impulsivo correlacionado la misma con la incapacidad de los padres de manifestar correctamente las propias emociones. Cuando se asocia drogadependencia a drogas ilícitas, se está negando una gran parte del problema en las márgenes de la tolerancia social, ya que se naturalizan prácticas “moderadas” y socialmente aceptadas.

Lo cierto es que el uso de psicofármacos, así como la marihuana, cocaína y otras sustancias psicoactivas ilícitas o no, se están transformando en verdaderas pautas culturales, con índice creciente de incidencia entre los jóvenes y población económicamente activa con consecuencia de deterioro social de difícil estimación.

Y en este aspecto los relatos de vida, las historias de vida, el anclaje en una singularidad, son procedimientos utilizados frecuentemente en las investigaciones cualitativas. Ellas van acentuando el valor de lo testimonial, de lo biográfico, para reflejar la apropiación individual de lo social.

La metodología cualitativa como indica su propia denominación tie-

ne como objetivo la descripción de las cualidades de un fenómeno, busca un concepto que pueda abarcar una parte de la realidad, no se trata de probar o de medir en qué grado una cierta cualidad se encuentra en un cierto acontecimiento dado, sino de descubrir tantas cualidades como sea posible.

Cabe resaltar la conveniencia de la metodología cualitativa para aprehender la realidad social (el énfasis estará puesto en: que está pasando -para entender la sociedad como un todo- y el significado que tiene para sus participantes). Y en este aspecto a los fines de articular esta mirada cualitativa en la segunda parte del trabajo se hará un estudio cuantitativo de corte transversal con trabajo de campo, enriqueciendo de esta manera dichos enfoques.

Desde este trabajo se pretende aportar datos empíricos que sirvan de fundamento a futuras investigaciones con mujeres, que permitan además una mayor articulación de teorías sobre la adicción y animar a otros que realizan nuevos estudios sobre el tema.

Esta mirada se hará desde mi lugar de sujeto mujer, clase media, psicoterapeuta, trabajando desde hace unos cuantos años en el tema de las adicciones y estudiosa de las problemáticas de géneros, integrante de un núcleo familiar "tradicional" (mujer/varón, adultos e hijas/hijo) y residente en un país de los llamados del tercer mundo (Argentina), todo lo cual enmarca, por supuesto, mi pensamiento y mi mirada sobre la temática a desarrollar.

OBJETIVOS

GENERAL

Describir la relación existente entre el malestar femenino y el uso de sustancias psicoactivas (BZD) entre las mujeres que solicitan ayuda psicoterapéutica de una Institución Sanitaria de Córdoba.

ESPECÍFICOS

1. Relacionar el estado civil y grupo familiar de las pacientes.
2. Determinar el tipo de sustancia psicoactiva que consumen y las internaciones psiquiátricas previas.
3. Registrar la procedencia y fuente de derivación.
4. Determinar el nivel educativo.
5. Evaluar la experiencia de las mujeres a las que les habían prescrito psicofármacos (BZD).

Segunda Parte

Material

UNIVERSO Y MUESTRA

El universo comprenderá la población total que es derivada al Servicio de Psicología de una Institución Sanitaria de Córdoba, constituida por todos los pacientes atendidos por la Lic. Francisca Cano Yegros, en el período comprendido entre el 04 de febrero de 2004 y el 07 de diciembre de 2004. La muestra del estudio será de sexo femenino.

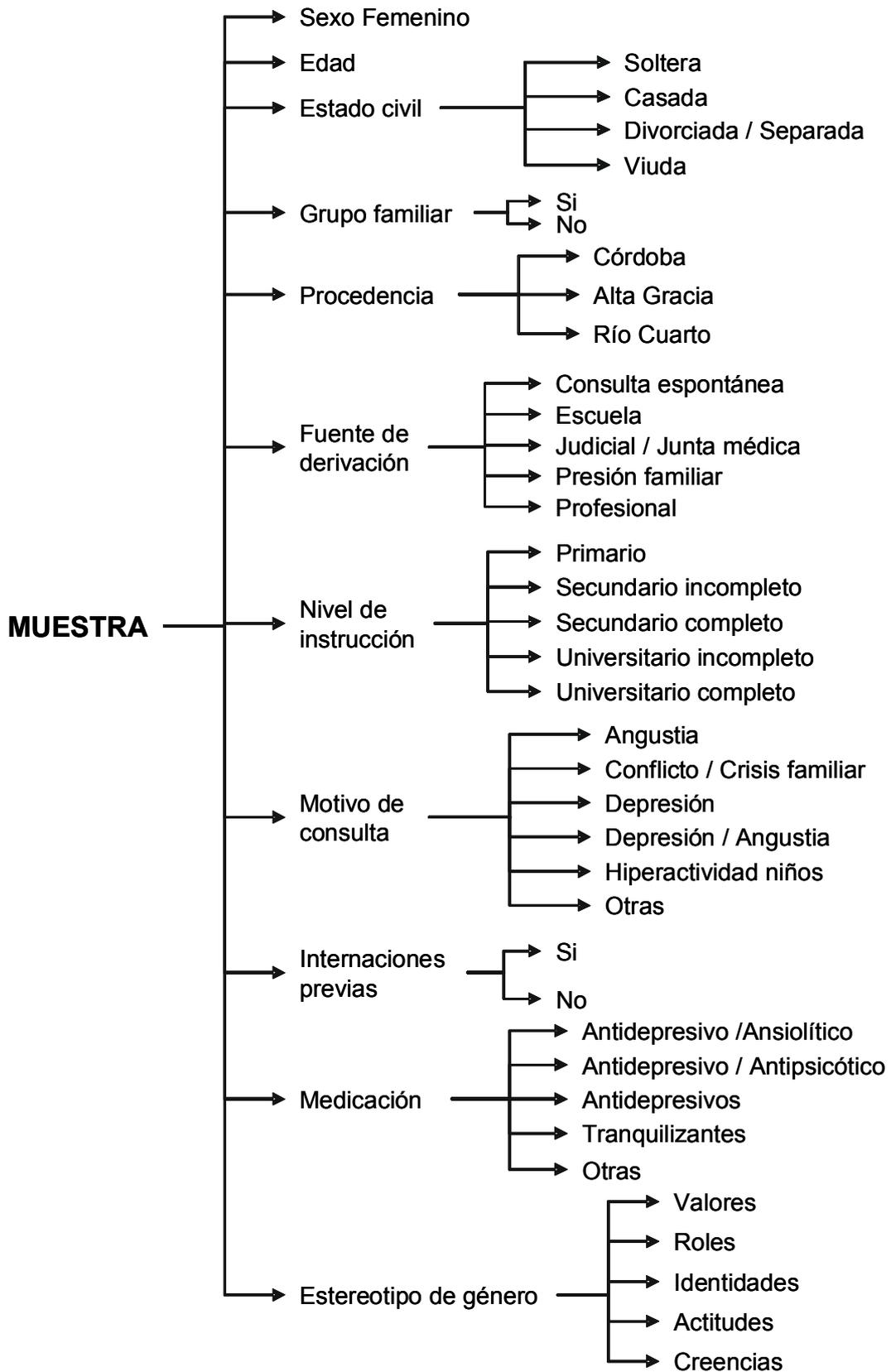
Método

Se realizará un estudio epidemiológico observacional retrospectivo y correlacional, de corte transversal, con trabajo de campo.

Los datos serán recolectados de la ficha de registro del Servicio de Psicología de la profesional interviniente para cuantificar la muestra. La cualificación de datos se realizará a través del estudio de las historias de vida de las pacientes de la muestra.

Según el tipo de variable de que se tratare, los datos serán resumidos mediante las correspondientes estadísticas descriptivas (frecuencias relativas) y presentados por medio de gráficos globales.

ÁRBOL DE VARIABLES



DEFINICIONES Y SINONIMIAS:

Indicadores de salud: elementos básicos para el análisis de la situación en salud. La disponibilidad de información respaldada en datos válidos y confiables es condición "*sine quanon*" para el análisis y evaluación objetiva de la situación sanitaria, la toma de decisiones basada en evidencia y la programación en salud. La búsqueda de medidas objetivas del estado de salud de la población es una antigua tradición en salud pública particularmente en epidemiología.

Imaginario social: producen valores, las apreciaciones, los gustos, los ideales y las conductas de las personas que conforman una cultura. El imaginario es el efecto de una compleja red de relaciones entre discursos y prácticas sociales, interactúa con las individualidades. Se constituye a partir de las coincidencias valorativas de las personas, se manifiesta en lo simbólico a través del lenguaje y en el accionar concreto entre las personas (prácticas sociales).

El imaginario comienza a actuar como tal, tan pronto como adquiere independencia de las voluntades individuales, aunque necesita de ellas para materializarse. Se instala en las distintas instituciones que componen la sociedad, para poder actuar en todas las instancias sociales.

El imaginario no suscita uniformidad de conductas, sino más bien señala tendencias. La gente, a partir de la valoración imaginaria colectiva, dispone de parámetros apócalos para juzgar y para actuar. Los juicios y las actuaciones de la gente, inciden también en el depósito del imaginario, el cual funciona como idea regulativa de las conductas.

Las ideas regulativas, no existen en la realidad material, pero existen en la imaginación individual y en el imaginario colectivo, producen materialidad, es decir, efectos de la realidad. El imaginario así concebido es una praxis social por la que se interrelacionan el mundo imaginario y la subjetividad humana. En el tema que nos preocupa, la función del imaginario social sería la de reproducir estereotipos de género femenino, para ejercer poder desde las instituciones.

Existe un imaginario social acerca de la salud mental de las mujeres, (son seres frágiles, lábiles, vulnerables y con escaso raciocinio) y que pueden sucumbir ante situaciones difíciles a partir del cual se construye y legitima el uso de psicofármacos por el género femenino. Los psicofármacos serían la herramienta apropiada para sostener este imaginario social. Esto sucede aun si quien extiende la receta es una mujer médica, cuando es consultada por mujeres. Aunque oscuramente tengan conciencia de que el género femenino padece formas específicas de opresión, al no haber reflexionado suficientemente sobre esta problemática, continúan reproduciendo los criterios médicos patriarcales.

Paradigmas: son un conjunto de conocimientos y creencias que forman una visión del mundo (cosmovisión), en torno a una teoría hegemónica en determinado período histórico.

Cada paradigma se instaura tras una revolución científica, que aporta respuestas a los enigmas que no podían resolverse en el paradigma anterior. Una de las características fundamentales, su inconmensurabilidad: ya que ninguno puede considerarse mejor o peor que el otro. Además, cuentan con el consenso total de la comunidad científica que los representa.

El paradigma, está constituido por supuestos teóricos, leyes y técnicas de aplicación que deberán adoptar los científicos que se mueven dentro de una determinada comunidad científica. El nuevo paradigma enmarcará la nueva actividad científica normal, hasta que choque con dificultades y se produzca una nueva crisis y una nueva revolución y por lo tanto el surgimiento de un nuevo paradigma.

La **fármacodependencia** o drogadicción o drogodependencia o dependiente químico forma parte de lo que se considera la farmacología social, que es una rama de la farmacología que se ocupa del estudio del uso de fármacos en relación con el medio ambiente social y cultural.

En las sociedades actuales, la farmacología social, se relaciona principalmente con el uso indebido de drogas o el abuso del consumo de fármacos por el ser humano frecuentemente con fines no médicos.

Género: el significado social atribuido a la diferencia biológica entre mujeres y hombres. El conjunto cultural específico de características que identifica el comportamiento social de las mujeres así como la relación entre ellos. El género es una herramienta analítica para comprender los procesos sociales que incluyen tanto a los hombres como a las mujeres.¹⁰²

Género en sentido amplio es «lo que significa ser hombre o mujer, y cómo define este hecho las oportunidades, los papeles, las responsabilidades y las relaciones de una persona».

Mientras que el sexo es biológico, el género está definido socialmente. Nuestra comprensión de lo que significa ser una muchacha o un mu-

chacho, una mujer o un hombre, evoluciona durante el curso de la vida; no hemos nacido sabiendo lo que se espera de nuestro sexo: lo hemos aprendido en nuestra familia y en nuestra comunidad. Por tanto, esos significados variarán de acuerdo con la cultura, la comunidad, la familia y las relaciones, y con cada generación y en el curso del tiempo.

Una de las más frecuentes y silenciosas formas de violación de los derechos humanos es la violencia de género. Este es un problema universal, pero para comprender mejor los patrones y sus causas, y por lo tanto eliminarlos, conviene partir del conocimiento de las particularidades históricas y socioculturales de cada contexto específico.

Por consiguiente, es necesario considerar qué responsabilidades y derechos ciudadanos se les reconocen a las mujeres en cada sociedad, en comparación con los que les reconocen a los hombres, y las pautas de relacionamiento que entre ellos se establecen. Si bien las violaciones de los derechos humanos afectan tanto a los hombres como a las mujeres, su impacto varía de acuerdo con el sexo de la víctima.

Análisis de género: es una manera sistemática de explorar las normas, roles, y responsabilidades actuales y potenciales de mujeres y hombres, y su acceso y control sobre recursos y beneficios dentro de cualquier situación (proyecto, hogar, comunidad u otro). El análisis de género identifica, analiza e informa acciones para abordar desigualdades que se llevan de los roles distintos de mujeres y hombres, las relaciones desiguales de poder entre ellos, y las consecuencias de estas desigualdades sobre sus vidas, su salud y su bienestar.

Rol de género: es todo lo que una persona dice y hace para indicarles a los otros el grado en el cual se es hombre o mujer. Es un amplio conjunto de conductas y actitudes que para cada cultura y momento histórico, delimitan el contenido de la masculinidad y la feminidad.

Autoestima: Una de las ideas especialmente relevante y que todos tenemos es “lo que creemos que somos” o autoconcepto y “el valor que le damos” o autoestima. Cada uno de nosotros ha formado, por tanto, una opinión sobre sí misma, y una serie de juicios y creencias que se centran en valores acerca de sus actuaciones, de sus emociones, y de su propia ideología, ética etc.

Trastornos de ansiedad: Síndrome clínico en el que la ansiedad es la perturbación principal y predominante en cualquiera de sus formas. Puede caracterizarse por ansiedad manifiesta como en el ataque de pánico, por ansiedad generalizada sin un objetivo específico o por conductas de evitación para reducir la angustia como en la fobia.

Trastornos somatoformes: Grupo de trastornos mentales caracterizado por la aparición de síntomas físicos como dolores de cabeza, de espaldas, de estómago, fatiga etc. que no pueden explicar mediante una condición médica general o enfermedad física y cuya aparición y mantenimiento están relacionados con factores psicológicos. Algunos trastornos somatoformes son la hipocondría, el trastorno del dolor, el trastorno por somatización, etc.

Identidad de Género: se refiere a los factores psicológicos, culturales y sociales que en cada época histórica definen la masculinidad y la femi-

nidad. Se construye a lo largo de la vida de acuerdo a la integración de la características básicas de la personalidad, experiencias vitales, relaciones vinculares y pautas culturales.

Empoderamiento: Refiere al proceso de adquisición de poder por el que las mujeres tengan el control sobre sus propias vidas y capacidades, para de esta manera tomar decisiones y ser parte activa en el desarrollo de la sociedad. Eso implica tener representación en los cuerpos de toma de decisiones, un nivel de control sobre la distribución de recursos, y participación en procesos de planificación. Se entiende entonces como el continuo fortalecimiento de las mujeres tendiente a obtener sus derechos, incluyendo el poder de decisión sobre los recursos materiales y el ejercicio de su participación social y política, sin exclusiones referidas a su ser mujer. ^{28,149}

Equidad: el proceso de ser justo. La equidad en salud no implica la existencia de tasas iguales de mortalidad y morbilidad en mujeres y hombres, sino la eliminación de diferencias remediables entre unas y otros en las oportunidades de disfrutar de salud, y de no enfermarse, discapacitarse o morir prematuramente por causas prevenibles. En este contexto, equidad en salud significa la atribución, a cada uno/a de la atención de la salud necesitada. De esta manera, equidad es visto en el contexto de la necesidad y no de la igualdad. Mientras la igualdad es un concepto empírico, la equidad representa un imperativo de carácter ético asociado con principios de justicia social y derechos humanos.

Uno de los postulados centrales de las estrategias de Atención Primaria en Salud se refiere a la “equidad en salud” lo cual implica poner al alcance y en condiciones de acceso, aquello que cada sujeto o grupo poblacional necesite.

Estabilidad emocional: Las mujeres, en general ante situaciones estresantes son más inestables emocionalmente. Significa que se pueden mostrar más ansiosas, inseguras, preocupadas y con mayor angustia.

Apertura Mental: También muestran mayor apertura mental a la experiencia y son más flexibles ante la vida. La tolerancia, la imaginación, la amplitud de intereses puede estar más asociado al sexo femenino.

Afabilidad: Se comportan con mayor afabilidad y expresan más intensamente sentimientos y afectos positivos. A veces, hay una ligera tendencia en las mujeres a mostrarse más conformistas e influenciables que los varones. En experimentos sociales se ha comprobado la mayor conformidad social de las mujeres en situaciones públicas y no en las privadas, lo que sugiere una interpretación acorde con el rol social. También, se ha encontrado una relación con el sexo del investigador, observándose una mayor influencia en mujeres cuando el investigador era un varón.

Igualdad: gozando del mismo estado. La igualdad de género significa que las mujeres y los hombres tienen las mismas condiciones para realizar su potencial de alcanzar metas. Igualdad de género se refiere a la ausencia de discriminación en base al sexo sobre las oportunidades y la asignación de recursos o en el beneficio de estos últimos o en el acceso a los servicios de los cuales la persona goza.

Participación: la participación se concibe como el ejercicio del derecho ciudadano a incidir sobre los procesos que afectan el propio bienestar. La participación desempeña un papel crucial en el logro efectivo y sostenible de los objetivos de la equidad en un sentido amplio, y de género en parti-

cular. En énfasis se pone en la participación activa de la sociedad civil, particularmente de las organizaciones de mujeres, y no simplemente en la implementación de acciones prescritas por otros, sino en la formulación misma de las políticas públicas y en su vigilancia.

Dependencia Emocional: es la necesidad afectiva extrema que una persona siente hacia otra a lo largo de sus diferentes relaciones de pareja. El dependiente emocional lo es también cuando no tiene pareja, aunque esto no sea lo más habitual porque su patología provoca que busque otra desesperadamente. De hecho, una de sus características, es que no soportan la soledad.

Relación adictiva: El adicto siente que le falta algo, tiene una sensación de vacío, desesperación y tristeza que busca remediar relacionándose con el otro. No ha resuelto satisfactoriamente su desarrollo. La relación se considera más como un medio de satisfacer la necesidad de amor y seguridad de uno mismo, que en compartir una experiencia. Se ama demasiado al otro mientras se ama poco a uno mismo. Las relaciones adictivas se caracterizan por un exceso y una falta de amor, a la vez. Se ofrece al otro una sobreabundancia de amor y de atención obsesiva, al tiempo que se concede ínfimas porciones a uno mismo. Los límites lógicos desaparecen ante lo que es capaz de hacer o dar para conservar la relación. El amor adictivo siempre ocurre a expensas de uno mismo.¹⁵³

En una relación saludable, la base para amar al otro es la autoestima, y el objetivo de la relación es el crecimiento y la plenitud mutua.

Violencia: toda acción ejecutada por uno o varios agentes a quie-

nes con un propósito definido (daño, manipulación) ocasionan en la víctima lesiones físicas (golpes) psicológicas, morales y sexuales. Ejercicio del poder que afecta negativamente la libertad y la dignidad del otro. Este otro generalmente se encuentra en un estado más vulnerable del que se somete, ya sea por su sexo, edad, fuerza física, clase, etnia, relaciones de parentesco etc. Este sometimiento utiliza métodos que causa daños físicos o emocionales en quien se ejerce. La violencia familiar es perversamente tolerada y legitimada como una especie de tradición, un elemento de la cultura, lo cual lleva a ocultar los casos a no denunciarlos y en consecuencia a no contar con estadísticas confiables. La falta de apoyo institucional, sumada al temor por las represalias que pudiera tomar el cónyuge, son factores que también determinan la “invisibilidad” de esta problemática. Los casos de violencia familiar articulan una compleja trama personal, familiar y social desde la cual se pone en escena el estereotipo de mujer subordinada al hombre. La violencia contra la mujer ejercida por la pareja es una de las manifestaciones más extremas de la desigualdad de género.

Síndrome de Adaptación a la Violencia Doméstica (S.A.V.D.):

es pues un proceso generado por el miedo, potenciado por el aislamiento y la carencia de apoyo externo perceptible, y mantenido por ciertos estilos de personalidad de la víctima. Este síndrome de adaptación crea un nuevo modelo para entender la realidad de la violencia. Y los indicadores del síndrome son; víctimas que se auto culpabilizan, que guardan silencio sobre el maltrato, que justifican cualquier golpe racionalizando los motivos de su agresor y apelando al vínculo afectivo que le queda.

Concepto de Salud: la Salud es un bien universal, todo el mundo

tiene derecho a ella, y ello constituye el eje fundamental de acción de la Organización Mundial de la Salud, (OMS), bajo el lema “Salud para todo el año 2000”.

No obstante, si bien la palabra Salud es empleada muy a menudo, el significado de la misma ha sido objeto de debate y hoy sigue siendo motivo de reflexión.

Así, el concepto de Salud malentendido como ausencia de enfermedad, queda definitivamente desterrado por insuficiente. La OMS propone una definición más amplia cuyo principal valor reside en incorporar el elemento Salud y el de Capacidad Funcional: Estado completo de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad o incapacidad.

Esta definición circunscribe a la Salud dentro de un marco, siendo sus extremos las dimensiones físicas, mentales y sociales. Sin embargo, el concepto de Salud debe tomar en cuenta al ser humano como ser total, de este principio surgió el término Salud Holística. Este enfoque del concepto Salud vislumbra las dimensiones físicas, mentales sociales, emocionales y espirituales, de manera interdependiente e integrada en el ser humano, el cual, funciona como una entidad completa en relación al mundo que lo rodea.

Fundamentalmente la Salud Holística posee las siguientes características:

- Se vislumbra la Salud desde una perspectiva positiva
- Se enfatiza el bienestar en vez de la enfermedad
- El ser humano se desempeña como una Unidad entera
- No existe Salud si una de las dimensiones no se encuentra saludable.

- Su filosofía/propósito principal es la enseñanza de prácticas básicas de una vida saludable.

Este concepto holístico de la salud es muy importante, porque le otorga importancia a los otros aspectos de la Salud que han sido excluidos de las definiciones anteriores, me refiero al componente emocional y espiritual de la Salud. Sin estos dos componentes es imposible alcanzar un óptimo estado de Salud. Por consiguiente, en mi opinión La Salud, es el completo estado de bienestar físico, mental, social, espiritual y emocional, y no solamente la ausencia de enfermedad.

El concepto de Bienestar se refiere a la adecuada adaptación e integración de las dimensiones físicas, mental, social, espiritual y emocional a cualquier nivel de Salud o Enfermedad.

La Salud es un proceso dinámico que cambia continuamente a través de la vida. No puede ser algo absoluto, completo o permanente sino que es esencialmente variable.

Se parte de una realidad que no podemos eludir, la vida, y por lo tanto de la sugerencia de que es mejor disfrutarla que sufrirla.

A partir de aquí, y de acuerdo con el hecho repetidamente constatado de que la Salud depende sobre todo de los estilos de vida, es decir, de las actitudes, comportamientos y formas de afrontar la vida.

Aunque la Salud es un fenómeno hacia el que se tiene una actitud positiva, es decir, todas las personas, verbalizan sus deseos de estar sanas, en la complicada jerarquía motivacional de los individuos, no siempre aparecen acciones que la promueven.

Pichón-Riviere¹⁴⁶, por ejemplo, relaciona la salud mental con la capacidad de un sujeto de aprehender la realidad en una perspectiva integradora, en sucesivas tentativas de totalización, con capacidad para transformarla, modificándose a su vez, él mismo. Según este autor argentino, el sujeto es sano en la medida en que mantiene un interjuego dialéctico en el medio y no una relación pasiva, rígida y estereotipada. La salud mental, consiste, según esta perspectiva, en un aprendizaje de la realidad a través del enfrentamiento, manejo y solución integradora de los conflictos. Afirma que también consiste en una relación o en una aptitud sintetizadora y totalizante, en la resolución de antinomias que surgen en su relación con la realidad. Esta movilidad y esta dinámica de la situación conflictiva es la que ofrece mayores garantías para la salud mental de las mujeres según los términos: flexibilidad en lugar de rigidez, creatividad en lugar de la repetición, la participación grupal o comunitaria en vez de el individualismo y del aislamiento.

El objetivo sería que los conflictos no se estereotipen bajo la forma de enfermedad, sino que conserven su estado dinámico, su movilidad y flexibilidad. Se ha hallado que las situaciones de crisis constituyen, estados favorables para lograr tal movilidad, es por ello que en el trabajo terapéutico se otorga un particular énfasis a las crisis de las mujeres.

Benzodiazepinas: las drogas depresoras del SNC que vinieron, en gran medida, a reemplazar a los barbitúricos, porque ofrecen más seguridad, ser menos tóxicos y tener menos efectos colaterales. Pero como los barbitúricos también tienen capacidad, en su uso indebido, de desarrollar dependencia. El uso indebido de las benzodiazepinas también podría conducir a una adicción, presentando un mayor “síndrome de abstinencia”, al suspender bruscamente el consumo. Las benzodiazepinas se encuentran en la Lista 4 de la Ley 19.303/71 donde estén ordenadas las drogas tranquilizantes. La aso-

ciación de las benzodiazepinas con el alcohol puede llegar a ser letal por depresión respiratoria.⁵⁴

Malestar: La noción de malestar introduce una nueva categoría que desarticula el dualismo salud-enfermedad. La noción de malestar de las mujeres en el campo de la Salud Mental se nos ofrece como una categoría que alude a los sufrimientos psíquicos y emocionales de las mujeres como emergentes de su condición de tales. Es decir cuando se habla de malestar de las mujeres, se hace desde un posicionamiento teórico e ideológico que enfatiza el lugar históricamente construido para las mujeres, y los modelos a este, asociados en tanto factores de riesgo, en la salud mental de las mismas.^{24,25} Es una categoría que incluye otras dimensiones que las tradicionalmente utilizadas con la dupla salud-enfermedad, otorgando una fuerte significación a las dimensiones socio-culturales e históricas en la producción de subjetividades femeninas y masculinas. Se introduce como una nueva categoría que integra los aportes de los Estudios de la Mujer y de los Estudios de Género en el campo de la Salud Mental. Permite analizar y comprender el sufrimiento emocional y psíquico de las mujeres desde una mirada que postula la necesidad de “atravesar” las lecturas tradicionales sobre la Salud Mental, incluyendo con fuerza teórica la tesis de una subjetividad históricamente construida y producida a partir de modelos y lugares sociales de identidades de género.

Indicadores: la palabra indicador, que proviene del latín *indicare*: señalar, avisar, estimar; alude a hechos o datos concretos que prueban la existencia de cambios conducentes hacia los resultados e impactos buscados. En la vida cotidiana es muy común el uso de indicadores (horas y minutos) como que mide. Así por ejemplo: los indicadores, al hacer explícitos los términos de evaluación de las instituciones, se constituyen en mecanismos que orientan las acciones de los funcionarios.

Los indicadores son herramientas empleadas para el seguimiento de los insumos, las actividades, los resultados en la realización de los objetivos de los proyectos y el impacto conseguido. Los indicadores que tiene en cuenta el género proporcionan información sobre quién participa –mujeres, hombres, niñas, niños– en las actividades y quién se beneficia de los resultados de los proyectos, y sobre el impacto de las intervenciones en la vida de las mujeres y los hombres.

Un indicador es un instrumento que permite observar y medir resultados; constituyen señales de cambio reconocidas por diferentes actores. Se establecen preguntando: ¿Cómo saber de modo claro y fehaciente que se está logrando el resultado propuesto o previsto? Los indicadores muestran diferentes aspectos concretos del cambio de una situación, condición o fenómeno. Proporcionan también características observables del cambio, facilitando su medición y verificación.

Los indicadores de género muestran señales de cambio acerca de las relaciones de género y de poder y proporcionan, en consecuencia, las evidencias de los cambios en la posición de equidad e igualdad entre hombres y mujeres.¹⁵⁷

Los indicadores de género no son independientes entre sí sino que responden a una estrategia previamente definida. La construcción de un sistema de indicadores implica la valoración y elección de aquellos que mejor se adecuen a las características de nuestra investigación. Asimismo se debe asignar un valor a cada indicador en relación con los otros indicadores del sistema.

Partimos de la base de que cualquier intervención puede ser observada desde una perspectiva de género, por lo que los indicadores de seguimiento deberán, asimismo, contemplar esta perspectiva, aunque en casos especiales este proceso no sea pertinente.

Conviene considerar que un indicador procura expresar una parte importante del fenómeno, pero siempre es un concepto que sintetiza situaciones generalmente mucho más complejas. No pretende describir un fenómeno, sino indicar y alertar sobre el sentido en el que evoluciona.

Los indicadores pueden ser “**indicadores normativos de bienestar**”, en este caso se pretende medir la dirección normativa de un fenómeno para poder evaluar si este fenómeno social se dirige hacia los resultados esperados; pueden ser también “**indicadores de satisfacción**”, si pretenden medir las percepciones subjetivas de las personas sobre un determinado fenómeno y, finalmente, “**indicadores descriptivos de cambio**”, cuando describen el cambio sin seguir ninguna idea normativa.

Los indicadores pueden ser “**indicadores objetivos**”, que miden hechos y “**indicadores subjetivos**” que miden las opiniones y percepciones subjetivas de las personas.

Pueden ser también “**descriptivos**”, cuando describen una situación, o “**analíticos**”, cuando explican una situación.

Pueden ser “**indicadores internos**”, cuando provienen del propio fenómeno que se está evaluando, o “**indicadores externos**”, cuando no están definiendo directamente el fenómeno pero nos permite aproximarnos a él.

Considerando todas estas posibles características de los indicadores Sociales, los expertos recomiendan trabajar con aquellos indicadores que cumplan los siguientes criterios:

- Indicadores que provengan de la teoría utilizada como marco de la Investigación e indicadores que respondan a los objetivos del proyecto.
- “**indicadores deseables**”, que no se pueden calcular porque no existen datos disponibles.

Las principales técnicas para verificar los indicadores cualitativos son: la observación participante y no participante; las historias de vida, las entrevistas semi-estructuradas tanto individuales cuanto grupales, y otras técnicas como los grupos focales, los talleres y las reuniones de la comunidad. Asimismo, las fotografías, testimonios, vídeos y grabaciones son también instrumentos adecuados para registrar indicadores cualitativos.

Existen resultados cualitativos referidos al empoderamiento, participación, autoestima, entre otros, cuya verificación por medio de indicadores representa hoy un desafío. Esto en la medida en que no existen definiciones de consenso o estándares que permitan identificar fácil y concretamente qué aspectos (o variables) incluiría los indicadores. Por todo ello, es importante precisar, en el marco de los objetivos y estrategia de cada proyecto, qué aspectos del empoderamiento, la participación y la autoestima serán los que se abordarán para, sobre esta base, construir los indicadores.

Así, por ejemplo, el empoderamiento, como fenómeno multidimensional, está asociado con el autofortalecimiento, el control, el incremento del poder, la autoconfianza y la vida digna (de acuerdo con valores

propios); además, con la capacidad para exigir el cumplimiento de derechos, para tomar decisiones propias, para ejercer ciudadanía, entre otros aspectos. En un sentido amplio, se define empoderamiento como la expansión de la libertad de escoger, actuar y tomar decisiones. Esta conducta es un indicador clave para monitorear la evolución de la situación de las mujeres ya que pone en evidencia el cambio y nos permite valorar la evolución en relación al problema planteado en la consulta.

Visión biologista: deriva de una práctica que pone énfasis en lo curativo (y no en lo preventivo) fragmentado, que considera a la persona en partes (y no en su totalidad, por ejemplo las especialidades médicas) y desconectada de lo social, desvalorizando las dimensiones históricas, antropológica, comunitaria, etc, del ser humano.

Se puede afirmar muchas causas y situaciones externas influyen y hacen lo aparecer como un modelo deshumanizado y deshumanizante. Sin embargo, toda ruptura con un modelo establecido parte necesariamente de la posibilidad de construir otro modelo alternativo que oriente y haga viable el proceso de cambio.

El modelo médico hegemónico se entiende como “el conjunto de prácticas, saberes y teorías generados por el desarrollo de lo que se conoce como medicina científica. Existe toda una organización social, ideológica, económica y política que fortalece dicha hegemonía, mediante la exclusión de posibilidades de ver y actuar diferentes, mediante la aceptación y construcción de ideas que avalan y justifican el mismo modelo médico.

Las situaciones externas y su influencia hacen que los rasgos es-

tructurales del Modelo Médico Hegemónico se definan como:

1. Biologismo.
2. Concepción teórica evolucionista- positivista.
3. Ahistoricidad.
4. Asocialidad.
5. Individualismo.
6. Eficacia pragmática.
7. La salud-enfermedad como mercancía.
8. Orientación básicamente curativa.
9. Concepción de la enfermedad como ruptura, desviación y diferencia.
10. Práctica curativa basada en la eliminación de síntomas.
11. Relación médico paciente asimétrica.
12. Relación de subordinación social y técnica del paciente.
13. Concepción del paciente como portador de un saber equivocado o distinto.

PERFIL COMÚN DE LA MUESTRA

El deseo no es el de “definir” este trabajo como un manifiesto beligerante que pretenda cargar las tintas contra una sociedad machista. Tampoco se pretende “autodefinirse” como investigadora feminista; en todo caso, esto quedará dentro de nuestra esfera personal; pero no se niega que, sin duda, todo lo que se expone estará condicionado por el “vivir” personal y profesional desde la condición femenina, desde este punto de vista particular.

Nuestra percepción de la realidad, también en nuestro trabajo, está

condicionada por la historia, pero como se pregunta Román Reyes (1998), “¿qué pasa cuando la historia nos pisa los talones?”. En lo que percibimos existe una dependencia del contexto y de lo que hayamos interpretado anteriormente, es decir, en definitiva, existe también una dependencia de la historia y de la memoria, que es la que la rescata.

Tampoco se quiere “demostrar” nada. Ojalá se pudiera elaborar un modelo teórico que permita explicar íntegramente el porqué del consumo de las benzodiazepinas en las mujeres, o el porqué algunas personas consumen y otras no y contribuir con este conocimiento a su prevención. Las expectativas son más humildes. Se pretende “mostrar” o, mejor dicho, contribuir a que se pueda mirar desde otra perspectiva la realidad de las mujeres que consumen benzodiazepinas. Concretamente, la de las mujeres que de forma desinteresada han contado sus experiencias de vida.

La intención es declarar que:

- No se pretende hacer un alegato feminista.
- Mucho de lo que el lector encontrará expuesto en este trabajo es común a la adicción en general, aunque se tiene en cuenta una perspectiva de género.
- Sí, se pretende realizar una aportación a la comprensión de la fármacodependencia femenina, no para criticar carencias, sino para enriquecer la mirada profesional..
- Conocer una realidad en mayor medida y que esto permita tener en cuenta determinados aspectos de vulnerabilidad personal y social (cultural, de contexto, etc.) para poder mejorar la calidad del tratamiento individualizado.

En esta investigación, se pretende ofrecer a los y las profesionales de las drogodependencias cierto conocimiento de aspectos específicos que afectan a las mujeres, dar a conocer la prevalencia de la tolerancia social que goza el uso indebido de psicotrópicos en la población femenina, profundizar aspectos específicos y diferenciales del malestar en la mujer y analizar la actitud de la mujer ante la propia conducta (autoconcepto, autocuidado, autoprotección) y ante su propio proceso de recuperación; cuáles han sido sus entornos vitales, sus circunstancias y los acontecimientos familiares y educacionales vividos más relevantes, sus incidencias actuales, qué hacen y cómo están ahora, su valoración sobre la asistencia que han recibido, sus recuerdos sobre la etapas de sus vidas, las idas y venidas del proceso de recuperación, las recaídas y las razones de las mismas.

En definitiva, se trata de abrir algunas vías de reflexión que posibiliten un cambio de actitud entre los profesionales y que esto permita la introducción de nuevos modelos de tratamiento en los programas actuales.

Desde la experiencia profesional en drogodependencias no solamente se han constatado las diferencias en cuanto al género sino también las diferentes demandas que estas diferencias plantean al profesional que les atiende. En nuestra comunidad existen personas que desde diversos campos, sociología y psicopatología sobre todo, están aportando nuevos datos y nuevos puntos de vista al respecto.

Después de lo dicho, hay razones para pensar que, desde ahora mismo, se justifica la necesidad de ir abriendo enfoques teóricos y caminos metodológicos que conduzcan a horizontes más amplios en la investigación

de la condición de las mujeres. Desde este punto de vista, partimos del método fenomenológico “de lo que aparece o de lo que se manifiesta” (Serrano 2001); es decir, tenemos una información objetivada procedente de estadísticas que están contrastadas, testimonios de mujeres que informan sobre su periodo adictivo, sobre su periodo de recuperación y sobre sus circunstancias vitales más importantes. Además, se cuenta con una ventaja ya que el campo de trabajo es el de las drogodependencias, lo cual implica un conocimiento en primera línea de la realidad que queremos investigar.

En este trabajo se presentarán dos historias que corresponden a mujeres, miembros de dos matrimonios diferentes, se consideran casos particularmente interesantes dentro del universo general del estudio representándolo: uno muestra los alcances de la sumisión en relaciones muy asimétricas; el otro, es un claro ejemplo de las relaciones de poder. El propósito es rescatar la lógica de la producción material y simbólica que tienen estas mujeres como agentes sociales, analizando la diversidad y singularidad presentes en sus prácticas cotidianas, a partir de sus propios marcos significantes.

Cada una de las dos historias y la trama de poderes que se desprende de su análisis, dibujan relaciones diferentes específicas, como toda historia personal. No obstante, todas ellas también son expresión de prácticas y valores presentes en la sociedad de la que forman parte y que, cada uno de los sujetos, conforma, reproduce y transforma. Las historias relatadas, de hecho, exceden lo individual y abren puertas a la comprensión de fenómenos de gran extensión social; las relaciones de poder familiar, el papel que desempeña en ellas los hombres y las mujeres, y las desventajas notables de estas últimas. Es necesario señalar que las historias seleccionadas son de personas que estaban en tratamiento psicológico situación que permite inferir

las relaciones establecidas con las mismas, relación que permite indagar acerca de las representaciones que ellas construyen en relación con los fármacos, con lo femenino, con lo masculino, con la maternidad y el establecimiento de una relación de confianza en una relación terapéutica. Existirían elementos sociológicamente relevantes que constituyen los “ingredientes de base” en la aparición individual y colectiva del fenómeno, que están representados por una serie de hechos y eventos que dan forma y condicionan la actuación individual y social de muchas mujeres.

La selección de las informantes se basó en los siguientes criterios:

- Condiciones de vida homogénea.
- Debían estar ubicadas dentro del intervalo etario comprendido entre 35 y 50 años.
- Prácticas de maternaje diferentes.
- La particular relación madre- hija (paciente).
- La peculiaridad de la historia, el tipo de familia, con su modelo de funcionamiento, su peculiar historia y su particular estructura de relaciones y valores.
- Prevalencia de prácticas biomédicas y farmacológicas en sus historias de vida.
- Premisas bioquímicas sobre el poder de los fármacos.
- Enviscamiento con las familias de origen.
- Dificultad de asumir la responsabilidad adulta por sí misma.

Cada vez es mayor el volumen de investigaciones que integra la variable de género en la literatura existente sobre el tema de las adicciones. Se partió de la necesidad de desarrollar un estudio descriptivo exploratorio con el fin de familiarizarse con este fenómeno relativamente nuevo y que comienza a ser tenido en cuenta en la sociedad científica.

Por otro lado, el estudio integra la investigación cuantitativa y cualitativa. Muchos de los datos se han sometido a un análisis estadístico con el objeto de comprobar las posibles asociaciones del consumo femenino de drogas con otras variables y por otro lado, en lo cualitativo, las historias de vidas han sido escritas y transcritas y analizado siguiendo un criterio fijado de antemano. En definitiva, el objetivo de este estudio fue conocer la realidad del consumo de sustancias psicotrópicas por parte de la población femenina e identificar algunas de las claves fundamentales del fenómeno.

La lectura de las transcripciones se efectuó de manera sistemática, objetiva, replicable y válida, tratando de conocer no sólo aquello que los técnicos y las mujeres habían transmitido de forma directa, sino también el mensaje oculto, latente o indirecto que suscita la lectura de las diferentes transcripciones.

La información cuantitativa fue introducida y analizada de forma sistemática utilizando el paquete informático de análisis estadístico S.P.S.S. v. 11.5 en español.

En general, el análisis de los datos publicados en los diversos Observatorios sobre la droga y la toxicomanía (europeo, español y/o vasco) permite afirmar que los hombres consumen más drogas ilícitas que las mujeres y por ello, tradicionalmente, los trastornos adictivos han sido considerados como enfermedades de la población masculina.

Sin embargo, existen factores legales, culturales, educativos y geográficos que han llevado a un aumento de la prevalencia del consumo entre las mujeres. Factores tales como los nuevos roles desempeñados, los roles asig-

nados, la dependencia afectiva, la publicidad directa e indirecta y la influencia de los medios de comunicación, la imagen corporal, las cargas sociales, las relaciones personales, la violencia directa e indirecta ejercida contra las mujeres, las nuevas situaciones vitales fruto de los nuevos roles libremente elegidos (salida al mercado laboral, cambios en el estado civil, mayor autonomía y libertad para decidir, etc.) y las nuevas formas de ocio contribuyen al inicio y mantenimiento de conductas de adicción diferenciales entre hombres y mujeres y se constituyen en verdaderas situaciones de riesgo para estas últimas.

RESULTADOS

ANÁLISIS DE LAS HISTORIAS DE VIDA

Se presentarán a continuación dos historias de vida completas y algunos fragmentos que nos relataron mujeres en relación con sus existencias y la dificultad de vivir. Estos relatos se transcribirán tal cual ellas los escribieron a petición nuestra, con vistas a conseguir una mirada comprensiva como la que nos impone las exigencias del método científico.

Para comenzar hacemos nuestras las palabras de Pierre Bourdieu (2000): “¿Cómo no experimentar, efectivamente, un sentimiento de inquietud en el momento de hacer *públicas* ciertas palabras *privadas*, confidenciadas, recogidas en un vínculo de confianza que sólo puede establecerse en la relación entre dos personas?”.²⁰

En las historias de vida de estas mujeres se reflejan las condiciones sociales y los condicionamientos, sus trayectorias, su formación, sus experiencias, todo lo que disimula y se revela a la vez en el discurso transcrito. Pero también existen otros elementos como: la pronunciación, la entonación, el lenguaje del cuerpo -gestos, postura, mímicas, miradas, silencios, sobreentendidos y lapsus- que nos permiten comprender la complejidad de sus relatos.

No teníamos que esforzarnos para compartir el sentimiento, inscripto en cada palabra y en cada frase ya que en los mismos se hacía evidente ese malestar colectivo que como “fatalidad” afecta al género femenino. De este modo, hacer conscientes ciertos mecanismos que hacen dolorosa e incluso intolerable la vida no significa neutralizarlos. Sacar a luz las contradicciones no significa resolverlas. Muchas veces los malestares sociales sólo tienen

existencia visible cuando en la esfera pública se habla de ellos. De esta manera, las “violencias espectaculares” ocultan las pequeñas violaciones cotidianas que se ejercen permanentemente sobre los sectores más vulnerables.

La mirada prolongada y acogedora que se requiere para impregnarse de la singularidad de cada testimonio, y que por lo común se reserva a los grandes textos literarios o filosóficos, también puede dirigirse, a los relatos corrientes de mujeres comunes.

Los relatos de vida, como herramienta privilegiada del enfoque biográfico, han ido adquiriendo un lugar relevante en el escenario de las metodologías cualitativas. El enfoque biográfico, en la intersección de lo social y lo psicológico, sostiene que los individuos están marcados por una dinámica contradictoria entre la acción de los determinantes sociales, familiares y el trabajo que el propio individuo efectúa sobre su historia para intentar controlar su curso y otorgarle un sentido. De esta manera, se concibe a la persona como un producto, un productor y un actor de su historia.

En el ámbito de la investigación se estudiará el relato de vida como herramienta cualitativa, que apunta a producir conocimiento de fenómenos, en una articulación de la dimensión subjetiva con la dimensión social. En el ámbito de la intervención el recurso de vida se presenta como una alternativa de acción, individual o grupal que contribuye al desarrollo personal, a la revisión de la propia historia y al trabajo terapéutico sobre sufrimientos existenciales.

En nuestro trabajo, las narraciones no sólo relatan hechos pasados sino también diarios. Estas mujeres son contemporáneas y no son los gran-

des personajes de los grandes relatos históricos sino más bien protagonistas de relatos corrientes, de la historia ordinaria, pero no por ello pierden su calidad de interesantes y sorprendentes.

En el recorrido por la historia de estas personas: lo narrado, las aventuras y desventuras, la felicidad y el padecimiento, lo buscado, lo encontrado, y no deseado; en fin, los múltiples sucesos ocurridos en el transcurso de sus vidas, construyen sus historias, su existencia en el tiempo y la propia identidad-narrativa, dirá Ricoeur*, esta última es la que permite reconocerse como la misma y una persona en el tiempo. Este autor hace hincapié en la “capacidad pre-narrativa” de la vida. La vida no es humana hasta tanto no es interpretada. Así, el sujeto intérprete es a la vez personaje y narrador.

En el transcurso de una vida, los acontecimientos asumen la forma de relatos vividos, con un comienzo, un desarrollo y un final identificable; el destino, nuestro destino, es puesto en trama. Relatos vividos que construyen, la historia de una vida alrededor de la cual se construye una identidad singular.

De este modo, al comprender los relatos de las mujeres, también se revela la “necesidad” de estas tramas, de haber recorrido esos caminos y no otros, de finalmente reconocerse en y por la configuración de determinados acontecimientos que se convierten en el propio destino. Y, al recorrerlos se sabe que son reales, contemporáneos y que nos hablan de todo lo que alguien ha sido, es y espera ser.

Resulta claro que estos relatos narran sólo algunas de las múltiples

Ricoeur, Paul: “Si mismo como otro”.Ed. Siglo XXI. Madrid 1996

“acciones y pasiones” de sus vidas que se encuentran a la espera de ser relatadas. Estas historias son recorridas cuando ellas quieren dar cuenta de sí mismas. Y, al tejer estos relatos las conducen al encuentro de su identidad; no se limitan a disponer los eventos como un conjunto, sino que éstos se componen en una totalidad de sentido y al re-contarlos reflexionamos sobre ellos.

Estos relatos que se construyen en base a comportamientos, motivaciones y trayectos que pueden presentar una amplia variedad y que se distinguen por su singularidad, no pueden ser comprendidos al margen del espacio macro social en el que se inscriben.

A pesar de que cada uno de estas dos historias es única e insustituible, a su modo, reflejan situaciones de vulnerabilidad, inherentes a la organización del sistema social. Y, al reconstruirlas podemos acceder a una mirada más comprensiva y abarcadora respecto a la problemática estudiada en esta tesis.

La *historia de vida* toma un valor de recurso diagnóstico y es, además, una herramienta terapéutica que en nuestra tarea cotidiana no podemos desecharla ni mucho menos menospreciarla; muy por el contrario utilizarla para recuperar aquellos aspectos de la persona que tienen fuerza y energía constructiva para el yo del sujeto.

Trabajar con mujeres en el relato de su vida nos permite ayudarlas a focalizar e iluminar aspectos significativos de su historia personal, en algunos casos retransitar el camino, resignificar las experiencias y los acontecimientos personales. Todo lo cual nos permitirá modificar la estructura de su relato

y, además, para el profesional que acompaña en esta tarea resulta una vivencia gratificante y apasionante. Así, cualquier intento de explicación y comprensión de las historias que nos ocupan no estaría completo si no incluimos una perspectiva de género.

La tarea psicoterapéutica es una constante de ida y vuelta, donde aparecen hombres y mujeres, pacientes y terapeuta, atravesando y dejándose atravesar por las múltiples realidades de esta nueva configuración social. Las historias relatadas en los casos ejemplificativos son completamente reales aunque se han cambiado los datos identificatorios.

Sentimos una enorme gratitud hacia estas mujeres que nos sirvieron como modelo en sus historias. Consideramos un honor que nos hayan permitido recorrer con ellas sus transiciones y sus crisis. Nos conmovió profundamente la angustia que habían soportado, igualmente nos impresionó su integridad, su capacidad para amar y ser creativas en medio de ese sufrimiento aniquilador; y una de las cosas que aprendimos es que el hecho mismo de escribir es en sí sanador.

La oportunidad de participar en la curación de una mujer nos parece algo así como asistir a un parto, cuando una mujer nos confía sus sentimientos más tiernos y vulnerables, nos damos cuenta de que tenemos su espíritu en nuestras manos durante ese momento, y nos sentimos a la vez honrados y emocionados.

LAS MUJERES NECESITAN CONTAR UNA Y OTRA VEZ, LA MISMA Y OTRAS HISTORIAS (NO IMPORTA CUAL) EN LAS QUE TESTIMONIAN LAS MARCAS DEL EJERCICIO DEL PODER Y EN LAS QUE EL DOLOR GRITE SU RECLAMO DE JUSTICIA.

ANA CAMBLONG

Dos historias de nunca acabar

Myriam E. Barome

HISTORIA DE VIDA N° 1 Historia de vida de NN

Autoritarismo y violencia

Paciente NN, casada, (hace 22 años) ama de casa, madre de dos hijas de 18 y 16 años respectivamente. Se transcribe textualmente lo escrito por la paciente.

Mi infancia:

Sé que fui concebida por mis padres, pues mi madre me contó que ella quería tenerme pues ya había tenido previamente un aborto espontáneamente antes de mi nacimiento. Yo fui la primera hija, en ese momento mi madre estaba bien de su depresión que la sigue desde sus 16 años, así que por entonces no tomaba medicación (psicofármacos).

Tres años aproximadamente después nace mi hermana NN, que no se parecía a mí, yo me parecía mas a mi mamá de cara pero más trigueña, mi hermana era bien blanquita, mi padre era bien morocho gordito y pelado.

Esta es mi familia, lo que olvidaba decir es que mientras mi mamá estuvo embarazada de mi hermana tomaba ya tofranil, así que mi hermana de niña no recuerdo pero mas o menos después de los 8 o 9 años se puso un poco irascible era nerviosa, pero era la consentida de mi padre, aunque por esa época yo no me daba demasiado cuenta.

Lo que si recuerdo de mi infancia, lo primero que recuerdo es que yo estaba en cama de mis padres y la cama se cayó, fue un cimbronazo y se ve que me conmociono bastante porque mi madre dice que yo era bebé que no puedo acordarme de eso- pero si lo hago.

Después recuerdo una fiestita en mi jardín de infantes haciendo de tetera y diciendo un versito «este es mi pico, esta es mi asa, poquito a poco lleno mi taza» y también vestida de clavel.

Al lado de mi casa, en la casa contigua vivían; mi abuela paterna, mis dos tías casadas, después, la que vivía en un departamento al fondo se fue a vivir a Paraguay, yo tendría 10 años aproximadamente, eso me angustió bastante.

También vivían en esa casa el hermano de mi papá con su esposa e hijo e hija, mi prima NN y mi primo NN. La tía que quedó en la casa también tuvo una hija NN que para mí era insoportable (no-solo para mi) era caprichosa, etc.....pero la consentida de mi abuela paterna que dicho sea de paso era ciega y a pesar de su ceguera nos hacía para los nietos palomitas de masa de pan. Nos hacía feliz a su manera y en su medida, me mandaba a mí y a mi prima NN (la mayor) que fue como una hermana para mí, a estudiar piano, ella disfrutaba escucharnos

tocar, pues eso era lo que ella hubiera querido hacer, pero nosotras lo hacíamos un poco por ella y otro poco porque nos gustaba, pero también a veces como una obligación. Así que de a poco se nos fue el entusiasmo y dejamos. Mi abuela siempre dijo que el piano se lo quedaría aquel o aquella que siguiera estudiando.

Después comenzó a estudiar mi prima NN, pero ella con el tiempo también dejó y el piano quedó por unos años, hasta que la mamá de NN, mi tía NN a los años lo vendió.

Recuerdo que en mi infancia fui feliz jugando con mis primos mayores y con vecinos de mi cuadra, lo que sí nunca me atrajo jugar con muñecas, como las demás niñas que les gustaba jugar a ser madres, no sé por qué

Me encantaba ir a la escuela primaria Domingo F. Sarmiento, que esta en la bajada Roque Saenz Peña, tenía tres pisos, ascensor escaleras, salón de actos, como un cine con telón y lo que más me gustaba era el atelier, que estaba en la terraza y allí dibujábamos, y se podía ver toda la ciudad desde allí,, pues era todo vidriado, me sentía tan bien en ese colegio, era como la sensación de estar en un palacio ,.allí también concurría mi primar mayor Betty que fue conmigo hasta que termino el 7mo grado y yo iba a4to o 5º grado.

Mis padres no me llevaban muy seguido a pasear a mí y a mi hermana, mi papá tenía dos trabajos, y siempre parecía enojado malhumorado, si mi familia de al lado salía al campo o a otro lado nunca nos dejaba ir, tenía miedo que nos pasara algo. Así que cuando pedía permiso por nosotras yo me encerraba en el baño y me tapaba los oídos para escuchar la respuesta NO. Mi madre era muy buena, sumisa y cariñosa, mi padre no tanto, nunca me preguntaba de mis notas y cuando yo por propia voluntad le mostraba la libreta (que nunca fui sobresaliente, pero nunca malas notas) el siempre decía: podría esta mejor

Es mas le cuento señora que mi padre hizo la primaria solamente porque cuando hizo 1er año del secundario, discutió con su profesora de ingles porque ella le decía que el ya había estudiado ingles y no era así, sino que era inteligente se enojó y no fue mas a la escuela y después fue autodidacta estudiaba solo pero le gustaban los idiomas, tenía muchos libros en un biblioteca pero no estaba prohibido tocarle sus cosas y menos sus libros, un día encontró una hoja rota y no se en cual de ellos y la castigo a mi hermana.

Pero mi hermana quería t.v. al tiempo él le compraba. Otra vez quiso un tocadiscos y le trajo un tocadiscos, en ese entonces no me afectaban esos privilegios, pero cuando crecí me fui dando cuenta de esas cosas.

Adolescencia:

Cuando yo estaba en 1er año del liceo de señoritas (que era de señoritas por ese entonces) por el mes de septiembre a fines, mi hermana C.C. se enfermó de paperas, un día antes fui sola con mi hermana a la casa de una tía en brio Alberdi, C.C. se quedó con mis primas jugando y saltando y yo me fui a un asado con mis compañeras de 1er año que quedaba a unas cuadras de mi tía, cuando regresamos a casa, mi padre encerró a mi hermana en su dormitorio y le pegó porque no le había pedido permiso a él para ir.

Al día siguiente mi hermana comenzaron con complicaciones de su papera, parecía no ver, la internaron, no la vi más, y en menos de una semana me quede sin mi hermana, que por cierto, no éramos muy compinches, tenía un carácter difícil, una vez no sé que le dije o le hice y me corrió con la tijera furiosa y yo me tranquilé en el baño hasta pasó su furia.

Después que ella murió todo cambió, mi padre empezó a beber, venía tarde a casa, yo sufría porque mi madre esa situación le afectaba mucho, más que por la pérdida de mi hermana, tenía paz, pues sabía que ella no estaría en un lugar mejor, junto con nuestro creador y aceptaba su voluntad.

Yo trataba de no llorar, de no demostrar emoción alguna para no agregar mas dolor a la situación, es más, muchas veces me planteaba con mis catorce años que quizás no hubiera sido mejor que yo muriera en lugar de mi hermana, así mis padres talvez no sufrieran tanto aunque sé que ellos no pensaban así.(creo).

En este párrafo del relato de la paciente se observa de manera evidente la ideología patriarcal mantenedora y legitimadora de la violencia familiar (todo remite al hombre como centro y vértice del sistema) que se expresa muchas veces a través de las más diversas sentencias sintetizadoras del “saber popular” arraigadas en el “sentido común”. He aquí unos botones de muestra de una ideología que prácticamente justifica el maltrato como recurso estratégico del poder establecido.

- No hay razón como la del bastón (refranero español)
- La letra con sangre entra (refranero español)
- Desde chiquito se ha de criar al árbol derecho (refranero español).

En el contexto patriarcal, la relación hombre mujer ha venido marcada por la categorización sexo fuerte/sexo débil que consagra la imposición de la desigualdad, la discriminación y la dominación social sobre las mujeres basada en el pseudopretexto de las diferencias sexuales. En esta familia el (padre-marido) (de sexo macho y de género masculino) encarna el arquetipo del personaje socialmente “legitimado” para maltratar al resto de la familia, incluyendo obviamente a la mujer y a la descendencia.

Los factores asociados con la salud pueden variar, y de hecho varían en gran medida de una mujer a otra, esto depende de variables como el momento del ciclo vital en el que se encuentre la mujer, de la clase social a la que pertenezca, de su etnia, de sus condiciones de trabajo, de su ambiente social y familiar, de sus acontecimientos vitales recientes o lejanos, y, por supuesto, de sus estilos de personalidad.

La ideología del grupo dominante constituye el parámetro de la “normalidad”.

Entonces se puede volver “normal” tratar violentamente a otros, esos otros también pueden considerar “normal” el acatamiento a esa “normalidad”. Los estereotipos de género, vividos y asumidos naturalmente por generaciones enteras de mujeres y varones, han condicionado sus formas de vivir.

Carmen Lugo¹²⁵ define el machismo como patología social. Esta se encuentra incorporada al imaginario social, y podríamos pensar en posibles puntos de contacto con los prototipos argentinos del gaucho en el ámbito rural y el guapo en el folclore urbano, cuya hombría es descripta frecuentemente en las canciones camperas, el tango y la literatura. Desde la perspectiva de género, la transformación debe ser integral, ya que en la estructura androcéntrica pierden ambos sexos.

Vemos en lo señalado precedentemente que: la institución básica en el proceso de socialización de las personas -la familia- produce y reproduce incesantemente estos “invisibles”. Por eso, es dentro de este núcleo primario que deben deconstruirse los viejos estereotipos e ir creándose otras formas más acordes a los derechos humanos de sus integrantes, incluyéndose un planteo o replanteo (mejor) de nuestros modos de vinculación.

A pesar de los esfuerzos realizados por numerosas organizaciones tendientes a difundir y promover ideas progresistas acerca de la igualdad entre los géneros, cierto núcleo de premisas, constitutivas de un sistema de creencias más amplio, siguen siendo sostenidas por amplio sectores de la población. Entre ellas, las más persistentes son:

- Que las mujeres son inferiores a los hombres.
- Que el hombre es el jefe del hogar.
- Que el hombre tiene derechos de propiedad sobre la mujer y los hijos.
- Que la privacidad del hogar debe ser defendida de las regulaciones externas.

Este sistema de creencias sostenido en tales premisas tiene como consecuencia inmediata la noción de que un hombre tiene el derecho y obligación de imponer medidas disciplinarias para controlar el comportamiento de quienes están a su cargo.

Suele aceptarse en la actualidad como marco de referencia la definición propuesta en 1994 por la National Academy of Women’s Health Medical Education (NAWHME) de Estados Unidos, que establece que el concepto de “Salud de la Mujer” comprende tanto la preservación del bienestar como la prevención de la enfermedad en la mujer, lo que incluye el estudio, el diagnóstico y el manejo de las siguientes condiciones:

- que son específicas de la mujer,
- que son más frecuentes en la mujer,
- que tienen mayor importancia en la mujer,
- factores de riesgo que son diferentes para la mujer.

Yo trataba de continuar con mi vida como si nada hubiera ocurrido como si mi hermana no hubiera existido nunca. Mi padre después me daba permiso para salir a cualquier lado sin problemas. Siempre salía con amigos y con mis primas éramos como una banda inseparables, yo conocí a uno de ellos cuando yo tenía nueve años, pues vino a vivir casi enfrente de casa, él tenía 11 años y a mi ya me gustaba, comenzamos como noviecitos de chicos y así pasaron los años hasta que a los 16 años nos dejamos, por mi decisión pues no pertenecíamos a igual religión, él era católico de rótulo y yo tenía una creencia que mi madre me fue guiando (cristiana evangélica) y a mi me agradaba, así que me bauticé a los 17 años aproximadamente en es fé.

Mi padre en cambio se pasó de religión católica a evangélica por mi madre, pero con los años abandonó, en otra época tenía ideas comunistas, en fin, era como una veleta.

Con mi novio de niños, volvimos a salir en el 80 y no precisamente porque yo siguiera enamorada, como en las novelas, o como veo se aman mi hija con su novio, sino que volvimos porque él insistía, me buscaba. En ese lapso que nos dejamos, él tuvo otras novias pero siempre las comparaba conmigo e incluso con una de ellas tuvo su primera relación sexual(en Mar del Plata) pero nada importante para él, siempre él hablaba con mi prima B.B. y lloraba por mí, ella intermediaba, hasta que acepté, como por lástima, como un deber, pues ya no era lo que yo hubiera elegido hoy, me gustan los rubios de ojos celestes, como el único novio que tuve, cuando nos dejamos con H.H. mi novio de la infancia (que era morocho menudo) el otro era un galán, un dandy, en esa época estuvimos de novios poco tiempo dos meses y medio, yo sabía que tenía fama de mujeriego pero tenía la cualidad de ser romántico, de regalarme un disco, si sabía que alguno me gustaba, me mandó un día un tulipán rojo en una caja preciosa, tarjetas, le gustaba ir a los lugares finos a bailar o cenar con velas, pero nunca llegamos a intimar, sobre todo por su curriculum, y al final descubría varias infidelidades y en mi casa no dejaron que viniera mas yo sufrí mucho por eso, sabía que era lo mejor, pero lloré mucho no quería seguir estudiando él insistió pero yo sabía que iba a ser infeliz su lado, por ahí lo se ver de ves en cuando pues vive cerca de mi casa y siento una cosa a lo mejor la nostalgia o pensar que hubiera sido mi vida junto a él quizás mejor que la que llevo ahora?

Se observa claramente en este fragmento del relato de la paciente la posición de subordinación de las mujeres, con todas las prácticas sociales que la sustenta, determina que desde temprana edad las niñas interioricen en su subjetividad una profunda duda sobre su propia capacidad, comenzándose así a generar esa necesidad femenina de ser protegidas.

Si alguien es incompetente, inferior, necesitará ser protegido (y también controlado) por otro fuerte.

Y es desde este entramado de mitos incorporados a nuestra vida cotidiana que se legitiman las conductas violentas, que no solo son el golpe, sino también todo el sutil y complejo terreno de aquello “que no se ve” que se acepta por ser “natural” que no cuestiona, pero que condiciona fuertemente nuestra propia vida.

Así vemos que en muchas mujeres o en las mentalidades femeninas aún subsisten las creencias de que las mujeres nacieron para “complementar o acompañar al hombre” para ser sumisas, pasivas, dóciles, dulces, amables, obedientes.

De esta manera, aun cuando se modifiquen las leyes, los comportamientos tienden a seguir siendo regulados por esta normativa cultural que legitima el uso de la fuerza como “método correctivo” y como instrumento de poder dentro de las relaciones privadas. Estos mitos culturales son elementos que contribuyen a la perpetuación del problema, porque precisamente una de las características definitorias del mito es su resistencia al cambio: la fuerza del mito reside en que es invulnerable a las pruebas racionales que lo desmienten.

En el caso de la violencia doméstica los mitos cumplen tres funciones principales:

- 1- Culpabilizan a la víctima (mitos acerca de la provocación, el masoquismo etc.).
- 2- Naturalizan la violencia (“el matrimonio es así”, “los celos son el condimento del amor”).
- 3- Impiden a la víctima salir de la situación (mitos acerca de la familia, el amor, la abnegación, la maternidad etcétera).

Con mi novio de la infancia H.H. nos casamos en el año 1983, con el sí tuve relaciones sexuales previas a casarnos y quizás también eso fue algo que mi indujo a decidir por él, aunque sentía por él afecto, no sé si costumbre pero eso sí, me importaba mucho su interior era muy bueno, servicial, buena persona, eso era importante (el contenido no el envase).

El trabajaba en Buenos Aires en Fuerza Aérea así que allá me fui a vivir, allí también vivían mis dos cuñadas con sus familias, pero yo no tenía ni tengo feeling con ellas, piensan mucho en aparentar, viven pendiente de los de más etc. Y yo soy simple, de perfil bajo, no me gusta sobresalir reuniones, ni nada por el estilo, es más, cuando conocí a la familia de mi marido a los nueve o diez años, hasta los 17 ó 18 años yo era muy tímida, cuando nos reuníamos con ellos u otros parientes, yo casi no hablaba, siempre me gustó, ser mas bien espectadora, escuchar, pensar, sacar conclusiones, después con los años fui cambiando, empecé a sentirme mas segura de mí, de mis ideas, de mis gustos.

Hasta hoy me cuesta relacionarme con la gente, no pienso nunca que soy superior a nadie, no es por eso, pero soy selectiva si tengo tal vez dos o tres amigas son muchas, creo, es que en el fondo busco, una relación especial, talvez de grandes seríamos compinches, pero no me sentiría tan sola, tendría sobrinos, una familia mas grande.

Después que me casé nunca usé métodos anticonceptivos, pero no me quedaba embarazada, el primer año no estaba tan ansiosa por ese tema, pero ya después empezó a preocuparme, empecé a hacerme estudios, mi marido también a él le dieron vitamina E a mi nada pero cuando intentaron hacerme una histerosalpingografía el liquido de contraste no pasaba. Comencé a tomarme la temperatura basal, como me indicó la doctora las anoté y cuando se las llevo me dice que probablemente estaba embarazada y según los análisis así era. Estaba tan feliz, porque antes me sentía frustrada, fracasada y eso que a mí no me gustaba alzar un bebé ni nada por el estilo, sino quería saber en el fondo que yo podía como cualquier mujer tener un hijo.

En este fragmento queda claro de que manera el amor de pareja está profundamente condicionado desde lo cultural, y que dichos condicionamientos imponen moldes que dan forma a los comportamientos amorosos de la pareja, en otras palabras, que el amor de pareja ha sido construido socialmente a lo largo de la historia. Se quiere significar que la manera de expresarlo, los contenidos asociados a él, las expectativas adjudicadas, las maneras consideradas femeninas y masculinas de demostrarlo, el lenguaje amoroso, las normativas amatorias, como también las formas de gozarlo y de sufrirlo, han sido construidos en cada una de las épocas históricas, siguiendo cánones muy precisos que surgían de la moral social imperante, la que a su vez respondía a la estructura de poder dominante.

Todo esto forma parte de la “esencia de ser mujer” y responde a la idea de lo natural-naturalismo- la mujer está asociada a la madre naturaleza. Se considera “natural” por ejemplo, que las mujeres deban ser madres.

Para el imaginario social, la mujer que no obedece estos mandatos será una transgresora, algo así como una mala persona. Según Eva Giberti⁹⁵, su cabeza está colonizada de modo que no cabe el pensamiento ni la actitud crítica. Así vemos que en algunas historias de vida, no se ha estimulado a las niñas asumir iniciativas, a ser responsables por sí mismas, a la manifestación activa del desacuerdo por ejemplo. Vemos que de esta manera se va constituyendo el germen de una personalidad femenina insegura, dependiente, y con baja autoestima.

Mi primera hija C.C. nació dos años y 5 meses después que nos casamos, nació por cesárea porque no estaba acomodada para nacer.

Era llorona, sobre todo de noche y allí comenzaron mis problemas con el sueño, gracias a dios me tocó un marido que le cambió su primer pañal como todo un experto, yo con cesárea no podía moverme y el me ayudaba en todo hasta el día de hoy es así; no es romántico no

me trae una flor de sorpresa no me invita de sorpresa a algún lado especial, siempre las ideas salen de mi es un poco quedado en “todo” los aspectos, pero es bueno.

Al año cuando todavía no me recuperaba, ni física ni psíquicamente sobre todo de mi primera experiencia como madre, quedo embarazada sin esperármelo (porque creía que estaba todo bajo control) de mi segunda hija P.P., emocionalmente no me encontraba bien, para esa noticia, lloraba al principio, pues no me sentía fuerte ni capaz de criar dos hijas que se llevaban un año y nueve meses. Así que seguía con pañales, mamaderas, noches sin dormir por supuesto que quería a P.P. era una gordita hermosa. Pero los primeros cinco años en que fui madre fueron muy agobiantes para mí, muy pesados, comencé a estar mas nerviosa y ya después no quería ni ver ni embarazadas ni niños hasta hace poco porque ahora con mi marido andamos pensando en nietos a fantasear, pues todavía falta para eso, será la edad, yo tengo 41 y él 44 años.

Este fragmento pone en evidencia que ser madre debería ser una decisión personal que debería llevarse a cabo cuando realmente una mujer está preparada para enfrentar esa responsabilidad. Es indiscutible que desde pequeñas nos educan para ser madres y nos inculcan ese deseo, nos regalan muñecas para cuidar, darles de comer, bañarlas y escuchamos a nuestras madres/abuelas decir: “que la máxima realización de una mujer es cuando es madre”, entonces de nuestro casete personal se nos graba este estereotipo de que, la mujer debe ser madre y encargarse de su hijos/as, si no, será condenada o tendrá la compasión de la sociedad porque no tiene hijos/as “pobrecita”.

Históricamente en nuestra sociedad patriarcal era el hombre el que llevaba el sustento a la casa, y la mujer tenía hijos y los cuidaba. El papel era tan restrictivo, que si una mujer no quería tener hijos era considerada como una “mala mujer sin sentimientos”. Este “rol obligatorio” femenino fue impuesto a lo largo de tradiciones, creencias y religiones. La judeocristianas consideró justas sólo a las mujeres que eran madres, y la mayor bendición de Dios era que se les permitiera ser ma-

dres. Sin embargo, con este modelo a las mujeres se las despojó de su dignidad de ser humano, pues su único valor era la maternidad. Ahora bien, no es que ser mamá no sea un privilegio, ni que no pueda hacer feliz a aquellas que lo son, claro que si, estamos de acuerdo en que la maternidad es un milagro, pero no hay que olvidar que una mujer actualmente puede tener otras aspiraciones o incluso ni siquiera querer hijos.

Según D. Beller² los ideales de género pueden ser muy tiránicos, lo que configura el estereotipo. La trasgresión a los mismos implica, en cuanto a la subjetividad, sentimientos de culpa, y marcan profundamente, sólo que no suelen ser procesos conscientes, no se reflexiona sobre esto. Tomando el concepto psicosocial de matrices de aprendizaje, habla de relaciones de género y de la incorporación, en estas matrices, de prejuicios y desigualdades: “las diferencias de género en nuestra cultura implican diferencias jerárquicas, situaciones de desigualdad que han colocado históricamente a la mujer, en condiciones de mayor subordinación”. Incluye en este análisis a los varones, ya que este proceso de socialización implica enormes costos, también para ellos.

Numerosos autores se han ocupado de describir y analizar la depresión femenina, desde hace muchos años ha sido tradicional el estudio acerca de la “depresión puerperal” era sabido y esperable que la mujer sufriera depresión después del parto, fenómeno que fue atribuido a sentimientos de pérdida de la condición de embarazada, como también debido al cansancio y

² La descripción del “síndrome de nido vacío” fue analizada por Rose Oliver (1977) señala una constelación de síntomas que giran alrededor del sentimiento de pérdida cuando los niños crecidos dejan el hogar. Afirma que “nido vacío” a pesar de que existe consenso generalizado acerca de su significado, es un término que, sin embargo, refleja tanto sexismo como prejuicios etarios. Señala que es preferible denominarlo “conflicto postmaternal” y propone una psicoterapia sobre la base de un modelo cognitivo, modelo que enfatiza aspectos tales como “identificar las creencias y demandas irracionales, enseñar a la paciente a desafiarlas dentro de una estructura de análisis racional”, instruir conductas positivas, focalizarse sobre su propia vida e intereses, antes que sobre los roles de sus hijos etc.

falta de sueño adecuado durante los primeros tiempos de la crianza de un bebé. Lo cierto es que, desde hace mucho tiempo, y en diversas culturas, se ha destacado como hecho notorio- la depresión asociada a la maternidad.

En el año 1980 mi prima B.B. que fue como una hermana se cambio de casa, de vivir tantos años juntos, seguía separando la familia, en distancia por supuesto, no en afecto, comenzó a trabajar y dos años después se mudó con su familia (padres y hermanos).

Ya quedaban en la casa de al lado, mi abuela paterna, (ciega) con su hija L.L. y su esposo e hija G.G. y en el fondo se fueron a vivir en un departamento mi primo M.M. hermano de B.B. y su esposa después de casados en el año 1982.

C.C. mi primera hija nace en diciembre de 1985 y P.P. la segunda nace en septiembre de 1987. C. se fue pareciendo bastante a mi hermana C.C. pero mas trigueñita (un poco) eso creo yo, fue la consecuencia de que mi padre tuviera preferencia por ella y no por P.P.

A P.P. la llevaba al teatro, a estudiar inglés, regalos etc. Y a la hermana no, con los años comenzó a hacerse mas notorio así que eso me hacía sufrir, hasta que un día se lo planteé y su respuesta fue así: “se quiere o no se quiere”.

En el año 1988 fallece mi abuela paterna y unos meses después se casa mi prima G.G. y se va vivir a Trelew.

En septiembre de 1989 también se va vivir para allá mi tía L.L. que fue como una segunda madre para mí, mis padres por ese entonces vivían en Rio Ceballos por motivos de trabajo de mi padre. Así que cuando volvimos de Buenos Aires me fui a vivir a la casa de mis padres cuando se desocupó (en Córdoba) pues estaba previamente alquilada así que vivimos con mi marido y mis hijas niñas solos desde enero o febrero del 86 hasta enero del año 1990. Que volvieron a su casa donde yo estaba viviendo y también volvieron en esos días mis suegros que se habían mudado a Buenos Aires pues sus dos hijas y su marido vivían allí y ellos se fueron cuando yo estaba embarazada de C.C. de 5 meses aproximadamente y regresaron de nuevo a Córdoba en enero de ese año 1990.

La convivencia con mis padres al comienzo fue normal, pero con el tiempo se fue poniendo tirante por la preferencia de mi padre repetida otra vez me remontaba a mis épocas, después se jubiló y allí empeoró al estar al vicio se puso mas molesto pero mi marido y yo siempre tratando de aguantar después mi padre tuvo un ataque de presión que gracias a Dios salió bien de eso, se compuso, eso también me parece que empeoró su carácter.

Si mi madre se sentía mal de su depresión por cambio de algún

medicamento u otra cosa se quedaba callada sufría en silencio pues si el se enteraba la empezaba a retar haciendo notar siempre que la subestimaba más que nada le preocupaba quien le iba a cocinar que era todo un tema para él, tenía que cocinar lo que él le pedía y a la hora que quería era exigente con este tema desde su juventud pues me contaba su hermana L.L. que quería que le sirviera la comida ya aunque estuviera cruda, total se cocina en la panza así que si era arroz por ejemplo se lo comía aún crudo.

En este fragmento podemos visualizar el tema de la depresión femenina, desde hace mucho tiempo, y en diversas culturas, se ha destacado como hecho notorio la depresión asociada a la maternidad, toda vez que se concebía a la maternidad como actividad centrada en los afectos. La vida de la paciente se centró en la familia, el hogar, la crianza de los hijos etc. Otro fenómeno que frecuentemente se asoció entre depresión y maternidad fue el “síndrome de nido vacío” Se trata ésta de una reacción que se supone esperable en mujeres de mediana edad cuando sus hijos son grandes y se alejan del hogar, este síndrome parece estar asociado a sentimientos de pérdida (pérdida del rol de madre, pérdida del control sobre la vida de otros, pérdida de una actividad y de proyectos. También se ha asociado la depresión de las mujeres de mediana edad a la pérdida de la capacidad reproductiva, pérdida de la belleza y vigor juvenil, pérdida del funcionamiento de determinadas hormonas, etc. Estas perspectivas que enfatizan los sentimientos de pérdida, no vacilan en relacionar la depresión con lo “esencialmente femenino”. Con todo ello se legitima y naturaliza el fenómeno de la depresión en las mujeres. Entendemos que estamos, una vez mas, ante un proceso de invisibilización de los fenómenos que forman parte de condiciones de vida depresógenas, y que es necesario develar.

Tal como los prisioneros de un campo de concentración, las vícti-

mas de violencia marital suelen “cerrarse” anestesiar sus sensaciones, disociar sus percepciones para poder sobrevivir. Es común que las mujeres acudan a los servicios de asistencia psicológica o psiquiátrica, no por el maltrato en sí, sino por sus secuelas. Vemos que uno de los motivos de consulta más frecuentes suelen ser los estados depresivos u otros desordenes que son compatibles con los cuadros de estrés postraumático. Un profesional sensibilizado podrá arribar a un diagnostico del síndrome, identificando el trastorno y la sintomatología como una resultante de los hostigamientos y ataques sufridos.

El tiempo, el reloj, me volvía loca me ponía alterada cuando se me hacía la hora de que se vayan las chicas a la escuela, que comieran a tiempo pero he visto eso en mi prima G.G. ahora todo por hora, el tiempo marca sus vidas. Mi tía N. También, yo ya me puse un poco yo diría bastante el freno, a la obsesión con el tiempo, con los apuros trato de hacer lo que quiero o puedo, mi salud tampoco me permitiría lo contrario pues por mi presión arterial (hiper) que comenzó hace alrededor de 10 años aproximadamente pero no siempre, hasta hace dos o tres años que ya estoy medicada hoy día con Atenolol 50 mg, ½ a la mañana y ½ a la tarde.

Aparte de eso después de mi segunda cesárea mi sistema hormonal se desequilibró siempre fui irregular en mis ciclos pero después de esto se agravó , mis ciclos eran cada 5 o 6 meses tenía sofocones, tenía 26 años y ya tenía trastornos como de menopausia por ese entonces me controlaba con el D.I.U., me quisieron corregir los ciclos con anticonceptivos pero me hacían mal me daba urticaria , no dormía bien, me hacía mal a los riñones así que no tomé más. Por fin fui al endocrinólogo y con análisis determinaron “hipertiroidismo” y hace ya cuatro años o cinco que tomo T4 levotiroxina y eso me corrigió no solo mis ciclos menstruales sino también taquicardias que siempre tenía sobre todo por las mañanas.

Mi padre sufría de cirrosis, pero no se trataba y también era asmático, después de vivir en la casa paterna hasta el año 1995 pues se hizo insoportable la convivencia, siempre buscaba pleitos no conmigo directamente sino con mi esposo y este siempre trataba de apaciguarlo de minimizar las cosas. A mí también me daba mucha bronca que mi madre que callara siempre ante tantas cosas que él nos hacía a nosotros y también a ella, muchas veces pensé en bofetearla para que reaccionara y se defendiera de sus agresiones verbales (no insultos)

sino de sus torturas psicológicas que después que hacía esto al rato era como si nada hubiera pasado para él nosotras, mi madre y yo quedábamos destrozadas.

Era celoso de C.C. y su amiguita y vecina siempre jugaban y solía venir a casa pero él no la quería. Por esa época hacía poco que él se había hecho mormón y siempre los mormones venían a verlo pero el los atendía en su comedor y allí estaba a puerta cerrada. Hasta que cierto día él se enojó no se porqué y la corrió a la amiga de C.C. que no viniera mas entonces mi marido le contesto que si la nena no venía mas que tampoco viniera los mormones, eso fue que lo hizo estallar en un raptó de locura agarró una silla para rompérsela por la cabeza pero mi marido no quería entrar en ese juego lo trataba de esquivar pues era una persona mayor luego fue derecho a su bunker, así lo llamaba a una habitación que tenía con llave, libro, escritorio y también un revolver que había comprado tiempo antes, y cuando yo veo que se dirige hacia allá yo supuse para que era y le dije a mi marido que se fuera, casualmente en esos días la casa de sus padres casi enfrente de casa esta desocupado pues sus padres estaban de viaje así se fue y después me fui yo con mis hijas, nos instalamos allí más tarde cayó también mi mamá, también la había corrido de la casa, ese acontecimiento fue muy duro para mí él me ponía contra la pared quería saber a quien yo elegía. Al otro día se aparece como si nada pidiendo disculpas a mi marido y trayendo de regalo el revolver y una botella de whisky que era de él y eso que él sabía que mi marido no tomaba alcohol, siempre gaseosa, eso me enloquecía más, esa actitud como si todo se borrara tan rápido también para nosotros .

Nos quedamos un tiempo en la casa de mis suegros hasta que alquilamos con sacrificio monetario, pero fue la época que vivimos solos en una casa pequeña, pero en paz.

Después que pasó un año aproximadamente se me ocurrió pedirle permiso a mi padre, para construir arriba de la cochera, pues así no pagaríamos alquiler y la relación con él ya había mejorado, y me dijo que sí, así que construimos arriba dos dormitorios y abajo un baño lindo con bañera y una cocina chica, pero linda y otra vez a la casona de mis padres, con entrada al frente y al patio independientes. Sólo nos separaba una puerta que cuando él estaba bien estaba abierta y cuando, los celos porque no quería que mi mamá estuviera con nosotros, le ponía llave.

El casi no aparecía para nuestro lado, salvo cuando, estaba bien, (de su locura).

Se ilustra en el párrafo anterior la complejidad y la diversidad de factores presentes en el abordaje de la temática, generan la necesi-

dad de incluir dentro de las políticas públicas, el desarrollo de planes, programas, proyectos y campañas destinados a la prevención individual y comunitaria de la violencia de género en las relaciones de intimidad, circunscribiendo diferentes áreas de intervención encuadradas en la defensa de los derechos humanos. Las actuaciones procuraran promover una mayor sensibilización, concientización, y difusión social sobre la manera en que se establecen los patrones violentos y la instalación y persistencia de los vínculos abusivos.

La identificación de actitudes destructivas ligadas al dominio, control y humillación facilitarán la incorporación de alternativas destinadas a modificar las situaciones, al mismo tiempo que permitirán brindar una temprana ayuda de contención y asesoramiento a las mujeres en situaciones críticas.

La paciente refiere; “muchas veces siento el impulso cuando me viene un nuevo recuerdo, comienzo a sentirme descontrolada, si me hiriera otras personas sabrían de mi dolor... de otra manera no lo advierten, sobretodo porque yo lo tapo y el dolor físico distrae el dolor emocional, así me podía concentrar en eso y no en el dolor emocional, que me hace sentir tan atrapada, impotente y desesperada”.

Un día, domingo 19 de septiembre de 1999 regresa de su iglesia, alrededor de las 14 hs, almuerza solo. Mi mamá no lo esperaba y al rato comienza con vómitos de sangre y también sangraba por vía anal. Urgente llamamos a ECCO, tenía la presión muy baja, se lo llevaron a internar.

Mi relación con él no andaba bien, porque siempre, lo respeté, pese a todo, pero un día lo veo en el patio, me pareció que discutía con mi marido, porque siempre le buscaba la quinta pata al gato, y ya me salió mi tanada y me fui, y le canté las cuarenta, le dije que pretendía, para tratarnos así si mi marido era tan trabajador, bueno conmigo y con mis hijas, porque no nos dejaba en paz, y porque la maltrataba a mi madre si era buena y no tenía compasión de ella que fue enferma toda la vida e incluso él la conoció estando internada etc. etc.

El escuchaba no sé si me contestó algo pues yo estaba enfurecida, al otro día veo mi retrato que tenían mis padres, cuando yo tendría dos años aproximadamente con un precioso marco, estaba tirado en el patio y lo dejó así, yo ni la toqué, no sé quien lo habría sacado, pues estuvo un par de días, como queriendo decir: moriste para mí (o así lo interprete yo).

Volviendo al día 19 cuando estaba mal él, yo agarré un balde, guantes y comencé a limpiar había sangre por todas partes y él me vio y me dijo: gracias por hacer eso y yo le respondí muy naturalmente, es mi deber de hija. Me pareció que con ese «gracias» me quería decir, yo no merezco que hagas eso por mí, no lo merecía, pero también era un ser humano y le tenía piedad, además, mi mamá era lenta para reaccionar, así que le ayudé con la ropa para llevar, carnés y le mandé que lo acompañara en la ambulancia.

Al otro día por la mañana voy a verlo, estaba en terapia y el medico nos dijo que no paraba la hemorragia, no nos dio muchas esperanzas, después mejoró, según los médicos le iban a dar de alta el lunes 27 pero empeoró el sábado por la noche y los médicos no nos llamaron y cuando voy a verlo el domingo por la mañana me para la enfermera y me dice en la puerta de la habitación, no sabía, su papá se puso muy mal anoche y cuando lo veo, estaba acostado, desnudo sin sábana y como muerto, cuando hablo con los médicos me dijeron que él me llamaba mucho y como me quería, pero ellos le dijeron que yo dormiría y para que me iban a molestar, aún hoy pienso que insensibles esos médicos porque no me llamaron quizás quería despedirse, decirme, que me quería o que lo perdonara...nunca lo sabré tendría que haberles gritado y dicho: ¡quien eran ellos para impedir a un moribundo irse en paz y dejarme en paz a mi también!

Y me quedó la duda de no saber si era a mí que me llamaba, si los médicos no sabían ni mi nombre, además cuando las personas se están muriendo suelen ver a familiares ya muerto o deliran que se yo nunca lo sabré si era a mí o a quién, eso me hizo tan mal que hasta hoy me duele ese final. Después en casa revisaba entre sus cosas, en libros, papeles, p.c., algún mensaje, alguna nota para mí, pero fue en vano. Por otra parte, fue como una liberación, salir de una pesadilla para todos una sensación de libertad y un alivio por lo que sufría mi madre con él.

Pero es el día de hoy y trato de pensar que no existió, que fue un mal sueño, pero siento tristeza y angustia porque me tocó ese padre y esta madre con la que todavía convivo que me hubiera gustado que sea activa con ganas de vivir y no esperando siempre la muerte como una salida a su depresión.

Nunca tiene ganas de nada, ni iniciativa, siempre con ganas de estar acostada y eso no les gusta a mis hijas sobre todo a la mayor, la menor se guarda todo pero pienso que es la que más sufre. Es como un círculo vicioso, mi mamá está depresiva, yo también tengo periodos en que estoy bien, y últimamente mis periodos son muy largos comencé a estar mal cuando C.C. tenía 14 años, esa etapa dura para los adolescentes, pero más dura para mí pues C.C. comenzó a agredirme, dura, implacable, crítica... y como me dolía todo eso de una hija tan esperada, querida, cuidada, para mí sus palabras duras eran como puñaladas en el alma y como me destrozaba, lloraba, se parecía tanto al carácter de mi padre, odio, amor, sadismo.

Mi mente no soportaba ya, era como si él volvía y la pesadilla continuaba después P.P. con su frialdad yo no dejaba que les diera besos, porque eso sí, siempre fue de mimarlas y besuquear las mucho, pero a cierta edad ya no quisieron más, yo quería romper todo vestigio del pasado y quería en mi familia paz, diálogo, amor pero no del implícito, sino el que se demuestra que a todo ser vivo necesita para seguir viviendo, como una planta el agua.

Estos fragmentos reflejan las historias de mujeres que vivieron en sus relaciones afectivas múltiples abusos, y representan las vivencias de muchas otras que soportan la misma realidad en sus hogares, acalladas, capturadas en el vínculo con el ofensor. Estos relatos nos permiten apreciar las ofensas recibidas, el impacto emocional, la intensidad y magnitud de los daños y su persistencia a pesar del tiempo transcurrido.

Se considera que las circunstancias contextuales adversas coadyuvan para la permanencia en vínculos abusivos y tóxicos (dependencia económica, vivienda, trabajo, salud, limitada posibilidad de participar en redes de sostén formales o informales, ausencia de programas asistenciales que contemplen la realidad de las mujeres y sus hijos, presencia de concepciones erróneas, mitos u prejuicios sobre su comportamiento, persistencia de actitudes culpabilizadoras en el imaginario de ciertos funcionarios/as y/o profesionales a los que acuden solicitando orientación y ayuda.

En el aprendizaje genérico internalizan la culpa, que opera a su arbitrio como mecanismo que controla el cumplimiento del rol y que emerge ante cada trasgresión real o imaginaria del modelo que ha sido impuesto. Es la clave que desde dentro asegura cotidianamente la cerradura de su cautividad.

En marzo de este año ya no quería vivir, me sentía tan sola, en medio de mi familia me empecé a aislar en mi cuarto, mi mamá cuando nacieron sus nietas yo ya pasé a otro plano, así que todo era para sus nietitas, a la vez, yo me fui alejando de ella. Pero en ese mes de marzo comencé a pedir, casi con desesperación que me dijeran que me querían. Mi marido también cooperó para que yo empeorara, eso ya no era un matrimonio, había escaso dialogo, siempre estaba cansado, no quería, ni mencionaba intimar conmigo (fueron tres meses) yo pensaba que no me quería, que tendría otra mujer u otro hombre porque hoy en día no se sabe quien es quien, pensaba que me veía fea etc. etc. mi angustia crecía y mis llantos y los frenaba con Rivotril en gotas de 2 mg que me había recetado la Dra S.S. para casos extremos 2 ó 3 gotas, yo cada vez le ponía más. Y le cuento Dra. Que no es que yo deseaba tener relación sexual, porque por cierto creo que el Atenolol y el Rivotril reducen la libido sino que sentía que cada día que pasaba y no me tocaba era un rechazo.

La paciente adscripta a los valores tradicionales, cuya autoestima está destruida o nunca existió, el paralelo resulta claro: en la relación opresiva lo que prevalece son las opiniones, acciones y necesidades de él) (dominante). Ella, la subordinada, no puede hacer nada, por y para sí misma. Sus palabras y actos son siempre descalificados, impedidos, omitidos o castigados. Vemos así, que el ir experimentando, demostrándose a sí misma que es capaz de hacerlo, con la posibilidad de equivocarse y volver a empezar, no tiene cabida.

El dominante dice y hace de acuerdo a la “normalidad”, legitimada socialmente. Su ejercicio del poder esta avalado por la cultura.

Es tal el grado de debilitamiento de la personalidad de la mujer, que a menudo consulta a un médico quien habitualmente le receta un medicamento, "medicalizándola"⁴⁸⁻⁵¹ contribuyendo así al silenciamiento y ocultamiento del problema social.

¿Qué podemos escuchar en los relatos que padecen estas mujeres?

En primer lugar, a los fines de nuestro estudio, podemos intentar comprender las marcas que deja en la subjetividad los ideales de la cultura patriarcal respecto de qué es ser mujer. El énfasis en la maternalización de los roles, en su capacidad para enfrentar conflictos afectivos, manteniendo condiciones de armonía o equilibrio en el ámbito domestico, deja profundas huellas en la configuración de la subjetividad femenina y en sus modos de enfermar. Algunas de sus marcas las hallamos en el malestar psíquico femenino y en su forma de expresión privilegiada: lo estados depresivos.

Y mis dudas en cuanto a mi esposo tiene su fundamento, según yo, pues antes de cumplir 40 años nos prometió a las hijas y a mí que cuando llegara a los 40 no fumaría mas, dos años después le reviso un saco y encuentro una etiqueta de diez cigarrillos le pregunto y me dice que la encontró en el bar, que se lo olvidaron, por supuesto que no soy tonta y luego otra vez lo que mas me molestaba era la mentira porque teniendo 42 años, bien podría decir. Si fumo, no lo puedo dejar soy dueño de hacerlo y no negarlo, no sé si es inmadurez, si no quería desilusionarme o simplemente por mentir, porque yo lo he escuchado mentir a otros con naturalidad.

Y siempre he pensado si tuviera otra ¿me lo diría? Él dice que si, pero yo digo que si no tiene valor para hablar de su debilidad del cigarrillo, tampoco lo haría con otro tema mas complicado. Así que quedé siempre dudando y una pareja o yo no puedo vivir en la duda porque es como si estuviera pisando arenas movedizas y YO necesito pisar firme para estar al lado de alguien necesito estar tranquila

* Corsi, Jorge (compilador): *Violencia Familiar. Una mirada interdisciplinaria sobre un grave problema social.* Paidós. Bs.As. 1994

emocionalmente al fin después de tantos sinsabores en mi vida yo le reclamaba a el atención porque pueden dos personas esta mucho tiempo juntos en un mismo lugar pero yo estaba sola, pues para el su escapismo es la T.V.

Desde que nos casamos (21 años) el comenzó algunas veces con problemas de eyaculación precoz no siempre frecuentes, pero nunca fue al médico y pienso que ese problema con los años le dio inseguridad y por eso me esquivaba, lloraba, (no siempre) total había una anestesia al dolor Rivotril. Este último tiempo le pedía vayamos a vivir solos pues mi mamá lo ponía mal a él, toda esa sumatoria de cosas hicieron estallar en mi como un volcán primero da algunos vestigios de que va entrar en erupción pero ya cuando explota y sale la lava, así me veía yo con estados de angustia tremendos, crisis de llanto, hasta quedarme sin aire y ganas de morir, el 9 ó 10 de marzo me encerré en mi pieza, quería dormir y dormir recuerdo que estaba de visita mi suegra, que dicho sea de paso cada vez que viene me pongo peor, me cambia el ritmo de las cosas, quiere dirigir la batuta, viene seguido a Córdoba y para en mi casa, yo no quiero presiones ni para mí ni para mi madre porque como es de débil carácter la quiere dirigir y ella no tiene ganas, anoche soñé la peleaba a ella y a mis cuñadas que vienen a mi casa como si fuera un hotel y eso que tiene parientes en la otra cuadra y primas y tías, yo ya me cansé, no quiero soportar nada más, no puedo, ya demasiado soportamos y sufrimos con mi padre. Hoy en día cuando alguien me quiere presionar o alterar la paz de mi hogar así sea mi esposo que después de los 40 cambió bastante, está más irritable, me pongo muy mal, me deprimó al instante porque no quiero volver al infierno.

B.B. mi prima soltera de 45 años se re-encontró con su primer novio, de la adolescencia, que se fue a vivir a Guatemala con su padre cuando tenía 17 años aproximadamente. El regresó para hacer el servicio a los 18 años pero ya estaba muy cambiando, allá hacía publicidad televisiva, jugaba al foobal profesional y todo eso se le subió a la cabeza así que la relación terminó.

Años después se casó con una chica de allá (sin amor según él hoy dice) es costumbre allá muchos se casan así.

El regresó para Navidad, a ver a su madre y hermana que justo vive frente de mi casa, él ya está divorciado hace 7 años y tiene una linda hija de 19 años.

Siempre ella me preguntaba si no sabía nada de él (por medio de su hermana que somos amigas).

El hacía como 8 años que no venía y esta vez la llamó por teléfono (siempre cupido de por medio, el cuñado que le decía que ella seguía sola) tuvo otros novios nada tan importante como su primer amor.

En fin se hablaron por teléfono (mucho) después decidieron verse

en un café y desde entonces resurgió el amor como si no hubiese pasado casi 30 años, ella está muy feliz, el se fue siguieron chateando cada día, y hoy 27 de mayo se fue ella, van a casarse, ella dejó su trabajo de 26 años, es una excelente secretaria, con un muy buen sueldo, muy buena y querida por todos en su oficina, nadie quería que se fuera, pero ella trabajó tanto, no sólo para ella, y su madre que tenía ni una pensión, compró un departamento que ya casi está terminando de pagar, ayudó mucho a su hermano, casado con tres hijos, les pagaba escuela, en fin era una tía tipo papá Noel y también siempre ayudando a conseguir trabajo, a tanta gente, pues tenía muchos contactos, así que en fin, se merecía dejar todo y empezar una nueva vida y ser feliz.

Esa felicidad y ese amor que yo ví cuando estaban juntos, beso, etc. Me dio cierta envidia en el buen sentido, porque tener 45 años, verla enamorado como de 18 años, a la vez que me veía yo tan distante de esa situación, claro que ya tengo 21 años de casada que se ha vuelto tan rutinaria, el amor, lo busco y lo busco pero no lo encuentro, la llama ni sé cuando se apagó.

Es como si esa relación y también la de mi hija me hizo verme en un espejo y no encontraba esa N. N. enamorada así, ni antes, ni ahora, hoy es tan frío.

Por eso creo que el 12 de marzo hice una eclosión, ni ya quería ni quiero vivir en ésta casa, no quiero limpiarlo, en fin, el estar internada en el sanatorio Morra 18 días al principio fue angustiante, ver gente, con problemas serios, que hacen años están así y de algunos casos ya no se vuelve. Eso no puedo entender hasta donde puede llegar una persona, y no me resignaba a estar allí, así, ni en mis peores pesadillas. Yo como mi tío que está en el Neuropsiquiátrico de Oliva tantos años, con esquizofrenia sin que sus hermanas o nadie lo visiten, mi situación me hizo pensar más en él. El encierro, llaves, muros, incomunicada, sola con mi situación y mi dolor, de a poco traté de serenarme, de pensar, que era para mi bien, al principio tenía bronca, me sentía que estaba en una prisión, castigada, sola, si Yo lo único que pedía era amor, atención, un beso, un abrazo que me digan te quiero hija de mi mamá y de mi marido y de mis hijas también, si creo que eso es lo que nos puede mantener vivos, con ganas de vivir, de hacer cosas, el amor estimula, pero siempre esperaba de los demás y yo me preguntaba y yo? Y mis sueños, mis anhelos, pienso que no me he querido ni un poco, saqué como conclusión, que debía ser un poco mas egoísta también en realizar cosas que siempre quise hacer y se pasaron los años y nos la hice, tenía ganas enorme de sentirme amada con ese amor que se ve en las películas, comencé a mirar a los hombres, allí dentro, como posibles objetivos para amar y que me amen, por supuesto médicos jóvenes, pacientes ambulatorios, jóvenes y muchas veces estando ya en casa, cuando me sentía, ni amada, ni contenida

por un hombre, (en este caso mi marido) siempre soñaba con el único novio que tuve aparte de mi esposo, no sé, sería mi subconsciente que en sueños me lo traía y estando internado también soñé con él noches seguidas, siempre que despertaba me sentía feliz estando allá también pensé en llamarlo para encontrarnos en un café pero no para tener una aventura, sino para desencantarme, pues sé el sigue con sus infidelidades y yo sería feliz con alguien así. Quiero terminar con esos sueños que son lindos si, pero tan lejos de la realidad y como será que soy fiel o reprimida que en todos mis sueños con él u otros hombres nunca llevo a tener sexo es como amor platónico (supongo).

Lo que si tengo hoy en claro lo que quiero para mi vida y lo que no. Sé mis límites emocionales, así que no me exijo en nada demasiado. Trato de hacer pura y exclusivamente lo que tengo ganas dentro de lo que se puede, cocino, eso si, limpiar no tengo ganas, charlar con mis amigas, matear por las mañanas, trato de ser responsable con mis hijas, pero hasta ahí nomás, no quiero inmiscuirme, tanto, para que no me rechacen poniendo limites porque eso me hace mucho daño.

Cuando volví de la internación, algunas cosas cambiaron, me hizo bien ese retiro casi espíritu – emocional a mí y también a los de mi casa. Mi marido fue al médico, por su problema, anda bien, a los 7 días que salí, me sorprendió con un viaje que hicimos los dos a cataratas y demás excursiones, estuve bien, pero algo tensa con él, pues estando en la clínica había pensado en separarme, estuve muy confundida, esta mas demostrativo y Yo no se si lo amo, talvez su indiferencia y rechazo sexual hizo que Yo me enfureciera, quizás un mecanismo de defensa, como lo hice con mi hermana, para no sufrir. No se si tuvieron éxito esos mecanismos en mí, lo si sé es que hay muchas cosas de ciertos años y ciertos momentos que los olvido por supuesto de los años del dolor.

Hoy deseo para mi vida, una nueva vida, salir de esta casa que la siento que me aprisiona, donde están muchos recuerdos.

Comencé a estudiar inglés, que es algo que quise hacer siempre, estudie en el la secundaria, pero aspiro a perfeccionarme, sobre todo en conversación, aparte tengo facilidad yo lo sé y también lo dice mi profesora y amiga de la infancia.

Hace dos semanas me fui al sur con mi vecina, y futura cuñada de mi prima, fuimos a Comodoro Rivadavia, a ver su hija, nieta y yerno, allí estuve dos días y me fui sola a Trelew donde vive mi tía L.L. con su marido, ella es como una segunda madre o más para mí, ella tiene 61 años cuando yo nací siempre me cuenta, ella tenía 20 años, ella es la que más sabe y se acuerda de la familia, de mis ancestros, anécdotas y yo necesitaba esa contención y amor familiar no solo de ella, sino también de mi prima (su hija) G.G. que vive allá también con su esposo e hijos, he pasado momentos hermosos, estuve con mis sobrinos que

los había visto dos veces creo, y verlos grandes, darme cuenta del tiempo que pasó y perdimos tantas vivencias, su crecimiento, en fin, tantas cosas, pero en resumen estuve tranquila aunque lejos de mi familia pero trataba de no pensar en ellos y de vivir ese tiempo aprovechándolo, conversando, con mi tía . Esta mañana llegué y me han recibido muy bien con cariño hasta hicieron un asado por mi llegada. En realidad el me instó a ir fue mi esposo, yo no estaba muy convencida ni bien de ánimo antes de ir, por eso estaba con dudas pero a los días me llamó y me decía que ya me extrañaba que cuando iba a volver. Pero fueron 14 días y esto me hizo muy bien ir allá. Mi prima B.B. hoy le dijo a mi marido que cuando vuelva a Guatemala en dos meses y regrese en octubre nuevamente me va a llevar con ella. Ojalá de ahora en más mi vida pueda tener pequeñas o grandes cosas que impidan una vida rutinaria y yo esté bien y sean como inyecciones de ganas de vivir, por mi, por los que me quisieron y porque Dios me sigue regalando la vida, otra oportunidad.

En este párrafo visualizamos los variados grados de eficacia con que han operado sobre el aparato psíquico de estas mujeres, algunas condiciones de vida específicas: la postergación y/o frustración de sus propias necesidades, la necesidad de ser soporte de las demandas de los otros, de los hijos, del marido, de sus propios progenitores. Otros factores que encontramos como constante es la inhibición de la hostilidad, y una persistente sensación de angustia y de temores generalizados, acompañados de sentimientos de desamparo y de incapacidad para enfrentar los conflictos.

Vemos de esta manera que si bien la estructura de la sociedad patriarcal ha sufrido transformaciones a lo largo de la historia, sin embargo su peso y sus consecuencias son de suficiente arraigo hasta nuestros días como para merecer un análisis más amplio y detallado que escapa de los límites de este trabajo. Una de las consecuencias notorias, por ejemplo, y que tiene que ver con la crisis de la mujer de la mediana edad es que tal organización cultural ha atribuido a las mujeres los roles “afectivos” o “expresivos” como valiosos, en tanto ha desalentado para ellas los roles “instrumentales” sobre la base

de que tal diferenciación es una necesidad funcional para la conservación de la familia como grupo social (Parsons y Bales, 1955).

La postulación parsoniana establece que el rol femenino expresivo se caracteriza por dar respuestas gratificantes y complacientes, para recibir a su vez, respuestas también gratificantes de los otros. El rol instrumental masculino está definido por una conducta orientada hacia metas que trascienden la situación interaccional inmediata. Quien juega el rol instrumental no está básicamente orientado hacia las respuestas emocionales inmediatas de los otros hacia sí. Más que solicitar respuestas positivas quien juega el rol instrumental necesitan tener capacidad para tolerar la hostilidad que muy probablemente el provoque. Nos preguntamos: ¿qué hace una mujer en la edad media de la vida que ha venido entrenándose privilegiadamente en los roles “afectivos” y “expresivos” cuando en esa época de la vida necesita quizás disponer de mayores habilidades en los roles “instrumentales”? **¿Tendrá que resignarse a recordar nostálgicamente su pasado, cuando esos roles no caían al vacío o quedarse atrapada en la pantalla de un televisor que le hace ilusionar con el amor salvador?**

Un enfoque que parece interesante destacar es sobre la naturaleza de la sexualidad femenina.^{60,61} Postula que varios siglos atrás la mujer alcanzaba su periodo pico de expresión sexual alrededor de los 18 ó 19 años, que para esa época ya habría tenido varios hijos, y que esa sincronización con el hombre de la misma edad solo ha sido desequilibrada con la evolución cultural y el sojuzgamiento cultural de la mujer. Dice esta autora que, en todas las culturas estudiadas, existió una transición crucial de la economía nómada y cazadora a la economía de asentamiento, de agricultura, lo cual dio lugar al comienzo de la existencia de la vida familiar, de la civilización moderna y del hombre civilizado. Encontramos muchas veces problemas con la comida a consecuencia del abuso, las adolescentes que han sido víctimas de abusos

sexuales a veces enferman de anorexia y bulimia. En un sistema familiar rígidamente controlado en el cual el abuso sexual se oculta y todas las apariencias son de normalidad, los trastornos alimentarios puede ser un grito de auxilio. Para las niñas que han sido forzadas a una relación sexual que no deseaban puede ser aterrador que su cuerpo se transforme en el de una mujer. La anorexia y la bulimia a veces es un intento de decir **no**, de hacer valer su dominio sobre sus cambiantes cuerpos.

La compulsión a comer en exceso es otra manera de enfrentarse al problema. Piensan que la gordura les va evitar tener que vérselas con avances sexuales. “He sido niña obesa desde que tenía 9 años. Recuerdo exactamente el día que comencé a comer., fue el día que mi padrastro me manoseó... comía y comía sin parar para no tener que hablar de lo que había sucedido, sólo me importaba tener siempre la boca llena”... Con frecuencia, como para ganar peso, que me cubra y me proteja. Cuando pierdo peso me siento totalmente expuesta y desnuda. No lo puedo soportar. Es muy angustiante estar gorda, te afecta a cada parte de tu vida, pero todavía necesito esa protección (mujer de 44 años).

Mentir o robar suele ser otras maneras de no hablar del problema, cuando a la niña se le dice que no hable jamás con nadie acerca del abuso, o cuando la niña no quiere que la gente sepa lo que ocurre en realidad en su casa, puede convertirse en una experta mentirosa. A veces, este hábito de mentir para encubrir o proteger continúa en la vida adulta.

El robar también es una ocupación totalmente absorbente, permite olvidarlo todo durante unos instantes, incluso el abuso. Es una manera de crearse distracción o emoción de reproducir sentimientos que se tuvieron cuando se sufrió el abuso: culpa, terror, adrenalina. Robar es también una forma de desafiar a la autoridad, un intento de recuperar lo que le fue robado, de desquitarse. Puede ser también una llamada de auxilio.

La propuesta sería acompañar a las mujeres aún subordinadas, en este tránsito que va desde esta posición inferior, a la conciencia de la opresión, y partir de la toma de conciencia, a la construcción de la autovaloración y la creación de otras alternativas de vida.

*“Toda forma de maltrato o violencia en el seno de la pareja conlleva una determinada forma de recurso a la **fuerza** (física o simbólica, económica o moral) en un contexto de relaciones de **poder**, en el seno de un determinado **orden** social y cultural, sustentado por una **ideología** (pseudolegitimadora de la acción), en un marco de **desigualdad** de recursos, de cara a obtener un efecto final de **control** de la persona maltratada por la maltratadora.” (Blanch, 2001, pag.7).*

HISTORIA DE VIDA N° 2

Nací un día 17 de noviembre de 1963 pesando 4,500 kgrs. Soy la tercera hija de cuatro hermanos y la primera de las dos mujeres.

1. J.J. de 43 años, casado, 3 hijas de su matrimonio y 1 hijo varón de antes de casarse al cual vio sólo unas veces cuando recién nació.

2. M.M. de 40 años, casado, 2 hijos.

3. Yo, viuda, 2 hijos, L.L. hijo de mi esposo (19 años) y C.C. hija de L.L. (3 años)

4. A.A. de 37 años (separada) 3 hijos varones. La abandonó el esposo durante el embarazo del más chiquito de 1 año.

Quisiera poder contarle algo grato de mi infancia, pero no sé por qué razón mi memoria se dedicó sólo a archivar aquello que me generó dolor.

Mis únicos recuerdos son los de la violencia física y psíquica que recibí de mi padre, el odio y el miedo que me transmitió y la imagen sufrida, servil y pobre de mi madre.

De mi relación con mis hermanos, lo que más recuerdo es una imagen de protectora y de consejera de mi hermano M.M. que nació un año antes que yo y al cual siempre vi como más indefenso y con el que paradójicamente hace como 10 años que no nos hablamos.

M.M. es el que heredó el mayor porcentaje de violencia de mi padre. Tiene mirada dura, y con los años cada vez más lleno de odio y en la voz toda la rabia e impotencia.

J.J. en apariencia, optó por tomarse la vida con humor, así que jamás se queja de nada y sólo tiene palabras de cariño y amor hacia su madre- pero hoy es alcohólico y sé que tiene tendencias a manosear y no confío mucho en él en ese aspecto.

A.A. es débil psíquica y espiritualmente siempre fue la sobreprotegida de mi madre. Recuerdo que de chica le tenía muchos celos, pero hoy no.

Los recuerdos más gratos de mi infancia se los debo a mi abuela materna - la abuela E.E. cuando tenía 2 años antes que naciera mi hermana mi mamá nos dejó junto con M.M. en la casa de mi abuela en el campo porque no nos podía atender ni tenía los medios para mantenernos.

Mi abuela era de carácter firme, pero con muchísimo amor era activa, delgadita y decidida. Yo la quería mucho recuerdo estar dándole de comer a los pavitos junto con ella recuerdo que amasaba y que hacía queso casero.

Falleció cuando yo tenía 7 años y el día que falleció aprendí a rezar el ave María. Otros recuerdos gratos se los debo a dos amiguitos de la infancia de nuestra misma edad J.J. y P.P. éramos compañeros de

aventuras, de travesuras en otros barrios, de buscar piedras en las barrancas, de hacer chozas, descubrir juegos nuevos de siestas trepados en una higuera o un paraíso de hacer casitas para las palomas de tomar la merienda en su casa, de jugar con los animales, ellos tenían una casa linda y limpia y tortas para su cumpleaños.

Nosotros vivíamos en una casa bastante precaria que alquilaban mis padres con un inmenso patio y una habitación al lado de la otra y un baño con excusado.

En una habitación dormían mis padres A.A. y Yo en la otra los dos varones al lado la cocina después el baño – las habitaciones era grandes y frías. Con el tiempo construyeron una habitación aun mas precaria y mi padre que era mi solidario para los de afuera, llevó a vivir allí a un matrimonio que tenía una hija grande, yo debo haber tenido unos 8 años, no recuerdo bien, lo único que recuerdo de entonces era que el hombre era muy amigo de mi papá y nos convidaba cosas ricas para comer (eso es todo lo que guardo en mi memoria) y después no se como ni porqué me llevaba a su pieza cuando no había nadie y allí me manoseaba por todos lados y después hacía que lo besara yo.... recuerdo su aliento a vino y su barba raspando mi vagina... No sé por cuanto tiempo fue eso, pero sé que no fue mucho, sólo sé que decía que ese era nuestro secreto.

Un tío mío hermano de mi padre parece que se dio cuenta de eso y un día que fuimos con mis hermanos a su casa me llevó a su habitación mientras mi tía, mis primos y sus hermanos estaban en el patio e hizo que le hiciera lo mismo, con la diferencia que el quiso penetrarme, pero cuando se dio cuenta que nunca me habían penetrado desistió, eso sucedió sólo una vez.

Analicemos en este ejemplo clínico uno de los factores de riesgo mencionados con insistencia para la depresión de las mujeres es la pérdida de la madre antes de la adolescencia (en este caso fue dada a los abuelos). Se trataría no sólo de analizar la pérdida real de la madre, sino la pérdida de un lugar de origen, del cual ningún lenguaje, ningún sistema de representaciones en nuestra cultura puede venir a reemplazar. E. Dio Bleichmar^{60,61} ha estudiado este fenómeno en una dimensión que involucra, mediante el concepto de género, la noción de las dimensiones simbólicas de feminidad. Ella habla de un “profundo déficit narcisista de organización de la subjetividad de la futura mujer” y como parte

de sus planteos, se formula una pregunta que nos resulta aquí particularmente interesante: ¿Cómo se las arregla la niña para desear ser mujer en un mundo paternalista, masculino, fálico y violento?

La existencia de la violencia intrafamiliar es tan antigua como la humanidad, y el grave maltrato ejercido hacia miembros de la familia tomados como los más débiles, ha sido hasta mediados del siglo XX una conducta socialmente aceptable, perteneciente a la vida privada de las familias, y sobre la cual la comunidad no debía tener injerencia.

En el año 1992, la Comisión de las Naciones Unidas sobre la Condición de la mujer⁴ produce una declaración sobre la violencia contra la mujer. Esta es adoptada por la Asamblea General en 1993, ofreciendo por primera vez una definición oficial sobre el abuso de género.

Conforme a esta definición, la violencia contra la mujer incluye “todo acto de violencia de género que resulte, o pueda resultar, en daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico de la mujer, incluyendo la amenaza de dichos actos, la coerción o la privación arbitraria de la libertad, tanto en la vida pública como en la privada.

En 1993, en la Conferencia Mundial de Derechos Humanos de Naciones Unidas, se concluyó que la violencia hacia las mujeres debe considerarse un problema de Derechos Humanos.

Otro día fue a mi casa y quiso acercarse a mí yo estaba cerca de un martillo y lo único que hice fue levantarlo –jamás me volvió a molestar. Pero hoy va a la casa de mi madre como si fuera el mejor tío del mundo no se le cae el mi hijo mi hija de la boca y aparenta ser una ser humano muy afectuoso o muy sensible. Luego cuando yo era más grande tendría 10 años mi mamá no tenía para comprarme un corpiño y una vez que fuimos al campo mi tío, hermano de mi mamá me manoseo el busto, ni mi madre ni mi padre se dieron cuenta jamás de nada y lo único que recuerdo que cada vez que me pasaba algo así yo sola me quedaba paralizada y no podía decir nada a nadie, a mi padre le tenía miedo y a mi madre siempre le tenía lástima.

Me guarde todo eso yo sola -jamás hablé- cuando llegué a una edad donde tomé conciencia de lo que me sucedió alrededor de los 12 ó 13 años me sentí sucia y mala.

Una vez a los 13 años en un ingenuo intento de suicidio tomé veneno para hormigas, lo único que conseguí fue una terrible diarrea nadie se dio cuenta.

La paciente nos habla de tanta violencia desde la niñez, haciendo nuestra la opinión de Mabel Burin: “las mujeres somos huérfanas de madres más allá de que, para algunas mujeres, esto suceda en la realidad”. Se trata de otra realidad, la realidad psíquica, en donde deja profundas marcas la cultura patriarcal. La gravedad del problema del maltrato y violencia infantil ha sido motivo de numerosas investigaciones y han llegado a la conclusión de que es altísima la probabilidad de que los menores maltratados o testigos de violencia sean a su vez adultos maltratadores en el hogar y/o violentos en el medio social, ya que es el comportamiento que han interiorizado como natural en su proceso de socialización primaria.

La situación de subordinación hace que no se sienta persona, frecuentemente aislada, depende de este hombre y ante él es objeto, se siente denigrada, humillada, su autoestima es baja. Por lo general la violencia física es concomitante a la violencia emocional, la permanente descalificación de su conducta y su palabra, soportada por años, hace que sufra un proceso de deterioro al punto de dudar de su propia salud mental. Estas mujeres cuando llegan a la consulta se detienen en la problemática de él, y en ese camino de cosificación llega a culparse a sí misma por no haber podido ser mejor esposa. Vemos así que durante el tiempo de convivencia trata de cambiarlo, merced a su comprensión y su constante disponibilidad. A esto se le denomina “síndrome de sobre adaptación femenina”. Se trata de un esfuerzo sobrehu-

mano para resistir frente a su aplastante realidad.

María Cristina Ravazola¹⁵¹ señala que cuando las mujeres toman contacto con la propia emoción, ésta no es el enojo ni el odio, sino frecuentemente la vergüenza: sienten la vergüenza que él debería sentir, lo que se conoce popularmente como “vergüenza ajena”.

Cuando tenía 13 años nos mudamos a nuestra casa propia parecía que la vida iba el fin cambiarnos para bien. La casa era hermosa, tenía cuatro habitaciones, dos baños, cocina, comedor, gas natural, recuerdo que en ese entonces, mi hermana y yo limpiábamos los pisos hasta dejarlos brillantes; habían comprado un juego de living una mesa y sillas, un modular, el juego de dormitorio de mis padres y nosotras éramos unas chicas muy de la casa que limpiábamos y estudiábamos todo el día.

Eso duró poco, comenzó un infierno aún más que el anterior, cometimos el pecado, de entrar en la adolescencia, los padres eran cada vez más violentos, a mi hermana y a mi no nos dejaban salir a ninguna lado. Mirábamos la vida por la ventana y si por algún milagro nos dejaban salir, a la vuelta nos esperaba una brutal paliza. Muy de a poquito nos hicimos amigos del los chicos y chicas de la cuadra y así de vez en cuando nos dejaban ir a alguna fiesta, pero después nos esperaba el caos. Para ese entonces ya mi padre no me llamaba L., mi nombre era “Putá”. Si me enviaba a comprarle algo y me demoraba porque si o si tenía que volver con lo que me encargaba, me golpeaba a golpe de puños y a cintazos y me decía que era una “puta” si me cruzaba al frente a la casa de una amiga me golpeaba y aniquilaba psíquicamente.

En este fragmento de su historia nos preguntamos sobre las causas de tanta violencia en el ámbito familiar, y para entenderla se hace necesario analizar la influencia coercitiva de los modelos impuestos por la cultura patriarcal que signa nuestra sociedad, definiendo diferentes estatus según el sexo al que pertenecen sus miembros, manipulando de esta forma los rangos sociales desde una política de género que afecta la distribución de trabajo, riquezas, derechos, responsabilidades etc. Tanto en la sociedad en general como puertas adentro de los hogares, se ha creado un tejido de mitos y estereotipos que tienden a avalar no

solo la desigualdad de oportunidades entre hombres y mujeres, sino también, en muchos casos, la violencia de que son víctimas estas últimas por parte de sus padres, maridos o compañeros. La situación de inferioridad de la mujer en nuestra sociedad es un hecho tan lamentable como real.

El espacio privado del hogar garantizó (como nos relata la víctima) la impunidad de los abusos y el no respeto por los sentimientos, necesidades y autonomía de la mujer. Las consecuencias en las víctimas fueron más devastadoras que las que podrían ocasionar un ofensor extraño o desconocido. Por lo cotidiano e imprevisible de los ataques, la ruptura de la confianza y la falta de seguridad en el espacio que habita, que se vivencia como una prisión.

El hogar continúa siendo el lugar en el que se cometen con mayor frecuencia ultrajes hacia las mujeres, hechos delictivos que no se denuncian y se encubren como tales.

La Organización de las Naciones Unidas (1980-1985) planteó que el término “víctima” puede indicar que una persona ha sufrido una pérdida, daño o lesión, sea en su persona, su propiedad o sus derechos humanos, como resultados de conductas violatorias del derecho penal, internacional, o que impliquen abusos de poder por personas o instituciones.

Víctima: etimológicamente proviene del latín aunque no hay consenso en que sea ese el origen, con el significado de “persona o animal sacrificado o que se destina al sacrificio”, extendiéndose luego al ser humano, encontrándose el concepto primitivamente ligado a lo religioso-ritual.

Luego añadieron otras representaciones, aludiendo a quien es “inmolado en cualquier forma” padeciendo daños por culpa propia, o ajena o por causa fortuita.

Mi regalo de 15 años fue una brutal paliza porque estuve cuatro horas en la casa de la chica del frente , ni siquiera se acordó que era mi cumpleaños y que me había prometido una fiesta y una anillo con mi hermana hacía los mismo pero yo ligaba mas porque comencé a contestarle y a enfrentarlo -sin insultarlo- pero no me quedaba callada (lo tratábamos de Ud. jamás le dijimos vos y a mi mamá yo comencé a decirle vos recién a esa edad, mis hermanos aun lo tratan de Ud.)

Mi padre decía que yo era una «Putá» y que porque me hacía tanto la gallita si él a mi me hacía cagar desde que yo estaba en la panza, (le pegaba a mi madre cuando estaba embarazada).

A mi hermana llegó a decirle que “ella estaba viva gracias a él porque mi madre la hubiera querido abortar”.

Tuve mi primer novio si se puede decir novio a los 15 años, no fue por mucho tiempo, era un chico tan sano y tan inocente que me debe haber dado ½ beso en todo el noviazgo.

Me iba a buscar al colegio y sólo mi mamá sabía hasta que se enteró mi papá y lo corrió de casa, yo iba a una escuela técnica de doble escolaridad de 7 a 19 hs por la mañana tenía clases y la tarde taller (tejido, bordado, cocina, corte y confección, mecanografía, etc.) No disponía de mucho tiempo para estudiar , así que estudiaba de noche, me acostaba a las dos de la mañana estudiando hasta la hora de ir al colegio, era buena alumna, no me llevaba materias a rendir, siempre tenía buena conducta y estudiaba todo de memoria, tenía promedio de 8. Hoy pienso que si mis condiciones hubieran sido más favorables hubiera sido mejor alumna. Pero como yo estudiaba de noche mi padre se levantaba y me insultaba diciéndome “yegua dejá de gastar luz”.

Así es que a los 15 años tuve mis 2 siguientes intentos de suicidios simultáneos, uno me salvo del otro....creo... porque hasta para eso era boluda. Siempre me ataba a la vida el hecho de pensar cuánto sufriría mi madre si yo moría pero nunca se lo dije. La vida era un terrible, cruel, impotente e injusto infierno para todos. Mis hermanos y yo dormíamos hasta tarde para no tener que vivir esa realidad. Escuchábamos el ruido del motor del colectivo de mi padre a la noche y huíamos cada uno a su pieza a taparse hasta la cabeza y hacerse los dormidos para no verlo.

No tenía paz con nadie en la casa, llegué a odiarlo tanto que lo único que deseaba era que se muriera. Afuera era muy querido y muy buena persona pero en casa era el ser más injusto y cruel que había sobre la tierra. Parecía elegir las fechas más importantes para amargarnos la vida con alguna de sus enfermas discusiones odios e insultos, hasta que llegaba la Navidad, día de su cumpleaños en que pareciera que todo iba a cambiar eso duraba hasta año nuevo y así pasábamos casi todo el año sin hablarnos.

Estas situaciones afectan negativamente a la mujer maltratada en su productividad, condiciones laborales, proyectos vitales, con riesgos y consecuencias físicas, mentales y psicológicas a corto, mediano y largo plazo.

Autoimagen negativa, vivencias de derrota y fracaso, rencores, sentimientos de culpa e inseguridades acompañan el cuadro y la posibilidad del suicidio está presente. Estas circunstancias también impactan secundariamente en las personas significativas del entorno (en los hijos/as y aun más si son testigos de la violencia). Para los niños, lo observado en la familia se transforma en modelo para imitar o censurar. Igualmente, la toxicidad del ambiente influye en los procesos de socialización proyectándose sus consecuencias en la vida adulta.

Cuando él nos pegaba nos decía de qué nos quejábamos si lo que él nos hacía a nosotros eran caricias comparando con lo que le hacían a él, lo arrodillaban sobre maíces con dos ladrillos en cada mano y le daban cadenas. Siempre se quejaba que mi madre nos había enseñado a odiarlo.

Me pegó hasta que tuve 16 años, un día estaba pegándome, me tiró sobre la cama y durante la paliza yo en una actitud de autoprotección me atajé con los brazos y encogí las rodillas, de pronto lo vi allí parado con sus 106 kg. y su 1,85 mts de altura y lo único a atiné a hacer fue estirar mis piernas y tirarlo con los pies, cayó sobre el grabador y mientras él se trataba de levantar yo salí corriendo desesperada sin saber a donde ir y sabiendo que ya no tendría que volver. Fui a la casa de una chica amiga a dos cuadras pero no la encontré, al lado vivía otra chica ya que era muy amiga. Allí me trataron de calmar hasta que salí de la crisis de nervios y pude hablar. Me ampararon un rato hasta que mi madre me envió un mensaje que me fuera a la casa de mi tío Cl. (mi padrino) así lo hice, mi padrino es un tipo muy bueno, muy trabajador, muy sano, y mi tía Gl. Toda la ternura y dulzura personificada. Estuve con ellos 3 meses de diciembre a marzo, me llevaron de vacaciones al medio de las sierras en Ambul. Recibí mucho amor por parte de mis tíos, mis primos y los padres de mi tía Gl. Lo pasé tan bien, era gente tan buena, tan sencilla, tan emotiva, tan afectuosa. Luego pasamos por Panaholma donde estaba de vacaciones mi tía B. (hermana de mi madre) con su esposo y sus hijos a la que yo quiero mucho porque si

bien es muy estricta me enseñó muchas cosas. Me quedé con ellos hasta casi el comienzo de las clases en que tuve que volver para empezar nuevamente el año lectivo. Recuerdo el terror que tenía no sabía que me esperaba. Pero lejos de lo que me imaginé me encontré con un padre que lo único que hizo fue no hablarme y con un par de zapatos nuevo para el colegio. Jamás volvió a pegarme y jamás volvió a pegar a nadie más en la casa.

Comencé las clases, las discusiones seguían pero sólo con mi madre por un tiempo, la vida siguió siendo difícil pero ya sin golpes físicos podíamos salir un poco más pero siempre nos esperaba una discusión de mi padre con mi madre por nosotros. Al año siguiente lo conocí a M.M. él iba al mismo colegio que yo, pero al turno noche, un día juntaron los dos turnos para hacer un viaje a la Feria de la madera de FECOR. A la vuelta todos los chicos habíamos vuelto prendados de algún príncipe azul a mí me había impactado un morochito F.F. y a I.I. (una de mis compañeras) un tal M.M. del que no tenía más que palabras de halago. A mí la ilusión con F.F. no duró mucho- resultó ser el marido de una compañera, pero a I.I. ese tal M.M. la tenía súper enamorada (a esa edad todos nuestros enamoramientos no pasaban de ser una mera ilusión). Comenzamos a enviarnos cartitas que dejábamos en el tubo fluorescente de las cuales encontrábamos cordiales respuestas a la mañana siguiente, a veces nos encontrábamos en algún acto escolar o fecha patria, desfile militar, día del estudiante etc. Un día del estudiante salimos por primera vez en grupo fuera del ámbito escolar, comenzamos a llamarnos por teléfono e I.I. siempre hablaba con él y él le pedía que le pasara conmigo y cuando hablaba yo no tenía para mí otra cosa que palabras de halago, a mí me daba apuro por I. Pero no le decía nada a ella, comenzamos a encontrarnos en los cumpleaños de algunas compañeras y así poco a poco comenzó a conquistarme y a despertar en mí un sentimiento distinto que era más que amistad, al principio lo luchaba porque a mi compañera le gustaba mucho él pero cada vez se me hacía más difícil hasta que tuve que hablar con I. y decirle que me pasaba, ella comprendió creo...

Un día en un cumpleaños y cuando ya la espera se hacía incontrolable él me invitó a bailar. Estábamos tan tiernos y tímidamente juntos los dos que ninguno se animaba a decir nada, entonces él me dedicó un tema y yo lo tomé de las manos. Así se animó nos pusimos de novio un 21-6-81.

Era tan hermosa esa primera ilusión, me sentía tan querida, tan valorada, tan respetada, tan contenida yo le hablaba de mi infierno y podía llorar con él, por primera vez en mi vida tenía con quien desahogarme. Me llevó a su casa, me presentó a sus padres, por supuesto a escondidas de mi padre y con complicidad de mi hermano mayor y su novia.

Descubrí "el paraíso" era una familia hermosa, sana, unida hecha

sobre bases de amor, valoración y respeto. Era para mí un mundo nuevo, desconocido, allí y gracias al amor de mi suegra tuve por primera vez en mi vida la primera torta de cumpleaños a los 19 años, por primera vez en mi vida me sentí buena, querida y protegida.

En función de la descripción se puede advertir, que quedarían invisibilizados importantes factores abusivos, que implican desigualdades en la distribución del poder junto a la expectativa inconsciente de que el otro/a satisfaga totalmente los deseos individuales, colmando carencias afectivas previas. La perspectiva de género aporta (mucho) luz a la hora de explicar la violencia que se da en la pareja “normal”, que está estructurada y que funciona de acuerdo con los principios patriarcales.

Al transformarse la relación íntima en la única fuente de estímulo y valoración aumenta al grado de dependencia emocional tornándola imprescindible. Por lo que suele establecerse un vínculo de características simbióticas en el que –confluyen necesidades de reafirmación personal y genérica, por lo que los conflictos pueden dirimirse usando prepotencias y abusos por parte del varón-. Un factor contribuyente es el ámbito de la impunidad (como el hogar) que favorece el despliegue de las armas masculinas.

Luego de muchas conversaciones y miedos con mi madre logramos que M.M. fuera un día a casa de mis padres, lo hicimos pasar por amigo de mi hermano, hasta que con el tiempo y después de bastante resistencia mi papá lo aceptó como mi novio, pero le siguió haciendo la vida amarga a mi madre. Hasta que un día, mi madre ya cansada me dijo: (y aun hoy me siguen sonando esas palabras a mis oídos) «mirá porque no te casas, yo ya estoy cansada de tener problemas con tu padre» y así lo hice después de un año y medio de noviazgo decidimos, no por voluntad propia casarnos, M.M. acondicionó una habitación en su casa, compró una cama, juntó un par de muebles prestados con un poco de ayuda de sus padres, compró todo para la fiesta, alquiló mi vestido, compró un traje, nos regalaron la torta, todos los de su familia pusieron un poquito y nos casamos el 5/3/83. Yo estaba feliz al principio porque sabía que salía del infierno. Quería mucho a mi esposo

y podía cumplir un sueño, pero una semana antes me agarró el síndrome del «no me quiero casar», nunca supe porque, ya no podía volverme atrás mi tío me habló y me dijo que no tenía porque pasarme lo mismo que a mi mamá y así fue como me casé.

Fuimos al registro civil con la promesa de mi padre de que él no iba a firmar, yo era menor, pero al final firmó.

Se parte del presupuesto de que, en ningún caso, las mujeres que sufren la violencia de parte de sus padres o maridos o parejas la aceptan sin más. Todas ellas realizan comportamientos, activos o pasivos (que no dejan de ser conductas), con la finalidad de tener algún control que las favorezca sobre las situaciones violentas, si bien desde el exterior muchas veces no se pueden apreciar en su objeto y en el esfuerzo que suponen, razón por la cual se malinterpretan como aceptación. De todos los intentos que las mujeres llevan a cabo, algunos resultan efectivos a su propósito y otros no. Los objetivos de las mujeres que sufren violencia probablemente sean distintos en diferentes momentos y las acciones realizadas sean consecuentes con ellos. Por ejemplo, con el propósito de amortizar el daño, hay mujeres que intentan que la relación mejore, y la violencia cese, en tanto que otras procuran que la violencia no se agrave y la situación se empeore; otro propósito puede ser romper la relación mediante una separación. Se entiende que las mujeres permanecen en la relación violenta mientras continúan la convivencia con el agresor actuando en la persecución de estos objetivos.

Decir que las mujeres permanecen en relaciones violentas nos remite a considerar las conductas individuales pero afectadas por una serie de factores y procesos de tal naturaleza que las aleja enormemente de lo que podríamos entender como libre voluntad. Estos factores y procesos son el centro de nuestro interés. Estos factores pueden ser exteriores a la mujer o internos a ella. La interrelación entre ambos es permanente.

Para la mujer maltratada existen barreras externas objetivas y constatables, algunas de estas barreras se encargan directamente de disuadir e impedir los intentos de separación o cambio, frustran todo intento en este sentido y lo convierten en un fracaso. Otras barreras se presentan en forma más solapada y actúan como reforzadores para el mantenimiento de la misma situación. No hay que perder de vista que las coacciones sociales, familiares, y maritales sobre las mujeres para que permanezcan en el lugar que socialmente les corresponde, igual que las recompensas que por ello reciben, actúan sobre personas que son las que llevan a cabo determinados comportamientos: son las mujeres como afectadas las que están llamadas a provocar cambios que las beneficien, ya que los hombres que maltratan están comprometidos con los “beneficios” que este tipo de relaciones le aportan- el principal de ellos sería el sostenimiento de su propia identidad.

De este modo cada persona se ve y se juzga a sí misma, a lo largo de su proceso vital, desde lo que la sociedad y la cultura le transmiten como apropiado o inapropiado. Una vez que la personalidad se ha estructurado y ha interiorizado los modelos y las normas que recibe del exterior, esos factores coactivos y recompensadores pertenecen ya al sujeto, en él toman la forma propia de los elementos subjetivos (pensamientos, emociones y conductas que se constituyen a su vez en elementos que reflejan los mandatos que provienen del exterior). Al hablar de factores internos, nos referimos a todas aquellas características personales que constituyen la subjetividad y que van a ser determinantes en el tipo de respuestas que la mujer dé a su situación, en correspondencia con sus expectativas y con la elaboración y la evaluación de los factores externos y de toda la situación.

Así fue que descubrí por primera vez lo que era formar parte de familia unida, era tan hermosa la familia, se hacían grandes fiestas donde todos participaban actuando, haciendo teatro, declamando poemas pro-

pios, haciendo cosas ricas, todos ponían un poco, todos se querían, todos se motivaban mutuamente, todos se apoyaban. Todo eso era nuevo para mí, estaba feliz, me enamoré de esa familia, me enamoré de mi esposo, me prendía al sueño de una vida nueva, era tan feliz y parecía que era para siempre.

Si me enfermaba me cuidaban, si necesitaba algo, me lo daban, las comidas eran las más ricas del mundo y yo tenía a mi lado al hombre más tierno, sensible, espiritual e inteligente que había sobre la tierra, con la historia más rosa que había conocido, con los mejores padres. Mi suegra fue siempre una mujer muy sabia, muy inteligente, muy católica, y con tanto amor para darnos a todos, mi suegro era un hombre muy apacible, sereno y justo; se le iluminaba la cara cada vez que se reía. Y mi esposo era el ser más especial que había conocido, demasiado especial. Al principio me costó mucho cambiar mi concepto erróneo sobre el sexo, no podía con sólo una libreta de matrimonio transformar mi idea de todo aquello pecaminoso, tabú y sucio en algo puro hermoso y sano.

Conocí lo que era un orgasmo casi un año después de haberme casado y gracias al amor y la paciencia de mi esposo que fue quien me enseñó a hacer el amor, a los tres meses de estar casada quedé embarazada, habíamos planificado esperar por lo menos tres años pero nos falló el método de Billings. Recuerdo el momento en que me dieron el Gravindex®, me sentía tan feliz que me reía sola en la calle.

Llegué a la casa de mis suegros, hice una torta, decoré con un bebé de adorno y puse el resultado del análisis encima para la viera mi marido cuando llegara de su facultad.

Estaba feliz cuando la vio, mi hijo era recibido con amor por todos. Días después fuimos a la casa de mis padres, con el corazón lleno de gozo e ilusión a darles la noticia esperando estúpidamente que compartieran nuestra felicidad como respuesta obtuve un sermón y el lamento de haber esperado me retaron como si fuera una madre soltera ¡cuanto me dolió!

No obstante y gracias al amor y paciencia de mi esposo tuvimos un embarazo hermoso y digo tuvimos porque M.M. lo vivió conmigo cada movimiento, cada latido, tan intensamente que hasta lloró como un chico a los tres meses cuando tuve peligro de pérdida, me conmovió tanto su miedo y su dolor que en lo único que podía pensar era en consolarlo a él. Estuve en reposo absoluto un tiempo, y mi suegra me atendía con todo su amor como nunca nadie me había atendido, pasado el peligro todo fue tan maravilloso tan intensamente vivido tan disfrutado que casi no lo podía creer. Teníamos un matrimonio amigo que también estaba esperando su primer hijo. Sólo tengo recuerdos gratos de esa etapa de mi vida. Mi esposo pintaba cuadros, hizo una especie de indígena que asomaba medio rostro al costado de una pared simbolizaba la curiosidad y a impaciencia por conocer a su hijo. Así fue como en la madru-

da del 1 de marzo de 1984 me internaron en una clínica privada, por supuesto mi suegra estaba conmigo y con mi esposo.

Entré en la sala de partos con mi marido a las 9 hs nació L.L. un gordito hermoso de 3,900 ante la presencia de su padre quien permaneció y ayudó en el parto y el Dr. XX un médico de 28 años papá de 4 niños.

L.L. salió llorando y no dejó de llorar hasta el momento que lo pusieron a mi pecho, la emoción fue tan intensa, tan indescriptible que yo no podía parar de reír, mientras mi esposo y el médico no podían contener las lagrimas. Fue tan hermoso, me sentí tan especial, tan querida, tan contenida. Mi esposo no dejaba de admirarme y darme las gracias por haberle dado el mejor regalo del mundo – un hijo. Un hijo al cual yo amaba y cuidaba tanto que no hacía más que vivir para él. M.M se puso un poquito celoso, pero después se le pasó. Recuerdo que una vez mi papá dijo que yo era una buena mamá y así me sentía, cuando L. cumplió 6 meses, falleció mi suegro, él que para todo era el equilibrio, M. era asmático, a los pocos días le dio un fuerte ataque de asma

Detrás de cada miedo se esconden fantasmas cuyos rostros escurridizos se nos escapan hasta el momento en que nos animamos a enfrentarlos y sacarles el antifaz. Cuando ello sucede, muy a menudo se desvanecen como los dibujitos animados que se desinflan como globos cuando les quitan el aire que los mantiene vigorosos.

La decisión de sanar es una opción poderosa y afirmadora de la vida, es un compromiso que cada superviviente merece hacer. En cada una de ellas el compromiso para sanar surge de un conjunto diferente de circunstancias de la vida, vemos así que una chica que acusa judicialmente a su padre por acosarla sea enviada a terapia por el Tribunal de Familia. “Durante años evité deliberadamente acudir a un terapeuta, sólo empecé a ocuparme de esto cuando sentí que ya no podía más, hablé con una amiga y me acompañó a hacer la denuncia...”

Una simple interacción humana puede ser el estímulo para sanar, la amiga le dijo: no confío en vos, me parece que nunca me dices la verdad... no te puedo confiar mis sentimientos... la superviviente se quedó espantada...

primero porque era cierto, segundo porque ella creía que lo hacía muy bien fingiendo. *“Tuve la impresión que se había metido dentro de mi y había visto lo que había allí”*, mi amiga expresó con palabras lo que yo había sentido durante toda mi vida... Así pues, es que decidí hacer algo por mí....

Aunque siempre vale la pena, sanar rara vez es fácil. Elegir trabajar con los problemas relacionados con el abuso sexual, hará surgir preguntas que jamás se pensó en plantear y dará respuestas inesperadas y una vez que se está comprometida, la vida no será la misma.

Con frecuencia la decisión causa estragos en el matrimonio y en las relaciones íntimas, en la relación con los padres u otros familiares, a veces incluso en la relación con los hijos, es posible que resulte difícil funcionar, ir al trabajo, estudiar, pensar, sonreír, actuar, puede ser incluso dormir, comer o simplemente dejar de llorar. *“Es como si no tuviera los mecanismos para afrontar el sufrimiento... tengo los mecanismos para defenderme del sufrimiento, para que no me duela... y eso ha sido ya francamente difícil (refiere una paciente profesora de literatura) quiero dejar de sentirme víctima”...*

A los pocos días mi papá me consiguió un trabajo de secretaria en un estudio jurídico, así es que comencé a trabajar sin saber absolutamente nada, pero me animé y aún a pesar de estar insegura y de no tener a nadie que me enseñara aprendí el trabajo sola, con la contra de una abogada que estaba allí que me rompía las hojas que me salía mal, me insultaba y me tiraba en la cara el trabajo mal hecho. Después con el tiempo cambio conmigo y depuso su actitud. Poco a poco adquirí seguridad, vencí mis temores y mi timidez y aprendí a desenvolverme tan bien que sacaba en 6 meses los expedientes que normalmente salían en 2 años. Mi jefe siempre tuvo un poder especial sobre sus empleados que hasta el día de hoy trato de descifrar sin llegar a comprender cómo hacía para que siempre le trabajáramos hasta cualquier hora sin ningún tipo de incentivo, ni económico, ni moral, ni presión ni mal trato, pero nos sentíamos felizmente explotados. Nunca alcancé a comprender cómo lo hace, trabajé allí durante 7 años, sin aumento de sueldo.

¿No será ésta situación laboral a la que se ha llamado victimización secundaria? Sería una forma de afrontar nuevamente situaciones de maltrato en el ámbito laboral, la sensación de no reconocimiento de sus derechos como ciudadanos a peticionar por lo que es justo ya en el ámbito laboral así como la discriminación hacia la mujer.

Analizar contextualmente la situación de una mujer depresiva, pero viviendo experiencias de violencia, implica considerar sus constantes y desgastantes estrategias de supervivencia, su aislamiento, su falta de recursos económicos, sus fallidos intentos de efectuar denuncias y que éstas, de efectivizarse, redunden en acciones favorables a la resolución del conflicto.

El rostro del miedo que atemoriza a tantas mujeres osadas y valientes presenta los rasgos del desamor y la amenaza del abandono. Se trata de un miedo semejante al que sufren los/las niños/as pequeños/as cuando temen perder el amor de sus padres en quienes están depositados el cuidado y la protección. Muchas mujeres le temen al jefe o al marido como cuando eran niñas temían al padre, aunque no sean conscientes de ello. A la hora de tener que sostener una posición firme que hubiera significado poner ingratos límites económicos, se autoconviene de que es "un acto de amor" lo que en realidad debería ser interpretado como un acto de sumisión y dependencia infantil.

Muchos de los actos supuestamente "amorosos" que tantas mujeres despliegan para evitar o neutralizar el enojo masculino son comportamientos aplacatorios que poco tienen que ver con el amor y mucho con el temor.

Y es aquí donde cabe preguntarse que tipo de temor es el que llega a poner en marcha semejante complacencia que las coloca, finalmente, en situaciones de riesgo y desamparo. Se visualizan dos de los temores más frecuentes con lo que se ha tropezado en la investigación del tema. Ellos son

el temor al desamor y la amenaza de abandono.

Mi relación con mi esposo comenzó a desgastarse, por la rutina, por la ausencia, por los problemas económicos, no sé, en lo sexual él se había obsesionado con practicar sexo anal y cuando me dormía insistía en hacérmelo sin mi consentimiento y todo aquello traumático de mi niñez que yo le había contado empezó a jugarme en contra me reprochaba lo que había pasado y eso fue desgastando cada vez más la relación.

Hay que señalar que la violencia marital es una de las realizaciones evidentes de la violencia de género -junto con la violación por desconocidos o extraños (no familiares) y el acoso sexual- por ser una de las expresiones más claras la violencia directa y personal dirigida desde un hombre hacia una mujer.

Los tipos de violencia mencionados tienen un victimario y una víctima identificables a diferencia de lo que ocurre en otros tipos de violencia de género que se realizan en los niveles macro y eco sistémico y que, por lo tanto, no tienen un responsable directo (violencias de tipo estructural relacionadas con la discriminación legal, económica, educativa, etc., hacia las mujeres), por ello, parece adecuado el abordaje del maltrato a la mujer en la pareja fundamentalmente desde esta perspectiva. En este sentido, el modelo ecológico es válido para distinguir, integrándolas comprensivamente, la violencia de género y la violencia familiar, lo que permite entender cómo el contexto de las relaciones familiares facilita la realización de este tipo de violencia de género y, a la vez, diferenciarla de los otros cuadros de violencia familiar (cuando es contra los niños y las niñas y contra la tercera edad, la violencia de género presenta otros matices).

A los 23 años comenzó a seducirme un dirigente de un gremio, era muy caballero, muy atento, muy seductor, muy amable, muy comprensivo, muy sensible y yo muy estúpida, sin experiencia y muy ingenua. Insistió durante mucho tiempo hasta que logró su cometido.

Inicie con él una relación tan prohibida como apasionada, de la cual hasta el día de hoy me arrepiento y no puedo perdonarme. Me separé un año después M. se volvió a la casa de su madre y yo me quedé en la casa que alquilábamos. Sentía que mi matrimonio había sido una excusa de mi inconsciente para salir del infierno y que M. sólo había sido una balsa hacia la libertad.

Y así quedó todo trunco, la casa que M. estaba construyendo sólo con la ayuda de mi hermano, un departamento a medio pagar, todo estaba mal, él hacía las cosas con sus propias manos y yo ni siquiera lo ayudaba. Hoy me siento muy culpable de todo eso, en ese entonces yo era muy exigente la vida era difícil y yo no sabía valorar nada. Quería todo perfecto y rápido. Nos separamos más por decisión mía que por él.

Los temores van desapareciendo paulatinamente con la progresiva independencia que acompaña el crecimiento, la cual contribuye a disminuir el impacto de dicho fantasma en la medida en que las personas van adquiriendo recursos propios para sostenerse afectivamente a sí misma. ***Hablamos del “empoderamiento de las mujeres”, si bien este es un proceso en su periodo inicial, el genero, se encuentra accediendo a espacios antes ni siquiera imaginados. La incorporación de las mujeres a los lugares de poder va evolucionando paulatinamente. La adquisición de la independencia va de la mano de la adquisición de la confianza propia y, en este sentido, cualquier interferencia en el proceso de crecimiento dejará huellas indelebles.*** Esto es lo que sucede con una gran mayoría de mujeres que han crecido bajo el peso de condicionamientos psicosociales que tendían a instalarlas en la dependencia (afectiva, legal y económica) contribuyendo a estructurar una subjetividad femenina dependiente y tormentosa.

Sé que sufrió muchísimo, yo lo hice sufrir, pero aún a pesar de eso yo no me di cuenta de cuanto daño le había hecho. Fue lo mejor que me pasó en la vida y yo le pagué de la manera más ingrata y cruel que podía existir.

Hasta el día de hoy sigo pensando que se murió porque sencillamente se quiso morir, nunca supo de mi relación con el otro hombre pero creo que lo presintió.

Jamás se lo dije, pero creo que de alguna manera lo sabía. Nos separamos en buenos términos, manteníamos un buen diálogo y yo sabía que el estaba sufriendo mucho por L. y por mí y se sentía muy solo.

Comenzó una relación con una compañera de su trabajo que era casada y me lo contó. Mi relación con el seductor se terminaba, poco a poco dejó de verme y salió a conquistar a la esposa de su mejor amigo. En enero de 1989 me fui de vacaciones con L. esas fueron las vacaciones más felices de mi hijo, cuando volvíamos de esas vacaciones L. se iba a ir con su padre a Chile, M. decía que no quería morir sin conocer el mar. Yo lo retaba, hablaba mucho de su muerte, de cómo quería que lo velaran. Consideraba la muerte como un poco de evolución, hablaba de reencarnación, estudiaba tarot, parapsicología y hacía viajes australes. Para mi cumpleaños me había regalado un libro "tus zonas erróneas" el cual en ese momento yo ni siquiera leí, estaba en otra, era muy superficial, muy materialista. Los primeros días de febrero /84 me dejó una carta que decía que nunca más iba a verlo y me confesaba por primera vez que a él a los 8 años de edad, le había pasado lo mismo que a mí, se había abusado de él y que no le mostrara la carta a nadie. Esa fue la última vez que lo vi en vida, salí corriendo detrás de él y le pedí que volviera, pero no lo hizo.

A los pocos días yo soñé que una mujer con un niño en los brazos y varias personas detrás me decían "falleció M.M." en ese sueño no veía rostros, pero el sueño fue tan real que ese día, lloré todo el día y le pedí a dios ¡ Tanto! que no se lo llevara, que me llevara a mí, no a él. El era muy especial, muy bueno, muy sano, y tenía una historia rosa de vida para transmitirle a nuestro hijo, pero Dios no me escuchó.

Al los tres días de sueño se hizo realidad vino mi conuñada con su hijita en brazos, su esposo, su cuñado y su esposa y me dijo exactamente «falleció M.».

M. era asmático de nacimiento, tenía esporádicos pero fuertes ataques de asma. Ese día 9 de febrero de 1989, se levantó con un ataque de asma, se desmayó, se golpeo la cabeza, se había excedido con el uso de Ventolin® y se descerebró estuvo una hora en vida vegetativa y falleció. Fue el golpe más duro de mi vida y hasta el día de hoy lo sigo considerando el peor y más implacable castigo, no lo quería creer, no era cierto, no quería que le hicieran la autopsia, tenía que volver a la vida, tenía que tener otra oportunidad, me había equivocado y el castigo era demasiado duro.

El velatorio fue otra pesadilla, estábamos, yo la peor de todas y la novia de M. a la que todos sin conocerla consolaban. M. había dejado una carta en la que manifestaba su dolor por la separación de su hijo y de la que yo era culpable. Fui odiada, despreciada, juzgada, condenada de la forma más cruel y despiadada sin que se supiera nada yo era la culpable de la muerte de M. y yo me sentía así. Cobraron los seguros

que M. había dejado y esa hermosa familia que yo había conocido se transformó en enemiga entre sí, hasta el día de hoy. En ese momento lo único que me importaba era el dolor de su ausencia y la culpa, no me importaba la plata, eso no lo iba a devolver a la vida así que no la reclamé. Solo opté por mantener vivo y sano el único vínculo sagrado que tenía con esa familia, mi hijo. Así es que se los llevaba, lo dejaba en la puerta y preguntaba a que hora pasaba a buscarlo. El golpe fue muy duro, demasiado duro, pero creo que sirvió para hacerme crecer comencé a leer el libro que él me había regalado y eso me sirvió mucho para sobre llevar el duelo. Me interioricé en su lectura y así fui descubriendo un mundo nuevo para mí, el del crecimiento espiritual, seguí como pude y por primera vez en mi vida peleé sola.

Seguí pagando el departamento como pude en medio de toda la adversidad de la hiperinflación de 1989 tenía tres trabajos. Durante dos años, la casa quedó paralizada, seguí pagando el departamento con la ilusión de tenerlo, pero cuando me lo iban a entregar me dijeron que tenía que pagar \$7.000 en concepto de I.V.A, dinero que yo no tenía, ni estaba dispuesta a sacrificar mi terreno con la casa a medio construir para pagar. Me sentí estafada en la buena fe, en la ilusión, en mis sueños y decidí pelearla. Me senté un día frente al dueño de GAMA y le juré que yo le iba a ganar esta batalla, que él no tenía ningún derecho a jugar con la ilusión de nadie. Y se lo cumplí, con un poco de suerte y la ayuda de un buen abogado le gané el juicio. Fui la única de ese edificio que recuperó la plata invertida y lo que para mi era aún más importante gané en dignidad. Fue para mí la primera lucha que gané sola, me sentí orgullosa, fuerte y valiente. Con lo que cobré seguí la casa con buena parte de la plata y con otra parte compré estupideces para llenar mis vacíos. Me preocupaba lo que a L. le podía afectar la muerte de su padre, así que lo llevé a la psicóloga, fue un corto tiempo hasta que un día (tenía 5 años) me dijo que el "no tenía porque contarle su vida privada a una señora que no conocía". Hablé con la psicóloga y le expliqué me dijo que la muerte de su padre no era su problema sino su relación con su primito. A. A. el hijo de mi hermano violento; así que no fue mas. Comenzó el jardín, siempre fue un niño muy bueno, muy inteligente, muy especial muy parecido a su padre. Recuerdo esa época como una etapa de juegos, dibujos y canciones compartidas con mi hijo, con toda su ternura sus logros y una mezcla de tristeza y dolor por la ausencia de su padre. L.L. casi no habla de su papá tiene pocos recuerdos de él, es un chico muy reservado, tímido y callado. Estuve tres años encerrada, sólo del trabajo a mi casa, nada tenía sentido, nada valía la pena.

Una vez nos fuimos de vacaciones al campo con mi mamá y L. Mi mamá ya había quedado viuda, un año y medio después que falleció M. también falleció mi papá, luego de varios años de sufrimiento por su

enfermedad, terminó padeciendo de todo, diabetes, descompensación pulmonar, infartos, o no podía creer que ese hombre inmenso de 106 Kg. al que yo tantas veces le había deseado la muerte estuviera convertido en un ser chiquito e indefenso y contrariamente a lo que yo siempre había pensado, no pude dejar abandonado a su suerte, me compadecí de él cuando me había jurado que nunca lo haría que disfrutaría el día que lo viera sufrir. Terminó muriéndose solo, con la hija a la que más había odiado y recuerdo que para todos su muerte fue un alivio. Siguió insultando a mi madre hasta el último momento de su vida y cagándose en Dios. El día que lo velaron recuerdo que lo único que lloré de mi padre fue que se haya muerto sin haberme querido nunca, cometí el error de nacer mujer y él odiaba a las mujeres. Esa fue la última vez que lloré hasta hace un año atrás que conocí un grupo carismático, miento esa fue la penúltima vez que lloré, la última vez fue cuando mi hermano M. me pegó y casi me desnucó a golpes en el jardín de la casa de mi madre, M. heredó la violencia de mi padre al igual que yo pero él en mayor grado creo.

Vemos como la experiencia del aprender, las modalidades de interacción, de comunicación, determinan que los acontecimientos de la vida cotidiana sean “registrados, percibidos, seleccionados, articulados e interpretados de una determinada forma por el sujeto”. Estos modelos internos, complejos y contradictorios, incluyen no sólo aspectos conceptuales, sino también “afectivos, emocionales y esquemas de acción”. Resulta imperativo la desocultación de los aspectos invisibilizados de la institución matrimonial, la violencia implícita que conllevan, pues varón y mujer emergen de diferentes grados de “autonomía económica, social, simbólica, erótica y subjetiva”, o sea que ambos cónyuges llegan al matrimonio desde una relación desigual”.

La naturalización del ámbito público –masculino, de poder y dinero, y el mundo privado subalterno, sentimentalizado, ya contiene en sí mismo un alto contenido violento. El tema de la “unión perpetua” del sacramento aun hoy atraviesa el mundo subjetivo de las personas, quienes desde su imperfecta realidad cotidiana no suelen cumplir con estos

“elevados preceptos”. Merece pues una mención especial el tema de la apropiación del erotismo y la vida sexual de la mujer.

En la sociedad patriarcal en que vivimos, la clave para establecer posiciones viene dada por el sexo. A partir de esa condición biológica se elabora la construcción genérica que queda incorporada en la personalidad de cada cual según los estereotipos (masculino y femenino) que indican lo que se debe ser y lo que se espera de las personas, que se trasmite a lo largo del tiempo y está sancionada por valores y creencias en relación con el poder y la violencia como instrumento de poder.

Cuando una persona o grupo de personas cuestiona de palabra o de hecho el sistema establecido, se ponen en marcha mecanismos de control. En el caso de la violencia conyugal la mera aparición pública de este problema supone una amenaza para el sistema, ya que pone de manifiesto sus contradicciones internas, de modo que en este nivel macro el control se dirige, en primer lugar, al ocultamiento del hecho. La mujer que permanece en relaciones violentas y es fiel al estereotipo femenino puede obtener reconocimiento social (sobre todo si su situación no es pública) por el fiel cumplimiento de sus funciones de esposa o madre, tan valoradas en el imaginario social.

En este punto es posible señalar que el apoyo eficiente de las instituciones depende en gran medida de la capacitación y la sensibilidad de las personas que atienden estos casos, lo cual es preocupante ya que con frecuencia estas personas suelen encontrarse únicamente en centros especializados y, por ello, de acceso limitado, para muchas mujeres es cuestión de suerte dar con ellos.

Yo había hecho pasar a los amiguitos de L. por la ventana porque M. no los dejaba entrar L. tenía que jugar en la calle con F. y M. sus únicos amigos hasta el día de hoy y pasaba invierno y verano en la calle por-

que en casa M. no quería, su hijo A había tenido un problema de chicos con F. y M. un día cuando F. tenía 8 años lo esperó a la salida del colegio, lo tiró contra una reja y le hizo tragar caca de perro, desde ese día ni F. ni su hermano M. podían entrar a la casa de mi madre, donde vivíamos todos hacinados, M. con su mujer y sus hijos, J.J. con su esposa y sus dos hijos en ese entonces L. y Yo y mi madre cada familia en una habitación. L. tenía asma igual que su padre y Yo ya estaba cansada de tenerlo con frío, con calor, humedad, jugando siempre en la calle, porque M. así lo había dispuesto. Así que los hacía pasar por la ventana jugar en mi pieza. Un día M. se enteró y empezamos a discutir, yo nunca me quedaba callada, pero nunca lo agredía salvo para defenderme. Ese día me agarró a las trompadas y yo le tiré con un aerosol en la cara. Me sacó hasta el jardín y me siguió golpeando en presencia de mi hijo. Me fui a la seccional y lo denuncié no podía parar de llorar, era otra vez lo mismo, otra vez el infierno, otra vez más violencia otra vez otro enfermo.

En esa ocasión me acuerdo que tomaba –la droga de la felicidad– creo que llamaba Tranquinal® un día encontré sobre la mesita de luz de M M, creo que se lo dio el médico, pero nunca lo tomé, o tomé uno o dos, y Yo lo tomé y me hizo muy bien en esa época. Yo no estaba nada bien. Estaba cansada, lo denuncié y no volvió a ponerme una mano encima, nunca más nos hablamos hasta el año pasado que nos encontramos en el centro y sin casi mediar palabras me dio un abrazo. Nunca hablamos del tema, nunca dejé de quererlo y sólo por un tiempo lo odie, luego sólo fue indiferencia, creo que aun a pesar de todo siempre lo quise y de alguna manera puedo entenderlo –sin justificarlo– el porque es así.

Después que falleció M.M. habiendo pasado dos años mas o menos, conocí a P.P. en las vacaciones que fui con mi mamá y L. a Panaholma, era un chico de Mina Clavero, soltero, casi inocente, tan bueno, tan sano, tan infantil. Trabajaba en Córdoba en el Senado y vivía en Mina Clavero, lo conocí en enero y en abril después de varias celestinas mediante comenzamos a salir.

Me iba a buscar a la salida del trabajo, casi todos los días, me llamaba tres a cuatro veces al trabajo, y a la casa de una vecina yo no tenía teléfono. Todo parecía hermoso, a veces me llevaba a su casa de Mina Clavero y conocí a sus hermanos aquí en Córdoba, mi mamá lo quería mucho. Pero un día, quedó en ir a buscarme a las 21 hs y no fue a horario, yo me iba a mi casa cuando desde el colectivo lo vi cruzando la calle, no sé por que razón decidí bajarme y lo encontré en una parada de colectivo con otra chica que resultó ser vecina mía, vivía a tres cuerdas de mi casa, era una buena chica y hacía tres años que estaba de novio con ella conmigo hacía un año. Yo lo había amado con locura, era bueno, trabajador, inteligente, emprendedor y noble. Me dolió mucho la

decepción, me sentí tan estafada, tan mal, tan herida. Nos dejamos los dos. Él siguió llamando e insistiendo en verme, la familia me quería mucho, hasta el día de hoy creo. Volví con él un tiempo hasta que volvió a suceder lo mismo. Lo dejé, pero nunca dejó de llamar, después yo me puse de novia con otro chico, un flaco alto, divertido y amoroso pero tan inmaduro, mentiroso e infiel como el anterior. Al principio me conquistó con simpatía, porque de lindo no tenía nada. Me conquistó con amor, quería mucho a L. y me llevó a su casa, también fui la primera novia que presentó a sus padres. La madre era amorosa, me quería mucho y adoraba a mi hijo. Tengo los recuerdos más gratos de esa familia y los más divertidos de mi vida de mi relación con S. Íbamos a todos lados, a bailar, al campo, a todos lados, a bailar, vivía haciendo chistes, tenía una chispa especial. Se desmayaba cada vez que lo dejaba (o se hacía el desmayado creo). Una vez se quebró una pierna y se vino manejando así desde su casa en Barrio Las Flores hasta la mía en barrio Los Gigantes y así lograba que lo perdonara tras cualquier mentira. Lic. mis preguntas:

Los porque a los que no encuentro respuestas:

- ¿Por qué me he paralizado?
- ¿Por qué he postergado todo en mi vida?
- ¿Por qué no puedo levantarme temprano?
- ¿Por qué no se organizarme?
- ¿Por qué no funciono si no es bajo presión?
- ¿Por qué no se decir NO?
- ¿Por qué tengo tanto miedo?
- ¿Por qué no se valorar lo que tengo?
- ¿Por qué especulo con mis afectos?
- ¿Por qué no aprovecho las buenas oportunidades?
- ¿Por qué rehuyo a todo lo que puede hacerme bien?
- ¿Por qué no puedo desprenderme del pasado?
- ¿Por qué me niego a crecer y hacerme responsable?
- ¿Por qué me siento tan culpable?
- ¿Por qué me siento tan inferior?
- ¿Por qué no me siento merecedora de lo mejor?
- ¿Por qué no puedo se puntual?
- ¿Por qué no hago las cosas por amor?
- ¿Por qué no tengo entusiasmo?
- ¿Por qué me siento tan insegura en todo?
- ¿Por qué no puedo dejar de culpar a mis padres?
- ¿Por qué no pienso en el dolor de mi hijo?

En este testimonio podemos valorar de qué manera el hogar de la paciente no fue un sitio en la cual ella pudiera renovar la confianza

en sí misma, sino un lugar en el que la autoestima era atacada.

Quizás la explicación que podríamos arriesgar es en la necesidad que tienen los sistemas sociales vigentes (las ideologías imperantes, por tanto) de inutilizar a quienes pueden llegar a convertirse en sus enemigos activos ya que entre los muchos caminos que conducen a la adquisición de una identidad adictiva está el de la renuncia a la esperanza de modificar el medio social que, mediante su incompreensión y su tolerancia, oprime necesidades afectivas más profundas. Así es, que la conducta tóxica supone siempre, por su propia índole, que las relaciones de dependencia son insuperables. Por consiguiente sólo es posible transformar la percepción de la realidad y nunca la realidad misma. Por eso el adicto renuncia a la acción, más fácil que transformar los hechos es alterar su percepción.

En cierto sentido somos una sociedad de familias que han abandonado a sus propios hijos, y este abandono es el problema medular de la familia que subyace a nuestra actual epidemia de adicciones, ésta familia es aquella que deja sin satisfacer las necesidades de dependencia de sus hijos, no necesariamente por desatención o descuidos manifiesto sino, lo que es mucho mas frecuente, simplemente por no reconocer la realidad emocional del niño.

Sabemos que los elementos constructores de la identidad (dar y recibir, confiar y ser digno de confianza) se aprenden en la infancia, lamentablemente, su confianza natural fue traicionada por los adultos que abusaron de su inocencia, y cuando el abuso va acompañada de afecto las necesidades de cariño quedan ligadas al sexo.

Sin asustarles y sin hacerles daño, se debería tratar de ayudar a los jóvenes a diferenciar desde tempranas edades lo que es una rela-

ción afectiva positiva y saludable que exige respeto mutuo y en lo que no entra la posesión y el dominio absoluto.

A pesar de la idea que la escuela debe educar en la igualdad de oportunidades con mucha frecuencia se convierte en lugar de discriminación y exclusión. De acuerdo con los estudios realizados en esta materia las mujeres toman plena conciencia del sexismo en la edad adulta, después de estar trabajando y después de tener hijos. Eso quiere decir que se pueden haber tomado decisiones fundamentales en la propia vida sin tener conciencia de ese problema, con el que se encuentran después. De ahí la necesidad de adelantar la información. La mujer cree que si se acomoda a las demandas del agresor, éste va a dejar de agredirla. Por el contrario, en lugar de suceder eso, la violencia crece, y la víctima es cada vez mas vulnerable y cada vez le resulta más difícil salir y con más consecuencias.

Muchas veces cuando acuden a la consulta nos encontramos con unos diez o más años de experiencia de maltrato. Existe una serie de razones muy complejas para explicar que las mujeres puedan mantenerse tanto tiempo en este tipo de situación cercana a la tortura. Algunas de las variables que influyen son la precariedad económica, la preocupación por le futuro incierto de sus hijos, la propia sensación de baja autoestima personal, la vergüenza en relatar conductas degradantes, etc.

Como dijimos, las relaciones más cercanas de la mujer, que incluye la propia familia, la de origen, y las personas allegadas, conforman el microsistema. Este entorno próximo a la mujer se caracteriza por las relaciones personales y por la preponderancia de los elementos afectivos y emocionales. Las respuestas que las mujeres reciben dependerán de las características específicas de las personas que las rodean, así como del tipo de relaciones que se hayan establecido entre ellas. Por ser el ámbito privado y cotidiano está muy afectado por la historia de las personas que la componen y, a su

vez, es el que ejerce la influencia más fácil de percibir en las mujeres que son maltratadas. Como sabemos, la familia es en tanto un factor de salud, como un elemento dañino, ya que en su estructura y funcionamiento se contiene el aspecto protector y de cuidado básico para las personas que componen la sociedad, aspecto que se basa no obstante en un sistema jerárquico y en el uso de la violencia para su mantenimiento (habida cuenta de que incluye a personas que por su condición biológica y social tienen necesidades e intereses muy distintos y que el ejercicio jerárquico del poder por medio de la violencia goza de aceptación social y se reproduce en todos los niveles de la sociedad).

Como vemos la queja o las preguntas es una de las respuestas posibles a estos hechos, que se caracteriza como una forma particular de violencia a la que apelan muchas mujeres cotidianamente, como modo de expresión de su malestar. ¿A quién o a quiénes esta paciente está interrogando? Alejarse de estos roles o de estos sentimientos la expondría a la pérdida de emblemas identificatorios.

El Instituto de la mujer (España) subvencionó un proyecto de investigación con la finalidad de estudiar la sintomatología post traumática en mujeres maltratadas. En este estudio se observa una serie de indicadores de desajustes psicológicos que pueden darse en las mujeres que han sufrido maltrato. La ansiedad ocurre cuando el miedo se generaliza a otras situaciones que le recuerdan a la mujer la situación de violencia. El trastorno por estrés post traumático que viene constituido por tres núcleos: 1er núcleo, intrusión o reexperimentación, que consiste en que la mujer vuelve a re-vivenciar las escenas de violencia, el 2do núcleo es la evitación de manera que la mujer llega a minimizar la situación de violencia, y el 3er núcleo es la hiperactivación que se suele expresar de diversos modos. Así vemos problemas de concentración, ataques frecuentes de ira, excesiva hipervigilancia, depresión, baja autoestima,

problemas de salud física, comunes, como dolores de cabeza, de espalda, de las articulaciones, problemas gastrointestinales etc. también es frecuente el abuso de alcohol y drogas, funcionamiento socio personal deteriorado, cambios en sus creencias, obesidad, insomnio, ansiedad, inapetencia sexual, irritabilidad etc.

Como consecuencia de este estado de ánimo las mujeres maltratadas que trabajan se ven afectadas por falta de concentración, ausentismo, bajo rendimiento laboral, de manera que la violencia repercute negativamente en cómo estas mujeres prestan sus servicios en las empresas, llegando a poner en peligro la conservación de su empleo.

Algunas mujeres inhibidas por el despliegue de recursos que impone el ámbito público, miraron con desconfianza y temor la propuestas de antagonismo y se refugiaron en los restringidos círculos domésticos y privados, a prudente distancia, en un anonimato supuestamente protector que las reaseguraba de sus inseguridades, sin embargo no dejan por eso de seguir con atención las vicisitudes de quienes salían a conquistar el éxito (fueran mujeres o varones). Así encontramos que muchas de ellas se convirtieron en profundas y sagaces observadoras con la distinción que permite observar un fenómeno a distancia del lugar donde se produce (como cuando se observa llover desde el interior), independientemente de su falta de protagonismo, muchas adquirieron recursos que les permite cuestionar los modelos circulantes, que paradójicamente la marginación les permitió a muchas de ellas contar con un punto de observación estratégico.

En el proceso terapéutico, la paciente está escuchando que está bien llorar, que tiene derecho a la rabia y esto ayudó muchísimo (entre otras variables) para que el proceso de recuperación haya empezado, ya que aprendió a romper el silencio, comprendió que no tuvo la culpa, empezó a confiar más en sí misma, pudo desahogar su dolor, ella nece-

sita un tiempo para recuperarse, que es mejor darse ese tiempo, que el dolor enterrado envenena, y que una vez que un sentimiento se ha compartido y expresado en toda su intensidad, ese sentimiento comienza a transformarse y que la manera de avanzar más allá del dolor es experimentarlo plenamente, respetarlo, honrarlo, expresarlo a otra persona, asimilando así en la vida adulta lo que ocurrió en la infancia. Aún le cuesta liberarse de la responsabilidad del daño recibido y colocar la responsabilidad donde debe, romper el torcido pacto de ocultación para afirmar sus propias necesidades y límites para superar los temores y para actuar por sí misma, es esencial para la autoestima dejar de hacer cosas con las cuales no se siente bien y comenzar a hacer cosas que pueda respetar y admirar. Aprender a tolerar el sentirse bien quizás va ser una de las partes más agradables de la curación y que vale la pena acostumbrarse a ellos.

Ejemplo NN. Esposa de un militar (madre de tres hijos) refiere:

No puedo evitar que mi esposo una y otra vez quiera realizar campañas en la Antártica... sin necesidad...bah... Vio que siempre hace falta algo en la casa...(cambiar de auto por ej) pero ya tenemos todo.. yo hubiera preferido.. que no se fuera.. al final el se pierde muchas cosas que nos pasa como familia... las chicas.. se han puesto de novia por ejemplo ...P. empezó a salir a los bailes.... Tiene 15 años no puedo no dejarlo ir... porque todos los amiguitos salen.... Yo tengo miedo pero que le vamos a hacer....cuando habla por teléfono los chicos no quieren hablar con el, y yo tampoco.... me da vergüenza... llanto.... yo no quiero que venga....me parece que no es la misma persona que se fue, está distinto... llama tres veces por día, me pregunta que hago, adonde voy, etc. vine a la guardia el fin de semana(me agarró como una crisis) y me dieron esto... muestra una caja de fármacos, estoy tomando 2 por día al levantarme y al acostarme, no sé, me siento un poco dopada a la mañana me despierto y es como si no hubiera dormido bien, me levanto cansada, el Dr. de la guardia me dijo que viniera a hablar con Ud.

Muchas veces las mujeres por padecer en carne propia las vicisitudes de un modelo de éxito insalubre están en condiciones privilegiadas de cuestionar dicho modelo. Esta es una situación que generalmente no goza el varón, a quien las presiones sociales (y la ambición desmedida de poder) no le dan tregua para tomar conciencia del entramado en el que participa como víctima y cómplice. El éxito no debería tener género porque no nació sexuado. La sexuación es un producto exclusivamente social cuyo objetivo es perpetuar una división sexual que margine a las mujeres del espacio de poder. Habitadas durante siglos a “palpar” los afectos, a indagar estrategias de sobrevivencias, las mujeres cuentan con gran disposición para olfatear los peligros, alertar sobre sus consecuencias, de esta manera, muchas veces los cuestionamientos femeninos contribuyen a poner en crisis el concepto tradicional de éxito y evidencian la necesidad de redefinirlo.

La paciente RR una mujer profesional(contadora pública) esposa de un militar, 52 años (madre de dos niños adoptados) de 9 y 17 años empleada en el ámbito público, le pedí que me trajera escrita la historia de su vida y cuando la trajo refirió *“la leí antes con mi marido”*. Cuando le pregunté porqué había hecho esto... se quedó sorprendida... *“me pareció que era lo que debería hacer...”*

Vengo porque me manda la psiquiatra, hace tres años que ella me está medicando, (¿?) tengo desequilibrio emocional, tengo bajón, siento que no tengo espacio para mí en la familia, todo los fines de semana me canso mucho más y el día lunes no tengo ganas de nada, me quedaría en la casa, y mi marido a veces pone cara de c.. trabajo tanto que no puedo parar, en la oficina, lo mismo de siempre haciendo lo mismo, nadie te valora, nadie reconoce nada de nada, tengo una jefa que esta allí no por su capacidad, Ud me entiende no? Mi marido tiene dos trabajos así que no cuento con la ayuda de él, creo que también tiene que ver que hace dos meses murió el único hermano que tengo, el tenía diagnóstico de esquizofrenia, hace mucho que estaba a cargo mío mi papá y él... (llanto), mi mamá murió hace diez años y también estuve así. Trabajo desde jovencita, y mi hermano cuando entró en la adoles-

cencia hizo una crisis y tuvo que dejar de estudiar y trabajar... así que me hice cargo yo de los dos hombres, me siento como cansada... no doy más... (llanto), la Dra. me dio un antidepresivo y eso me ayudó un poco, no me acuerdo el nombre... pero no quisiera tomar siempre... como mi hermano... tengo miedo... de caer como él... (llanto)... vivió toda su vida tomando medicamentos... una psicóloga me dijo que el pagó un precio muy alto, mis padres han sido un desastre... siempre... peleando... mi papá era violento... él manejaba todo en casa... pobre mi mamá... ella sufrió mucho.

La paciente vino a la consulta para que le ayudara a reducir su “estrés”, para encontrar un espacio, con un convencimiento absoluto de que no había razones exteriores válidas que le hiciera sentir tan tensa, tan estresada tan... toda la culpa de su malestar la tenía ella y su miedo a que le pasara lo mismo que a su hermano. Se le ayudó a ver que estaba actuando como si no mereciera lo que deseaba. Ninguna de nuestras instituciones puede perpetuar el mito de la supremacía masculina de forma tan absoluta como lo hace el matrimonio. Al observar a sus padres, RR aprendió a moldear su comportamiento de acuerdo al comportamiento que ha visto en su hogar, su familia le enseñó que los hombres son mejores porque toma las decisiones más importantes en la casa, diciéndole a la madre lo que debería hacer y manteniendo a la familia económicamente.⁴⁶

El costo de postergar el abordaje de los conflictos termina siendo mucho mayor que las molestias- inevitables- que ocasiona encararlos a tiempo. En lo doméstico y privado, muchas mujeres callan opiniones, disimulan malestares y postergan planteos para evitar enfrentamientos porque les cuesta soportar la “cara de culo” de maridos, hijos, socios, colegas y amigos. En su actividad pública y privada ceden espacios, renuncian a pretensiones y posponen anhelos para evitar las “caras de culo” de familiares y colegas. Si tuviéramos que aproximar una definición acerca de las “caras de culo” podríamos decir que son todas aquellas que no expresan lo que las mujeres que las

perciben están esperando, cuando se exponen como sujetos, es decir, son las que no expresan aprobación, aplauso, confirmación, paciencia, condescendencia, tolerancia, coincidencia. Son las que muchas mujeres deberían ignorar porque deterioran su autoestima y, sin embargo, no pueden dejar de mirar aunque sepan que no encontrarán lo que buscan. Esta conducta genera desazón y zozobra en todas aquellas mujeres que aún no logran prescindir de la aprobación masculina que las confirme en su saber, su sentir y su obrar. No es un hecho intrascendente, pone en evidencia una profunda necesidad de reconocimiento y aprobación cuyas raíces se hunden en los condicionamientos psicosociales que trata de hacer de toda mujer una eterna niña. Por otra parte pone en evidencia también el miedo a exponerse y la autocrítica exagerada en la que caen muchas mujeres que han optado por un protagonismo público, en este caso se autoexige por encima de lo que sería capaz de exigir a otro, esta autoexigencia adopta la forma de autocrítica implacable que se pone en movimiento cuando comete errores o cuando no logra ser todo lo oportuna que hubiera convenido.

Estas mujeres que “no se perdonan nada” son las que han internalizado -y hecho propia- la severidad con que la sociedad suele juzgar los comportamientos femeninos “no tradicionales”, participan por supuesto sin quererlo y sin saberlo del imaginario social responsable de hacer circular la creencia de que las mujeres deben probar su infalibilidad para merecer el acceso al ámbito público. Muchas veces se confunden y toman como objetivo “cambiarle la cara al otro”. Es así que con harta frecuencia las “caras de culo” se convierten en un problema para quien la mira cuando en realidad debería serlo sólo para quien la porta. Es importante señalar que el malestar que muchas mujeres sienten ante estas caras es una profunda vivencia de zozobra que compromete su autoestima y en la que quedan atrapadas cuando están pendientes de cada cara.⁴⁶

Dar examen permanentemente es una condición que se impone al género femenino y que está incorporada de manera inconsciente en la sociedad, así vemos que la infalibilidad es una obligación que no suele recaer sobre el varón, que está legitimado para actuar sin rendir examen. Muchas de las mujeres que sin darse cuenta aceptan como “natural” dar examen permanentemente de esta manera está tratando de demostrar –a los otros y así misma– que no son “inferiores”, pero al hacerlo caen en la trampa de avalar ante sí misma dicha creencia porque nadie necesita demostrar aquello de lo cual está seguro.

Vemos que los permanentes embates discriminatorios horadan la autoestima femenina. Un ejemplo trivial pero representativo de estos embates permanentes a la autoestima femenina son los chistes misóginos⁵ que circulan por correo electrónico.

Recordar que la moral-judeo cristiana ofrece a la mujer dos modelos de identidad: María o Magdalena, virgen-madre o prostituta, el hogar o la calle. Grabado en el psiquismo en el nivel inconsciente, este arquetipo de mujer –con sus dos facetas- entra a funcionar a cada paso del andar femenino y cuando ese andar traspasa los límites domésticos no sólo se está trasgrediendo un mandato social sino, además, exponiéndose al fantasma de la “mala mujer”, de esta manera estar fuera del hogar es ser una “mujer pública” y el diccionario más actualizado de la lengua española nos recuerda que “mujer pública” es sinónimo de prostituta.

Crear que la abnegación conduce a la santidad puede ser una ilusión peligrosa porque a menudo acaba con una sensación de vacío interior en lugar de realización. No es casual que la palabra más frecuente de un hombre resentido que quiere ofender a la mujer suele ser “puta”, de la misma manera que los niños llaman “mala” a las madres cuando no satisfacen sus requerimientos. Lo más grave no es que ellos lo digan, sino que tantas mujeres se

sientan tan afectadas cuando esto ocurre, ello es una prueba de que a estas mujeres no les resulta indiferente anteponer un deseo o necesidad personal antes que satisfacer a otros. En un sentido amplio termina siendo una “mala mujer” cualquiera que deja de entregarse altruísticamente, ya sea al amor filial o al erotismo.

OTROS DATOS RELEVANTES

1. El miedo a quedarse solas

En lo que respecta a los varones, se ha podido apreciar desde la experiencia como mujer, y desde la práctica como profesional, que existen diferencias entre ellos en cuanto al grado de prejuicio misógino. La persona más democrática puede mostrar un aspecto autoritario, de la misma manera que la más autoritaria puede adoptar en ocasiones actitudes solidarias. Existe el temor en las mujeres de “quedarse solas” si el hombre con quien comparten la vida (o desean compartirla) se resiste a aceptar sus anhelos de desarrollo personal y, más específicamente, la posibilidad de ser exitosas. Vemos así que existen varones que insisten en sostener que la diferencias de los roles entre varones y mujeres son exclusivamente biológicas y, por lo tanto, es “natural” que las mujeres se circunscriban a sus roles afectivos y domésticos así como también que estén al servicio del varón. Coherentes con ellos, ponen obstáculos a cualquier intento de independencia y desarrollo por parte de sus esposas. Las mujeres que viven con estos hombres suelen enfrentar un amplio espectro de obstáculos que reducen marcadamente sus posibilidades de desarrollo como sujetos.

Es común escuchar en la consulta, “trabajé en tal cosa hasta que me casé”, y lo dejé porque mi marido no quería que trabajara...

En estas situaciones algunas optan por aceptar con mayor o menor sumisión los roles tradicionales hasta que el paso del tiempo les permite tomar conciencia de que con la sumisión sólo obtuvieron frustración y descontento que las fue llenando insensiblemente de resentimiento. Un resentimiento que a menudo vuelven como hostilidad contra sí misma produciendo grandes depresiones, severas adicciones o enfermedades físicas. Otras intentan sa-

car algún provecho para compensar la falta de protagonismo, y con ese objetivo -a menudo inconsciente- suelen volverse hacia sus maridos tan exigentes en demanda de confort como ellos lo son con el cumplimiento de los llamados “roles femeninos”.

La violencia que genera la dependencia en que a menudo transcurre la vida de estas mujeres inevitablemente pone en marcha un fenómeno de contra violencia que atrapa tanto a la mujer como al varón, obstaculizando posibilidades de bienestar en común. También es posible observar que existen mujeres que, totalmente identificadas con la ideología patriarcal, son tan prejuiciosas como sus maridos y, mientras asumen con orgullo el “rol de esposas” y lo enarbolan como lo más jerarquizado de la “esencia femenina” descargan sus prejuicios sobre otros grupos o sobre otras mujeres con la misma ferocidad con que sus maridos imponen la jerarquía que esgrimen. ¿Será lo mismo para un hombre amar a una mujer sometida? Evidentemente este tipo de actitudes no deteriora sólo al receptor sino también al emisor, porque re-verten sobre el varón y lo condiciona a una vida de gran pobreza afectiva que, al cabo de los años, no deja de aparecer en su balance vital.

También encontramos a menudo que algunas mujeres que emprenden la reivindicación de sus espacios esperan la aprobación por parte de los mismos hombres que verán restringidos sus privilegios a causa de las reivindicaciones femeninas. Ésta expectativa de aprobación por parte de las mujeres es un vestigio de la antigua (y persistente) dependencia y una manera encubierta de “pedir permiso”, resulta así una perfecta paradoja “pedir permiso” para ser libre. La libertad no se pide, la libertad se toma.

Decidirse a curar activamente es aterrador porque significa abrirse a la esperanza, y para muchas supervivientes la esperanza sólo les ha traído decepción. Aunque es aterrador decirse que sí, es también un enorme alivio el

momento en que uno se detiene y presenta “cara a sus propios demonios”, hay algo “extrañamente consolador en verse el terror en la cara”, en mirarse la propia imagen. Es un consuelo saber que ya no hay que seguir simulando, que se está haciendo todo lo que está en su poder para sanar.

Muchos de los hombres que se deciden por aceptar el cambio - deben realizar- igual que las mujeres un laborioso proceso de reacomodación no sólo de las actitudes sino también de los valores profundos que regían dichas actitudes.

Las parejas que superan esta crisis salen de ellas enriquecidas y fortalecidas. Vivencian nuevos entusiasmos para recorrer otro tramo del camino de la vida sin tanto tedio, resentimiento ni violencia como la que suele experimentarse cuando se encubren malestares. Es importante señalar que cuando los varones acceden a renunciar a sus privilegios también salen ganando porque se liberan de una gran cantidad de cargas que sostienen como contrapeso de su pretendida superioridad, además obtienen la satisfacción de consolidar vínculos solidarios sin los cuales la felicidad cotidiana se vuelve muy escurridiza. Las mujeres también somos productos del patriarcado y necesitamos realizar un profundo trabajo interior para revisar nuestros propios estereotipos sobre “lo masculino” porque sólo de esta manera estaremos en condiciones de reorientar nuestro deseo hacia un modelo de varón que sea capaz de jerarquizar la ternura y concebir el amor sobre la base de la solidaridad y la reciprocidad. Y en este aspecto es importante señalar la imperiosa necesidad de modificar la actitud respecto a la educación de los hijos varones, ya que cuando las mujeres educan a sus hijos varones de tal manera que los preparan para que esperen que sus futuras compañeras estén a su servicio como lo están ahora sus madres, no hacen sino perpetuar valores y actitudes patriarcales.

Como bien lo dicen: “no todos los que trabajamos en el campo psi

compartimos los mismos esquemas referenciales. Me pregunto si esto es una ventaja o una desventaja. O es que debemos trabajar en forma interdisciplinaria y no multidisciplinariamente?

2. Hay seguridad en la “fusión”

Se renuncia a la identidad individual a favor de un intento de “identidad fusionada”, afirmaciones como “puedo leer en su mente”, “somos iguales en todo” o “podemos sentir nuestro mutuos sentimientos”; no reflejan intimidad, reflejan miedo, el miedo de una persona a desarrollarse y a vivir sola. El deseo de unirse simbióticamente con otro ser tiene su origen en la niñez y en el profundo deseo de “fusión” con la madre. Este intento de fusión es el intento de permanecer unido con otra persona, de no estar nunca sola, y de negar el estado de separación y diferencia. En los matrimonios que se mantienen “fundidos” año tras año, tanto el marido como la esposa se hallan firmemente anclados en un nivel del desarrollo psicológicamente infantil. Hay muchas maneras de mantener equilibrado el vaivén de un matrimonio simbiótico, la solicitud y una excesiva preocupación por el bienestar del cónyuge es una de ellas.

Existen también hombres, porque no, que toleran con mayor o menor entereza los planteos de las mujeres, y algunos de ellos son capaces de cambiar una vez superada la crisis que inevitablemente genera cualquier situación que pretende modificar estructuras.

Muchos de los hombres que se deciden por aceptar el cambio - deben realizar- igual que las mujeres un laborioso proceso de reacomodación no sólo de las actitudes sino también de los valores profundos que regían dichas actitudes.

Las parejas que superan esta crisis salen de ellas enriquecidas y fortalecidas. Vivencian nuevos entusiasmos para recorrer otro tramo del ca-

mino de la vida sin tanto tedio, resentimiento ni violencia como la que suele experimentarse cuando se encubren malestares. Es importante señalar que cuando los varones acceden a renunciar a sus privilegios también salen ganando, porque se liberan de una gran cantidad de cargas que sostienen como contrapeso de su pretendida superioridad, además obtienen la satisfacción de consolidar vínculos solidarios sin los cuales la felicidad cotidiana se vuelve muy escurridiza. Las mujeres también somos productos del patriarcado y necesitamos realizar un profundo trabajo interior para revisar nuestros propios estereotipos sobre “lo masculino” porque sólo de esta manera estaremos en condiciones de reorientar nuestro deseo hacia un modelo de varón que sea capaz de jerarquizar la ternura y concebir el amor sobre la base de la solidaridad y la reciprocidad. Y en este aspecto es importante señalar la imperiosa necesidad de modificar la actitud respecto a la educación de los hijos varones, ya que cuando las mujeres educan a sus hijos varones de tal manera que los preparan para que esperen que sus futuras compañeras estén a su servicio como lo están ahora sus madres, no hacen sino perpetuar valores y actitudes patriarcales.

3. El síndrome de la “buena mujer”

La mujer que dedica su vida entera a cuidar de su marido y a “proteger” a sus hijos no es una santa. En vez de exponerse a los temores de la mujer que rompe todas sus ataduras para llevar una vida autónoma, de conseguir por sí misma su propia seguridad. La “buena mujer” hace todo lo que puede para complacer a los demás. Sin embargo, por lo que respecta a los esfuerzos para su propio desarrollo, se comporta como si aún no hubiera salido de la escuela. Estas mujeres notan agudamente la falta de significado de sus vidas, la única sensación de competencia que experimentan va unida a su posibilidad de controlar las situaciones, de conseguir lo que desean mediante

la dependencia. XX prefería pensar que su marido era un hombre frágil que necesitaba su protección, ella haciéndose la protectora se ayudaba a sí misma a salvar un poco de autoestima. Mantienen un poder ilusorio. Ya que si se conservan débiles nunca se marcharan.

4. No resignarse a la pérdida

Creer que todavía hay amor donde no lo hay: un mal duelo, es decir, la no aceptación de una ruptura o una pérdida afectiva, puede estar mediado por lo que en psicología se conoce como *correlaciones ilusorias*, en determinadas circunstancias, podemos establecer nexos causales entre dos eventos que no están relacionados sino en nuestra anhelante imaginación. Estas “malas lecturas” o interpretaciones erróneas son muy comunes en mujeres que, habiendo terminado una relación insisten testarudamente en ver amor donde no lo hay. Algo así como *recuerdos del futuro*, en versión Corín Tellado. Los esquemas más comunes que alimentan la confianza de recuperar el amor perdido son: “*Aunque no estemos juntos, todavía me quiere*” (optimismo obsesivo perseverante). *Después de tanto tiempo es imposible que haya dejado de amarme*” (*costumbrismo amoroso*).

Este abanico de creencias está guiado por la ilusión de permanencia y el anclaje al pasado. La idea central es que ciertas relaciones pueden mantenerse inalterables, invariables y resistentes a los embates de la vida, como si estuvieran en conserva, un amor en formol. El romanticismo a ultranza genera en la gente que lo padece un limbo afectivo, del cual se niegan a salir, y un rechazo categórico a aceptar la ruptura. El famoso dicho popular: “Donde hubo fuego, cenizas quedan”, parece regir la vida de muchas adictas afectivas. Movidos por el afán, no siempre consciente, de verificar la vigencia del lazo afectivo, las personas apegadas comienzan a recabar datos confirmatorios, desconociendo que, en ciertas ocasiones, la durabilidad de la unión entre dos

seres no necesariamente indica amor o felicidad, pues puede estar fundamentada en cualquier otro sentimiento como interés, miedo, pesar o, incluso, odio.

Muchas veces la verdadera problemática surge cuando el sexo se convierte, ilusamente, en la prueba reina de que el amor está vivo. Seguir haciendo el amor con la persona que queremos, pero que no nos corresponde, es un disparate. Cada encuentro clandestino no es la confirmación de un “sí” con sabor a “no”, y una afrenta para la autoestima. La esperanza en carne viva. No olvidemos que ser deseable no implica ser querida. En suma: deseo no es amor.

Aunque la psicología a ha avanzado en el tema de las adicciones, como por ejemplo, el abuso de sustancias, el juego patológico y los trastornos de alimentación, en el tema de la adicción afectiva el vacío es innegable. En la consulta nos encontramos con un gran porcentaje de pacientes que consultan por problemas derivados de una dependencia afectiva extrema que les impide establecer relaciones amorosas adecuadas. Esta adicción afectiva muestra las características de cualquier otra adicción pero con ciertas peculiaridades que aún necesitan ser estudiados más a fondo. No existen campañas de prevención primaria o secundaria, ni tratamientos muy sistematizados contra el mal del amor.

En términos psicológicos, sabemos muchos más de depresión que de manías. O, dicho de otra manera, la ausencia de amor nos ha preocupado mucho más que el exceso afectivo. Por razones culturales e históricas, la adicción afectiva, a excepción de algunos intentos orientalistas más espirituales que científicos, ha pasado desapercibida. No nos impacta tanto el amor desmedido, como el desamor. Sobreestimamos las ventajas del amor y minimizamos sus desventajas, vivimos con el apego afectivo a nuestro alrededor, lo aceptamos, lo permitimos y lo patrocinamos.

5. El apego es adicción

Depender de la persona que se ama es una manera de enterrarse en vida, un acto de auto mutilación psicológica donde el amor propio, el autorrespeto y la esencia de uno mismo son ofrendados y regalados irracionalmente. Cuando el apego está presente en una relación, entregarse, más que un acto de cariño desinteresado y generoso, es una forma de capitulación, y rendición guiada por el miedo con el fin de preservar lo bueno que ofrece la relación. Bajo el disfraz del amor romántico, la persona apegada comienza a sufrir una despersonalización lenta e implacable hasta convertirse en un anexo de la persona “amada” un simple apéndice.

De manera contradictoria, la tradición ha pretendido inculcarnos un paradigma distorsionado y pesimista: *el auténtico amor, irremediablemente, debe estar infectado de adicción*. Un absoluto disparate. No importa cómo se quiera plantear, la obediencia debida, la adherencia y la subordinación que caracteriza el estilo dependiente, no son los más recordables. La epidemiología del apego es abrumante, un alto porcentaje de las consultas psicológicas se debe a problemas ocasionados o relacionados con dependencia patológica interpersonal, en muchos casos pese a lo nocivo de la relación, las personas son incapaces de ponerle fin. En otros, la dificultad reside en una incompetencia total para resolver el abandono o la pérdida afectiva. Es decir: o no se resignan a la ruptura o permanecen, inexplicable y obstinadamente, en una relación que no tiene pies ni cabeza. Una de las pacientes hacía la siguiente descripción de su “relación amorosa”: Llevo 10 años de novia, pero estoy comenzando a cansarme... el problema no es el tiempo, sino el trato que recibo... No, él no me pega, pero me trata muy mal... me dice que soy fea, gorda, que tengo mal aliento, que mi aliento huele a... (llanto) cuando estamos en algún lugar público, tiene vergüenza que lo vean conmigo. Si algo no le gusta me grita “tonta” o “retardada mental”. Me prohíbe salir o tener amigas... cuan-

do le hago algún reclamo de que no viene a la hora que me dice, o que se emborracha con sus amigos, me dice que terminemos, que no va a aguantar una novia insoportable como yo...” esta señorita es una **adicta afectiva**. Muestra la misma sintomatología de un trastorno por consumo de sustancias, donde, la dependencia no está relacionado con la droga sino con la seguridad de tener a alguien, así fuera una compañía espantosa.

El caso necesita un enfoque similar a los utilizados en problemas de farmacodependencia, donde el adicto debe dejar la droga pese a la apatía: Lo que la terapia intenta promover en las personas adictas es básicamente autocontrol, para que aun necesitando la droga sean capaces de pelear contra la urgencia y las ganas. En el balance costo-beneficio, aprenden a sacrificar el placer inmediato por la gratificación a mediano o largo plazo. La ausencia de su novio, o no poder tener contacto con él, producía un completo síndrome de abstinencia que, para colmo no era solucionable con ninguna otra “droga”, existía en ella un deseo persistente de dejarlo, pero sus intentos era infructuosos y poco contundentes, invertía una gran cantidad de tiempo y esfuerzo para poder estar con él, a cualquier precio, había una clara reducción y alteración de su normal desarrollo social, laboral y recreativo debido a la relación, ella seguía alimentando el vínculo a pesar de tener conciencia de las graves repercusiones psicológicas para su salud . Un caso de “amor-dependencia” sin demasiado amor. Querer algo con todas sus fuerzas no es malo, convertirlo en imprescindible, sí. La persona apegada nunca está preparada para la pérdida, porque no concibe la vida sin su fuente de seguridad y/ o placer. *Lo que define el apego no es tanto el deseo como la incapacidad de renunciar a él.* Amor y apego no siempre van de la mano.

Desde un punto de vista psicosocial, vivimos en una sociedad coadicta a los desmanes del amor. ¿Quién no ha caído alguna vez bajo los

efectos del apego amoroso? Cuando el amor obsesivo se dispara, nada parece detenerlo. Se mantiene la postura realista (en el trabajo terapéutico) frente al tema del amor, se resalta la relevancia de algunos “autos” fundamentales, como el auto respeto y el autocontrol, se señala las deficiencias del auto engaño y se promueve estilos independientes como la exploración, la autonomía, y el sentido de vida. La premisa que guía la misma es que solo se justifica amar cuando podemos hacerlo limpiamente, con honestidad y libertad. Se persigue una meta que es posible amar sin apegos, y lo que es más importante, vale la pena intentarlo, ya que el amor debe ser una experiencia plena, alegre y saludable.

6. La inmadurez emocional:

Pese a que el término inmadurez puede resultar peyorativo para ciertas personas, su verdadera acepción nada tiene que ver con retardo o estupidez. La inmadurez emocional implica una perspectiva ingenua e intolerante ante ciertas situaciones de la vida, generalmente incómodas o aversivas. Una persona que no haya desarrollado la madurez o inteligencia emocional adecuada tendrá dificultades ante el sufrimiento, la frustración, y la incertidumbre, dicho de otra manera, algunas personas estancan su crecimiento emocional en ciertas áreas, aunque en otras funcionan maravillosamente bien.

Una persona que haya sido contemplada, sobreprotegida y amparada de todo mal en sus primeros años de vida, probablemente no alcance a desarrollar la fortaleza (coraje, decisión, aguante) para enfrentar la adversidad. Su vida se regirá por el principio del placer y la evitación inmediata de todo aversivo.

7. Baja autoestima:

En este tipo de apego, aunque indirectamente también se busca

estabilidad, el objetivo principal no es evitar el abandono sino sentirse amada. Incluso muchas personas son capaces de aceptar serenamente la separación, si la causa no está relacionada con el desamor: “Prefiero una separación con amor, a un matrimonio sin afecto”. No obstante, una cosa es que nos guste recibir amor y otra muy distinta es quedar adherido a las manifestaciones de afecto, estar pendiente de cuanto cariño nos prodigan para verificar qué tan queribles somos, es agotador tanto para el dador como para el receptor.

8. No resignarse a la pérdida:

En los dilemas afectivos, las personas apegadas no quieren perder ningún beneficio. No importa qué tan enfermiza sea la relación, lo fundamental es conservar a la persona amada, así sea de a pedazos. El miedo a quedarse sin afecto los lleva a establecer metas incompletas, postergaciones y remedios insuficientes. “*Voy a dejarlo de a poquito*” a no ser que se trate de un paciente internado y bajo control médico directo, alejarse paulatinamente de la fuente de adicción no es la estrategia más recomendada. “*Voy a consumir cada día menos crack*” puede resultar risible para los que saben del tema. La adicción no se rompe lentamente, puede haber retrocesos, avances y recaídas, pero la lucha es a muerte. Es un típico autoengaño, en realidad, lo que queremos es prolongar la permanencia del estimulante afectivo. Como se ha podido ver la mente apegada utiliza infinidad de subterfugios y engaños para intentar salvar el amor extraviado. No importa qué tan inconveniente o dañino sea, la adicción afectiva no mide consecuencias, es ciega por naturaleza.

No podemos vivir sin afecto, pero sí podemos amar sin esclavizarnos, una cosa es defender el lazo afectivo y otra muy distinta es ahorcarse con él, el desapego, no es más que una elección que dice a gritos: *el amor es ausencia de miedo*.

Violencia hacia la mujer asociados a la farmacodependencia femenina

La violencia en la familia y, concretamente, el maltrato hacia la mujeres, desafortunadamente, asunto de máxima actualidad en nuestros días. La sensibilidad y conciencia social acerca de la gravedad de este problema ha aumentado debido, principalmente, al mayor conocimiento que hoy se tiene de las elevadas cifras que reflejan la incidencia de tales casos en nuestra moderna y civilizada sociedad, a la gravedad de las consecuencias físicas y psicológicas en las víctimas, y a la relativa impunidad de que gozan los agresores.^{50,51}

Según un informe del año 2000 de Naciones Unidas, se estima que una de cada tres mujeres en el mundo ha padecido malos tratos o abusos dentro del entorno familiar. En nuestro país existe una gran cifra negra de casos de maltrato ocultos a las estadísticas y al conocimiento público. A pesar de la gran ocultación del problema, en los últimos años se ha podido constatar un aumento progresivo del número de denuncias de estos casos. Existe actualmente una mayor sensibilización social ante estos casos, que ya no se justifican o ignoran como antaño, ni se culpabiliza o estigmatiza a la mujer que lo sufre, sino que se la considera una víctima de él.^{50,51}

Los doctores Lorente y Lorente (1998) hacen una profunda revisión histórica sobre el papel de la mujer en la sociedad y su relación con el maltrato doméstico. En ella se afirma que las creencias y mitos culturales asociados al sistema patriarcal han legitimado históricamente el poder y la dominación del marido hacia la mujer despojando a ésta de todo derecho legal, económico o social.^{50,51}

Algunas de las definiciones describen la violencia hacia la mujer como *“todo acto que resulte o pueda resultar en daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico, incluyendo a la amenaza de dichos actos, la coerción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida*

pública como en la privada".⁴⁸⁻⁵¹

Asimismo, investigaciones realizadas demostraron que constituye un grave problema de salud pública en función del aumento de enfermedades en las mujeres maltratadas, generándose costos financieros y sociales. De este modo *"lo revelan las alarmantes tasas de mortalidad, morbilidad y discapacidad, así como por los abrumadores daños de vida potencial perdidos y sus efectos psicosociales en las poblaciones"*.

No obstante, su reconocimiento como problemática social es relativamente reciente, y corresponde a las últimas décadas el develamiento y cuestionamiento de la opresión y discriminación femenina.

Creencias erróneas, resabios del sistema patriarcal y religiones tradicionales, mitos y estereotipos sociales, costumbres y leyes, conformaron el imaginario de mujeres y varones, construyéndose preconceptos sobre los actos abusivos. Se atribuyeron culpas y adjudicaron responsabilidades, larvadamente, a quienes los padecían, justificando de esta manera el accionar de los ofensores. Sabemos que durante siglos, la imagen femenina se asoció con la tentación, la trasgresión y el pecado. Se creía que la mujer dominaba el arte de la provocación y la seducción, y que su cuerpo ocultaba los misterios del goce y placer sexual, todavía perduran ciertas ideas en situaciones de violencia sexual por las que el varón se vislumbra como una especie de víctima del poder femenino, escasamente responsable del daño que comete.

La violencia en el contexto familiar como problema social

La violencia, junto con el conocimiento y el dinero, es una de las principales fuentes del poder humano. El término **violencia** estuvo tradicionalmente referido al espacio público. Por lo tanto durante gran parte de la historia, asociar los vocablos "violencia" y "familia" (en tanto espacio privado

por excelencia) hubiera representado una paradoja incomprensible.⁴⁸⁻⁵¹

La idea que generalmente asumimos de familia es la de aquel grupo humano cuyos miembros comparten una relación de parentesco, pero ante todo, de carácter afectivo. El hogar, ese lugar donde crecemos y nos desarrollamos como personas, donde estamos rodeados por padres, hermanos e hijos, y en donde podemos encontrar, con mayor probabilidad y de forma incondicional, afecto, apoyo, y seguridad. Sin embargo, ese lugar, no existe como tal para muchas personas. El hogar para muchos representa un lugar que no eligieron y que asocian a palabras tales como agresión, abandono, humillación, miedo e inseguridad.⁴⁸⁻⁵¹

En este punto cabe plantearse la siguiente cuestión: ¿qué es lo que hace que la familia sea uno de los grupos sociales más violentos? ¿Qué factores pueden influir en este hecho? Según Gelles y Straus (1986)⁴⁸⁻⁵¹, la familia posee una serie de características que la hacen potencialmente conflictiva y, por tanto, con una alta probabilidad de desarrollar comportamientos violentos. Entre ellas se destacan:

- a) La alta intensidad de las relaciones familiares: que viene dada entre otras cosas por: la cantidad de tiempo compartido entre sus miembros, el alto grado de confianza entre ellos, que conlleva un implícito derecho a influir sobre los demás, y el elevado conocimiento mutuo que se deriva de la convivencia diaria, y que hace que los miembros de la familia sean los mejores conocedores de los puntos débiles y de los flancos más vulnerables al ataque de la otra persona.
- b) La propia composición de la familia: constituida por personas de diferente sexo y edad, lo que implica la asunción de diferentes roles a desempeñar, y que se traduce en marcadas diferencias de

motivaciones, intereses y actividades entre sus miembros, todo lo cual facilitará la aparición de conflictos.

- c) El alto nivel de estrés a que se ve sometida la familia: que debe hacer cambios a lo largo del ciclo vital y a exigencias de tipo económico, social, laboral, asistencial etc.
- d) El carácter privado: históricamente, la familia ha sido considerada un reducto absolutamente privado y sus asuntos un tema tabú que no trascendían fuera del ámbito familiar. Este alto grado de intimidad la ha hecho situarse, tradicionalmente, fuera del control social y, por tanto ajena al ojo de la ley, transmitiendo una sensación de impunidad y privacidad respecto a todo lo que sucede en su interior.

En la actualidad existe, una creciente cantidad de publicaciones sobre este problema social tan complejo como lo es la violencia familiar. Simultáneamente, se ha ido operando en la sociedad un incremento de la conciencia acerca de la existencia del problema. El término “violencia familiar” ha pasado a formar parte del vocabulario cotidiano, aún cuando todavía se le atribuyen cargados mitos, lo que dificulta su adecuada comprensión.

Evaluación de la importancia de la violencia familiar como problema en el contexto internacional

El problema de la violencia familiar ingresa al temario de los organismos internacionales en el transcurso de las últimas décadas. La Organización de las Naciones Unidas (ONU) en su Asamblea General de noviembre de 1985, abordó el tema de la violencia en el hogar. Con ello, retomaba una resolución del Consejo Económico y Social de la misma organización, encua-

drando el punto debatido en sus actividades sobre la prevención de la criminalidad, por un lado, y en las del “Decenio en favor de la mujer”, cuya culminación fue la reunión de Nairobi en 1985, por otro.

En 1986, la 23° Asamblea de Delegadas de la Comisión Interamericana de Mujeres de la Organización de Estados Americanos (OEA) comenzó el análisis de la violencia que afecta a la mujer y aprobó un importante plan de acción, contenido en la resolución 103/86. En Diciembre del mismo año, un grupo de expertos se reunió en Viena para tratar la violencia en el hogar y sus efectos sobre las mujeres. De ese encuentro surgió un documento que contiene recomendaciones a escala internacional, regional y nacional.

A partir de recomendaciones globales se han generado numerosos encuentros regionales, tendientes a discutir políticas en torno al problema. Así, a modo de ejemplo, en marzo de 1992 se realizó en Managua el Primer Seminario Subregional sobre Violencia contra la Mujer, organizado por el Programa Mujer, Salud y Desarrollo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), en el que se quedó definido el tema de la violencia contra la mujer como un problema de salud pública.

En los últimos años, la mayoría de los países han sancionado leyes específicas para encuadrar el problema de la violencia familiar y brindar protección y asistencia a sus víctimas. Los organismos internacionales de créditos, como el Banco Mundial han formulado recomendaciones y han abierto líneas de financiamiento para programas de atención y prevención de la violencia familiar, conscientes de la importancia que el problema tiene para el desarrollo integral de las naciones.

La plataforma de acción de Beijing, aprobada en la IV° Conferencia Mundial de Naciones Unidas sobre la Mujer- Septiembre de 1995-Capitulo D: La violencia contra la mujer⁽¹¹²⁾. La violencia contra la mujer impide el logro de los objetivos de igualdad, desarrollo y paz. La violencia contra la mujer viola y

menoscaba o impide su disfrute de los derechos humanos y las libertades fundamentales. La inveterada incapacidad de proteger y promover esos derechos y libertades en los casos de la violencia contra la mujer es un problema que incumbe a todos los Estados y exige que se adopten medidas al respecto. Desde la Conferencia de Nairobi se ha ampliado considerablemente el conocimiento de las causas, las consecuencias y el alcance de esa violencia, así como las medidas encaminadas a ponerle fin. En todas las sociedades, en mayor o menor medida, las mujeres y las niñas están sujetas a malos tratos de índole física, sexual y psicológica, sin distinción en cuanto a su nivel de ingresos, clase y cultura. La baja condición social y económica de la mujer puede ser tanto una causa como una consecuencia de la violencia de que es víctima.

La expresión violencia contra la mujer se refiere a todo acto de violencia basado en el género que tiene como resultado posible o real un daño físico, sexual, psicológico, incluidas las amenazas, la coerción o la privación arbitraria de la libertad, ya sea que ocurra en la vida pública o privada.

Si bien la precedente enumeración no agota las referencias a los múltiples encuentros internacionales, regionales y locales que en la última década han generado documentos sobre el problema de la violencia familiar, pretende subrayar su dimensión política y universal y, al mismo tiempo, instar a los Estados a que tomen en cuenta las sucesivas y reiteradas recomendaciones que los distintos organismos internacionales, regionales y locales han formulado.

Vemos de esta manera cómo los diversos organismos internacionales han enfatizado en los últimos diez años la importancia de implementar políticas en relación con el problema de la violencia familiar en dos formas principales de manifestación: la violencia contra la mujer, y el maltrato y abuso de niñas y niños. En un documento publicado por la Organización Mundial de

la Salud (García-Moreno, 2000) se señala que: “la respuesta de la sociedad a las distintas formas de violencia también varía: así como todos consideran unánimemente que la violencia callejera es un crimen y creen legítima la intervención del Estado, son muchos los gobiernos que dudan cuando se trata de actuar e incluso legislar contra la violencia doméstica”. Diversos estudios realizados en diferentes países, se enfatiza la dimensión epidémica que ha adquirido la violencia familiar en sus distintas manifestaciones. Sin embargo, a la hora de elaborar una respuesta al problema, muy a menudo queda relegada ante otras problemáticas. El mismo documento de OPS¹⁴²⁻¹⁴⁴ concluye:

“Las respuestas son fragmentadas y tienden a centrarse en la provisión de cuidados a quienes ya sufrieron violencia, más que en la búsqueda de estrategias de prevención eficaces. Además, hay que pasar de manifestar preocupación por la violencia familiar a la asignación concreta de fondos necesarios para mejorar la efectividad y la reproductibilidad de las intervenciones y comenzar a enfrentarse al problema de manera realista y con una buena relación costo-efectividad.”

Para comprender adecuadamente la importancia del componente violencia familiar para el diseño de políticas públicas, es necesario tener en cuenta las consecuencias que este problema conlleva en distintos ámbitos de la realidad social.

Una cuestión de terminologías

Existen diferentes formas que adopta la violencia hacia las mujeres en el contexto de la cultura patriarcal, surge así una serie de términos que aparentemente se superponen y que plantean permanente dudas en relación con la pertinencia de su aplicación: así, en la literatura coexisten denominaciones tales como: violencia de género, violencia doméstica, violencia familiar, violencia intrafamiliar, etc.

Se considera antes de plantear la cuestión central de este trabajo, necesario detenernos en algunas definiciones que nos aclaren este panorama.

- Cuando hablamos de **violencia de género**, nos referimos a todas las formas mediante las cuales se intenta perpetuar el sistema de jerarquías impuesto por la cultura patriarcal. Como vemos se trata de una violencia estructural que se dirige hacia las mujeres con el objeto de mantener o incrementar su subordinación al género masculino hegemónico. Esta violencia se expresa a través de conductas y actitudes basadas en un sistema de creencias sexista y heterocentrista, que tiende a acentuar las diferencias apoyadas en los estereotipos de género, conservando las estructuras de dominio que se derivan de ellos.

La violencia de género adopta formas muy variadas, tanto en el ámbito de lo público como en los contextos privados. Ejemplo de ella son, entre otras, todas las formas de discriminación hacia la mujer en distintos niveles (político, laboral, institucional) el acoso sexual, la violación, el tráfico de mujeres para prostitución, la utilización del cuerpo femenino como objeto de consumo, la segregación basadas en ideas religiosas y, por supuesto, todas las formas de maltrato físico, psicológico, social, sexual que sufren las mujeres en cualquier contexto y que ocasiona daños que pueden culminar con la muerte.

- Cuando hablamos de **violencia doméstica** nos estamos refiriendo a una de las formas de la violencia de género: la que tiene lugar en el espacio doméstico (concepto que no alude exclusivamente al espacio físico de la casa o el hogar). Se entiende por “espacio

doméstico” al delimitado por las interacciones en contextos privados. Ejemplo de ella sería una relación de noviazgo, una relación de pareja (con o sin convivencia) o los vínculos con ex parejas. Como sub-forma de la violencia de género, los objetivos de la violencia doméstica son los mismos: ejercer control y dominio sobre la mujer para conservar o aumentar el poder del varón en la relación

Las manifestaciones en actitudes y en conductas son muy variadas, la misma incluye el maltrato físico, el abuso sexual, el abuso económico, el abuso ambiental, el maltrato verbal y psicológico, el chantaje emocional, etc.

Las consecuencias son siempre un daño en la salud física, psicológica y social de la mujer, un menoscabo de sus derechos humanos y un riesgo para su vida.

- Cuando se habla de **violencia doméstica o violencia intrafamiliar** nos estamos refiriendo a todas las formas de abuso de poder que se desarrollan en el contexto de las relaciones familiares y que ocasionan diversos daños a las víctimas de esos abusos. Los grupos vulnerables identificados por los investigadores en este campo son las mujeres, los niños y las niñas y las personas mayores.

Así como la violencia doméstica es una forma de violencia basada en el género, la violencia familiar tiene dos vertientes: una de ellas basada en el género y la otra basada en la generación.

En definitiva, la violencia se dirige siempre hacia la población más vulnerable, definida culturalmente como la “más débil” (en realidad, a quienes se les ha denegado la participación democrática en el poder).

Legitimación cultural

Para comprender el fenómeno de la violencia doméstica, resulta imprescindible comenzar por el análisis de los factores que la legitiman culturalmente. En la antigüedad, las creencias y los valores acerca de las mujeres y de los hombres han caracterizado una sociedad patriarcal que define a los varones como superiores por naturaleza y les confiere el derecho y la responsabilidad de dirigir la conducta de su mujer.

Estas actitudes y valores, que echaron raíces a través de los siglos, se traducen en estructuras sociales particulares: por ejemplo, la división del trabajo, las políticas institucionales y la discriminación de la mujer.

Los estereotipos de género, transmitidos y perpetuados por la familia, la escuela, los medios de comunicación, etc., sientan las bases para el desequilibrio de poder que se plantea en la constitución de sociedades privadas, tales como la que están representadas por el noviazgo, el matrimonio o la convivencia.

Los estereotipos culturales y los mitos necesitan de un vehículo para encarnarse en pensamientos, actitudes o conductas. Dicho vehículo está representado por las instituciones que, dentro de la comunidad, son verdaderas transmisoras de los mensajes culturales.

Caracterización de la violencia

Carlos Sluzki (1994)⁴⁸⁻⁵¹ ha señalado seis niveles en los que pueden ubicarse los efectos de la violencia, según la combinación de dos variables que hace interactuar: el nivel percibido de amenaza para la persona y el grado de habitualidad de la conducta violenta.

a) Disonancia cognitiva: Cuando se produce una situación de violencia de baja intensidad en un contexto o en un momento inesperado. La reacción es de sorpresa, de imposibilidad de integrar el

nuevo dato a la experiencia propia. Un ejemplo de esto es cuando las mujeres maltratadas relatan el primer episodio durante la luna de miel.

b) Ataque o fuga: Cuando se produce una situación de violencia de alta intensidad de un modo abrupto e inesperado. En esos casos, se desencadena una reacción fisiológica de alerta, y la reacción puede ser con una posición defensiva u ofensiva, escapándose del lugar o enfrentando la amenaza. Es el caso de las mujeres que atraviesan los ciclos iniciales de la violencia y se ven sorprendidas por una conducta violenta desproporcionada para la situación. En estos ciclos iniciales, todavía la sorpresa obra a modo de disparador de conductas de ataque o fuga.

c) Inundación–parálisis: Cuando se produce una situación de violencia extrema, que implica un alto riesgo percibido para la integridad o la vida. La reacción puede incluir alteraciones del estado de conciencia, desorientación, etcétera, y ser el antecedente para la posterior aparición del síndrome de estrés postraumático. Muchas mujeres relatan esa experiencia de paralización frente a situaciones tales como amenazas con armas, intentos de estrangulamiento o violación marital.

d) Socialización cotidiana: Cuando las situaciones de maltrato de baja intensidad se transforman en habituales, se produce el fenómeno de la naturalización. Las mujeres se acostumbran a que no tengan en cuenta sus opiniones, que las decisiones importantes la tome el hombre, a ser humillada mediante bromas descalificadoras, etcétera, pasando todas estas experiencias a formar parte de una especie de telón de fondo cotidiano que tiene el efecto anestésico ante la violencia.

e) Lavado de cerebro: Cuando las amenazas, las coerciones y los mensajes humillantes son intensos y persistentes, a menudo la víctima incorpora esos mismos argumentos y sistemas de creencias como un modo defensivo frente a la amenaza potencial que implicaría diferenciarse (ella cree que la obediencia automática la salvará del sufrimiento). La mujer, llegada a este punto, puede repetir ante quien intenta ayudarla que ella tiene toda la culpa, que se merece el trato que recibe, etc.

f) Embotamiento sumisión: cuando las experiencias aterradoras son extremas y reiteradas, el efecto es el “entumecimiento psíquico”, en el que las víctimas se desconectan de sus propios sentimientos y se vuelven sumisas al extremo. En estos casos, la justificación de la conducta del agresor y la autoinmolación alcanzan niveles máximos.

En todos los casos, estos efectos de la violencia sobre la mujer están acompañados por una sintomatología física, que suele ser ubicada por los profesionales de la salud en el difuso campo de lo psicosomático: cefaleas, dolores de espalda, trastornos gastrointestinales, frigidez, disfunciones respiratorias, palpitaciones, hiperventilación son algunos de los síntomas más frecuentes, acompañando cuadros psíquicos tales como estados de ansiedad, fobias, agotamiento, adinamia, abulia, depresión, etc.

En todos ellos el modelo profesional dominante trata de buscar la causa de los síntomas dentro de sus propios esquemas explicativos y se muestra renuente a considerar la experiencia de victimización como posible motivo. Esta conducta de los profesionales tiende a potenciar la actitud ocultadora de la mujer (apoyada en los sentimientos de vergüenza y culpa ya apuntados) y el fenómeno de la violencia contra la mujer queda sin diagnosticar. Por lo tanto, se le suele indicar tratamientos sintomáticos que no consideran las ver-

daderas raíces del problema. Esta actitud profesional ha sido definida como “segunda victimización” ya que contribuye a legitimar la violencia ejercida contra la mujer y busca en la propia víctima los motivos o las causas de las secuelas de la victimización.

Y en este aspecto hay que señalar que cada disciplina ha demostrado tener sus propios obstáculos epistemológicos que le dificultan la comprensión de alguna de las múltiples facetas que presenta el problema. Se puede señalar algunos de los más relevantes en el caso de la psicología y la psiquiatría como:

a) Tendencia a psicopatologizar la violencia familiar, en sus diversas manifestaciones, hunde sus raíces en factores históricos, culturales, sociales, institucionales y familiares. La conducta violenta en el contexto domestico debe ser entendida como un emergente de una compleja combinación de tales factores y no como el producto de alguna estructura psicopatológica.

Las investigaciones en el campo de la salud mental han demostrado que es necesario invertir el razonamiento causal para comprender el maltrato y el abuso intrafamiliar no sólo no son consecuencia de alteraciones psicopatológicas, sino que muy a menudo se constituyen en uno de los orígenes más frecuentes de dichas alteraciones.

b) El intento de abordar el problema desde los modelos psicopatológicos convencionales, cuando el modelo teórico y metodológico, de cualquier orientación se convierte en el eje del accionar terapéutico, sin un conocimiento adecuado de la especificidad del problema, se corre el riesgo de agravarlo. A menudo se termina culpabilizando a la victima del maltrato o utilizando estrategias terapéuticas adecuadas para el tratamiento de conflictos familiares pero absolutamente contraindicadas cuando se trata de

situaciones de violencia familiar.

c) La consideración de la variable “género” en el diagnóstico del problema, las diversas manifestaciones de la violencia familiar están atravesadas por dos variables indispensables para su comprensión: poder y género. Cuando en un espacio terapéutico se desconoce el proceso de construcción de los géneros y su relación con las problemáticas emergentes de los vínculos abusivos, se corren serios riesgos de cometer errores terapéuticos que conduzcan a nuevas victimizaciones.

d) Las nociones de “neutralidad”, “secreto” y “privacidad”: las situaciones de maltrato y abuso dentro de la familia se pueden perpetuar en el tiempo gracias, precisamente, a la neutralidad de los otros y al secreto que garantiza la privacidad del hogar. Sólo comienzan a revertirse cuando una mirada externa las desvela, las denuncia, no las legitima. Un contexto terapéutico de neutralidad, secreto, y privacidad no hace sino reproducir simbólicamente las condiciones en las que la violencia encuentra su mejor caldo de cultivo.

Modelos sociales de feminidad y masculinidad

Para hallar las causas de la violencia en el ámbito familiar, es necesario analizar la influencia coercitiva de los modelos impuestos por la cultura patriarcal que signa nuestra sociedad, definiendo diferentes estatus según el sexo al que pertenecen sus miembros, manipulando de esta forma los rangos sociales desde una política de género que afecta la distribución de trabajo, riquezas, derechos, responsabilidades, etc. Tanto en la sociedad en general como puertas adentro de los hogares, se ha creado un apretado de mitos y

estereotipos que tienden a avalar no sólo la desigualdad de oportunidades entre hombres y mujeres, sino también, en muchos casos, la violencia de que son víctimas estas últimas por parte de sus maridos o compañeros.

La situación de inferioridad de la mujer en nuestra sociedad es un hecho tan lamentable como real. En cualquier ámbito en que las mujeres se desenvuelven deben enfrentarse día a día con infravaloración, interiorización y despotismo. Lo femenino ha sido desvalorizado y oprimido tanto en los hombres como en las mujeres, aunque de forma muy distinta en cada caso, y esto perjudica a todo el conjunto humano. Por otra parte, se han sobrevalorado las aptitudes y las características consideradas masculinas, otorgando con ello un lugar destacado al hombre en los aspectos públicos y negando el acceso de las mujeres a esos espacios. Por lo tanto, las mujeres han sido las mayores víctimas de la sociedad patriarcal, pero también los hombres han sufrido las consecuencias al sentirse presionados por su “virilidad” a desempeñar un rol estereotipado que sólo los condujo a perder gran parte de su potencial humano relacionado con la sensibilidad, el afecto o el compromiso familiar más allá de la variable económica.

Como resultado de la incorporación de dichos estereotipos, se produce una crónica situación de violencia en la estructura social que ofrece, de esta forma, un marco permisivo para el ejercicio de la violencia en el ámbito de doméstico.

Para ilustrar los conceptos anteriores es viable considerar la opinión de un niño de 10 años que es traído a la consulta.

Se presenta a continuación lo expresado por este niño en una de las entrevistas.

“En la escuela, las chicas se portan bien y los varones para el culo. Porque los varones somos más brutos, queremos jugar y ellas charlan, son más tranquilitas, y nosotros corremos, nos caemos, hacemos

de todo, le hacemos de todo a las chicas, y las chicas están sentadas en grupitos, son buenitas y le avisan a la seño. En las materias que les gustan andan bien. Nosotros jugamos en la hora de gimnasia al fútbol nos gusta más, y a las mujeres el volley, o el tenis.

En mi casa en general papá es el que maneja la plata, porque le importa más la plata, y a mi mamá le importa más limpieza, cocinar, planchar, lavar y todo eso.

Las chicas en el cole son de llorar mucho, se emocionan por cualquier cosa, entre los chicos nos pegamos con todo y no lloramos, los hombres no lloran porque se banca más, porque somos machos, no tenemos tiempo para estar llorando. Por ejemplo si me golpeo y sangro mi mamá llora, se preocupa, llama el servicio de eco, en cambio mi papá no es así, él piensa cómo solucionar las cosas, los problemas. Él es el que tiene que decidir, él es que sale a trabajar para ganar la plata, bueno es su plata.”

Este niño hace una diferencia en la elección de deportes, basada en la preferencia femenina por aquellas actividades que conllevan un quantum menor de agresión, (rol femenino, pasivo, doméstico, dócil) mientras que a los varones les agradan los deportes más violentos. Acota que las chicas son más “tranquilas”, forman “grupitos para charlar”. También hace hincapié en la esfera emocional, refiriendo que la mujer es de llorar más que el hombre, además, deja traslucir la superioridad masculina (rol masculino, activo, agresivo, violento) le asigna al hombre un rol activo en contraposición a la mujer, ya que es él quién aporta el dinero para la manutención y ante una crisis, mientras la mujer llora, el hombre piensa en una solución. Asume que el rol activo se contradice con la expresión de sentimientos como la tristeza y el dolor -son machos y se la bancan- o bien no tienen tiempo para eso, lo cual coloca a la mujer en posición inferior en la escala jerárquica, porque ellas pueden dedicar tiempo para llorar ¿les sobra? Pone además en evidencia el importante papel del modelado, ya que van “aprendiendo” a no llorar, también reconoce con orgullo que son más agresivos, que se pegan con todo, lo cual reafirma su masculinidad.

La ausencia de legitimidad social para la existencia y expresión de ciertos afectos, en las mujeres tiene como efecto -al menos para las que integra el grupo estudiado- el desconocimiento de su propio ser como personas autónomas, y llegan a hacer denodados esfuerzos en un intento de controlar o sofocar sus afectos dolorosos pretendiendo ajustarse así a los modelos propuestos de equilibrio y armonía.

Así se expresaba una de las mujeres, consumidora habitual de psicofármacos. Empecé a pedir casi con desesperación que me dijeran que me querían... historia de vida de la paciente A.

Para ella "la enfermedad" fue la única manera posible de denunciar la opresión que le imponían sus condiciones de vida, frente a las que no hallaba otra forma de resistirse.

Para algunos profesionales de la salud los síntomas por los que las mujeres suelen acudir a la consulta son expresión de trastornos en el funcionamiento de un cuerpo biológico; parece no existir otro orden de determinaciones que facilite la comprensión o la explicación de los "trastornos femeninos". Entonces, optan por poner en acción el proceso denominado "medicalización de los conflictos" el cual, omite posibilidad de que haya otro orden de determinaciones mas allá de lo biológico.

Deja invisible la relación existente entre las condiciones de vida y lo síntomas por los que consultan las mujeres. La "resolución" que ofrecen a los síntomas de compleja determinación es farmacológica.

Comenta una paciente N.N. 45 años 3 hijos.

"Vine el domingo a la guardia para que me atendieran del golpe... mejor la patada que me dio mi marido, pero no dije la verdad, dije que me había caído...me da vergüenza... se enojó mucho porque tomé mate con una vecina y me cela del marido de ella, me prohibió que me fuera a la casa de ella, vino de sorpresa a casa y no me encontró... hablé con la psiquiatra y me dio este medicamento, es un antidepresivo..."

(muestra la caja) es Foxetin®. Por celos siempre me golpea y terminaba imponiéndome sexo por la fuerza, me compara con otras mujeres porque dice que yo soy una prostituta. Cuando lo conocí fue el primero, él lo sabía, pero igual me celaba, no escucha razones se pone como loco, estalla y todo delante de los chicos, licenciada me preocupan los chicos.

En la clínica se observa que algunas mujeres opondrán resistencia, buscando otros recursos, al no aceptar la medicación indicada. Rechazan el carácter de enfermedad que se pretende asignar a sus síntomas, o tienen miedo a quedar “pegadas” a las mismas. Para otras, las que no han podido acceder a un grado de autonomía, la prescripción de psicofármacos se transforma en la confirmación de desajuste de su funcionamiento, respecto de lo normal. Esta situación posiblemente las lleve a sentirse culpables transgresoras en cuyo caso el medicamento será considerado como la “solución” que les ayudará a subsanar esa situación.

La medicalización es una forma de nominar los malestares de las mujeres, promueve en ellas la dependencia y como consecuencia genera, muchas veces, la adicción a un elemento que supuestamente les calmará milagrosamente los afectos cuestionadores o desbordantes “normalizándolas”. El cuerpo recuerda lo que la mente prefiere olvidar.

Los recuerdos pueden permanecer almacenados en nuestro cuerpo, en forma de sensaciones, sentimientos y reacciones físicas, aun cuando no sepamos que fue lo que sucedió, queda fragmentos de lo que sufrimos. Puede asaltar, un inexplicable dolor, miedo, confusión o cualquier otro aspecto sensorial del abuso, es posible volver a experimentar físicamente el terror, y el cuerpo ponerse rígido, o sentir la sensación de ahogo y de no poder respirar.

En el caso de la mujer maltratada, el impacto psicológico de esta victimización aumenta de manera notable debido a que los actos violentos se

ejercen sobre ella de manera repetitiva e intermitente, constituyendo una amenaza continua y muchas veces percibida como incontrolables. Todo ello conduce a la víctima a un estado permanente de alerta y a una ansiedad extrema que influyen negativamente en su ajuste psicológico. A esto habría que añadir, la pérdida del sentimiento de vulnerabilidad, propia de cualquier víctima de trauma, y que en el caso de la mujer maltratada se convierte en una pérdida total del sentimiento de seguridad.

Muchas veces los recuerdos surgen en circunstancias diferentes, en otras es algún acontecimiento o situación el que desencadena el proceso, en ocasiones la mujer recuerda el abuso cuando se siente lo suficientemente a salvo para que pueda aflorar los recuerdos y sentimientos. Por ejemplo, se puede recordar cuando finalmente uno se siente a salvo en una relación. Son circunstancias difíciles o dolorosas las que preceden al recuerdo. La experiencia de una pérdida, como un divorcio, o la muerte de un ser querido, puede hacer sentir que todo se está desenmarañando en la vida. También no siempre los recuerdos afloran de forma tan terribles, una mujer decía: mientras hablaba con una amiga de pronto se oyó decir, por primera vez, que habían abusado de ella cuando era niña. Así lo explica: *“Es como si siempre lo hubiera sabido, solo que en veinte o treinta años no había pensado en ello, hasta ese momento lo tenía olvidado”*. Algunas supervivientes recuerdan el abuso cuando abandonan el alcohol, dejan de consumir fármacos o de comer compulsivamente. Estas y otras adicciones pueden insensibilizar y bloquear todo recuerdo a abuso, pero una vez que dejan, los recuerdos suelen aflorar. Una paciente decía: *“...en el momento que deje de beber, tuve que comenzar a sentir”*. Algunas madres suelen recordar el abuso que sufrieron cuando ven la vulnerabilidad de sus hijos, o cuando sus hijas llegan a la edad que ellas tenían cuando fueron abusadas. A veces recuerdan porque una hija ha sido víctima de abuso, algunas mujeres tienen demasiado miedo de recordar mien-

tras sus agresores están aún vivos. Me decía una paciente *“quiero prepararme que le voy a gritar cuando lo vuelva a encontrar, lo encontré dos veces en la parada del colectivo y me paralicé... aunque luego me dije ... no es él y al rato digo si es él ...”*.

La mayoría piensa que tienen control sobre los recuerdos y son los recuerdos los que las controlan a ellas, no pueden elegir el momento ni el lugar en que surge un nuevo recuerdo. Durante un tiempo se puede mantener a raya, pero el precio de dolores de cabeza, pesadillas, agotamiento, no vale la pena diferir lo que es inevitable. Decía una paciente: *“...siempre sé cuando me van a venir, me pongo muy tensa, me asusto muchos, me enojo por cosas que normalmente no me tendría que enojar, me pongo triste, me pongo ansiosa, y tengo miedo. Y muchas veces me decía “no quiero” y cuando hacia eso sencillamente me ponía cada vez peor, me deprimía mas, me enfadaba sin ningún motivo. Ahora parece que mi cuerpo necesita liberarlo, cuando más me curo, me doy cuenta de que estos recuerdos están literalmente almacenados en mi cuerpo y que tienen que salir, de lo contrario los voy a tener que llevar toda la vida”*.

Por lo general cuando solicito la historia de vida algunas mujeres refieren, pero *“es que no tengo recuerdos de mi infancia”*, cuando una mujer manifiesta creer que abusaron sexualmente de ella pero carece de recuerdos, lo que quiere decir es que no puede contar el abuso como una historia de principio a fin, sin embargo una vez que las mujeres comienzan a hablar con detalle sobre su infancia, suelen relatar acontecimientos que eran encubiertamente sexuales, o incluso abiertamente abusivos. Cuando se explora lo que se sabe sobre la propia infancia, a veces se recuerdan mas cosas.

Escuchando a una paciente (40 años, docente en el nivel secundario) que está medicada hace mucho tiempo (para poder dormir) refiere: *“Licenciada tengo miedo a no despertarme... miedo a perder el control de mis*

actos... miedo a desperdiciar vida, vivencias... películas, fantasías, tengo miedo al asecho del abusador, miedo a disfrutar de algo que es mío y me pertenece el descanso, yo nunca disfruto de nada, hay que estar muy cansado para haberse ganado el descanso, tengo miedo a la muerte (aunque no le tengo miedo a la muerte) siempre tengo algo que hacer y que postergo el hecho de irme a dormir, No merecería ni el derecho a dormir? Tengo miedo al ataque abusivo de un padre calentón, mujeriego, y no sería defendida por una madre B. que jamás me defendió... creo que no duermo ... porque tengo miedo a quedar totalmente indefensa, durmiendo poco o mal sé que cualquier ruido podría despertarme y yo me defendería. Quizás como siempre me tuve que cuidar sola, quedarme dormida es algo así como quedar descuidada del todo y no tengo ni un chapulín". Comenzó a sollozar, a tartamudear y a temblar al revivir la experiencia, me conmovió profundamente. Escuchar la verdad sobre la vida de una persona es un privilegio y un honor.

Para sanar del abuso sexual en su infancia, la mujer debe afrontar el hecho de que abusaron de ella, esto suele ser muy difícil para las supervivientes, es difícil mantener claro el conocimiento del abuso cuando se ha pasado la vida negando esa realidad, cuando no quiere que sea cierto, o cuando en su familia le han dicho repetidamente que está loca o que es una mentirosa.

Finalmente, a veces hay negaciones sorprendentes, pero en realidad es una manera de protegerse para enfrentar el dolor traumático, la negación da un respiro cuando no se puede soportar ni un minuto más la identificación con esa niña pequeña y herida. Es natural tener dudas periódicas acerca de la realidad de la experiencia: aceptar los recuerdos es doloroso. En algunas supervivientes que han crecido en familias donde el abuso está tan integrado a la vida diaria, que creen que lo que les ocurrió es algo normal. Para estas personas comenzar a sanar supone aprender lo que se ha de esperar en una familia sana. Muchas veces los abogados defensores y los testigos

especializados que declaran para la defensa, han aunado sus esfuerzos para desacreditar el testimonio de los niños en los casos de abusos sexual. Es de imperiosa necesidad que continuemos abogando a favor de los niños para que los logros conseguidos no se pierdan.

Presentacion de los resultados cuantitativos

Distribución según sexo

N: 163

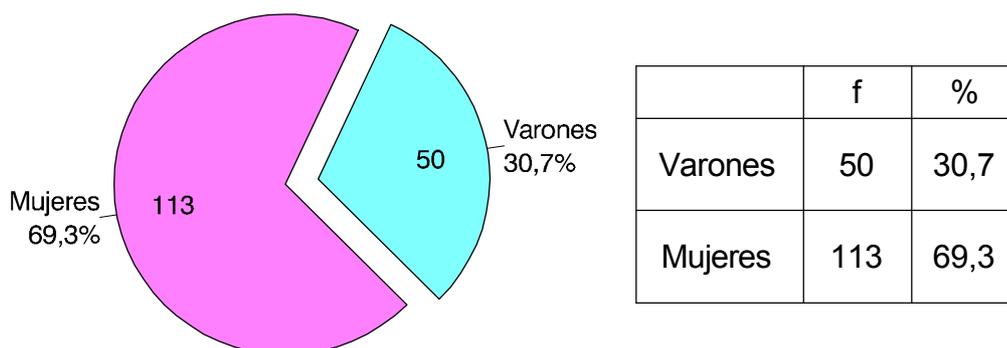


Gráfico 1: la distribución sectorial muestra los valores nominales y porcentuales con un franco predominio femenino (n: 113 sobre N: 163)

Distribución según Edad

N: 113

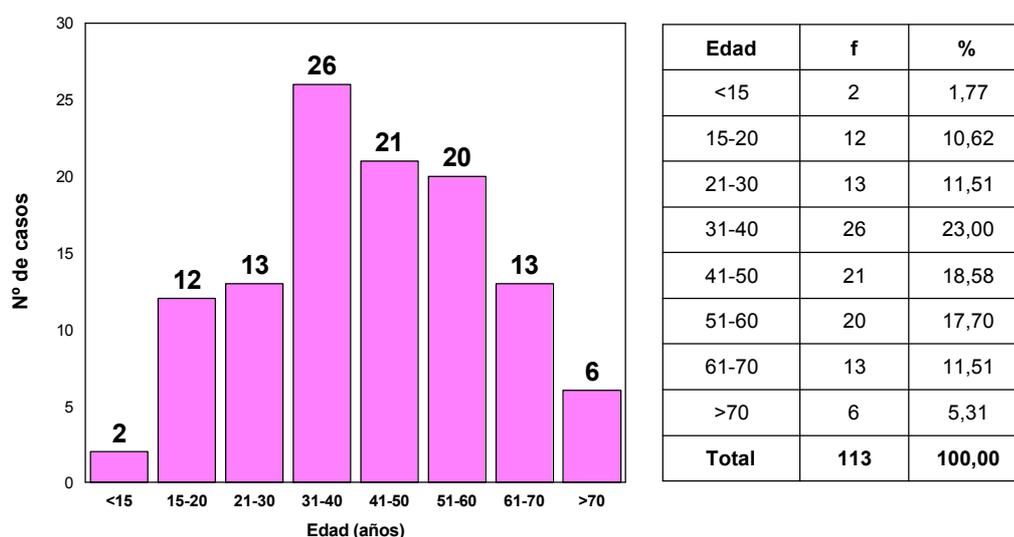
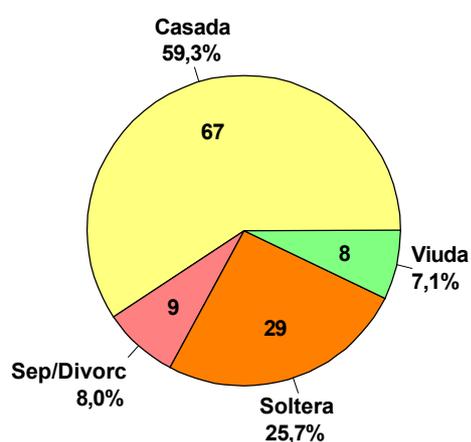


Gráfico 2: la gráfica muestra que la edad prevalente de la mujeres tratadas es de 31 a 60 años (edad promedio: $42,74 \pm 16,480$ años; r: 15-85).

Distribución según estado civil

N: 113

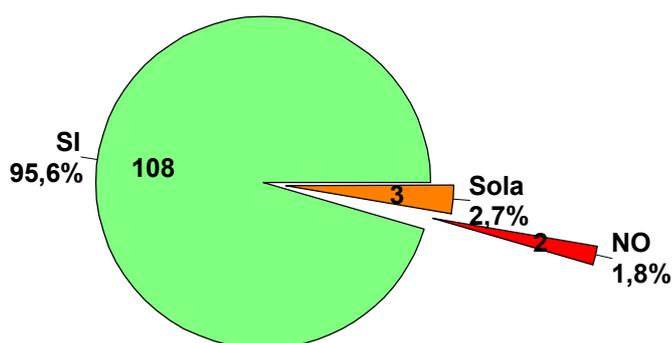


Estado civil	f	%
Casada	67	59,2
Sep/Divorc	9	8,0
Soltera	29	25,7
Viuda	8	7,1
Total	113	100,0

Gráfico 3: el porcentual de mujeres casadas alcanza en predominio de la muestra con un 59.3% (n: 67) del total, aunque las mujeres sin pareja estable son el 40,7% (n: 46).

Distribución según Grupo Familiar

N: 113



Grupo familiar	f	%
Si	108	95,6
No	2	1,8
Sola	3	2,7
Total	113	100

Gráfico 4: al analizar la muestra según la conformación de su grupo familiar; independiente de su estado civil, encontramos que el 95.6% (n: 108) convive con su familia.

Distribución según motivo de consulta

N: 113

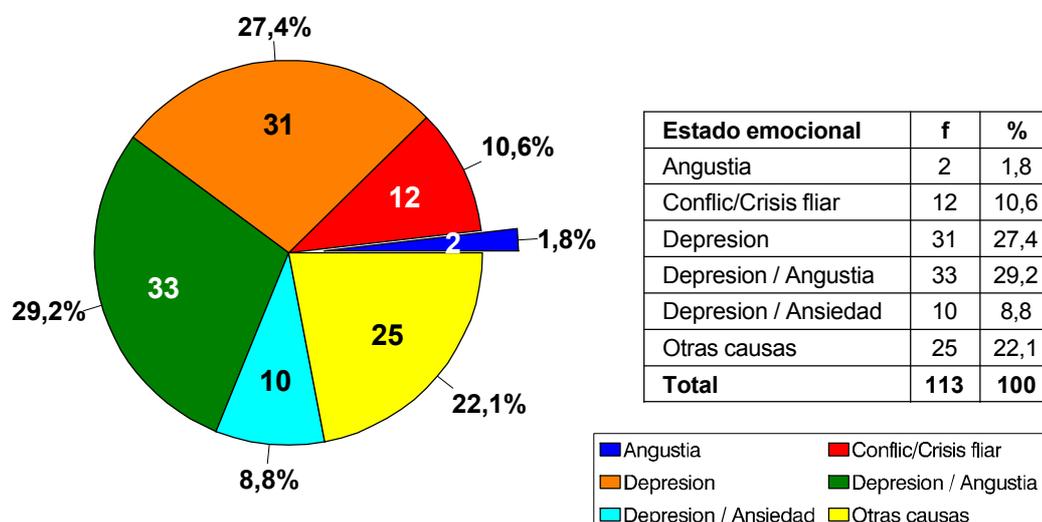


Gráfico 5: el motivo de consulta mostró que la mayoría de las mujeres sufrían depresión como enfermedad predominante o combinada con angustia y ansiedad.

Distribución según medicación

N: 113

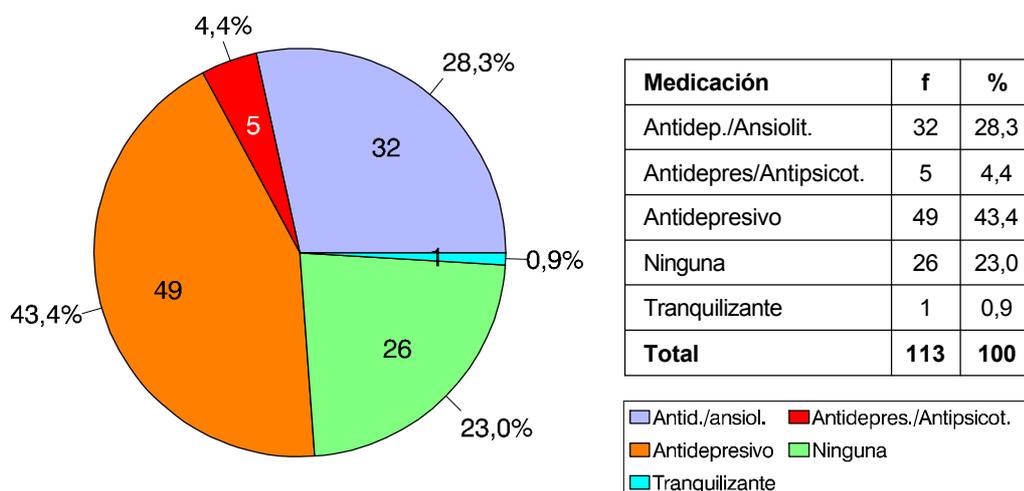


Gráfico 6: al distribuir las pacientes según la medicación que reciben al momento de ser derivadas notamos que los antidepresivos son los de mayor indicación 43.4% (n: 49), cabe destacar que sólo 26 pacientes (23%) no recibían medicación.

Distribución según procedencia

N: 113

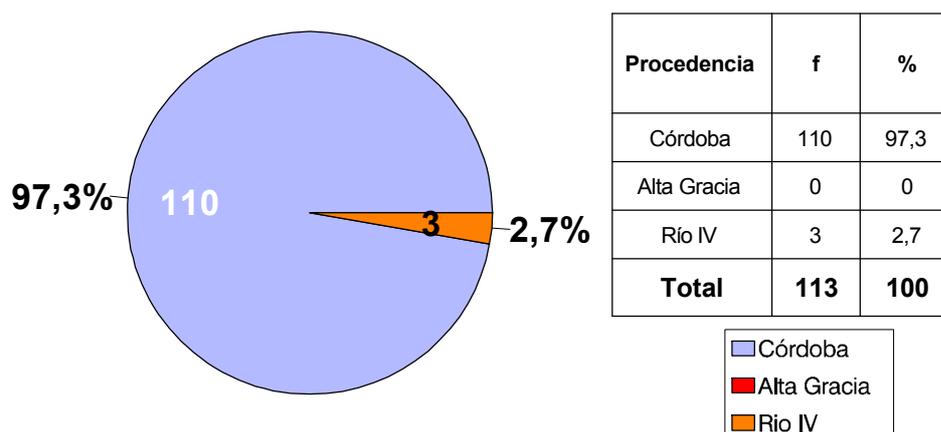


Gráfico 7: la procedencia de las pacientes fue mayoritariamente de la ciudad de Córdoba (97.3%)

Distribución según fuente de derivación

N: 113

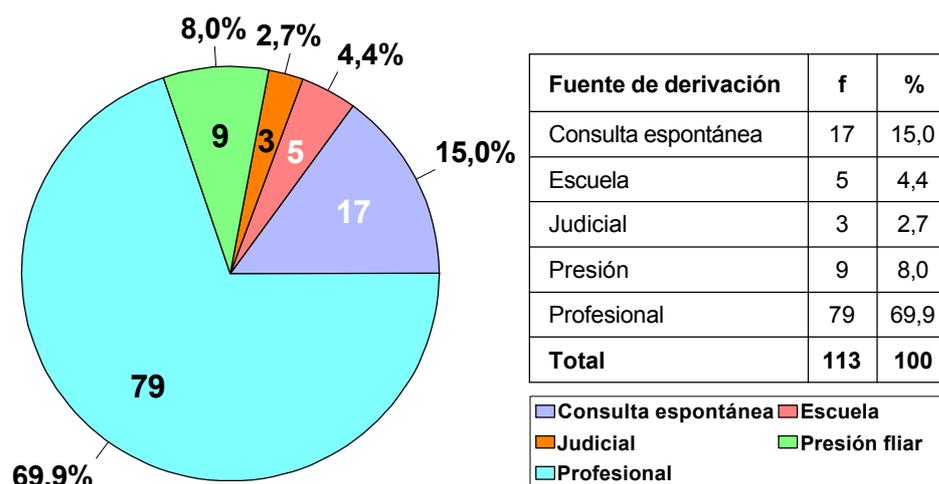


Gráfico 8: la fuente de derivación es la derivación de otros profesionales del equipo de salud (69.9%) seguida de la consulta espontánea (15%).

Distribución según Internación previa

N: 113

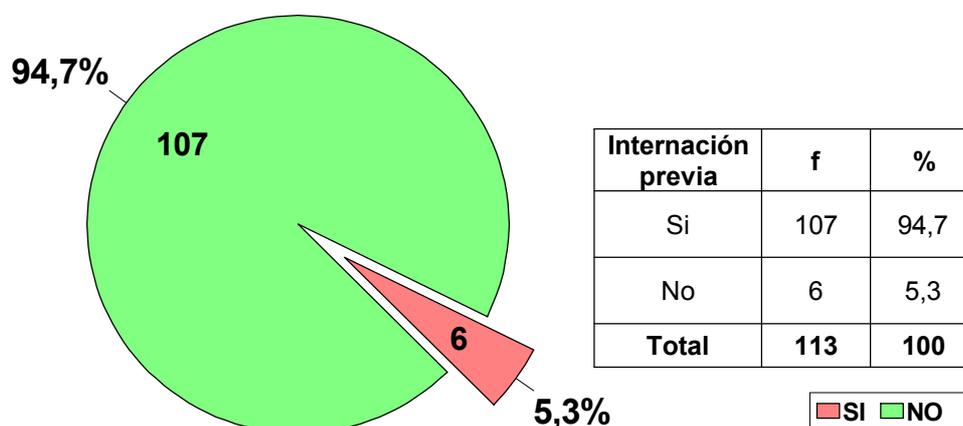


Gráfico 9: el nivel de internación ha sido bajo en nuestra muestra (5.3%).

Distribución según Instrucción

N: 113

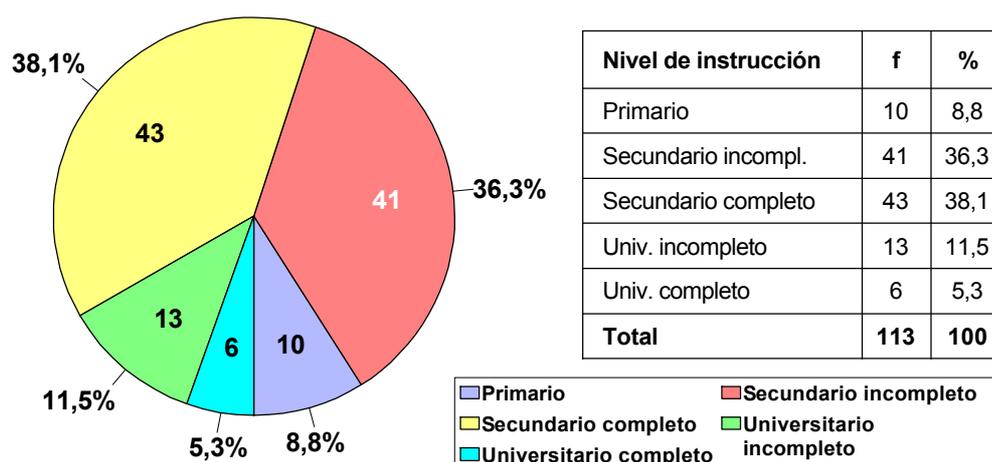


Gráfico 10: el nivel de capacitación alcanzada por las pacientes muestra que el 74,4% de ella obtuvo al menos el ciclo básico (3er año del ciclo secundario).

DISCUSIÓN

VICTOR FRANK*: Tuvo hace 40 años una intuición genial. Observando el comportamiento de la sociedad de entonces fue capaz de anticipar los vacíos de la nuestra. Dijo ... “Mientras la persona no encuentre un sentido a la vida cuyo cumplimiento le hubiera hecho feliz, intentará un rodeo que pasará necesariamente por la química”.

**Famoso médico y filósofo alemán experto en psiquiatría y psicología, creador de la logoterapia, tipo de psicoterapia centrada en la búsqueda del sentido.*

Se ha podido constatar que, en los últimos tiempos, el consumo de drogas legales en el colectivo femenino ha ido en aumento. Datos epidemiológicos sobre consumo de drogas muestran que las mujeres usan más drogas legales y los varones más drogas del ámbito ilegal, también que en los más jóvenes el alcohol y la marihuana son las drogas mayormente elegidas; mientras que entre las mujeres de mediana edad son los psicofármacos sobre todo tranquilizantes, sustancias de uso más habituales.

El aumento de la prevalencia del consumo de benzodiazepinas en el colectivo femenino en general suscitó hace ya unos años la curiosidad y el interés de la comunidad científica por conocer cuáles eran y siguen siendo los factores asociados a este cambio. De hecho, la literatura en torno al consumo de drogas desde una perspectiva de género es relativamente reciente.

La distribución de nuestro universo de pacientes, que consultaron según lo estipulado en material y métodos, fueron mayoritariamente mujeres alcanzando un porcentaje cercano al 70% (Gráfico 1). Por lo tanto la muestra quedó constituida con 113 mujeres, con edades comprendidas entre los 15 y 85 años y edad promedio de $42,74 \pm 16,480$ años, las décadas más frecuentes en la muestra están entre los 15 y >70 años, siendo mayor la incidencia en mujeres entre 31 y 40 años (Gráfico 2). Complementariamente se estudió el estado civil y la conformación del grupo familiar (gráficos 3 y 4) en los cuales se observó que el 59,2% son casadas y que el 95,6% conviven con su grupo familiar.

Este resultado coincide con la cifras del Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes (Concace)* www.mujereschile.cl (mujeres y

*Conace: Institución que tiene incorporado a los psicofármacos como sustancia que provocan adicción. En Chile hay más de 650 mil personas que recurren a ellos sin la correspondiente supervisión médica.

psicofármacos (El blanco de la química. F. Moya)^(i.1.). Según ésta investigación por cada hombre adicto hay dos mujeres adictas a los psicofármacos, las cifras indican que el 16,3% de las consumidoras son mujeres. Con respecto a la edad de comienzo del uso de estimulantes o tranquilizantes indican que se inicia alrededor los 30 años de edad, al compararlo con drogas como marihuana o cocaína, y que el alcohol y/o tabaco, rondan los 19 y 16 años respectivamente.

A partir de los 30 según un estudio publicado por la Fundación Nacional para la superación de la pobreza, la población de mayor riesgo para el abuso de tranquilizantes lo constituyen mujeres maduras y, entre éstas, las viudas y separadas, las razones según la fundación responden al siguiente patrón: “Discriminaciones a las que se ve enfrentada la mujer en su diario vivir, que van mermando su estabilidad emocional, así mismo están también los distintos roles (madre, esposa, sostenedora emocional y muchas veces sostenedora económica), que la sociedad le asigna a la mujer y que la exponen a situaciones de estrés permanente, convirtiéndola en una asidua demandante de servicios y consumidora de medicamentos”.

Además, el uso de tranquilizantes estaría relacionado con la mayor frecuencia de consulta médica de parte de las mujeres (policonsultantes) en los servicios de atención primaria.

Los psicofármacos aparecen ampliamente indicados y no adecuados a sus malestares. Estas mujeres aparecen como víctimas potenciales del uso indiscriminado de “drogas” afirma el estudio. Según los expertos, estas sustancias se recetan para evitar la ansiedad y la angustia que producen los estados de estrés, caracterizados por la falta de concentración, bajo rendimiento, jaquecas, insomnio, cansancio y opresión. Los efectos que provocan

son una escala de potencia, en un estado mas bajo son ansiolíticos o tranquilizantes suaves, y en el más fuerte son hipnóticos.

Gonzalo Ramos, de la Unidad de Farmacia del Ministerio de Salud (Minsal de Chile), indica que producen una inhibición en las células cerebrales (neuronas) deprimiendo ciertas funciones del organismo, actúan como calmantes o sedantes pero, a la vez, fomentan en la persona un rol más pasivo, volviéndolas menos conscientes de lo que sucede a su alrededor.

En relación al estudio del “malestar” en mujeres medicadas se las interrogó por el motivo de consulta (gráfico 5) y lo consignaron como depresión (27,4%), aunque al sumar las asociaciones de este estado (depresión, depresión + angustia y depresión + ansiedad) se alcanzó un 65,4% de la muestra orientándonos hacia la investigación de la congruencia de síntoma con medicación y encontramos que el 76,1% tomaban antidepresivos, solos o combinados (gráfico 6).

El resultado de este trabajo se relacionó u pone de manifiesto que no es el cuerpo el que gobierna el destino de la mujer, que ser mujer no pasa exclusivamente por la mayor o menor experiencia sexual, ni por el encanto ni por la seducción, que todos estos ingredientes, cultivados hasta el hartazgo como los valores de la feminidad desde que la cultura es cultura son, en realidad, tanto una exaltación como una caricatura de cualidades femeninas, y que, como consecuencia de la exaltación de los atributos femeninos que despertan el deseo, otros aspectos de la feminidad han permanecido en la oscuridad y no han sido suficientemente reconocidos. Esto no implica que a las mujeres no nos importe la sexualidad, afortunadamente si y sopla vientos favorables para nuestro acceso a una práctica de una sexualidad más libre, vivida con frescura y espontaneidad.

Los sentimientos de eficacia, de saber hacer las cosas, de utilidad, surgen en las mujeres sobre todo a partir de su conexión emocional, de su capacidad para establecer y mantener relaciones emocionales, y se alimenta permanentemente de estas fuentes, en general las mujeres se consideran altamente calificadas para responder a los estados afectivos de los otros, confían en su capacidad de comprensión y de respuesta.

El territorio de poder de las mujeres es la intimidad, la vida privada, pero no existe una buena escuela para la enseñanza de la eficacia en esta área, un saber apropiado que garantice la buena salud. Tenemos un enorme potencial como lo tienen también los hombres, no obstante, en el proceso de socialización esta potencialidad se deforma, exagera, inhibe o desvía, y es una especie de virtud retenerla intacta.

Tanto las precisiones estadísticas, como el conocimiento más afinado de la psicología femenina y de sus malestares, están contribuyendo a disolver muchos prejuicios y distorsiones imperantes en el ámbito mismo de las ciencias.

Todos/as buscamos una madre, las mujeres por más inseguras y primarias que sean, se sentirán capaces de desarrollar una relación interpersonal, los hombres lanzados a las conquistas del mundo, desearán una relación amorosa que pueda ser remanso, un refugio que compense las asperezas de la lucha por la vida. Las mujeres “compran” entusiasmadas ese sueño y lo comparten, familia e hijos, ¿qué más puede querer una mujer? ser el sosiego y el bálsamo que todo individuo anhela, lo que muchas veces no advierten es que ese sosiego y bálsamo que reciben de sus madres ellas también las necesitan, y que sus hombres en líneas generales, aunque haya

honrosas excepciones, no cumplen el rol materno, solo lo solicitan. ¡Gran desencuentro humano!, todos necesitamos reencontrar los cuidados maternos sólo algunos/as los consiguen.

El completo y feliz desarrollo de los niños parece descansar en la experiencia de una relación empática con sus padres. Es necesario destacar que prácticamente existe una superposición entre las características a partir de las cuales se define la empatía y las cualidades de una buena madre, como si la empatía y el rol maternal fueran una misma cosa: disponibilidad, conexión, respuesta adecuada y deseos de establecer una relación con el otro.

La empatía no es una virtud o don heredado, aunque muchos lo confundan con la intuición y se crea universalmente que la intuición es siempre femenina, algo “innato de su naturaleza de mujer” que en ese punto se equipara con la sabiduría ancestral de la madre. Las mujeres parecemos ser poseedoras de un mayor grado de empatía, y para explicar las razones de ello no es necesario apelar a ninguna clase de instinto o fuerza misteriosa de la naturaleza, sino simplemente reconocer el poderoso efecto que ejerce sobre la subjetividad la división del trabajo entre los sexos, la milenaria especialización y reducción de la actividad humana de las mujeres a sus tareas domésticas y maternas.

Lo que sucede en la vida de los hombres y las mujeres es que los hombres raramente se quedan sin alguna mujer que se haga cargo de sus cuidados, mientras que ésta es la queja reiterada de mujeres solas, divorciadas, viudas, casadas y solteras: *la falta de una relación de intimidad que dé sentido a sus vidas.*

Se habla de cambio porque hasta hace poco el hecho de ser mujer

era, por sí mismo, un factor de protección frente al abuso de sustancias. Hoy en día sin embargo, la tan a menudo mal entendida “igualdad entre los sexos” ha situado a la mujer en situaciones de riesgo frente al consumo de sustancias que anteriormente afectaban casi en exclusiva a los varones.

La investigación no sólo reconoce la gravedad del consumo problemático de fármacos entre las mujeres sino que también observa diferencias en este consumo y sus consecuencias entre los géneros.

El sexo biológico, la posibilidad de la maternidad o la atribución de roles son cuestiones que sin duda diferencian a hombres y mujeres consumidores de las benzodiazepinas. La forma en la que afectan las sustancias al organismo femenino, las consecuencias derivadas sobre terceros (los hijos) y las expectativas sociales que afectan a la conducta o las sanciones derivadas de la trasgresión de estas “normas” afectan de forma diferente a uno y otras. Desde ahí ya se puede hablar de cuestiones específicas de género relacionadas con el consumo de dichos fármacos.

La investigadora Nuria Romo¹⁵⁹, antropóloga de la universidad de Granada, ha tratado de recoger la experiencia de mujeres que habían sido prescriptas con psicofármacos (antidepresivos, tranquilizantes o somníferos) y de profesionales de Atención Primaria y Psiquiatría que los recetan. En ambos casos se repiten ciertos estereotipos, que el equipo de investigación asocia a la construcción social del género. *“Yo creo que tiene que ver con la construcción de una imagen de la mujer como más débil, pasiva, dependiente y con ciertas patologías inespecíficas”*, sostiene la investigadora. En su opinión, existe un modelo previo que se trasmite entre los profesionales sanitarios y que, ante situaciones inespecíficas expresadas por las mujeres (donde

no existe una patología clara) se tiende a prescribir psicofármacos.

La distribución muestral según la procedencia objetivó que la mayoría de la pacientes es de la ciudad capital (97,3%) (gráfico 7).

Cuando se las interrogó respecto a quién las derivó a nuestro servicio (gráfico 8), el 69,7% vino por sugerencia oral o escrita de un profesional del equipo de salud, nos llamó la atención el alto porcentaje de consultas espontáneas (15%).

Al consignar si las pacientes habían tenido internaciones previas a la consulta (gráfico 9), debido al alto porcentaje de medicación, observamos que sólo el 5,3% habían sido internadas. Como se sabe todas las pacientes atendidas en el servicio poseen obra social, pertenecen a una clase media, provienen de hogares constituidos, mayoritariamente de la ciudad capital, con un nivel de instrucción medio/alto, se observa, entonces, que una situación social más amena no alcanza según refieren coincidentemente con las investigaciones en España, México, Chile y países centroamericanos.

Así, la pregunta es: ¿dónde reside entonces la falla, el punto de quiebre? ¿Qué empuja a tantas mujeres a hacer uso y muchas veces abuso de los psicofármacos? ¿Qué alienta a tantas mujeres a explorar un camino a veces sin retorno? ¿Es la difusión de una cultura desenfrenadamente sensualista? ¿La carencia de metas superiores? ¿La angustia consumista disfrazada por una publicidad desenfrenada?

El Instituto de Abuso de Drogas de EE.UU. (NIDA) concluye que “hasta un 70% de las mujeres que dicen haber abusado de drogas, también decla-

ra antecedentes de maltrato físico y sexual”, en nuestra investigación se puede afirmar con certidumbre que el alto porcentaje de las mujeres atendidas en este servicio, han tenido en sus historias de vida algún tipo de abuso, físico, emocional, sexual, etc.

En caso de abuso la situación se complica, pues “se desarrolla mayor tolerancia, y las personas necesitan aumentar la dosis para lograr el efecto deseado”. En muchos casos la persona duerme gracias al medicamento, pero despierta igual de cansada, porque el fármaco le impide llegar al estado REM del sueño (recuperación mental). “Me levanto como cansada... como si no hubiera dormido bien... refieren las pacientes”.

Para controlar la prescripción de algunos estimulantes, el Minsal (Chile) creó un instrumento llamado “cheque médico”, elaborado por la Casa de la Moneda, que especifica la receta. Las estadísticas del Ministerio indican que el 89% de estos cheques extendidos son otorgados a mujeres.

La revista “Archives of General Psychiatric” publicó un estudio en el que se establece una clara asociación entre el abuso sexual de mujeres en la infancia y el mayor riesgo de sufrir bulimia y dependencia de alcohol y otras drogas. El tema de la salud de la mujer ha sido objeto de múltiples análisis y consideraciones por parte de la medicina, que intentó dar respuesta a fenómenos del campo de la salud desde un enfoque mono-disciplinario. Dichos estudios clínico-epidemiológicos acerca de los daños y los riesgos que afectan a la mujer y aquellos relacionados con la descripción de las diferencias entre los sexos, han generado un conocimiento sumamente valioso que permitió avanzar en el campo específico de los estudios de género a partir de estos desarrollos teóricos.

Al trascender el referente empírico-biológico (variable demográfica) y ubicar a “la mujer” como una categoría de análisis socialmente construida, se incursionó en el ámbito de las relaciones entre lo que significa “ser mujer” y “ser varón”. Estos estudios epidemiológicos han permitido el acceso a información acerca de los problemas de salud de las mujeres y fundamentalmente pusieron de manifiesto las desigualdades sociales y la situación que padecen las mujeres en el contexto de un sistema sanitario que refuerza la desigualdad en el acceso a la salud. De esta manera uno de los obstáculos epistemológicos más frecuentes se vincula con la dificultad en la obtención de cifras que indiquen cuantitativa y cualitativamente el estado de salud de la población femenina. La medicina es también capaz de producir directamente riqueza, en la medida que la salud es objeto de consumo, cuyos “compradores/as son los enfermos/as (clientes): en tanto se traduce a una ecuación salud = consumo de diversas alternativas médico/farmacológicas”.

La estructura sanitaria se transforma entonces en un producto que ingresa al mercado al incorporar una oferta que espera ser demandada: ello ha justificado en la mayor parte de los casos la dependencia de la mujer hacia el sistema sanitario.

Con respecto a nuestra investigación no estamos en condiciones de afirmar cual es el modelo de mujer que tiene el profesional sanitario, pero sí queda claro que ante síntomas inespecíficos en una mujer la tendencia es prescribir psicofármacos. Las estadísticas reflejan este hecho, y la mujer aparece como la mayor consumidora de este tipo de sustancias así como más afectada por trastornos de tipo psicológico.

Si bien los estudios existentes proponen prioridades epidemiológicas y hacen hincapié en la etapa reproductiva de la mujer, resulta importante plantear que el tema de **la menopausia y los riesgos asociados al consumo de sustancia psicoactivas** no forma parte de dicha prioridad. Sin embargo, debe tenerse en cuenta que el porcentaje de consumo más elevado de benzodiazepinas (BDZ) en la población femenina se concentra en la franja etárea entre los 41 y los 50 años, dando cuenta de que dicha temática puede ser considerada alarmante.

A las mujeres nos ha costado varios siglos de espera tener tiempo para la reflexión existencial y para sentirnos legitimadas en ser nosotras mismas quienes nos tracemos un destino propio, individual, un poco menos marcado por el modelo en vigor. En la actualidad, aspiramos como colectivo a alcanzar esta situación para todas las mujeres, pero esta conquista y esta aspiración no pueden ocultarnos el estado actual de nuestra condición.

Las ausencias de cifras que indiquen consumo de sustancias psicoactivas, genera la aparición de datos que carecen de sustento teórico y/o empírico. Aun con esas dificultades creemos que se trata de una temática grave y que dicha gravedad podría incrementarse de no existir medidas preventivas y políticas públicas encaminadas a su resolución.

Según los datos que maneja Romo, a las mujeres se les diagnostica ansiedad tres veces más que a los varones. Sin embargo, para la coordinadora del estudio esto no respondería tanto a condicionantes fisiológicos como a esquemas culturales que determinan ciertos comportamientos según el género. Y estos prejuicios afectan tanto a la Sanidad como a las propias mujeres.

Estas situaciones tienen que ver con circunstancias vitales que generan desasosiego, ese malestar que se diagnostica como “ansiedad” o como “depresión” y al que se le asigna un tratamiento con psicofármacos.

En relación a la variable de nivel de instrucción encontramos que el 91,2% tiene estudios secundarios básicos o superiores (gráfico 10), lo cual concuerda con la procedencia (97,3%) que indica acceso a la educación.

En cuanto al perfil sociodemográfico observamos que las usuarias de las benzodiazepinas son, en mayor proporción, mujeres casadas o que conviven en pareja y con hijos. Un elevado porcentaje han vivido en familias disfuncionales, experiencias de violencia familiar, violencia de género, abuso sexual. La variedad de causas se relaciona con las características de las mujeres: para las más jóvenes, la competitividad laboral y las grandes expectativas de futuro son las principales fuentes de malestar, para las de mediana edad son los conflictos derivados de la familia y el trabajo remunerado o la doble jornada, mientras que la frustración y pérdida de confianza, la soledad, son los principales problemas en las mujeres de edad más avanzada.

Las fuentes principales de obtención de psicofármacos son el personal sanitario. El Observatorio Español¹⁴¹ hace referencia a un aumento en los problemas relacionados con el consumo sin receta de hipnosedantes (tranquilizantes y somníferos) situación ésta que no se puede afirmar en esta investigación ya que las usuarias atendidas casi todas han sido prescriptas por los profesionales médicos. Según esta observación (la española) en el 2003 un 3,3% de mujeres de 15 y 64 años había consumido hipnosedantes sin receta médica.

Por otra parte estudios realizados en Estados Unidos y en distintos países europeos nos muestran una diferencia clara en el uso de ansiolíticos y sedantes entre hombres y mujeres, lo que nos puede estar indicando un sesgo de género en la prescripción de psicofármacos.

Existe un alto porcentaje de mujeres atendidas en la consulta que ha sufrido abusos y/o maltrato sexual, físico y psicológico por parte de varones del entorno inmediato: padres, hermanos, familiares directos, vecinos, conocidos, etc. En dos de los casos estudiados se menciona el maltrato y/o abusos por parte materna. Tres de cada cuatro de las mujeres que experimentó estas vivencias en edades tempranas, también las ha sufrido posteriormente por parte de sus parejas.

Los resultados de las principales investigaciones llevadas a cabo sobre el tema en los últimos veinte años pueden resumirse que en el ámbito del trabajo las consecuencias de la violencia contra la mujer en el ámbito familiar, es el incremento del ausentismo laboral y la disminución del rendimiento laboral, el ámbito educativo hay aumento del ausentismo escolar, de la deserción, trastornos de conducta y de aprendizaje y violencia en el ámbito escolar.

En el ámbito de la salud, en lo físico (lesiones, embarazos no deseados, cefaleas, problemas ginecológicos, discapacidad, abortos, trastornos de la conducta alimentaria, trastornos pseudopsicóticos etc.).

En lo social (fugas del hogar, embarazo adolescente, niños en situación de riesgo social, niños en la calle, prostitución etc.) En seguridad (violencia social, violencia juvenil, conductas antisociales, comicios y lesiones dentro de la familia, delitos sexuales etc.

En lo económico (Incremento del gasto en los sectores de salud, educación, seguridad y justicia y disminución de la producción.

La identificación de los factores de riesgo asociados con las distintas formas que adopta la violencia familiar resulta decisiva a la hora de elaborar propuestas de intervención, tanto en la atención del problema como para el diseño de políticas de prevención

Sabemos que uno de los factores más que contribuyen a la perpetuación del problema es también la ausencia de una legislación adecuada o dificultades en la aplicación de la existente. La falta de capacidad del personal policial y judicial para atender adecuadamente los casos; falta de capacitación del personal de salud para identificar y detectar los casos, como psicopatologización del problema por parte de los servicios de asistencia. También la falta de capacitación del personal de educación para la detección de los casos.

El constructo “dependencia emocional” puede relacionarse con las carencias vinculares que las mujeres experimentaron en su desarrollo en edades tempranas. Las características del entorno familiar en el que viven son: un elevado número de hermanos, familiares con problemas de alcoholismo (padre y hermanos), experiencias de abusos y/o maltrato físico, psicológico y/o sexual en la infancia y la adolescencia y una madre con problemas de depresión (medicalizada). Estas circunstancias hacen difícil un proceso de individuación. Quizá la relación con la pareja afectiva, varón como en el modelo familiar, funcione como sostén emocional.

La totalidad de estas mujeres valora positivamente los cambios experimentados durante el proceso terapéutico.

Las recaídas dentro del proceso terapéutico aún son habituales para casi la mitad de las mujeres, siendo atribuidas a factores individuales (depresión, soledad, dudas, no tenerlo claro, ansiedad). O la inexistencia del trabajo interdisciplinario dentro de la institución.

En las familias de las dos historias de vida transcritas hay un problema de violencia y de alcohol por parte de uno o varios de sus miembros. Así mismo, las dos han experimentado abusos y/o maltratos físicos y psicológicos. *En general, se da por descontado que el maltrato dentro de la pareja no se produce en el vacío social, sino en un marco de referencia que le confiere su sentido específico.*

Vemos en el primer cuadro que la asistencia psicológica en el periodo señalado fue realizada mayoritariamente por mujeres un 69,3%, existe un franco predominio femenino en la consulta, aunque no siempre están relacionados con la depresión o ansiedad, estos datos nos muestra una mayor predisposición de las mujeres a realizar una consulta psicológica.

El aumento del consumo de drogas legales e ilegales en el colectivo femenino se presenta subjetivamente como una “salida emocionalmente válida” a sentimientos de ansiedad y/o depresión frente a las demandas sociales experimentadas como propias. Debe tenerse en cuenta que, históricamente, la mujer fue objeto de omisiones y en escasas oportunidades se las consideró como sujetos.

Sin embargo, la parición en la Argentina de grupos de tensión social, como jubiladas que reivindican sus derechos, docentes, generaron la posibilidad de pensar en mujeres menopáusicas y post-menopáusicas

involucradas en la defensa del derecho a la vida sin pensar pasivamente en la llegada de la muerte.

Es creciente la difusión del movimiento denominado «New Age»; su prédica se basa en la meditación y en un exacerbadamente cuidado corporal, sus referentes más populares en la Argentina son: la actriz cantante Nacha Guevara (una señora menopáusica con apariencia eternamente joven aún siendo abuela) y la conductora/actriz Cris Morena (una señora climatérica, cuyo aspecto, modo de vestir y código lingüístico remiten a la edad de un adolescente).

La identificación masiva con estas «diosas» resulta difícil, provocando en las mujeres climatéricas «comunes» sentimientos de vejez anticipada, frustración o «depresión» a no poder alcanzar un modelo femenino ofrecido como «arquetipo», el cual es idealizado, aun siendo inalcanzable y posible inductor de una crisis de identidad.

Sabemos que uno de los principales riesgos del consumo de psicofármacos está en que al actuar en el SNC pueden crear dependencia en los usuarios los que implica que al querer dejarlo aumenta la ansiedad, el insomnio e incluso puede producirse crisis de pánico.

En cuanto al rendimiento de estos medicamentos, se acumulan en las zonas del cerebro responsables de la memoria, por lo que es frecuente que sus consumidores sufran olvidos y tengan dificultades para recordar, de hecho las personas mayores sobredosificadas con tranquilizantes pueden llegar a presentar cuadros psíquicos que se confunde con la demencia.

Por otra parte, el tema de la “realización ocupacional” aparece so-

bre el tapete, ello responde a que sus modelos anteriores solo aspiraban al “logro” de expectativas sociales basadas en el matrimonio y la maternidad, en tanto ellas accedieron masivamente a los estudios secundarios, terciarios y/o universitarios, hecho que les causó incertidumbre y pérdida de referentes en la franja de mujeres que actualmente transitan la menopausia. Estas mujeres algunas accedieron al espacio de lo público y al espacio de lo privado simultáneamente, y se hallan ante una disyuntiva difícil que radica en la calificación del género. Ellas no pueden ser simplemente madres, sino que deben ser “buenas madres”, no pueden ser solamente profesionales, sino que deben ser “profesionales exitosas”, y este “deber ser” muchas veces impide u obstaculiza el “ser”.

Es importante conocer las características vitales de las pacientes, de esta manera se ve que el tema de la menopausia como un periodo vital de cambio y transición, que debido a condicionamientos sociales, mitos, estereotipos y prejuicios suele ser percibido por el imaginario social como el paso previo hacia la vejez y la inutilidad. La pérdida de la capacidad reproductiva es asociada culturalmente con la noción de “vacío” generando en las mujeres climatéricas y menopáusicas la necesidad de lograr la “eterna juventud” como única forma de no sentirse en una situación de minusvalía social y sexual.

En este sentido Burin M^{24,25} (1990) considera que el principal “grupo de riesgo” está constituido por mujeres de edad mediana, de medios urbanos y suburbanos, dedicadas al espacio de lo privado (hogar, cuidado de los hijos) o por aquellas mujeres que realizan una doble jornada laboral (intra y extradoméstica). Todas ellas llevan a cabo tareas consideradas “estresantes” las que provocarían el uso de psicofármacos al crear un “terreno propicio”. Además plantea que los datos disponibles (respecto al consumo de tranquili-

zantes por parte de las mujeres) son fragmentarios y contradictorios, sin embargo obtiene cifras sumamente significativas al aseverar que las mujeres constituyen el 66% del mercado consumidor de benzodiazepinas (BZD).

A propósito de ello, Assem⁵, M (1992) sostiene que el extendido consumo de BZD se halla condicionado por la opinión generalizada y difusa respecto a su inocuidad, opinión que a su criterio se sustenta en la desinformación. Por lo tanto, al no poder predecirse quienes pasaran de un uso ocasional a la dependencia total, el empleo de BZD constituye un riesgo, en tanto el mayor peligro de los psicotrópicos radica en el hecho de que las pacientes se sienten compelidas a continuar experimentando el efecto reforzador de la sustancia aun tiempo después de finalizado el plazo de prescripción médica.

Asimismo, la administración crónica altera a menudo el estado fisiológico normal, de modo tal que la persona que hacía abuso se convierte en dependiente de la sustancia para prevenir malestares asociados al síndrome de supresión.

Este síndrome de abstinencia refleja la presencia de dependencia y se manifiesta luego del retiro de la sustancia que ha sido administrado en dosis terapéutica. El síndrome de abstinencia incluye, según Monti J (1993)⁵ las siguientes características:

- a) síntomas inespecíficos (insomnio, irritabilidad, cefaleas y náuseas).
- b) alteraciones en la esfera perceptiva de naturaleza cuantitativa (hipersensibilidad al ruido, la luz, los olores y el tacto) y cualitativa (síntomas kinestésicos, ópticos, acústicos y olfatorios).
- c) Síntomas graves aunque menos frecuentes (despersonalización, paranoia y convulsiones).

Para ello es imprescindible crear un entorno terapéutico alejado de

sentimientos de culpa e interpretaciones censuradas o críticas sobre sus actitudes, comportamientos, sentimientos y pensamientos. Quizá así podamos permitir un “colchón seguro” en el que revivan y vuelquen sus experiencias. Creemos que como profesionales tenemos la obligación de permitir contextos emocionalmente acogedores para disolver y diluir, en la relación terapéutica, sus recuerdos y traumas. Sabemos que los emergentes, como la conducta de consumo de benzodiazepinas, son compensadores psíquicos frente a síntomas primarios tales como la inseguridad, el miedo, la no identidad y el sometimiento; síntomas, en cualquier caso, más difíciles y dolorosos de ser experimentados que la propia toxicomanía. Se coincide con la interpretación propuesta por Romo, los psicofármacos son drogas que se perciben como “seguras” ya que proceden del ámbito reconocido de la medicina y la industria farmacéutica ha identificado a la mujer como su principal objetivo comercial, y en este aspecto la ONU ha llegado a alertar del riesgo de utilizar psicofármacos para remediar problemas considerados “sociales”.

Otro dato que ayuda a liquidar viejos prejuicios imperantes sobre la vulnerabilidad orgánica de la mujer es el que muestra que no sólo no existe un incremento durante la menopausia, sino que, en realidad, las cifras disminuyen en este periodo. Los descubrimientos son contundentes en este punto: ni la menopausia predispone a la depresión ni las depresiones que ocurren durante este período constituyen una entidad distinta, ya sea en términos de síntomas o de gravedad.

Una de las diferencias entre hombres y mujeres -marcada por los estudios y hallazgos recientes- es la especial importancia que tienen para las mujeres la intimidad y la conexión emocional con los demás. Si bien en todo ser humano la pérdida afectiva provoca efectos devastadores, éstos no ad-

quieran proporciones tan severas entre los hombres, aparentemente porque en ellos la privación emocional y la abstinencia sexual son experiencias menos frecuentes: siempre existe al lado de un hombre viejo, enfermo o con serias dificultades, alguna mujer. La situación recíproca no es de observación frecuente.

Cuestiones como los roles asignados, insuficientemente reconocidos por “lo social” y por las propias mujeres y los nuevos roles (competitividad versus competencia laboral y social), en nuestra opinión, están en la base de la explicación del aumento del consumo de fármacos en el colectivo femenino, por lo que una de las conclusiones evidente para la autora de este estudio es que, efectivamente, el género se constituye en un factor de riesgo para el consumo de las benzodiazepinas.

La idea resulta clara: la mayor incidencia de depresión en las mujeres no debe buscarse en la biología, en su fisiología, en su cuerpo, sino en las condiciones de vida y en las características de la subjetividad.

CONCLUSIÓN

Una parte importante de esta investigación se ha centrado en conocer cómo las mujeres describen los signos y síntomas asociados a las principales patologías en las que se les prescriben psicofármacos, y es aquí donde se manifiesta y tenemos que nombrar “el malestar femenino”, su correspondencia con la patología orgánica y psicológica (por la cual consultan) y la medicalización de estos malestares.

En este sentido, se considera importante comprender de qué manera la construcción del género atraviesa los discursos y genera estereotipos en torno a la forma de comunicación específica de las mujeres y con ellas las somatizaciones, los estilos de comunicación en torno a la salud o la enfermedad. Se parte de que el síntoma es expresión de un malestar individual que utiliza formas de un lenguaje social aceptado y adecuado.

Los motivos de consulta pueden ser muy diversos y estas somatizaciones no siempre aparecen en las primeras sesiones, en los diferentes abordajes clínicos en la consulta femenina no se puede dejar de tener en cuenta, los aportes de los estudios de: género y violencia familiar. De manera que la creciente puesta en visibilidad y enunciabilidad de situaciones de maltratos femeninos y abusos en niños crean condiciones para repensar cuestiones clínicas y teóricas, ya que a menudo debemos abordar tratamientos de personas que podrían considerarse sobrevivientes de procesos familiares donde prevalecieron prácticas crueles de algún progenitor/a o ambos, hermano/a mayor, padres o madres que ejercieron el aislamiento, apoderamiento y captura; tanto psíquica como material de sus hijos y/o cónyuge.

Aunque no se recurriera a la violencia física, nos encontramos con vínculos tiránicos (humillaciones, agravios, denigraciones, encierros prolon-

gados, etc.) y que, de alguna manera, arrasaron con las posibilidades de instalar confianza para crecer. En las historias de vida de un alto porcentaje de mujeres atendidas en nuestro servicio se registra, que alguien, de quien se esperaba amor y cuidado, pudo eliminarlo, contando con todas las condiciones de impunidad, subjetivo y objetiva para hacerlo. Pero las situaciones de mayor complejidad se encuentra también cuando al mismo tiempo ese progenitor o familiar cercano ha ejercido prácticas que la persona considera de “cuidados amorosos” muy significativos en la infancia. Esta situación genera mucha confusión, donde suelen tomarse como expresiones de afecto prácticas de apoderamiento, como “una mirada que no cesa que fascina y retiene”, un lazo afectivo que opera como tentáculos. En suma, desde el principio suele confundirse amor con captura o apresamiento.

Al respecto Emilce Dio Bleichmar⁶² en su libro “La depresión en la mujer” en el capítulo 159 relata: *“La protección: un arma de doble filo. La falta de experiencia en hacer frente al fracaso produce sentimientos de impotencia, no solo en la escuela primaria, sino también en los niveles superiores de educación. Si un joven no tiene experiencia en cómo afrontar la ansiedad y la frustración, si nunca suspende y siempre aprueba, no será capaz de afrontar el fracaso, el aburrimiento o la frustración cuando sea indispensable hacerlo. Mucho éxito o una existencia demasiado regalada dejan al niño/a indefenso/a cuando termina topando con su primera frustración.*

Por una mal entendida benevolencia, de sus padres y maestros, quienes le crearon una existencia demasiado hedónica. El sentido de la utilidad, el dominio o la autoestima no pueden regalarse. En resumen esta educación tradicional de las mujeres estimulaba rasgos de no participación, de restricción de actividades, de permanente vigilancia, reducida al núcleo familiar hasta

el matrimonio, de dependencia, de ausencia de relaciones sexuales, como atributos deseables y valorados de la feminidad, esta formación conduce a la pasividad, en tanto no prepara a las mujeres adecuadamente para la vida en las sociedades modernas, y las condena a una impotencia obligada.”

En los discursos que se ha recogido “el malestar” se relaciona de manera llamativa con la construcción social del género. Se observa una relación estrecha entre el momento del ciclo vital y el consumo de estos fármacos. En los discursos de las mujeres de mediana edad predomina el argumento “mi familia me crió de esta manera”, “me cuesta no ajustarme a lo que me enseñaron”, “si mi esposo no está bien me pongo ansiosa, incómoda, y nerviosa”, “trato por todos lados de hacerlo sentirse mejor”, “me siento sumamente culpable”, entre otros.

Del mismo modo estas mujeres destacan la sobrecarga emocional que lleva consigo mantener la esfera privada de la familia, su soporte afectivo y su relación con el “malestar”.

Pero... *¿qué les produce ansiedad, estrés o depresión?* Se observa en mayor proporción la necesidad de abarcar mucho, hacer muchas cosas, querer hacerlo todo lo más rápido posible, y la situación de miedo que se deriva ante la posible incapacidad, o el miedo de que sus esposos le digan que no hicieron nada en todo el día, que no se ocuparon lo suficiente, la comida, la limpieza, las tareas escolares de los hijos, el cuidado de los progenitores, etc.). Se quieren anticipar a situaciones que pueden ser problemáticas en su resolución y además no “deben” exteriorizarlas. Ellas están socializadas en roles de género, donde la identidad femenina se fundamenta en la interiorización de los conflictos, por consiguiente el pedido de ayuda se de-

mora, o la misma es vivenciada como “si voy a la psicóloga es porque estoy loquita”, son mujeres que han sido socializadas en un mundo contradictorio, donde el conjunto de normas comunitarias son fundamentalmente dirigidas en beneficio del género masculino, lo que las obliga a verse a sí mismas a través de los ojos de los varones. Esta situación, por consiguiente, tiene sus consecuencias, ya que lacera su autoestima y las obliga a sentirse menos que...

El dispositivo social de fragilización de la salud mental femenina 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 sobredemanda de las mujeres para ser asistidas en su malestar, no importa cual sea la calidad del servicio ofrecido, como si se tratara de verdaderas enfermedades, de las cuales debe curarse. Esta situación lleva a preguntarnos: ¿existiría como una mayor predisposición de las mujeres a considerarse mentalmente enfermas, debido a que socialmente tienen un rol inferiorizado? ¿O habría una mayor disposición de las mujeres a enfermar mentalmente debido a estilos de vida más bajos, más pobres, con mayores condiciones de estrés y problemáticas asociadas con sus roles sociales dentro de la familia, o combinando estos con otros roles sociales?

Las mujeres de mediana edad argumentan muchas veces que las causas de sus síntomas (insomnio, ansiedad, cefalea, apatía, etc.) hay que buscarlas en las responsabilidades y exigencias que les llegan de todos los ámbitos (familiares, sociales y laborales) junto a la soledad que perciben para poder afrontarlas, “aparte de que te exige el mundo exterior, te exigen tus hijos, tu familia, en el trabajo, te exigen que estés espléndida”. Esta sobre carga de responsabilidades se asocia en sus discursos a “enfermedad”. En sínte-

sis, parecen ser mujeres que experimentan la vida no como un mundo regido por sus intereses, sino como un lugar en el que deben equilibrar los intereses de los distintos actores, y con la falta de espacio donde ellas puedan expresar su malestar.

Cuando ellas se animan a dedicar un tiempo para sí aparecen los sentimientos de culpa, estas aparecen o están ocasionadas por la interiorización de la dominación “yo me pico el cerebro, cuando me voy a la peluquería, me siento culpable, entiendo con la cabeza que tengo derecho, pero no con el corazón...” “yo sé cuidar de todo el mundo, sé lo que les pasa y necesitan, pero yo no sé cuidar de mi, no sé lo que necesito, no sé lo que me hará sentir bien, no me han enseñado a respetarme, no me han enseñado a tener autoestima...” Tienen una percepción distorsionadas de si mismas.

Cuando se sienten deprimidas, buscan mas a menudo el tratamiento medico, consultando en primera instancia al médico clínico o al ginecólogo y mucho después a especialistas en salud mental. La mayoría de las veces la medicación antidepresiva actúa como anestésico-analgésico, que además bloquea un proceso de duelo, por ejemplo. *Lo señalado no implica el rechazo de la medicación antidepresiva ni su desvalorización*, en algunas situaciones puntuales se ha tenido que derivar pacientes al psiquiatra para que fueran medicados, ya que su estado mental no permitía las condiciones necesarias para que pudiera asistir a sus entrevistas e incluso para evitar la baja laboral. El cuestionamiento es a la utilización generalizada, desmedida, contraindicada y perversa de la medicación, tal como se está practicando en nuestra sociedad, en la que el medicamento se ha transformado en un objeto más, cuyo consumo se publicita y promueve mediante una mercadotecnia similar a la que se usa para imponer una gaseosa, perfume o prenda de vestir, con el

objetivo además de que pueda despreocuparse de sus problemas, insensibilizarse ante la frustración y los sentimientos molestos y evitar pensar. Todo lo cual no le permite enfrentar la vida con los reflejos y la creatividad necesarios para resolver verdaderamente sus problemas.

El fundamento de todas estas “otras” estrategias es la esencialidad de la participación de la mujer, tanto como profesional como proveedora tradicional de salud. En resumen a menos que se aborden los asuntos de género, tanto prácticos como estratégicos, no será factible materializar el potencial que tienen dichas estrategias de transformar los sistemas de atención de salud o de hacer realidad su potencial de transformar la sociedad.

Los asuntos relativos a la mujer, la salud y el desarrollo no se pueden abordar hoy de la misma forma que hace 25, 15 o menos aún 10 años, porque su contexto ha cambiado fundamentalmente. Las siguientes son tres modificaciones de importancia:

- Primero, el Decenio de las Naciones Unidas para la Mujer (1976-1985) concentró la atención en la mujer y la movilizó para abordar los principales asuntos de desarrollo de la era, incluida la salud, llevándola a adquirir nuevos conocimientos y comprensión que revelaron la necesidad de volver a conceptualizar el marco de “la mujer en el desarrollo”.
- Segundo, las consecuencias sociales y política de la actual crisis mundial han sido particularmente graves para la salud, el desarrollo y la vida de la mujer.
- Tercero, a medida que surgen nuevas situaciones, hay que afrontar nuevos desafíos y fijar nuevas prioridades, como la de romper el silencio sobre la violencia en el hogar y fármacodependencia, para

citar las más obvias y, por consiguiente, prestar más atención a asuntos como la relación de poder entre el hombre y la mujer y entre ésta y el Estado.

El efecto desfavorable de las políticas recayó sobre todo en la mujer por causa de la división del trabajo según el sexo, con arreglo a la cual se asigna a la mujer la responsabilidad primordial de los quehaceres domésticos, el cuidado de las personas niños, ancianos, enfermos e impedidos- y la reproducción biológica. Uno de los asuntos que dejó en claro el Decenio es que la división del trabajo según el sexo refleja las funciones asignadas a los hombres y las mujeres en virtud de su género, y que *estas funciones no están determinadas por razones biológicas sino por estructuras sociales*.

Cuando empezamos a preocuparnos en los estudios de género y a trabajar en la problemática de la violencia contra las mujeres (situación habitual en la consulta femenina) queda claro que ciertos puntos de las teorías psicológicas no daban cuenta de algunas especificidades de esta problemática. Desde los estudios de género, el campo de investigación se vio beneficiado por el trabajo de concientización y de reflexión sobre las condiciones de vida femenina con grupos de mujeres que nos enfrentó con otras realidades. Estas teorías debieron ser revisadas y cuestionadas, ya que podían ocasionar un proceso de re-victimización en el espacio de la consulta, esto significa que se puede responsabilizar de la violencia a quienes la padecen a la vez que se naturaliza la asociación entre feminidad y sufrimiento.¹²⁸

Por tanto, uno de los instrumentos analíticos surgidos en los últimos años es el análisis del género. Esa clase de análisis induce nuevas pistas sobre el origen y efecto de las políticas de ajuste estructural para las mujeres y otros grupos vulnerables de la sociedad.

En el aspecto cultural la mujer ha sido la proveedora tradicional de atención de salud. De hecho, abrió el camino para la medicina científica moderna con su método holístico de empleo de plantas medicinales y otros remedios, experimentando y edificando sobre la base de los conocimientos de su grupo, hasta que fue suplantada por los intereses científicos y económicos de la industria farmacéutica. Las brujas fueron las primeras parteras, cuyo poder hubo que destruir para dar paso a la comercialización de la atención de salud. Hoy en día, la mujer, en virtud de las funciones asignadas a cada género, sigue siendo proveedora de atención de salud, y como ya se dijo, tiene la principal responsabilidad del cuidado y atención de las necesidades básicas de la gente. También es el agente principal de socialización y trasmite las prácticas de sus antepasados a sus hijos y vecinos. Las funciones de la mujer en los servicios de salud se pueden considerar como extensión de sus funciones de cuidado en el medio “doméstico”.

En el aspecto económico, gran parte del trabajo de la mujer como proveedora de la atención de la salud se ha pasado mayoritariamente por alto y ha quedado “invisible” para la jerarquía médica, los profesionales en ejercicio, los planificadores y los encargados de formular las políticas. También son “invisibles” muchos de los conocimientos buenos y malos sobre prácticas de salud que tiene la mujer.

Se destaca que si bien todo paciente trae consigo una experiencia social y cultural, una historia, la institución asistencial, principalmente la hospitalaria, en nombre de una supuesta cura, los transforma en objetos pasivos, ajenos a sí mismo.

Así mismo es importante señalar la psicopatologización de los ca-

sos de violencia familiar, mediante la derivación a servicios de salud mental, se evitaría en gran medida la magnitud del problema, como la falta de protección legal para los profesionales que intervienen en caso de maltrato y abuso y la falta de programas de prevención. Escasez de estudios de prevalencia sobre violencia contra la mujer y sobre maltrato infantil que permite orientar las políticas públicas en el área. Ausencia o inexistencia de un criterio homogéneo sobre la necesidad de una respuesta institucional al problema de la violencia familiar, como la carencia de recursos institucionales para intervenir en situaciones de crisis. Carencia de programas de tratamiento para los hombres que ejercen violencia. Insuficiencia de recursos para la protección a las víctimas en situación de riesgo. Y por ende, falta de coordinación intersectorial.

Preguntarse como se puede prevenir la violencia familiar implica mucho más que una discusión técnica o metodológica. Las profundas raíces históricas y culturales que tiene la violencia en el contexto doméstico hacen que preguntarse acerca de su prevención implique cuestionar las bases mismas de la cultura patriarcal en la que todos hemos nacido, por consiguiente ningún sector en forma aislada podrá llevar adelante esta compleja tarea. Resulta arduo analizar situaciones y costumbres por las cuales estamos atravesados, sin embargo la intención del presente trabajo es mostrar como el rol de género está determinado en gran medida por los complejos procesos de aprendizaje, y así otorga visibilidad a situaciones que de otro modo permanecerían ocultas.

La lucha contra la victimización de la mujer debe realizarse por medio de cambios en los patrones culturales y sociales que constituyen su origen y contribuyen a perpetuar su mantenimiento, avalándola y legitimándola. La sensibilización, la concientización y la formación de profesionales (en el caso

que nos ocupa en el área de salud) resulta imprescindible para lograr una sociedad más justa e igualitaria, de manera que el malestar de las mujeres no tenga que ser medicalizada. Es tarea de todos desmitificar estos modelos discriminatorios y los roles sociales asignados según los estereotipos dominantes y otorgar a la mujer la justa participación que por derecho le corresponde en el ámbito público y, al hombre la posibilidad de reconciliación con el reconocimiento y la expresión de sus emociones. En este tipo de investigaciones se exhorta a escuchar las historias de vida de las pacientes, a indagar sobre su raigambre cultural, sus modos de vida, y cotejar con ellas nuestra ideología profesional ¿Cuándo comienza a estudiarse la vida cotidiana? En los momentos de crisis, de ruptura de lo anteriormente establecido, de quiebre del equilibrio anterior, cuando algo que estaba dado como natural deja de estarlo, vivimos experimentando vivencias y realizando acciones que no nos interrogamos ni cuestionamos en nuestra vida cotidiana y sólo lo hacemos cuando nos proponemos un análisis crítico de la misma, de lo contrario, los fenómenos que constituyen la vida cotidiana no son examinados, hasta que no surge el sentimiento de malestar. Cabe señalar que quienes estudian los problemas de la vida cotidiana, habitualmente han sido los sociólogos, antropólogos, historiadores, etc. En este caso una nueva dimensión del análisis de la vida cotidiana está dada desde sus mismas protagonistas, que la ponen en cuestión cuando entran en crisis, y estas protagonistas son las mujeres. En los tratamientos psicológicos de mujeres sorprende constatar que la independencia económica no siempre es considerada uno de los objetivos primordiales de la terapia, muchos motivos contribuyen a ello. En primer lugar las pacientes mujeres han incorporado la dependencia económica a nobles tan profundos que ésta se convierte en uno de los mayores puntos de resistencia. Las mujeres suelen ser las mayores aliadas y cómplices de la dependencia que padecen y a menudo suelen generar una cantidad de mecanismos

compensatorios de esa dependencia de los cuales obtienen supuestos y “anhelados” beneficios en los que quedan atrapadas. Entre ellos el confort de la protección suele ser un atractivo canto de sirenas que satisface ciertas necesidades a cambio de una muy frecuente inhibición de la autonomía. Por otro lado así como “el hacer dinero” es visto como algo “natural” en los varones, la dependencia económica ha sido considerada históricamente como formando parte de la condición femenina. Esto a veces forma parte de que ni la paciente ni el terapeuta visualicen como un problema fundamental para la salud, ya que la dependencia económica de las mujeres es encarada en los tratamientos cuando se hace francamente insostenible a raíz de alguna situación crítica vivida por la paciente. Es el caso de las mujeres que plantean su dependencia económica recién frente a un divorcio o viudez. Hasta ese momento la dependencia alrededor de la cual habían organizado sus vidas era un ingrediente natural e “invisible.”

Sería ineludible el análisis sincero de los mitos que condicionan tanto a los hombres como a las mujeres esta tarea nos posibilitará la recuperación de la feminidad y la masculinidad desde una perspectiva igualitaria que garantice los mismos derechos y deberes, el acceso a aquello que se les ha negado durante siglos a ambos y una relación de reciprocidad positiva en un marco que no avale la violencia hacia aquellos considerados “inferiores”.

Se considera que los obstáculos para superar la violencia que brotan desde la misma subjetividad de la mujer se forjan por dos vías básicamente: una, la estructura de la personalidad basada en el estereotipo de género, la otra, las secuelas para la salud física y mental generadas por los procesos de maltratos a que ha sido sometida. La subjetividad de toda persona está construida desde lo social y sea cual fuere la adhesión de cada mujer al este-

reotipo femenino todas y cada una estamos afectadas por la violencia de género que, como elemento posible en y para la sociedad jerarquizada conforme al poder masculino, hace que toda mujer se vea a sí misma como posible víctima. En este sentido, se desarrollan capacidades de autoprotección y sentimientos coherentes con conductas defensivas como son el miedo y la ansiedad, que si bien pueden resultar adaptativos en determinadas situaciones – en tanto que se convierten en componentes de actitudes– dejan a las mujeres ubicadas en una condición de vulnerabilidad en el mundo.

Existen fenómenos, dentro del campo de la salud mental, que se podrían categorizarse como “trastornos psicosomáticos” sobre los cuales creemos que debería realizarse un análisis especial en su especificidad femenina, estos padeceres parecen constituir una forma de expresión privilegiada para un elevado número de mujeres de este estudio.

Las historias de vidas de muchas mujeres víctimas de maltratos, o de abusos sexuales, maltrato físico o abandono emocional en la muestra analizada se considera que también son víctimas del maltrato institucional. Teniendo en cuenta que el daño que se causa a las mujeres no son hechos aislados, únicos, sino que hay que tener en cuenta a la persona en relación recíproca con su ambiente ecológico. Por consiguiente, se considera que los cambios guardan relación directa con los demás entornos que componen el sistema. Por ende se considera que la distorsión de la realidad de la violencia contra las mujeres se produce cuando se la considera como un problema individual y no un problema social que afecta a todas las mujeres en las diferentes etapas del ciclo vital. Pero ese imaginario afecta también la subjetividad de los profesionales intervinientes y puede convertirse en un obstáculo para la comprensión y el abordaje de los efectos de la violencia.

En este aspecto el modelo sistémico hace un aporte fundamental que considera como unidad de análisis el sistema en su totalidad, considera a la familia como un sistema incluido en otros sistemas mas amplios que conforman la estructura social. Teniendo en cuenta que un sistema no es una estructura estática e inamovible, sino que sufre y genera movimientos, cambios a la manera de un juego de ajedrez, en que cada movida modifica al siguiente movimiento del otro jugador. Esta modalidad relacional es entonces circulante, interconectada, retroalimentada y, por lo tanto dinámica. En este sentido la confluencia interdisciplinaria se considera fundamental.

Por otra parte, la comunicación intra e ínter sistemas nos aporta una vía de análisis de las relaciones subjetivas de gran valor, mientras que la literatura y la retórica aportaron la noción de narrativa, que sostiene que el espacio ínter subjetivo, relacional, es el nido de las historias personales, ofreciendo una alternativa terapéutica innovadora.

El abordaje de la problemática que nos ocupa debería conducir a los profesionales a cuestionar su saber y los métodos terapéuticos para situarse del lado de quien la padece sin adoptar al mismo tiempo una posición omnipotente, deberían poder aprender a pensar fuera de toda referencia, al margen de las certezas y atreverse a cuestionar los dogmas. El profesional de la salud debe demostrar flexibilidad e inventar una nueva manera de trabajar, más activa, comprensiva, ya que a los pacientes les cuesta evocar lo pasado, porque muchas veces les resulta impensable y utilizan como estrategia “el olvido”.

En una notable investigación²⁵, realizada en nuestro país por Casullo M.M. y Erbstein P. (1981) se empleo como criterio diagnóstico la Clasifica-

ción de los Trastornos Mentales que utiliza la Organización Mundial de la Salud. Esta investigación reveló que, en el campo de la salud mental en la Argentina, se pone énfasis en las prevenciones secundarias y terciarias, y no en la prevención primaria de la salud. Afirma que gran porcentaje de la población que necesita asistencia no la recibe por falta de servicios adecuados de Salud Mental. Una posible hipótesis a confirmar, propuesta por sus autoras, es lo dudoso de la eficacia que, en términos de “cura” de la problemática neurótica (malestar) tienen las drogas usadas sin combinación con otros tipos de tratamientos.

Los interrogantes planteados proponen la necesidad de una capacitación y entrenamiento específico en este campo que articule las teorías con las de género. En consecuencia, el entrenamiento propuesto proveerá de una escucha refinada y sensible para “ver” y atender a lo que las mujeres nos tienen que decir sobre las violencias padecidas. Se ha demostrado que los deseos de diferenciación (de ser sujetos activos en la transformación de sus condiciones de existencia) favorecen el empoderamiento* de las mujeres como otra fuente de satisfacción. Esta particular posición subjetiva de las mujeres que buscan autoafirmarse permite que ellas se nieguen al ejercicio de la violencia en su contra.

Dejar los psicofármacos paralelamente al tratamiento psicológico requiere adoptar una nueva estrategia, como ir bajando la dosis para que el cuerpo se acostumbre a la nueva situación. Además algunas mujeres perci-

**El concepto de empoderamiento fue usado por primera vez en 1994 (Conferencia Mundial de Población y Desarrollo de El Cairo) para señalar el derecho de las mujeres al pleno control y responsabilidad e su fecundidad. El término lleva implícito la oposición a toda forma de control de la fecundidad en contra de la voluntad de la mujer. Se orienta contra cualquier uso de la fuerza basada en el género y expresa la expectativa de que la participación igualitaria de mujeres y varones, a través del empoderamiento de éstas, posibilite un mundo pacífico y más equitativo.*

ben que éstas sustancias les producen habituación, lo que les lleva a situaciones de consumo mantenido para evitar los efectos secundarios que les provocan, otras, sienten que los psicofármacos es un recurso utilizado para acallar los síntomas que les provocan los desempeños de roles asociados a su sexo.

Es por eso importante el apoyo psicoterapéutico para que vayan expresando poco a poco lo vivido. También hay que habilitar a las pacientes para que pueda hablar de la ira que no se ha podido manifestar a causa del dominio de las emociones que han sido censuradas. La terapia no debe reforzar la culpabilidad de la víctima no es responsable, sino que asume esa situación: si no logra sustraerse del dominio, la culpa no le permitirá progresar. Mas allá de cualquier diversidad teórica para explicar el fenómeno, los profesionales que aborden esta problemática no pueden disentir en un principio básico a tener en cuenta: “ningún ser humano merece ser golpeado”.

A través de estas reflexiones, se evidencia la importancia de analizar los diferentes aportes teóricos que nos posibilitaran el estudio, la comprensión, y el abordaje terapéutico de la interacción familiar teniendo en cuenta las perspectivas de género a los fines de ejercer influencia sobre la problemática de la fármaco- dependencia femenina. Esto nos lleva a reflexionar acerca de la interacción comunicacional entre los géneros para poder desentrañar la intrincada red jerárquica en la que nos encontramos inmersos, mujeres y hombres, en forma naturalizada; así como las consecuencias que las asimetrías establecidas por el aprendizaje comunicacional conllevan para ambos.

El abordaje del tema que nos ocupa presenta un desafío a los profesionales intervinientes, que formados a partir de marcos conceptuales únicos, deberían cuestionar y flexibilizar sus posturas para dar respuesta a una pro-

blemática que está adquiriendo dimensiones endémicas y transgeneracionales.

Por otra parte, es verdad que hay una conciencia cada vez mayor de este sesgo de género en los trabajos sobre la salud, con lo que hay como una lenta apertura de estudios acerca de los sesgos de género que pesan sobre el acto médico/psicológico, sobre el diagnóstico, sobre los tratamientos, sobre los planes de acción comunitaria y sobre la forma de investigar los temas relacionados con la salud.

Lo que todo esto implica es que las mujeres empiezan a hacerse “visibles” para los profesionales de la salud, quienes, cada vez más, reconocen que puede existir tanto diferencias como similitudes entre hombres y mujeres en la forma de enfermar, en la forma de curarse, en la forma de metabolizar los fármacos, en la forma de responder a la terapia, en la etiología de la enfermedad y en los factores de riesgo.

Por lo tanto, el punto que se quiere dejar en claro es que las enfermedades no tiene porque afectar a las mujeres de la misma forma que a los hombres y que el conocimiento que hemos logrado a partir del estudio de los hombres no es necesariamente aplicable a las mujeres y puede que no sirva para saber cómo se produce en ellas la enfermedad, cómo realizar su diagnóstico y prever qué efectos tendrá en ellas el tratamiento. Todo esto empieza a formar parte de los conocimientos generales sobre la salud.

La información epidemiológica muestra la incorporación de las mujeres a unos usos u otros de drogas a lo largo del tiempo. Sin embargo, este es un modelo de conocimiento que expresa poco acerca de los motivos y las

creencias que llevan a las mujeres a usar unas sustancias y no otras, y a diferenciarse de los varones en las formas de consumo. En este sentido se cree que es un paradigma “invisibilizador” de los malestares que expresan las mujeres.

Al centrarse en los elementos que favorecen el uso de determinadas sustancias psicoactivas como los psicofármacos, se observa una relación entre los discursos de las mujeres, el momento del ciclo vital social en el que se encuentran y el proceso de socialización de género (ellas expresan su malestar a través de conductas como el llanto, quejas de tristeza, soledad y depresión).

Vemos de esta manera que por razones de índole cultural, las mujeres están más predispuestas que los varones a reconocer la presencia de enfermedades y a buscar atención a sus malestares (ellos se expresan su malestar en forma de irritabilidad e indecisión). Ellas consultan más por trastornos depresivos, ansiedad y los varones por abuso de sustancias y trastornos antisociales de la personalidad. Estos síntomas, muchas veces, el sistema sanitario consultado no identifica como signos de malestar, por lo que se tiende a subdiagnosticar e infraprescribir a los varones y sobrediagnosticar y sobreprescribir a las mujeres. Las violencias cotidianas nos impone una reflexión crítica sobre estos y otros interrogantes que plantea la violencia ejercida contra la mujeres, abriendo así un espacio de dialogo para pensar y confrontar conocimientos y modalidades de trabajo desde una perspectiva integral e interdisciplinaria.

Cuestiones como los roles asignados, insuficientemente reconocidos por “lo social” y por las propias mujeres y los nuevos roles (competitividad versus competencia laboral y social), en nuestra opinión, están en la base de

la explicación del aumento del consumo de fármacos en el colectivo femenino, por lo que una de las conclusiones evidente para la autora de este estudio es que, efectivamente, **el género se constituye en un factor de riesgo para el consumo de las benzodiazepinas**. Los testimonios de mujeres que han sido víctimas de distintas formas de violencia y que, en un acto de coraje denuncian evocando y trasmitiéndola sus experiencias cobran especial valor en la medida en que el silencio no constituya uno de los mecanismos que tienden a negar este problema en el plano subjetivo y a ocultar su magnitud en el plano social.

Se cree que el género es un elemento central para comprender la prescripción diferencial de este tipo de fármacos hacia las mujeres. La propuesta entonces es reexaminar críticamente las relaciones de poder dentro de un equipo que condicionan o imponen saberes y la legitimación de una practica que dé existencia social a la problemática de la violencia y la farmacodependencia femenina. Para esto es necesario que la escucha establezca una simetría en la relación consultante profesional que sea consecuencia de lo que uno y otro saben, de lo que no saben o de lo que saben de diferente forma, una escucha alerta que cuestione ese saber dogmático que se suele instrumentar a los fines de evitar el malestar y la incertidumbre que producen los hechos, una escucha que incluya el no saber del profesional la interrogación permanente al propio conocimiento. Se requiere entonces que las certezas teóricas sean puestas en cuestión y se abran a respuestas e intervenciones alternativas que se adecuen a esta problemática. La escucha, por consiguiente, deberá implementarse partiendo de una perspectiva crítica de las teorías y de las practicas, de esta manera se hará mas explicables y comprensibles las vivencias de las mujeres. La violencia, sobre todo la que se manifiesta en forma crónica, arrasa con la identidad y la subjetividad y suele

excluir a la mujer del terreno de la palabra y la significación. En este sentido, se puede hablar de varios tipos de silencio, algunos son silencios sutiles que no sólo significa no decir sino que se refiere al callar por vergüenza, culpa, malestar, o porque las técnicas de violencia ejercidas por el agresor no se dejan nombrar. Otros son silencios que pueden producirse por represión, es decir, se reprimen un deseo de expresarse por suponer que lo que se diga no será creíble o se teme la crítica o la censura. Otro silencio es el que acompaña a una injuria física o psicológica muy grave, que deja, en quien la ha padecido, un vacío de representaciones psíquicas: “no sé que decir”, “no sé lo que siento”, “no puedo contar”. Ese vacío de representación significa que la mujer-víctima no puede unificar todo lo que siente como disperso y aparece disgregado en imágenes casi imposibles de ser representadas. Los profesionales de la salud deben decodificar este silencio para desmentir la creencia de que “callando se olvida”.

Una conclusión relevante de este estudio es comprobar la alta proporción del malestar femenino que presentan estas mujeres que nos consultan y cómo las mismas están medicalizadas por el sistema sanitario, las mismas pertenecen a un medio urbano con todas las posibilidades que la ciudad les brinda. Las quejas de las mismas giran en torno el dolor y el sufrimiento, mientras que el placer o la diversión escasean, casi todas muestran una gran dificultad para percibir que su situación es el resultado de condiciones de la estructura social, por el contrario las razones que se dan quedan reducidas al ámbito individual: “No tuve suerte” “me criaron así”.

La crítica a la estructura social en el cual están viviendo representa la renuncia a sus creencias mas arraigadas y que forma parte de sus propias identidades y en este caso la única salida es la “depresión”. Los estudios

muestran que existen depresiones encubiertas bajo la fórmula de somatizaciones y dolores, o simplemente negadas, por temor a que sus familiares o amigos las rechacen, y esta situación dificulta el tratamiento adecuado de las mismas, que en la mayoría de las veces puede pasar inadvertida.

La institución familiar amerita ser cuestionada, problematizada, los viejos modelos patriarcales, ya en crisis, sólo han generado frustraciones y dolor. Según el lic. Jorge Corsi⁴⁸⁻⁵¹, “el ámbito familiar, cuando presenta un sistema vertical, piramidal, tiene las características ideales para la preservación de la impunidad, ya que nadie sabe qué pasa allí dentro”.

Las personas autoritarias no revisan sus actitudes y modos de vinculación, no admiten ser desobedecidas; su opinión, su postura, es la que debe prevalecer. Su personalidad no permite la introspección, ese viaje hacia la interioridad, que nos permite crecer. Estos modos de vinculación generan en los hijos modelos o matrices de aprendizajes impregnados de esta ideología, de modo que los circuitos de violencia pueden reproducirse, muchas veces vemos en la consulta que son los hijos quienes maltratan a sus padres, reproduciendo de esta manera lo que han aprendido tempranamente en sus familias. Es prioritario el diseño e implementación de políticas públicas, protectoras de los derechos de las mujeres en los diferentes ámbitos. Todo esto implicaría un proceso de capacitación de los profesionales actuantes, de manera que su intervención no sea iatrogénica sino acorde a la relevancia de este grave problema social.

Para poder mantener la salud de la mujer y la de toda la sociedad en medio de la escasez de recursos asignados al sector salud, es necesario un nuevo enfoque sanitario. Esto exige no sólo que se recalque la importancia de

las estrategias existentes (atención primaria en salud y participación de la comunidad) sino que también se transformen las relaciones para dar poder a los usuarios de los servicios comunitarios de salud, es decir, a la mujer. Esa no será una tarea fácil y se dificultará más por la estructura jerárquica (gran parte de la cual se basa en diferencias de género) y los sesgos en cuanto a clase y género que existen en la profesión de salud. Se podría avanzar mucho en el estudio sobre la salud mental de las mujeres si construyéramos no sólo mejores hipótesis para guiar nuestro trabajo, sino también si diseñáramos mejores instrumentos que den cuenta, con mayor fidelidad, de la especificidad femenina para diferenciar sus estados de malestar.

Vemos que en la sociedad globalizada contemporánea, una mujer “deprimida” con su apatía, su desinterés, su inhibición, trasgrede las exigencias de rendimiento económico, productividad y consumo en las que se apoya el sistema y que necesita el mercado, entonces, la industria farmacéutica propone atajos, presuntamente mas rentables: esos “estados depresivos” corresponde a niveles bajos de serotonina, sustancia que actúa como neurotransmisor en el sistema nervioso central y otros órganos. Entonces el psiquiatra, pero también el medico clínico, o el ginecólogo/a o el gastroenterólogo/a etc. asesorados por los laboratorios responden a la queja de la paciente por su estado, considerado “depresivo”, administrándole, como terapéutica universal, medicamentos cuyos componentes activos son la fluoxetina y la paroxetina receptores de la serotonina. De esta manera el malestar quedan así reducidos a un desorden químico. El medicamento puede o no suprimir el síntoma depresivo, cuando lo consigue, es muy probable que condene al sujeto a vivir toda su vida bajo el efecto de sustancias, sometida a su poder adictivo y a sus minvalidantes efectos secundarios.

La finalidad sería que si nos conocemos mejor los dos sexos, habrá más posibilidades de poner “remedio psicológico” a puntos débiles y de potenciar aquellos logros y cualidades tanto masculinos como femeninos.

El psiquiatra estadounidense Peter Kramer cita^{i.P.}, “Escuchando al Prozac”, hace referencia a un diagnóstico en los siguientes términos: “No sé bien de que se trata pero, si el paciente respondió bien a un antidepresivo, entonces era un deprimido”. Estamos, como se puede apreciar, ante una clínica que se organiza, no en relación con una persona concreta que consulta por su malestar, provocado por las vicisitudes de su historia individual, sino en relación con un fármaco que se administra experimentalmente, de una forma generalizada, a todos los pacientes cualquiera sea el criterio diagnóstico.

Estamos ante la clínica globalizada del consumo de fármacos, que se dedica a colocar continuamente nuevas sustancias a disposición del mercado y sus pacientes/clientes, intentando borrar de esta manera nuestra condición de sujetos individualizados, como resultado de una historia particular, y de esta manera podrían someternos como masa a la condición de usuarios y consumidores pasivos, si ese tipo de políticas existiera.

Llamativamente cuando se incluyen los dos sexos en los estudios clínicos sobre fármacos, aparecen cada vez más datos sobre la existencia de una respuesta farmacológica diferencial entre mujeres y hombres. Un ejemplo lo encontramos en el tratamiento de los trastornos psicológicos con psicofármacos (Seeman, 2000)¹⁶⁴ por razones de conveniencia y de seguridad, el desarrollo de los fármacos se ha basado tradicionalmente en experimentos con animales machos o con varones, pero no puede asumirse que los varones y las mujeres respondan de la misma forma a los agentes

psicofarmacológicos. Por consiguiente, la salud de la mujer puede considerarse ya como una disciplina asentada, y textos como los de Goldman y Hatch (2000)¹⁶⁴ reflejan bien este hecho y la evolución de la disciplina. En el momento actual, se define la salud de la mujer en términos amplios, y no se limita a aquellas condiciones que afectan siempre, o predominantemente a las mujeres, por el contrario, se reconoce que se necesita comprender el papel del sexo y del género en todos los aspectos que tengan que ver con los cuidados relacionados con la salud, incluida por supuesto, la investigación. La historia está llena de ejemplos de cómo el limitarse a aplicar a hombres y mujeres el conocimiento conseguido a partir de un solo sexo (normalmente el masculino) puede perjudicar la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de las enfermedades. Los dos casos más conocidos son el de las enfermedades cardiovasculares y el del Sida.

Pensamos que los psicólogos, como protagonistas de un colectivo profesional mayoritariamente femenino, debemos abrir la mirada, sacudirnos de las viejas creencias y mitos sobre los lugares asignados a varones y mujeres en la sociedad y en la familia, de esta manera estaremos en posición de visualizar condiciones reales de vida de las personas, de las familias, de las instituciones y de los profesionales que las sostenemos.

Nuestros datos muestran que los discursos, y las historias de vidas de las usuarias ofrecen información sumamente relevante, que deberían ser profundizadas en investigaciones futuras para una mejor comprensión del malestar femenino y los procesos de medicalización de las mismas y ésta es una de nuestros fundamentales desafíos.

PROPUESTA

Este estudio debe considerarse como un preámbulo de futuras investigaciones e intervenciones en el área de las drogodependencias y farmacodependencias femeninas. Es recomendable fomentar y comprometer en los diferentes colegios de profesionales vinculados al área de salud, (psicólogos, médicos, trabajadores sociales, enfermeros, fisioterapeutas y técnicos en salud de mujeres) a una mayor capacitación de sus afiliados en área de la farmacodependencia y prácticas preventivas en ésta área. Ya que el trabajo mismo debe enfocarse desde un trabajo interdisciplinar o mejor aun transdisciplinar ya que se considera la necesidad de replantear la interdisciplina para operar en el campo de las mujeres y los psicofármacos. Otra aproximación de esta problemática consistiría en analizar la prescripción abusiva de psicofármacos a las mujeres y las prácticas de violencia (articulada con la misma) visible e invisible hacia el género femenino, la vigencia de estereotipos psicopatológicos tradicionales, y la persistencia de paradigmas asistencialistas que sostienen la fragilidad emocional femenina.

Se debe destacar la percepción de desajuste que tienen las mismas mujeres ante sus estados de malestar, y esta forma de visualizar sus conflictos las lleva a automedicarse en algunos casos o bien a recurrir a la consulta médica demandando psicofármacos.

Después de muchos años de trabajo con mujeres que solicitan ayuda psicológica, se pone de relieve que cuando logramos precisar y delimitar con cierta claridad cuales son las razones principales del malestar femenino, ya hemos descubierto una parte del proceso de recuperación. Ampliar nuestros deseos y ser dueñas de los mismos es una ardua empresa a conquistar y algo que no viene dado con la naturaleza femenina.

En instituciones intermedias se evidencia en mayor medida el funcionamiento de los mitos y las creencias que entranpan a la mujer en una situación en la que se dificulta el poder correrse de un vinculo que la tiene atrapada. El trabajo de concientización, sensibilización y capacitación de ésta temática en ámbitos legales, educativos, salud y de seguridad permitiría vencer ciertos obstáculos que enfrenta la mujer, como también los profesionales que , intentando trabajar en red e interdisciplinariamente, se encuentran luchando solos contra barreras infranqueables sostenidas por creencias y mitos.

Preguntarse cómo de puede prevenir la violencia familiar implica interrogarse acerca de cuál es la etapa en la que nuestra comunidades se encuentra con relación al percepción social del problema, el estado actual de la investigación sobre el tema y la voluntad política que el Estado tiene para la formulación de una política global de prevención que abarque los sectores de educación, salud, justicia, y acción social. <las profundas raíces históricas y culturales que tiene la violencia en el contexto domestico hacen que preguntarse acerca de la prevención implique cuestionar las bases mismas de la cultura patriarcal en la que todos hemos nacido. Los psicologas/os estamos en optimas condiciones para detectar tempranamente la violencia de genero, si abrimos nuestra mirada desde la toma de conciencia de esta magnitud de esta problemática social, a través de la constante formación y capacitación.

¿Qué recomendaciones terapéuticas se sugiere para situaciones en donde el malestar femenino y su articulación con el uso de psicofármacos aparecen en la consulta? Todos aquellos tendientes a potenciar su capacidad para las relaciones humanas, su control y su sentimiento de utilidad.

Los grupos de mujeres son espacios que permiten romper el aislamiento de la vida doméstica, favoreciendo así la comunicación, la participación y la confrontación de los pesares y problemas que hasta ese momento habían sido vividos solas y con gran sentimiento de culpabilidad, de esta manera se pasaría de la queja a la reflexión, entendiendo por reflexión una doble mirada, sobre cada una y sobre el conjunto, que debería contener una dura crítica sobre la condición de desventaja social y cultural de las mujeres ya que se ha probado su eficacia para la movilización y cambio de los estereotipos sociales y psicológicos. Los grupos cumplen una función yóica, de sostén y continencia, son ámbitos propicios para las preguntas, los porqués, nunca antes formulados abiertamente, para abrir camino a la creatividad. Son heterogéneos, las mujeres provienen de distintos lugares y formaciones pero las hegemoniza la tarea, se reconocen en las miradas de las otras, el desafío es ir asumiendo la propia libertad, y en ese proceso espira lado, la creación de sí mismas, son lugares propicios para trabajar los propios obstáculos, las posiciones dilemáticas, son operativos en cuanto se proponen una tarea, y la tarea de los grupos de mujeres será la resignificación de los viejos aprendizajes; las mujeres aprendimos a aprender sin cuestionar, sin problematizar los “a priori”, lo naturalizado. La familia como escenario fundamental de estos primeros aprendizajes, es reproductora de los sistemas de creencias, de los mandatos socioculturales dominantes y dentro de ésta se transmiten los estereotipos de género diferenciados para varones y mujeres. Y en los grupos donde las mujeres toman conciencia de su identidad de género, de su pertenencia al grupo amplio, mitad devaluada por la humanidad, en este aspecto nos preguntamos si es posible tener un registro de las propias necesidades cuando para la ideología dominante es natural que la mujer viva en función de las necesidades de los otros?. Este registro inespecífico de malestar, esta necesidad de sostén hace que las mujeres se acer-

quen a los grupos, ya que en las mismas encuentran interlocutores válidos a los que se acuden para co-pensar, para compartir, para ser contenidas, entendidas, acompañadas.

Por consiguiente, temas como el manejo del dinero, la soledad, las dificultades laborales, la relación madre/hija, las inhibiciones sociales deberían ser algunos de los contenidos sobre los que se deberían organizar grupos de reflexión.

Se considera que estos grupos pueden convertirse en poderosos instrumentos no médicos para el tratamiento del malestar femenino, sus efectos “antidepresivos” son duraderos, ya que proporciona a las mujeres la oportunidad de trabajar sobre sus roles, la manera en que los desempeñan, y los problemas comunes que comparten, promoviendo de esta manera nuevas interpretaciones y soluciones.

En distintos países de Europa, Latinoamérica, y en Estados Unidos se está trabajando en ésta línea, en España hace tiempo que mujeres especializadas en salud mental insisten en esta prioridad, y año tras año son más numerosas las asociaciones de mujeres que ofrecen esta clase de grupos.

La manera en que el/la terapeuta, o todo aquel que se proponga ayudar a una persona depresiva encare los sentimientos de inadecuación, de fracaso, es crucial para alcanzar su modificación, porque la auto depreciación es un punto clave de toda depresión, y en el caso particular de la mujer, la depreciación es siempre vivida bajo el espectro de la soledad. Talento, fama, fortuna e incluso belleza, como en el caso de Marilyn Monroe, Alfonsina Storni,

Virginia Wolf y tantas otras mujeres famosas que terminaron suicidándose, constituyen una triste prueba.

Se considera que el sistema de salud dominante no ha llegado todavía a interesarse suficientemente en la especificidad del padecimiento femenino, y una consecuencia del mismo sería el no cuestionamiento de la prescripción de psicofármacos al colectivo femenino.

Esta investigación es de carácter epidemiológico observacional retrospectivo, no se pretende la generalización, ni la formulación de hipótesis explicativas en un sentido estricto, sino que tiene el propósito de la comprensión del tema de las mujeres y los psicofármacos en los siguientes aspectos: a) denunciar la existencia de esta problemática b) promover el reconocimiento de su incidencia en el campo de la salud. Proponemos por consiguiente: la utilización de recursos múltiples tales como la participación en redes comunitarias, técnicas que favorecen el cuidado y el manejo del cuerpo, los grupos de autoayuda, los grupos de concientización sobre el consumo habitual de psicofármacos, y la psicoterapias con perspectiva de género (grupales e individuales), ya que esta variedad de recursos serían alternativas válidas para enfrentar y modificar las condiciones de vida de las mujeres.

A los fines de dar una respuesta a la violencia familiar es necesario la elaboración de una estrategia integral para dar respuesta a un problema tan complejo y que tiene consecuencias en tan variados niveles de la vida de una comunidad requiere acciones que, partiendo de una mirada ecológica, se inscriban en una política global que entienda la violencia familiar como un problema de derechos humanos, de salud pública y de seguridad cotidiana. La responsabilidad del Estado no debe restringirse al espacio público, sino

que debe abarcar todos los espacios en los cuales la seguridad puede verse afectada, entre ellos, el espacio privado. Ya que las relaciones de parentesco es uno de los contextos caracterizado por las relaciones basadas en los afectos y es uno de los espacios de riesgo para la integridad física y psicológica de las personas.

Se pretende hacer notar que el consumo habitual de psicofármacos por parte de las mujeres constituye un serio problema social que debemos afrontar, más allá de los criterios de salud dominante, por quienes estamos interesadas en mejorar la salud de las mujeres. No obstante, no caigamos en la impotencia a la que nos reducen los objetivos utópicos y demos los pasos posibles en la dirección apuntada con la conciencia de que ningún sector en forma aislada podrá llevar a delante esta compleja tarea.

Bibliografía

1. Aguinaga Roustan, J (2004) *El precio de un hijo. Los dilemas de la maternidad en una sociedad desigual*, Ed. Destino, Barcelona, España.
2. Andolfi M. y Otros (1982) *La familia rígida. Feltrinelli. Ed Amorrortu, Milán, Italia. pp 40-65*
3. Aries, PH (1973) *L'Enfant et la vie familiale sous l'ancien régime*, Ed. du Seuil, París, Francia.
4. **Asociación Psiquiátrica Americana (1996) (American Psychiatric Association). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Ed. Masson. Barcelona, España, pp 9-13.**
5. **Assem M. "El peligro de las benzodiazepinas" en Prevenir, Año 1, N° 4, Buenos Aires, Argentina, pp 5-24.**
6. Barone EM. (2000) *Dos Historias de nunca acabar. Editorial Universitaria de Misiones, Misiones, Argentina. pp 13-44 y pp 47-66.*
7. Barroso C. (1989) "Mujer, Salud y Desarrollo" en OPS. *Discusiones Técnicas. Washington D.C.18, Estados Unidos.*
8. **Bateson G (1997) Pasos hacia la ecología de la mente. Editorial Lumen, Buenos Aires Argentina, pp 5-126.**
9. Battellino LJ, Cattoni STD de (1994) *Metodología de la investigación en salud poblacional. Universidad Nacional de Córdoba, Facultad de Odontología, Córdoba, Argentina.*
10. Beattie M. (1991) *Codependencia.*, Ed. Atlantida/Promesa, Buenos Aires, Argentina. pp 15-96 y pp167-310.
11. Beauvoir S (1980) *La plenitud de la vida. EDHASA. Barcelona, España.*
12. Beauvoir S (1980) *Memorias de una joven formal, EDHASA, Barcelona, España.*
13. Beauvoir S (1999) *El segundo sexo. Editorial Siglo XX. Buenos Aires, Argentina.*
14. Benjamín, Jessica (1995) *Los Lazos del amor, Paidós, Barcelona, España.*
15. **Bonder G (1979) La ilusión de Naturalidad y la Maternidad, trabajo presentado al seminario. Ubicación de la mujer en la sociedad actual, Buenos Aires, Argentina.**
16. Bonino L (1991) *Varones y abuso doméstico. Algunas ideas desde el campo de la salud mental y la perspectiva de género. En: Jornadas sobre la Salud Mental y la ley, Ed. AEN, Madrid, España.*
17. Bonino L (1998) *Los varones frente al cambio de las mujeres. Lectora. Revista de dones i intertextualitat, Universidad de Barcelona, España.*
18. Bonino L (2000) *Varones, género y salud mental. Nuevas visiones de la masculinidad. Ed Icaria, Barcelona, España.*
19. Bonino Méndez L (1993): *Micromachismos. La violencia invisible en la pareja. Actas de las Jornadas de la Federación de sociedades españolas de terapia familiar, Madrid, España.*
20. **Bourdieu P (2002) La dominación masculina. Ed. Anagrama, Barcelona, España, pp 10-28.**
21. Bourdieu P (2000) *La dominación masculina. Edit. Anagrama, Barcelona, España.*
22. Bourdieu P. (1998) *La domination masculine. Ed. Seuil, París, España.*
23. Bulacio BJ (comp): *El problema de la drogadicción. Enfoque multidisciplinario. Edit. Paidós, Buenos Aires, Argentina.*

-
24. **Burin M (1987) Estudios sobre la subjetividad femenina. Mujeres y salud mental», Editorial GEL, Buenos Aires, Argentina. pp 29-59 y pp265-276.**
 25. **Burin M y cols (1991) El malestar de las mujeres. La tranquilidad recetada. Ed. Paidós. Buenos Aires, Argentina. pp 13-119 y pp 147-233.**
 26. *Burin M, Meler I (1989) "Un binomio en crisis: la madre y su hija adolescente, En : La mujer y la violencia invisible. E. Giberti y A.M.Fernandez (coms) Ed. Sudamericana, Buenos Aires, Argentina.*
 27. *Burin M, Meler I (1998) Género y Familia. Ed. Paidós, Buenos Aires, Argentina.*
 28. **Burin M, Meler I (2000) Varones. género y subjetividad masculina. Ed. Paidós, Buenos Aires, Argentina, pp 105-268.**
 29. *Cabañas A y Subirás G (2000). Mujeres contra la violencia: una rebelión radical. Edit. Cefemina. San José, Costa Rica.*
 30. **Camus A (2002) El extranjero. Ed. Emece, Buenos Aires, Argentina. pp 11-17**
 31. *Cantera L. (1999) Te pego porque te quiero. La violencia en la pareja. Universidad Autónoma de Barcelona, Barcelona, España.*
 32. *Cantera, L. (2000) El ciclo de la violencia domestica. Una revisión del modelo desde la psicología comunitaria. En: J. Fernández, J. Herrero & A. Bravo (Coords.). Intervención Psicosocial y Comunitaria (37-42) Biblioteca Nueva, Madrid*
 33. *Cantera, L. (2003) Maltrato infantil y violencia familiar: De la atención a la prevención (Págs.191-219). En PNUD (Ed) Dimensiones de la violencia. San Salvador: PNUD. Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo.*
 34. *Caño X. (1995) Maltratadas. El infierno de la violencia sobre las mujeres. Temas de hoy, Madrid, España.*
 35. *Castañeda Abascal I, Astráin Rodríguez ME, Martínez Rodríguez V, Sarduy Sánchez C, Alfonso Rodríguez AC. Algunas reflexiones sobre el género. Rev Cubana Salud Pública 25(2): 129-142.*
 36. *Castello Blasco, J. ANÁLISIS DEL CONCEPTO «DEPENDENCIA EMOCIONAL». I Congreso Virtual de Psiquiatría 1 de Febrero - 15 de Marzo 2000 [citado: *]; Conferencia 6-CI-A: [52 pantallas]. Disponible en: http://www.psiquiatria.com/congreso/mesas/mesa6/conferencias/6_ci_a.htm*
 37. *Casullo MM y Erbstein P (1981)"Prevalencia de síntomas psiquiátricos en la ciudad de Buenos Aires y Conurbano", Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas, año 1, N° 4, Buenos Aires, Argentina.*
 38. *Comas D. (1995) Trabajo, género y cultura. La construcción de desigualdades entre hombres y mujeres. Ed. Icaria, Barcelona, España.*
 39. *Comas M. (2001) La violencia en el ámbito familiar. Aspectos psicológicos y jurídicos. Consejo General del Poder Judicial. Madrid, España.*
 40. *Comisión Europea (2000) Romper el silencio. Campaña europea contra la violencia doméstica. Luxemburgo: Oficina de Publicaciones Oficiales de las Comunidades Europeas. Comunidad Económica Europea.*
 41. *Coria C (1986) El sexo oculto del dinero, formas de la dependencia femenina, Ed. Paidós, Buenos Aires, Argentina.*
 42. *Coria C (1989) "Violencia y contra violencia de la dependencia económica", en La mujer y la violencia invisible, compilado por Eva Giberti y Ana María Fernandez, Ed. Sudamericana, Buenos Aires, Argentina.*

-
43. Coria C (1989) *El dinero en la pareja. Algunas desnudeces sobre el poder*. Grupo Editor Latinoamericano, Buenos Aires, Argentina.
44. Coria C (1992) *Los laberintos del éxito. Ilusiones, pasiones, y fantasmas femeninos*. Ed. Paidós, Buenos Aires, Argentina.
45. Coria C (1996) *Las negociaciones nuestra de cada día*, Ed. Paidós. Barcelona, España.
46. Coria C (2001) **El amor no es como nos contaron...ni como lo inventamos**. Ed. Paidós, Buenos Aires, Argentina. pp25-57 y pp 59-99.
47. Coria C, Freixas A, Covas S (2005) *Los Cambios en la vida de las mujeres. Temores-Mitos y estrategias*. Editorial Paidós, Buenos Aires, Argentina.
48. Corsi J (1994) **Violencia familiar: una mirada interdisciplinaria sobre un grave problema social**. Ed. Paidós, Buenos Aires, Argentina. pp 48-120
49. Corsi J (1995). **Violencia Masculina en la Pareja**. Edit. Paidós, Buenos Aires, Argentina. pp11-49 y 97-130.
50. Corsi J (2003) **Maltrato y abuso en el ámbito domestico. Fundamentos teóricos para el estudio de la violencia familiar en las relaciones familiares**. Edit. Paidós. Barcelona, España. pp 15-70
51. Corsi J, Peyrú, GM (2003) **Violencias sociales**. Edit. Ariel, Barcelona, España. pp 19-120.
52. Covas S. (1997) *La conciliación trabajo- familia,¿ problema femenino? II Jornadas de la Mujer, Leganés, España.*
53. Covas S. (1997) *La conciliación trabajo-familia ¿problema femenino? En: II Jornadas de la Mujer, Leganés, España.*
54. Dahabar MA.(2003) **Fármacos de uso médico y que en su consumo indebido tienen capacidad para desarrollar dependencia (apunte)**. Carrera de Magíster en Drogodependencia. Universidad Nacional de Córdoba, Córdoba, Argentina..
55. Dawson-Saunders B, Trapp RG (1993). *Bioestadística Médica*. Ed El Manual Moderno, México.
56. De los Ríos R, Gómez E (1991). "La mujer en la Salud y el Desarrollo: Un enfoque Alternativo". Mimeo OPS/OMS.
57. Deutsche H (1979) "Psicología de la Mujer". Edit.Losada, Buenos Aires, Argentina.
58. Deven F y otros (1998) *Revisión de investigaciones europeas sobre conciliación de la vida familiar y laboral de mujeres y hombres*. Rev. Materiales de trabajo de Dción del Menor-MAS, España.
59. Dillon M. (2005) "Las mujeres se venden como ganado" Por Marta Dillon. El caso de una chica desaparecida en Tucumán que reveló la trama de una red nacional de trafica jóvenes para la prostitución. Diario Página 12, Buenos Aires, Argentina. www.pag12web.com.ar/diario/sociedad/3-49442.html.
60. Dio-Bleichmar E (1997) **La sexualidad femenina**, Edit. Paidós, Barcelona, España. pp20-60
61. Dio-Bleichmar E (1985) **El feminismo espontáneo de la histeria**. Edit Adotraf, Madrid, España, pp 17-73.
62. Dowling C (2003) **El complejo de Cenicienta. El miedo de las mujeres a la independencia, Autoayuda, Superación Personal**, Edit Debolsillo, México, México pp 10-43.
63. Doyal L (1996) *Impacto del trabajo doméstico en la salud de las mujeres*. Congreso internacional salud, mujer y trabajo. Edit. Cays Barcelona, España
-

-
64. Durán MA (1986) *La jornada interminable*, Ed. Icaria, Barcelona, España.
65. Duran MA (1987) *De puertas adentro*. Instituto de la Mujer, Madrid, España.
66. Durán MA (2003) *Los costes invisibles de la enfermedad*, Fundación BBVA, Madrid, España.
67. Echeburúa E, Amor P, Fernández-Montalvo J. (2002) *Vivir sin violencia*. Edit. Pirámide, Madrid, España.
68. Echeburúa E, De Corral, P. (1998) *Manual de violencia familiar*. Edit Siglo XXI, Madrid, España.
69. Ehrenreich B, English D. (1979) *For Her Own Good: 150 Years of Experts Advice to Women*. *Annals of the American Academy of Political and Social Science* Vol. 442, *The Human Dimension of Foreign Policy: An American Perspective*, pp 169-170.
70. Eisikovits EJ (1997) *Violencia Doméstica. La mujer golpeada y la familia*. Edit. Granica, Buenos Aires, Argentina.
71. *El Clarín*. *La gente compra cada vez más remedios para los nervios*. *Diario El Clarín*, 23/abril/2005/ *sociedad*. Según el INDEC, los medicamentos del sistema nervioso son los de mayor facturación en el país. Gabriel Giubellino (giubellino& clarin.com)
72. Ellis A, Grad M. (2000) *El secreto para superar el abuso verbal. Cómo salir de la confusión emocional y recuperar el control de tu vida*. Edit. Obelisco, Barcelona, España.
73. Elósegui M (2002) *El rostro de la violencia, más allá del dolor de las mujeres*. Edit. Icaria. España.
74. Entel R (1998) *Mujeres golpeadas, de subordinadas a personas*. Art. *Boletín Informativo del Consejo Profesional de Trabajadores Sociales*, Año 7, N° 23, Buenos Aires, Argentina.
75. Entel R (2002) *Mujeres en situación de violencia familiar. Embarazo y Violencia*. Espacio Editorial. Buenos Aires, Argentina.
76. Erikson EH (1966). *Infancia y Sociedad*. Edit. Horné, 2da Edición, Buenos Aires, Argentina, pp 8-80.
77. Eschoato A (1994). *Las drogas de los orígenes a la prohibición*. Alianza Cien Editorial, Madrid, España, pp 3-26.
78. Falcón L. (1973) *Mujer y Sociedad. Análisis de un fenómeno reaccionario*. Edit. Fontanella, Barcelona, España.
79. Falcón L. (1991) *Violencia contra la mujer*. Edit. Círculo de Lectores. Barcelona, España.
80. Fernández AM (1992) *Las mujeres en la imaginación colectiva, una historia de discriminación y resistencias*. Ed. Paidós, Bs.As. 1992
81. Fernández AM (1994) *La mujer de la ilusión. Pactos y contratos entre hombres y mujeres*. Ed. Paidós, Buenos Aires, Argentina. pp13-93
82. Ferrarotti F (1979) "Acerca de la autonomía del método biográfico". En: Jean Duvignaud (comp.). *Sociología del conocimiento*. Edit. Fondo de Cultura Económica, México, pp 3-71.
83. Ferreira G (1989) *La mujer maltratada*. Edit. Sudamericana, Buenos Aires, Argentina.
84. Ferreira G (1992) *Hombres violentos, mujeres maltratadas*. Edit. Sudamericana, Buenos Aires, Argentina.
85. Fezler W, Field ES. (1996) *La mujer que da todo... y aun así se siente culpable*. Edit Vergara -Bolsillo. Buenos Aires, Argentina
86. Fisas V(1998) *El sexo de la violencia. Género y cultura de la violencia*. Icaria Antrazyt, Barcelona, España.
-

-
87. **Florez J (2004).** *Farmacología Humana. Ed. Masson S.A., 4ta Edición, Barcelona, España. pp 479-491.*
88. **Foucault M (1984)** *Un dialogo sobre el poder. Alianza Editorial, Madrid, España. pp 53-60*
89. **Foucault M (1988)** "El Sujeto y el Poder". En: *Dreyfus H y Rabinow, P, Mas allá del estructuralismo y la dialéctica*. Universidad Autónoma de México, México.
90. **Freixas A (2004)** "Ministras y ministros, vínculos y cuidados", *Diario El País, España.*
91. **Freixas A (2003)** "Abuelas 4 x 4, la solidaridad de los linajes femeninos", *Mujeres y Salud, N° 11-12, pag.29-31.*
92. **Friedan B (1965)** *La mística de la feminidad. Edit. Sagitario, Barcelona, España.*
93. **Gergen K (1996)** "Realidad y Relaciones" *Ed. Paidós. Buenos Aires, Argentina, pp 2-31.*
94. **Giberti E, Fernández AM. (1989)** "Mujer, enfermedad y violencia en medicina. Su relación con cuadros psicósomáticos". *La mujer y la violencia invisible, Edit. Sudamericana, Buenos Aires, Argentina.*
95. **Giberti E. (1985)** "La mujer y el prejuicio", *en Todo es Historia, Buenos Aires, Argentina, pp 5-23.*
96. **Giberti E.(1980)** *Comunicación presentada a las jornadas sobre "Mujer, Cultura y Sociedad", Centro de Estudios de la Mujer, Buenos Aires, Argentina.*
97. **Gómez E (1990)** "Perfil Epidemiológico de la Salud de la Mujer en las Américas". *OPS. Washingtton. D.C.*
98. **Gómez V (2003)** *No seré feliz pero tengo marido. Temas Hoy, Madrid, España.*
99. **González de Rivera JL (2002)** *El maltrato psicológico. Como defenderse del mobbing y otras formas de acoso. Edit Espasa, Madrid, España.*
100. **González R, Santana J (2001)** *Violencia y parejas jóvenes. Análisis y prevención Edit. Pirámide, Madrid, España.*
101. **Gracia E (2002)** *Las víctimas invisibles de la violencia familiar. El extraño iceberg de la violencia doméstica. Edit. Paidós, Barcelona, España.*
102. **Granda J (2006).** *Los españoles abusan de los Tranquilizantes. Diario "El Clarín".*
103. **Granoff W y Perrier F (1980)** *El problema de la perversión en la mujer, Edit Grijalbo, Barcelona, España.*
104. **Haddson C (1985)** *La mujer y los tranquilizantes. Edit. Pirámide. Madrid, España, pp 5-43.*
105. **Harding J (1998)** *¿Quién se beneficia con y quien paga la creciente prescripción de drogas modificadoras del carácter?, Faculty of Social work, University of Regina, Canadá.*
106. **Harris G, Carey B, Roberts J. (2007)** *Cómo los laboratorios influyen sobre los psiquiatras infantiles. Lo que más dinero reciben de la industria son quienes más prescriben drogas. De The New Cork Times. Diario La Nación.*
107. **Hernández R, Fernández P, Batista L (1995).** *Metodología de la investigación. Editorial Amonurtu Editores. Buenos Aires, Argentina, pp 11-33.*
108. **Horney K (1980)** *Psicología Femenina, Alianza Editorial, Madrid, España.*
109. **Hornstein L (2005).** *Sobre la complejidad de las depresiones. "Soy el fracaso" Diario Página 12, Buenos Aires, Argentina*
110. **Inda N (2007)** *El sistema sexo-Género (Parte II) . El género, la clínica. Sexovida.com.*

-
111. **ISIS Internacional (1988). Agenda de salud: “Mujer y Salud” Reflexiones/Salud 4. La otra mirada de la salud mental. Santiago de Chile, Chile. pp 1-8.**
112. **ISIS Internacional (1988). Agenda de salud “Tranquilizantes menores: ¿solución o problema?”, Red de Salud de mujeres, Santiago de Chile, Chile. pp 1-8.**
113. Jackson D (1968). *Comunicación, Familia y Matrimonio (compl.)*. Nueva Edición, Buenos Aires, Argentina.
114. Jacobson N, Gottman J (2001) *Hombres que agraden a sus mujeres. Cómo poner fin a las relaciones abusivas*. Edit. Paidós, Barcelona, España.
115. Kalina E (2000) *Adicciones. Aportes para la clínica y la terapéutica*. Edit. Paidós, Buenos Aires, Argentina.
116. Kimmel, M (1998) *El desarrollo (del género) del subdesarrollo (del género), en Valdés y Olavaria*. Edit. Masculinidades y equidad de género en América Latina. Santiago de Chile: FLACSO.
117. Lagarde M (1990) *Cautiverio de las mujeres: madresposas, monjas, putas, presas y locas*, México, UNAM, 1990
118. Lagarde M (1998) *Claves feministas para el poderío y la autonomía de las mujeres*. Edit Puntos de Encuentro. Managua, Nicaragua.
119. Lagarde M (2000): *Claves feministas para la autoestima de las mujeres*. Edit Puntos de Encuentro. Managua, Nicaragua.
120. Lagarde M (2001) *Claves feministas para la negociación en el amor*. Edit Puntos de Encuentro. Managua, Nicaragua.
121. Larguía I (1997) “Contra el trabajo invisible”, en *La liberación de la mujer*, año cero, Edit. Gedisa, Barcelona, España
122. Lerer ML (1992). *Horas y Horas. Hacerse mujer*. Beas Ediciones, Buenos Aires, Argentina.
123. Lombardi A (1998) *Entre madres e Hijas. Acerca de la opresión psicológica*. Ed. Paidós, Buenos Aires, Argentina.
124. **Lombardi A (1988) Entre madres e hijas. Acerca de la opresión psicológica. Edit Paidós. Buenos Aires, Argentina.**
125. **Lugo C (1995) Machismo y violencia. Revista Nueva Sociedad, N° 78. Venezuela. pp 40-47**
126. Marques JV (1988) *¿Qué hace el poder en tu cama?* Edit Icaria, Buenos Aires, Argentina.
127. Mead M. (1976) *Mis años jóvenes*. Edit. Sagitario. Barcelona, España.
128. Meler I (1997). “Trabajar y amar en varones y mujeres”. *Comentarios en mesa redonda.- Foro de Psicoanálisis y Género*. APBA. Buenos Aires, Argentina
129. **Minuchin S (1982). Familias y Terapia Familiar. Ed. Gedisa. Barcelona. España. pp 27-29**
130. Mitchell J (1977) *La condición de la mujer*. Ed. Anagrama. Barcelona, España.
131. Moncarz E (1987) “La queja cotidiana: una forma de contra-violencia femenina”. En *Burin M y col. Estudios sobre la subjetividad femenina. Mujeres y Salud Mental, Grupo Editor Latinoamericano* Buenos Aires, Argentina.
132. Moncarz E (1988) “La violencia en la vida cotidiana de las mujeres”, *Rev Apertura*, N° 2, Buenos Aires, Argentina.
133. Montenegro M.(2006) *El trabajo de 3,8 millones de ama de casa. Mi patrona cuanto vales*. *Diario Página 12, Economía*.
-

-
134. Monti J (1993) "El insomnio y su tratamiento" Edit Vertex. Buenos Aires, Argentina.
135. Murillo S (1996) *El mito de la vida privada*. Edit. Siglo XXI, Madrid, España.
136. Navarro V (2002) "Globalización y mujer". En: *Globalización y mujer*, Ed. Pablo Iglesias, Madrid, España, pp.153
137. NIDA (1998) **Documentos informativos. Instituto Nacional sobre la drogadicción de Estados Unidos.**
138. NIDA (2000) **Documentos informativos. Método de tratamiento para la mujer.. Instituto Nacional sobre la drogadicción de Estados Unidos.** <http://www.nida.nhi.gov/infofax/>Metodostrat-Sp.html>
139. Nietzsche F (2005). **Así Hablaba Saratustra**. Edit. Letras Clásicas Valdemar. 1º Ed., Madrid, España. pp38
140. O.M.S. (1981) "Evaluación de los problemas sociales y de salud pública relacionados con el uso de sustancias psicotrópicas", Serie de Informes Técnicos 656, Ginebra. pp 37
141. **Observatorio Español sobre Drogas. Encuesta domiciliaria sobre abuso de drogas.2003. Madrid: Delegación del Gobierno para el plan Nacional sobre Drogas;2004 Disponible en: http://pnsd.msc.es/Categoria2/observa/pdf/domiciliaria_2003.pdf**
142. OPS (1993) *Género, mujer y salud en las Américas*. Publicación Científica N° 541 Editora Elsa Gómez Paltex. pp 1-23
143. OPS (1994). *Género, mujer y salud en las Américas*. Publicación Científica N° 542- Editora Elsa Gómez Paltex.
144. OPS. (1995) **La salud y las mujeres en America Latina y el Caribe: Viejos problemas y nuevos enfoques. Programa mujer, salud y desarrollo. Washington, DC.**
145. Pichón Riviere E, Quiroga A (1985) *Psicología de la vida cotidiana*. Ediciones Nuevas Visión, Buenos Aires, Argentina.
146. Pichón Riviere E (1984) **El proceso grupal: del psicoanálisis a la psicología social**. Edit. Nueva Visión. Buenos Aires, Argentina, pp5-120.
147. Pichon Riviere E. (1985) *Teoría del vínculo*. Edit Nueva Edición, Buenos Aires, Argentina.
148. Poder Legislativo Córdoba (2006). *Violencia Familiar. Recopilación de notas informativas. Cuaderno N° 10. Producida por "Centro de Documentación"-Secretaría Técnica Parlamentaria.*
149. **Poder y empoderamiento de las mujeres (Programa) (1997). Facultad de Ciencias Humanas. TM Editores. Tercer Mundo, S.A., Santa Fé de Bogota, Colombia, pp 187-211.**
150. Ravazzola MC (1987) "Terapia Familiar: los estereotipos sexuales como parte del contexto social", Edit. Sistemas Familiares, Buenos Aires, Argentina.
151. Ravazzola MC (1999) **Historias Infames: Los maltratos en las relaciones**. Edit. Paidós. Buenos Aires, Argentina, pp 9-73.
152. Ravazzola MC (2002) *Resiliencias familiares*. En: Melillo, A. & Suarez, E. (Comps) *Resiliencia. Descubriendo las propias fortalezas*. Edit Paidós. Buenos Aires, Argentina, pp. 103-122
153. Riso W (1980) **¿Amar o Depender? Cómo superar el apego afectivo y hacer del amor una experiencia plena y saludable**. Grupo Editorial Norma. Impreso por OP Editorial, Colombia. pp 21-211
154. Riso W (2003) *Aprendiendo a quererse a si mismo*. Edit. Norma S.A., Colombia.
-

-
155. Riso W (2003) *Deshojando Margaritas. Acerca del amor convencional y otras malas costumbres*. Edit. Norma S.A., Colombia.
156. Riso W(2003) *De regreso a casa. Un reencuentro con las fuentes naturales del bienestar y la salud emocional*. Edit. Norma S.A., Colombia.
157. Rodenberg B (1999) **“Género + Empoderamiento = Democracia de género? En: Lola Press N° 10, <http://www.lolapress.org/>**.
158. Rodríguez San Julian E.(2000) **Perspectiva de genero en los problemas de drogas y su impacto. Madrid en: <http://insitutospiral.com/symposium/index.htm>**.
159. Romo Aviles N, Vega A, Meneses C, Gil García E, Markez I, Poo M (2003) *Sobre el malestar y la prescripción: un estudio sobre los usos de psicofármacos por las mujeres*. Rev. Esp. Drogodependencias; 28:372-80.
160. Ruiz Bravo P, Barrig M. (2002) *“Lineamientos metodológicos para la incorporación del enfoque de género en el seguimiento y evaluación de proyectos”*. En: Biblioteca electrónica PREVAL II.
161. Sáenz Buenaventura C (1988) **“Acerca del mito de las madres patógenas, en Sobre mujer y salud mental, Ed. La Sal, Barcelona, España. pp 3**
162. Sáenz Buenaventura C (1988) *“Sobre el síndrome premenstrual: sexismo y categorías diagnósticas”*, en *Sobre mujer y salud mental*, Ed. La Sal, Barcelona, España.
163. Sáenz Buenaventura C (1990) *Violencia y proceso de socialización genérica*. En Maquieira V, Sánchez C (com) *Violencia y sociedad patriarcal*. Madrid, España.
164. Sautu R (comp.) (2004) **El método biográfico. La reconstrucción de la sociedad a partir de los testimonios de los actores**. Edit Lumiere, Buenos Aires, Argentina, pp 4-85.
165. Schumukler B (1982) **“Familia y dominación patriarcal en el capitalismo”**, en *Sociedad, subordinación y feminismo, Vol. III, Bogotá, Colombia. pp 25-65*
166. Secretaria de Salud (1986) *“Programa contra la farmacodependencia”*. Consejo Nacional contra la Fármaco dependencia. México.
167. **SEDRONAR. Informe 2005. Arizaga C, Vallejo N y otros.**
168. Serra C. (2004) *¿Pueden infartarse las mujeres? Enfermedades Coronarias en la Mujer. ¿Dónde están las diferencias?* Edit. recursos fotográficos, Córdoba, Argentina.
169. Sorokin P (1995) *“Droga y Gorda contienen las mismas letras aunque se escriben diferente: acerca de la medicalización de la bulimia y la anorexia”*. I° Jornada Droga, Salud y Sociedad .Universidad Nacional de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina.
170. Stefano C y otros (1999) *La Familia del toxico dependiente*. Terapia Familiar. Edit Paidós. Buenos Aires, Argentina.
171. **Stoller R y colab (1992) El desarrollo de la masculinidad: una contribución transcultural. Revista de la Asociación Escuela Argentina de Psicoterapia para graduados; 18: 30-50. Buenos Aires, Argentina.**
172. Tubert S (1991) *La sexualidad femenina y su construcción imaginaria*. Edit siglo XXI, Madrid, Argentina.
173. UNESCO (1987) *“La mujer 2000”*, Publicación N° 2.
174. Valls C. (2006) *“Todos los que intervienen en el espacio socio sanitario, tendrían que haber reflexionado sobre los temas de género”*. Por Leonor Taboada 20/23/06. Mujeres y Salud- Revista de comunicación interactiva. pp 1-7.
175. Velázquez S (2006) *Violencias cotidianas, violencia de género. Escuchar, comprender y ayudar*. Edit. Paidós, Buenos Aires, Argentina. pp 24-175 y pp 242-266.
-

176. Videla M (1987) *Maternidad, mito y realidad*. Editorial Nueva Visión, Buenos Aires, Argentina
177. Vila C (1897) *Violencia familiar. Mujer golpeada*. Opúsculos de Derecho Penal y Criminología, Córdoba.
178. von Bertalanffy KL (2007). *Bosquejo de la Teoría General de los Sistemas*. Edit. Fondo de Cultura, México. pp 3
179. Von Glaserfeld E (1994) “La Construcción del conocimiento”. En: Schnitman F (Comp) *Nuevos Paradigmas. Cultura y subjetividad*. Ed. Paidós. Buenos Aires, Argentina, pp 15-98.

CITAS TOMADAS DE INTERNET

- I.A. Boletín de Artemisa. Periodismo de Género para mujeres y varones. (<http://www.artemisanoticias.com.ar/site/boletin.asp>)
- I.B. Borrás R. El Observatorio Español. <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/observa/home.htm>
- I.C. CIMAC noticias. Considerable aumento de adicciones en población femenina. <http://www.cimacnoticias.com/noticias/04sep/s04090604.html>
- I.D. Chaher S. Boletín de Artemisa. Periodismo de género para mujeres y varones. Salud/ clínica. *Viciosas pero obedientes*, 31 de noviembre de 2005.
- I.E. Grupo de Palo Alto. En: Massó Cantarero F. El Constructivismo en Psicología. <http://www.cop.es/colegiados/M-00407/constructivismo.htm>
- I.F. MONTERO GÓMEZ, Andrés Síndrome de adaptación paradójica a la violencia domestica. Sociedad Española de Psicología de la Violencia. www.sepv.org
- I.G. ROMI, Juan Carlos. Reflexiones sobre la sexualidad femenina. Centro de Estudios de la coedición masculina Madrid. Correo bonconv@interplanet.es
- I.H. Los Hombres tienen fobia a la enfermedad femenina. Investigación sobre cáncer y divorcio presentada durante el 37º Congreso de la Sociedad Americana de Oncología Clínica (ASCO), www.mujereschile.cl.
- I.I. GÓMEZ Elsa: Equidad, género y salud. Mitos y realidad. Revista Mujer y Salud Chile, www.redsalud.cl
- I.J. TORRES, Carmen. La otra mirada de la salud mental. Reflexiones / Salud 4. www.psicocentro.com
- I.K. UGR Drogas para hombres, drogas para mujeres- Un estudio coordinado por UGR pone de manifiesto los condicionantes sociales en la prescripción de psicofármacos a mujeres. C@mpus digital.
- I.L. MOYA F. Mujeres y Psicofármacos. El blanco de la química. Según cifras del Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes (Conace) por cada hombre hay dos mujeres adicta a los psicofármacos. www.mujereschile.cl. Miércoles 25 de mayo del 2005**
- I.M. GRANADA. Noticias de Hogar y Salud – Un 30 por ciento de los casos de malestar general en mujeres esconde un episodio de malos tratos www.red.com
- I.N. Clarín.com Casos de diván: por qué va y cómo llega la gente al psicólogo. Tendencias: Radiografía de los pacientes, según un estudio realizado en capital y gran Buenos Aires. Cuatro de cada diez consultan por ataques de pánico, miedos, fobias o depresión. El 62% de esos pacientes llega con un autodiagnóstico equivocado. Y el 48% lo hace automedicado. La mayoría mujeres 60% .2005/06/05. Ivonne L'Estrange http://www.Clarín.com/diario/2006/09/04_sociedad/s
- I.O. <http://www.cimac.org.mx/noticias/00oct/00101005.html> Llamam dominicanas a “desprivatizar” el malestar de las mujeres. Dos veces más mujeres que hombres consumen psicofármacos. Santo Domingo, Rca Dominicana (Mirta Rodríguez Calderón, corresponsal / Cimac)
- I.P. <http://www.nodo50.org/mujeresred/violencia-am-sindrome.html> Síndrome de adaptación paradójica a la violencia domestica. Por Andrés Montero Gómez .Publicado en Diario 16-8de marzo 2001**

- I.Q. [http:// www.antroposmoderno.com/antro-version- Pagina 12](http://www.antroposmoderno.com/antro-version- Pagina 12): Antro posmoderno. Una investigación revela como los laboratorios manipularon los efectos de la crisis económica para vender más antidepressivos. 08/26/2005. El negocio de inflar la psicosis. Las empresas propiciaron encuentros y debates sobre las consecuencias psíquicas de la crisis. Influyeron sobre los psiquiatras, les pagaron viajes y les ofrecieron otros beneficios.
- I.R. <http://género.bssalud.org/does/leve> Biblioteca Virtual en salud -GenSalud (Home) Glosario Género y Salud. Equidad de Género en Salud.12/09/2005.
- I.S. [http:// WWW.profamilia.org.co/jovenes/doc](http://WWW.profamilia.org.co/jovenes/doc) La igualdad entre hombres y mujeres es una cuestión de Derechos Humanos, una condición para la justicia social y es también un requisito necesario y fundamental para la equidad, el desarrollo- IV Conferencia Mundial Sobre las Mujeres, Plataforma de Acción. Beijín.
- I.T. <http://www.mujeres en red.net>. Globalización y nuevas servidumbres de las mujeres. Por Rosa Cobo .Universidad de La Coruña.05/07/2006
- I.U. <http://drogas.bioetica.org/drodad1.htm>. Revista electronica. Por Sorokin, Patricia. “Viejas, Feas, Gordas y Locas”. 12/04/05