

Universidad de La Habana
Facultad de Psicología

TESIS PRESENTADA EN OPCIÓN AL TÍTULO ACADÉMICO DE
MASTER EN ESTUDIOS DE GÉNERO

**“La expresión de la identidad de género en la
personalidad neurótica. Un estudio en mujeres
diagnosticadas con Trastorno Ansioso-Depresivo”**

Autora Lic. Claudia Eticalcano Vázquez

Tutores Dra. Norma Vasallo Barrieta
Dr. Armando Alonso Álvarez

La Habana 2008

ÍNDICE

Resumen

Introducción	1
Capítulo I. Marco Teórico	8
Epígrafe 1.1 La Perspectiva de Género. Su utilidad para el análisis de la condición de vida de mujeres y hombres.....	8
Epígrafe 1.2 La identidad de género: El proceso de su conformación y expresión en las sociedades patriarcales.....	14
Epígrafe 1.3 La expresión de la enfermedad mental desde el prisma de las identidades de género. El caso de la personalidad anómala en la Neurosis.....	24
Capítulo II. Metodología de la Investigación	34
Capítulo III. Análisis de los resultados	42
Análisis de los resultados por casos.....	42
Integración de los resultados.....	68
Análisis de la expresión psicológica de las identidades de género en las alteraciones de la personalidad neurótica de las mujeres estudiadas.....	70
Conclusiones	74
Recomendaciones	76
Referencias	77

Anexos

RESUMEN

El tema de la salud y la enfermedad mental ha despertado el interés de los científicos desde épocas remotas, en sus inicios abordado esencialmente desde la Biología y más tarde enfatizando en la importancia de los factores psicológicos, sociales y culturales en la construcción de la subjetividad, y su influencia en la salud humana.

En el caso de la Neurosis, resulta interesante el análisis de las cuestiones de este tipo, pues ha sido una entidad que desde sus inicios ha estado particularmente vinculada a la mujer, lo cual ha tenido lugar a partir de las diferentes explicaciones que múltiples autores han dado sobre sus factores etiológicos y psicodinámicos, las que aún superadas por la ciencia, operan a nivel de lo imaginario.

No obstante, en la actualidad y por múltiples razones, es un diagnóstico muy frecuentemente realizado en este grupo genérico, tendencia que se observa a nivel mundial y en nuestro contexto.

Basado en ello, el *problema de investigación* que da curso a nuestro estudio es: ¿Cómo se expresa la identidad de género en las alteraciones de la personalidad neurótica de mujeres diagnosticadas con Trastorno Ansioso-Depresivo?

Para dar respuesta al mismo nos trazamos el siguiente *Objetivo General*: Valorar la expresión de la identidad de género en las alteraciones de la personalidad neurótica en mujeres con diagnóstico de Trastorno Ansioso-Depresivo.

El estudio realizado permitió valorar la correspondencia que se establece entre las identidades de género de las mujeres estudiadas y la identidad femenina tradicional, la que además caracteriza las alteraciones de personalidad que presentan.

Los resultados muestran también, la importancia de enfatizar en la atención a la salud de las mujeres desde una concepción integral, que preste particular atención a la vinculación que tiene lugar entre los aspectos psicosomáticos, identidad sexual, racial, de género y otros.

INTRODUCCIÓN

Desde la sociedad primitiva hasta la actualidad, la humanidad ha sido partícipe de las más diversas manifestaciones de subordinación de las mujeres a los hombres, las que han transitado desde las más claras expresiones de sometimiento y discriminación, hasta las formas más solapadas y enmascaradas de sumisión y obediencia a los patrones que han definido la compleja estructura de la sociedad patriarcal. El otorgamiento de funciones dicotómicas y excluyentes a cada uno, ha sido expresión y mecanismo para el control social.

Los roles que tradicionalmente se han asignado a las mujeres en estas sociedades y que determinan su función social, se caracterizan por la disposición para proveer y cuidar del bienestar familiar y la salud, como madres, esposas, amas de casa, hijas, etc., siempre al servicio de “los otros”, lo que las ha convertido en “agentes de salud”, pero no favorece su posicionamiento como “sujetos de salud”.

Quizás por ello más mujeres que hombres en el mundo sufren trastornos mentales, acuden más al médico y son medicadas, muchas veces, sin indagar las verdaderas causas de la demanda. La depresión y/o la ansiedad, por ejemplo, es frecuentemente tratada con una píldora, obviándose la indagación de los factores psicosociales que pueden ser los reales condicionantes del padecimiento. (Huertas, 1991)

De manera similar ocurre en el caso de los trastornos neuróticos -una de sus afectaciones más frecuentes en salud mental- cuyo desarrollo no es hereditario y sí se asocia a la interacción con una serie de situaciones conflictivas y un aprendizaje de vida no sano.

Según muestran numerosas investigaciones (Huertas, 1991; Sáiz, Ibáñez & Montes, 2001) los síntomas de la mujer se caracterizan por dirigir la agresividad hacia ellas mismas, manifestándose como depresión, culpa, desvalorización, ansiedad, angustia, irritabilidad; lo que puede estar vinculado a la influencia de sus relaciones de género y al desempeño de determinados roles, que mediados por las costumbres, tradiciones y estereotipos de género, son asignados, aprendidos y asumidos por ellas en el proceso de socialización.

Al parecer, la enfermedad mental no es vista como manifestación de un problema individual en relación directa con la opresión social a la cual están expuestas todas las

mujeres en la sociedad patriarcal, la que no permite u obstaculiza muchas veces su satisfacción, realización plena, crecimiento personal y calidad de vida.

Una concepción integral de su salud debe enfatizar en la vinculación que se establece entre los aspectos psicosomáticos, identidad sexual, racial y de género, la función social y vivencias al respecto, así como las asociadas a las condiciones socio-económicas en que se desenvuelven y que caracterizan su contexto histórico e individual.

Hasta nuestros días, la construcción de la Psicología y otras ciencias sobre la enfermedad mental de las mujeres, ha estado basada en los estereotipos dominantes sobre lo que es apropiado o inapropiado en la conducta de éstas. De modo que si se desvían de las nociones de conducta "femenina" socialmente prescritas, pueden ser etiquetadas como "trastornadas" o "enfermas", aún cuando las características que prescribe la identidad femenina tradicional generan indudable vulnerabilidad. (Mayobre, 1998).

Bajo el disfraz de definiciones de salud mental libres de valores, la psicología ha promovido suposiciones acerca de cómo es la sociedad y qué significa ser normal. La psicología tradicional, por ejemplo, ha asumido que el hombre masculino y la mujer femenina son los modelos del desarrollo "sano". (Mayobre, 1998)

Por ello, la modificación institucional de las estructuras del Estado, la transformación de la legislación vigente y otra serie de normativas, así como de las producciones y paradigmas científicos, constituye en muchos países un empeño necesario para quienes intentan alcanzar posiciones de equidad. No obstante, resulta importante además, la transformación de otro conjunto de condiciones, como la subjetividad de quienes sustentan dichas posiciones y por tanto de las identidades de género en las que se manifiestan.

La realidad cubana actual muestra que a pesar de la creciente inserción de la mujer en los diferentes espacios de la vida social y los cambios ocurridos como consecuencia en sus identidades de género, continuamos siendo partícipes de una sociedad profundamente diferenciada, con su inevitable implicación en todos los órdenes. Una revolución social implica siempre la revolución cultural, aunque no en la misma medida y velocidad.

El movimiento feminista internacional y en nuestro contexto la Federación de Mujeres Cubanas (FMC), han desarrollado y continúan llevando a cabo un papel muy importante en este sentido.

Nuestra concepción para la atención integral a la mujer y como parte de ella a su salud mental, demanda el análisis de las expresiones de malestar de las mujeres, puntualizando qué características orgánicas, fisiológicas y emocionales son naturales y cuáles no, así como la influencia ejercida por el conjunto de valores y prejuicios dicotómicos y excluyentes que se les ha adjudicado históricamente (atribuciones socio-culturales que forman parte de la condición femenina) y que constituyen determinantes de su salud mental.

Teniendo en cuenta esta problemática, el cuestionamiento que motiva y rige nuestra investigación se halla en función de ***cómo se expresa la identidad de género en las alteraciones de la personalidad neurótica de mujeres diagnosticadas con Trastorno Ansioso-Depresivo.***

Lo que resulta particularmente importante si tenemos en cuenta que la eliminación de toda forma de discriminación y como parte de ello la lucha por el logro de la equidad de género y el bienestar social (expresado en sus diferentes formas), forma parte de los Objetivos de Desarrollo del Milenio que con vistas al progreso humano se aprobaron en la Cumbre del Milenio en el año 2000 (Organización de Naciones Unidas [ONU], 2003) y ante lo cual nuestro gobierno no se muestra ajeno.

Estos objetivos, junto a los que para nuestro contexto declara el Plan de Acción Nacional de Seguimiento a la IV Conferencia Mundial de la Organización de Naciones Unidas sobre la Mujer (1997), celebrada en Beijing en 1995, constituyen lineamientos de obligatoria consulta y necesario cumplimiento. Su aprobación y publicación en la Gaceta Oficial de la República de Cuba muestra la pretensión del estado cubano de contribuir desde las políticas sociales al pleno bienestar psicosocial de la mujer y a elevar su calidad de vida y salud general.

De los noventa acuerdos o tareas que conforman el Plan Nacional de Seguimiento a la Conferencia de Beijing, al menos seis directa o indirectamente argumentan la **importancia** de la presente investigación.

- Acuerdo 44: aboga por la necesidad de instrumentar, desde la perspectiva de género, nuevas formas de intervención sobre aspectos que afectan la salud de la

- mujer como: salud mental, estrés, salud ocupacional, convivencia familiar, tercera edad, doble jornada, autoestima, estilos de vida, etc.
- Acuerdo 71: fortalecer la perspectiva de género en todos los programas de salud vigentes. Entre ellos especifica el de salud mental.
 - Acuerdo 82: brindar mayor información y orientación a la mujer acerca de las enfermedades más frecuentes que la afectan, con la finalidad de mejorar su calidad de vida y la de su familia.
 - Acuerdo 85: estimular el desarrollo de investigaciones en diferentes áreas con un enfoque de género, de modo tal que permitan un mayor y mejor conocimiento de la situación de la mujer y sirvan como base necesaria para el perfeccionamiento de la atención a la misma en las nuevas condiciones.
 - Acuerdo 86: brindar particular atención a las estadísticas de morbilidad con dimensión de género y cobertura territorial, así como por causa y por sexos, a fin de profundizar en su situación de salud y facilitar la creación de nuevos programas de salud y/o el reajuste de los existentes.
 - Acuerdo 89: desarrollar programas de estudios de género en la educación superior, de modo que contribuyan al desarrollo de esta perspectiva en la investigación científica, la enseñanza y el quehacer profesional de profesores y futuros profesionales.

La **actualidad** de esta investigación se explica no solo por la necesidad de atender estas cuestiones en nuestro contexto social y político, sino también a partir del análisis de las estadísticas aportadas por diferentes investigaciones en las que se verifica la presencia de trastornos con desarrollo neurótico en más del 40% de los casos diagnosticados. Según cifras de morbilidad informadas por autores de diferentes latitudes ésta varía del 0,1 al 10% en la población general. (Huertas, 1991)

Es además, un diagnóstico de 2 a 3 veces más realizado en las mujeres, tendencia que se observa en todos los grupos de edad y países del mundo. (Noyes & Kolb, 1966; Kaplan, Freedman & Sadock, 1982; Huertas, 1991; Sáiz et.al., 2001)

Estudios epidemiológicos realizados en Cuba, indican que los trastornos neuróticos junto a las reacciones situacionales son de los diagnósticos más frecuentemente realizados en la psiquiatría ambulatoria (Otero et.al., 2001 citado en González, 2003).

Las neurosis constituyen alrededor del 50 % de las enfermedades mentales (Alonso & Villanueva, 1996) y aproximadamente 1/3 de los pacientes que acuden a consulta

externa psiquiátrica lo hacen por presentar esta afección (González, 2003), siendo las mujeres mayoría. Dentro de sus formas clínicas, el trastorno ansioso-depresivo, parece ser uno de los más frecuentes.

En el campo de la Psicología y la Salud, la importancia y **novedad** de la investigación que se presenta es considerable. El análisis de género realizado a las cuestiones vinculadas a la salud mental de las mujeres resulta de inestimable valor en el contexto actual, que a pesar de los múltiples esfuerzos carece de esta perspectiva.

Aunque como parte de los estudios de género que vienen desarrollándose desde hace algunos años, se han establecido nexos entre la condición de género de las mujeres y la expresión de su salud mental, estos han sido estudios con poco nivel de profundización en entidades particulares, como es el caso de la Neurosis; lo que consideramos ha obstaculizado el desarrollo de una concepción más completa sobre su etiología, profilaxis y tratamiento.

A pesar de la influencia que puede tener para muchas mujeres y su salud mental la vivencia de malestar producida por el conflicto entre lo asignado y lo asumido, los modelos de rehabilitación no conciben estas cuestiones, impidiendo la aplicación de un tratamiento realmente eficaz para estos casos.

Los **aportes** de la investigación se explican entonces, a partir del intento de aplicación consecuente de los postulados de la teoría de género al estudio de un fenómeno clínico, lo que resulta aún, poco frecuente en el área de la Psicología y la Psiquiatría.

Por todo ello y para dar respuesta a nuestro problema de investigación, nos planteamos los siguientes objetivos:

Objetivo General

Valorar la expresión de la identidad de género en las alteraciones de la personalidad neurótica en mujeres con diagnóstico de Trastorno Ansioso-Depresivo.

Objetivos Específicos

- Identificar las áreas o dimensiones a través de las cuales se expresan las identidades de género femeninas.
- Caracterizar la identidad de género de las mujeres del grupo de estudio seleccionado.
- Identificar la expresión psicológica de la identidad de género en las alteraciones de la personalidad neurótica de las mujeres de la muestra.

La tesis consta de tres capítulos, en el primero se declara el marco teórico de la investigación en tres epígrafes dedicados a abordar la perspectiva de género como nuestro fundamento más amplio y su utilidad para el análisis de la condición de vida de mujeres y hombres; la identidad de género y el proceso de su conformación y expresión en las sociedades patriarcales, y la expresión de la enfermedad mental desde el prisma de las identidades de género, el caso de la personalidad anómala en la Neurosis.

El segundo es el capítulo metodológico y en el tercero se procede al análisis de los resultados en tres momentos: caracterización de la identidad de género de cada uno de los casos, integración de las mismas e identificación de su expresión psicológica en las alteraciones de la personalidad.

La investigación se realizó a partir de un estudio de casos múltiples. Para ello fueron seleccionadas 10 mujeres de entre 25 y 56 años (para un promedio de 43 años de edad), diagnosticadas con Trastorno Ansioso-Depresivo con desarrollo neurótico según el GC-3 e ingresadas durante el mes de noviembre de 2007 en la sala del Neurótico del Hospital Psiquiátrico “Comandante Gustavo Machín” de Santiago de Cuba.

Para la realización del estudio se procedió al análisis psicológico de los datos de la historia clínica, se realizó una entrevista en profundidad por dimensiones (realizada en dos partes), se aplicó la técnica de los Diez Deseos y observaciones durante cada uno de los encuentros.

El procedimiento general fue concebido en cuatro sesiones de trabajo. Primeramente se realizaron las revisiones de las historias clínicas procediendo a la selección de la muestra. Una vez seleccionada se solicitó su consentimiento declarando la intención de la investigación y ofreciendo confidencialidad y anonimato. Obtenida la aprobación de las mujeres se procedió al estudio minucioso de sus Historias Clínicas en función del análisis psicológico de los datos que ella aporta. La aplicación de los instrumentos se realizó en el siguiente orden:

Primera sesión: Entrevista en profundidad (parte I). Observación.

Segunda sesión: Entrevista en profundidad (parte II). Observación.

Tercera sesión: Técnica de los Diez Deseos. Observación.

Cuarta sesión: Entrevista retest (si fuese necesario). Observación. Momento de cierre de las sesiones de trabajo (devoluciones) y recomendaciones.

Durante toda la investigación y para el análisis de los resultados se empleó la Metodología Cualitativa por favorecer el análisis contextualizado de la expresión y formas de manifestación del contenido de género, en la construcción de la subjetividad y configuración personalológica de las sujetos estudiadas.

De manera general la investigación permitió valorar cómo los mitos, asignaciones y creencias estereotipadas sobre lo femenino y lo masculino que se transmiten generacionalmente a través de la socialización, resultan fundantes de las identidades de género y además de generar múltiples malestares subjetivos, matizan la expresión de las alteraciones de la personalidad neurótica de las mujeres estudiadas.

CAPÍTULO I. Marco teórico

1.1 La Perspectiva de Género. Su utilidad para el análisis de la condición de vida de mujeres y hombres.

Son relativamente pocos los años que se pueden contar del uso de la categoría género en muchos de los estudios realizados en las Ciencias Sociales, al analizar, diagnosticar o caracterizar cualquier estructura o fenómeno social. De las implicaciones y trascendencia sociocultural que encierra en sí misma esta categoría, poco se podía hablar hace algunas décadas por las limitaciones existentes en sus conceptualizaciones, propias de una vanguardia científica enmarcada en un contexto que difícilmente propiciaba compartir la teoría de la construcción cultural para explicar las diferencias entre mujeres y hombres.

Es en la segunda mitad del siglo pasado, que se comienza a emplear la categoría “Género” con una nueva acepción, a partir de la necesidad de designar la inscripción sociocultural de las diferencias, presente en la conformación de las identidades y subjetividades femeninas y masculinas. Para entonces numerosas investigaciones que venían desarrollándose en el mundo académico generaban cuestionamientos de esta índole e imponían la necesidad de realizar una relectura del conocimiento científico acumulado.

Entre ellas las realizadas por Margaret Mead en la década del 30 del siglo pasado en tres sociedades de Nueva Guinea con diferentes niveles de desarrollo (los Arapesh, los Mundugumor y los Tchamubli), percatándose de que su organización social no siempre era patriarcal. (Mead, 1981)

Un momento importante en este sentido, lo marca también los estudios desarrollados por Money, sobre la identidad sexual, donde constata la existencia de elementos de tipo educativo que ejercían notable influencia en la conformación de la subjetividad a nivel individual y la identidad sexual tanto en hombres como en mujeres, lo que acuña con el término “Gender”, en español “Género”; siendo esta una de las primeras referencias que se tienen del uso de esta categoría con semejante acepción. No obstante, no es hasta el año 1967 en que Stoller publica su libro “Sex and Gender”, donde define con mayor precisión las categorías “Sexo” y “Género”. (Montecino, 1997; Fraisse, 2002; Vasallo, 2004; Lamas, s/f)

Más tarde en 1975 el análisis realizado por Rubin en "El tráfico de mujeres: notas para una economía política del sexo" (en Lamas, 1996) resultó motor impulsor que estimuló el desarrollo de un nuevo modelo teórico, a partir del análisis de las causas de la opresión de las mujeres en las sociedades patriarcales y la reelaboración teórica del sistema sexo/género, demostrando que los conocimientos científicos alcanzados hasta el momento eran insuficientes, pues estaban basados en el carácter "natural" de las diferencias entre hombres y mujeres, y permeados por prejuicios que marcaban el desarrollo de la ciencia: el *androcentrismo* y el *etnocentrismo*¹.

Todos estos hallazgos en el campo de las ciencias, junto a la pujanza del movimiento feminista producto de la situación social reinante luego de la segunda guerra mundial y específicamente de la situación de las mujeres (que exigían igualdad y libertad); se impuso el inicio de un cuestionamiento -aún inconcluso- de todo el sistema conceptual y metodológico operante en diversos campos científicos, y que supone un nuevo modo de hacer ciencia.

Todo ello condujo finalmente, a la ocurrencia de una revolución epistemológica -y por tanto teórica y metodológica-, que se gestó con la introducción de la categoría Género, y se convirtió sin lugar a dudas en un arma de lucha desde la academia, pues sentó las premisas y coordenadas para andar por el camino de las develaciones de las estructuras y mecanismos que justifican y perpetúan la desigualdad de género.

La categoría Género se convierte en una categoría de suma importancia, que facilita el análisis y la comprensión de la condición femenina y masculina, y permite explicar cómo se produce la construcción de las subjetividades atendiendo a la significación social de cada sexo, lo que se contrapone al discurso androcéntrico que ha distinguido a la ciencia durante siglos.

Aún en la actualidad, los estudios de género son sometidos a reevaluaciones y cuestionamientos constantes, suscitando polémicas y generando posturas científicas muy diversas, por lo que resulta difícil plantear un sistema de conocimientos acabados en torno al tema.

No obstante, existe bastante consenso en concebir al Género como el conjunto de ideas, representaciones, prácticas y prescripciones sociales que una cultura desarrolla

¹ En tanto el "hombre" "blanco" "occidental" se erigía como el paradigma, el referente. Evidenciándose una mirada centrada en lo masculino y desde lo masculino, que no permitía se tomara en consideración las particularidades de las mujeres, lo que implicaba una negación e invisibilización de la diversidad.

a partir del reconocimiento de la diferencia anatómica entre los sexos. El género es la construcción cultural de la diferencia sexual, simboliza lo que es "propio" de los hombres (lo masculino) y lo que es "propio" de las mujeres (lo femenino); lo que estructura un conjunto de creencias y prácticas que jerarquizan y discriminan a los seres humanos. (Lagarde, 1996; Lamas 2003)

Desde el punto de vista psicológico, el género puede ser analizado como un "conjunto de creencias compartidas por un grupo social sobre las características psicosociales, es decir, los rasgos, roles, motivaciones y conductas que se consideran propias de mujeres y hombres". (Bosh et. al., 1999 citado en Vasallo, 2004)

Aunque existe una estrecha relación entre las categorías "Sexo y Género", ambas aluden a realidades diferentes, en tanto *"una cosa es la diferencia sexual y otra las atribuciones, ideas, representaciones y prescripciones sociales que se construyen tomando como referencia a esa diferencia sexual"* (Lamas, s/f). Lo genérico se refiere *"al significado cultural que el cuerpo sexuado asume"*. (Butler, 1990)

La categoría Género reconoce e intenta explicar de qué manera la diferencia biológica (anatómica, bioquímica, fisiológica, física, o de cualquier otro tipo) se interpreta culturalmente como una diferencia sustantiva que marca el destino de las personas.

Esta además de erigirse como *categoría analítica*, válida para el estudio diferenciado del proceso de construcción de las subjetividades e identidades femeninas y masculinas, así como de sus condiciones de vida; es una *categoría relacional* e implica el análisis de las formas de relación y jerarquías que se establecen entre mujeres y hombres a partir de la oposición binaria² existente en las sociedades patriarcales, lo que determina además que se instauren socialmente formas pautadas de relación, generando desigualdad.

El género es también una *categoría histórica*, que alude al proceso evolutivo e histórico social por el que se interiorizan las expectativas y normas sociales, y hace referencia al sentido psicológico del individuo de ser hombre o mujer, con los comportamientos sociales y psicológicos que cada sociedad ha designado como femeninos o masculinos en cada momento histórico concreto, y que son internalizados, forman parte de nuestra identidad y matizan las expresiones personológicas.

² Este sistema binario da lugar a una jerarquía o asimetría que influye en que sea visto como "natural" el hecho de que mujeres y hombres se contrapongan, ocupando espacios y desarrollando roles y funciones diferentes. (Ver Mayobre, 2001)

La Perspectiva de Género se constituye entonces como una concepción feminista del mundo, cuyo centro es una crítica a la concepción androcéntrica del mundo. Es una visión crítica, explicativa y alternativa a lo que acontece en el orden de género; es una visión científica, analítica y política. Su objetivo fundamental es contribuir a la construcción subjetiva y social de una nueva configuración de la concepción del mundo, a partir de la re-significación de la historia, la sociedad, la cultura y la política, desde las mujeres y con las mujeres. Implica el reconocimiento de la diversidad de géneros y la diversidad dentro de cada uno. (Lagarde, 1996)

La perspectiva de género se erige como un conjunto de diversas prácticas teóricas que incluyen críticas al orden social establecido, a las formas de poder existentes como el patriarcado y a todos los saberes supuestos desde una posición sexista; intentando re-significar la posición de la mujer y contribuyendo a su incorporación a todos los ámbitos como sujetos pensantes y actuantes. (Lagarde, 1996^a)

Cualquier estudio desde esta perspectiva implica el análisis desde diferentes aristas, en tanto la categoría género es multidimensional, e intenta explicar la síntesis histórica que se da entre lo biológico, lo económico, lo social, lo político, lo psicológico y lo cultural. Todas estrechamente vinculadas.

La dimensión *biológica* se halla implícita en tanto esta categoría explica -y al integrarse como parte de la Perspectiva intenta también de-construir-, el hecho de que a partir de las atribuciones hechas a los cuerpos se construya un orden social desigual, o sea, el género toma en cuenta la interpretación social que se hace del hecho biológico y la significación que se le atribuye en cada sociedad a esa diferencia.

Ello explica además, la implicación de elementos de tipo *social*, “ser mujer/ser hombre” es algo a lo que “aprendemos a ser”, a partir de deberes, prohibiciones y patrones asignados socialmente y legitimados por cada sociedad para ambos géneros. Este sistema de significaciones es transmitido *culturalmente* de generación en generación a través de la socialización y sus agentes.

La *subjetividad* por su parte, se convierte según Lagarde (1996^a), en el prisma por el que pasa toda esta información, pudiendo convertirse en uno de los ejes que sustenta la subordinación de la mujer y lo femenino, en función de cómo cada persona procese dicha información (desde su cosmovisión), la asuma y haga uso de ella. De hecho, los procesos que generan desigualdad se hallan implícitos en los valores, símbolos y formas específicas en que se relacionan los seres humanos en cada sociedad, y que

forman parte de la configuración subjetiva individual (de la identidad personal); generando exclusión y reforzando la dicotomía en los espacios de realización y acción de mujeres y hombres.

El género implica además un análisis *político*, pues si entendemos la política como el *conjunto de relaciones de poder en todos los ámbitos de la vida y la sociedad*, nos percatamos de que ese conjunto de relaciones de poder, tiene indudablemente un contenido genérico, derivado del poder masculino propio del patriarcado.

Según Lagarde (1996^a) numerosos investigadores han comprobado que el status femenino es variable de cultura en cultura, pero siempre con una constante: la subordinación política de las mujeres a los hombres.

La organización del trabajo y otras actividades por género es reflejo de ello, con una importante implicación *económica*, desde el punto de vista macro y micro social (social e individual).

No son las diferencias biológicas en sí mismas, sino las asimetrías en los derechos y las obligaciones de mujeres y hombres las que se traducen en capacidades y comportamientos económicos distintos. Estos reafirman la desigualdad que produce el género y reproducen la estructuración económica desigual, con consecuencias tanto en el empleo e ingreso, como en la producción y en los mercados. (Lamas, 2003)

Las mujeres en virtud de la división sexual del trabajo han desarrollado un género social relacionado con el ámbito de la reproducción, entendida en un sentido amplio y que incluye no sólo la reproducción de la especie, sino el cuidado de las personas enfermas, minusválidas, ancianas, la preparación de alimentos, la atención y protección de toda la familia, la socialización de la infancia, el confinamiento en el ámbito privado etc. (Mayobre, 2004)

La división sexual del trabajo y como resultado la dicotomía entre lo público y lo privado son elementos necesarios para el análisis del proceso de construcción de identidades, quedando los hombres ubicados esencialmente en el primero de estos espacios y las mujeres destinadas al segundo; lo que marca de manera importante las condiciones de vida de unos y otras.

Ello explica cómo el modo de vida influye en la vida cotidiana. A cada sistema social corresponde un tipo de vida cotidiana. La relación modo de vida – estilos de vida influye en la producción de subjetividades y desarrollo de la personalidad de los diferentes sujetos sociales y por ende en la producción de salud, en tanto esta relación pauta

cuestiones como lo normal o patológico y determina así formas de enfermar o de “ser sanos(as)”. Cuestiones como esta se explican a partir del análisis de los principales índices de morbilidad y mortalidad por género en las diferentes sociedades.

Las características del modo de vida determinan formas o modelos de “ser mujer/ser hombre”. Para los sujetos concretos el tener que responder a ellos tiene sus efectos en cuestiones de salud. No obstante estas reflexiones, ello no anula el papel activo del sujeto en el proceso de conformación del sí mismo y la individualización en cuanto a formas de expresión del malestar o lo saludable.

La comprensión del ser humano (dada su naturaleza socio-histórica) no debe producirse al margen de la relación individuo-grupo-sociedad (dígase grupos sociales-instituciones-estructura social; estructura individual-estructura social; etc.)

Según Rivière (1980) éste es un sujeto productor y producido, en tanto portador de una subjetividad (como interioridad propia), que produce un orden dado y que es a su vez capaz de transformarlo.

De todo ello emergen múltiples posibilidades para el análisis de la expresión de la salud o la enfermedad de mujeres y hombres.

Hacer investigaciones desde la perspectiva de género conlleva por tanto al abandono de la concepción ahistórica que ha sostenido la ideología tradicional, intentando el análisis de los sujetos en sus condiciones concretas de existencia, producto de ese entretejido de relaciones sociales de poder y productor al mismo tiempo de dichas relaciones.

La perspectiva de género como concepción teórica y metodológica, intenta de-construir la determinación fatalista a través de la cual la pertenencia a uno u otro sexo implica una dicotomía en los espacios de expresión, acción y realización de mujeres y hombres, así como la “naturalización” de las desigualdades y por tanto la construcción de subjetividades e identidades mediante procesos que impliquen exclusiones y expropiaciones por la pertenencia a uno u otro sexo, raza, etnia, por las preferencias sexuales, el nivel socio-económico, cultural o de instrucción, todo lo cual matiza definitivamente la vida de las personas.

1.2 La identidad de género: El proceso de su conformación y expresión en las sociedades patriarcales.

El género, como hemos analizado, alude a una realidad que pauta saberes que son asignados y asumidos por los individuos. Los vínculos que establecen desde la más temprana infancia con los otros significativos y su inclusión en el contexto cultural y discursivo les permite conocer el mundo y así disponer de modelos, identificarse con determinados valores, asimilar costumbres, desarrollar pertenencias grupales con la nación, género, raza, cultura, etc.

La conformación y expresión de la subjetividad individual, sintetiza el devenir histórico y sociocultural con el cual se ha interactuado, incluso antes del nacimiento. Al decir de Barberá (1998) los procesos biológicos de sexuación y los de asignación social de género, representan los orígenes fundamentales sobre los que se construye la dimensión psicológica del género.

Resulta importante atender además, la manera en que el sujeto concreto procesa y expresa individualmente las asignaciones sociales, proceso que supone un reflejo activo de las mismas, en tanto construido, matizado por la realidad subjetiva individual conformada previamente, capaz de moldear dicho reflejo y al mismo tiempo ser moldeada por este.

El análisis de la relación entre lo *asignado* y lo *asumido* resulta importante en este sentido. En el primer caso se refiere al conjunto de concepciones aceptadas y/o impuestas por la sociedad sobre determinados aspectos como lo “femenino” o “masculino”. Lo asumido, aunque estrechamente relacionado con ello, guarda relativa autonomía, pues la historia vital de cada sujeto juega un papel esencial, en función de lo cual puede ser variable el grado en que el sujeto particular hombre o mujer, se adecue a los patrones prescritos.

Según Vygotski (1987) es a través de los demás que nos convertimos en nosotros mismos y en ello consiste la esencia del desarrollo cultural. Cualquier función en el desarrollo cultural aparece en escena dos veces, en dos planos: primero como algo social, después como algo psicológico; primero entre la gente, como una categoría intersíquica, después, dentro del niño, como una categoría intrapsíquica.

En este proceso la actividad práctica culturalmente mediada y el constante desarrollo histórico-social son elementos constituyentes de la identidad.

La relación entre subjetividad, identidad y condición histórica del sujeto, sustentan la identidad de género. La relación dialéctica entre identidades asignadas y experiencias vividas son aspectos esenciales en la comprensión de la identidad genérica. (Lagarde, 1998 citado en Vasallo, 2002)

El nivel de reflexividad y conciencia crítica con que se asuman los contenidos relativos a lo femenino y masculino en cada sociedad, son elementos que se erigen también como mediadores en el proceso de formación de las identidades.

Para De la Torre (2001) la identidad de un sujeto individual o colectivo hace referencia a procesos que nos permiten asumir que ese sujeto, en determinado momento y contexto, es y tiene conciencia de ser él mismo, y que esa conciencia de sí se expresa (con mayor o menor elaboración o awareness) en su capacidad para diferenciarse de otros, identificarse con determinadas categorías, desarrollar sentimientos de pertenencia, mirarse reflexivamente y establecer narrativamente su continuidad a través de transformaciones y cambios.

Si bien cuando del análisis de las identidades se trata, igualdad y diferencia funcionan como par dialéctico, al referirse a la identidad individual, se enfatiza en la diferencia con los demás; mientras que si se trata de una identidad colectiva, aunque es igualmente necesaria la diferencia con “otros” significativos, el énfasis está en la similitud entre los que comparten el mismo espacio socio-psicológico de pertenencia.

Se reconoce además que las identidades individuales y colectivas (ambas sociales por su esencia) están estrechamente vinculadas. La identidad individual es una condición necesaria de las identidades colectivas y a su vez las identidades individuales, están en gran medida caracterizadas por las diferentes pertenencias de los sujetos a grupos.

Según De la Torre (2001) para el estudio de la identidad no deben separarse o excluirse ninguna de sus diferentes aristas o elementos³, considerándose en su análisis:

- Las *características objetivas* que distinguen a unos grupos identitarios de otros; sus rasgos, significaciones, emociones, y representaciones compartidas.

³ Estos se corresponden con las características de los principales modos en que ha sido definida la identidad colectiva y de las que se derivaron múltiples enfoques para su estudio. Asumimos la postura de la investigadora De la Torre (2001), para la cual lo recomendable es hacer diseños en los cuales puedan combinarse todos los enfoques y aproximaciones mencionadas, buscando la profundidad y no la simplificación del fenómeno.

- Las *elaboraciones subjetivas* acerca de las características comunes; la conciencia acerca de que esos rasgos comunes existen y diferencian a unos grupos de otros (características auto-perceptivas).
- Los *sentimientos y representaciones* que están asociados a la pertenencia y que les permiten auto-categorizarse como tales; dígase nociones, sentimientos y comportamientos que dan cuenta de la pertenencia de los miembros al grupo.
- Los *procesos discursivos* que permiten no sólo nombrar, sino identificar, expresar un sentido y construir permanentemente esos espacios socio-psicológicos y culturales de pertenencia, o sea, la existencia de contextos discursivos culturalmente formados.

Las identidades de género por su parte, como identidades individuales o colectivas, se refieren al conjunto de características sociales, corporales y subjetivas que caracterizan a hombres y mujeres de manera real y simbólica de acuerdo con la vida vivida (Lagarde, 2001).

Estas expresan a nivel individual la concepción binaria del mundo al conformarse como polos opuestos, donde lo femenino es excluyente de lo masculino y viceversa. Butler (1990) afirma que una individua/o es su propio género hasta el punto que no es el género contrario.

Desde esta perspectiva, múltiples son las asignaciones a las mujeres en los marcos de la cultura patriarcal, basadas en un orden de relaciones dicotómicas que resultan de la división sexual del trabajo, la primera gran división de clases en la historia de la humanidad. (Engels, 1975)

Como parte de la dicotomía público-privado que se establece tradicionalmente en la conformación de la feminidad, se deriva la asignación a las mujeres de los *roles de ama de casa-madre-esposa*.

La maternidad se erigió desde allí como estructurante de la subjetividad femenina, criterio evaluativo del “ser mujer” y junto al rol de cuidadora (como extensión del primero) y trabajadora doméstica, constituyen eje central de su vida psíquica. El buen desempeño de estos roles, según las exigencias sociales, son fuente de prestigio y

autoestima, como consecuencia se teme por su desplazamiento o abandono ante otras tareas o roles (como por ejemplo, los vinculados a lo profesional⁴).

Según De Barbieri (1992) la pasividad, la sensibilidad y emoción como principales atributos asignados a las mujeres, conllevan a una interpretación de la realidad y definición de roles de género que predestinó a las mujeres confundiéndolas con la familia y lo privado⁵.

El “*ser para otros*”⁶ y la tendencia a maternizar todos los roles, constituye momento importante en la definición de feminidad, en tanto el sentido de vida gira alrededor del vínculo con los otros, y de ello se nutre su autoestima y satisfacción personal. (Lagarde, 1996; Mayobre, 2004; Fernández, 2005)

Las mujeres han sido definidas ontológicamente como “seres para otros”. La constitución de su identidad las implica en relación de poder/dominio y se establece una necesidad vital del “otro” que les dificulta la expresión autónoma del sí mismo. (Lagarde, 1999)

En este sentido, la construcción de la identidad femenina tradicional refuerza la vinculación o relación con los “otros” y dificulta la individuación o separación, promoviendo una modalidad de asociación que potencia la dependencia emocional.

A través de la socialización se privilegia en las mujeres los aprendizajes asociados a la expresión de los afectos, al placer del contacto corporal de fuerte contenido emocional, y la expresión abierta de los sentimientos. Como parte de ello la queja y el llanto les está permitido. En este sentido se les ha otorgado el “*poder de los afectos*” (versus el poder de la razón a los hombres).

Razones que las crean aptas para la vida familiar (educar, cuidar, amar) y les obstaculiza su desenvolvimiento en otras esferas de la vida social. De manera que este supuesto poder legitima la incapacidad de las mujeres para desenvolverse con eficacia en el espacio público, por el modo en que se supone limita el pensamiento racional y la capacidad para tomar decisiones “objetivas, acertadas y justas”, así como para el ejercicio de la autoridad (afectividad vs. capacidad intelectual, pensamiento racional, inteligencia).

⁴ Esto se aprecia en el caso de las llamadas mujeres “progres”, que han alcanzado importantes éxitos en roles vinculados a la vida pública, pero que aún continúan siendo mayormente reconocidas (incluso por ellas mismas) solo si “además” cumplen a cabalidad con los roles asociados al mundo privado.

⁵ En tanto a los hombres al representar la actividad y la racionalidad se les identificó con la eficiencia necesaria para la competencia en el mundo público.

⁶ Según Lagarde (2001), “*el deseo organizador de la identidad femenina, es el deseo por los otros*”.

Se articulan así los binarismos identitarios que limitan su acceso y control de los recursos, así como al ejercicio de la dirección.

Otra de las áreas en que se le han realizado importantes asignaciones, es la relativa a la sexualidad, entre ellas la pasividad erótica.

La sexualidad en el modelo de feminidad patriarcal coloca otra disyuntiva: *sexualidad procreadora vs. sexualidad erótica*. La mujer según los modelos tradicionales debió mostrarse eróticamente pasiva, mostrar compostura y revelarse sutil, ingenua y delicada, dejándose guiar por su pareja.

Según Fernández (2005, p.164) a las mujeres se les ha negado la posibilidad del goce o disfrute pleno de su sexualidad, así como la posibilidad de explorar su propio cuerpo, *“esta represión se aprecia en la resistencia de la mujer a auto-sensibilizarse, a entrar en contacto con su cuerpo, a darse tiempo para el autoconocimiento y auto-responsabilizarse con su placer”*.

Según los estereotipos de nuestra cultura el “ser para otros” atraviesa también la esfera de la sexualidad y en el hecho de ser *“cuerpo para otros”*: *cuerpo erótico* para el placer de otros; *cuerpo estético* para el goce de otros; *cuerpo procreador* y *cuerpo nutricio* para la vida de otros. (Lagarde, 1999)

Por otra parte, el matrimonio (único proyecto personal de vida al que tienen derecho las mujeres según las concepciones tradicionales de feminidad, se erige como el espacio por excelencia para descubrir y vivir la sexualidad, lo que hizo a la mujer dependiente del hombre para experimentarla, la virginidad se convierte así en requisito indispensable para el matrimonio.

Las investigaciones realizadas sobre el tema de la identidad en el contexto cubano (Vasallo, 2002) dan cuenta de las transformaciones ocurridas en este sentido. Se constatan nuevas formas de vivir y expresar la feminidad, que si bien no en todos los casos implican el abandono total de las identidades tradicionales, sí apuntan a una transición hacia modelos más reflexivos y equitativos (aunque posiblemente no todo lo que se desea).

La situación social global de las mujeres cubanas en la actualidad es realmente favorable en relación al periodo pre-revolucionario. La voluntad política del estado cubano y la Federación de Mujeres Cubanas ha favorecido su creciente inserción social y acceso a la vida pública.

Aún cuando en nuestro contexto es evidente el progreso social alcanzado por la mujer y su particular situación en comparación con otras realidades, esta amerita particular atención. El grado de calificación profesional alcanzada y su proyección socio-laboral, ha generado una nueva condición socio-psicológica, que le imprime determinadas particularidades y matices al análisis de las contradicciones que vive la mujer cubana y que estructuran sus identidades.

Estas particularidades obedecen al modo complejo en que se entrecruzan los cambios en los comportamientos sociales por las exigencias del nuevo proyecto y la permanencia de significaciones tradicionales. Al respecto Lagarde (1999) refiere que la mayoría de las mujeres hoy son *sincréticas*, tienen una concepción tradicional y además, moderna de género; y la mayor parte de los conflictos subjetivos y prácticos que experimentan tienen que ver con esta contradicción.

Según Vasallo (2002) las demandas planteadas a la mujer cubana por el nuevo proyecto social que se construye a partir de 1959, coexisten con las tradicionales, dejando esta contradicción su impronta en la subjetividad femenina.

De este modo por ejemplo, ser mujer profesional o científica no garantiza la ruptura total con el modo en que se ejerce la maternidad y las relaciones de pareja, la que constituye fuente de muchas de sus contradicciones. La llamada “doble jornada” es una realidad actual de la mujer cubana trabajadora.

No obstante, se constatan transformaciones en las formas de asumir los roles de ama de casa, madre y esposa. El divorcio es una opción frecuentemente elegida. El desarrollo profesional ocupa un lugar más importante en la jerarquía de proyectos personales y el matrimonio (y sobre todo la maternidad) es postergada en muchos casos ante este proyecto, aún así, la relación de pareja continúa siendo de gran significación incluso en la vida de las más jóvenes y renunciar o mostrar total desinterés ante ella no es opción aceptada, tampoco la soledad. (Vasallo, 2002)

Aunque en las generaciones más jóvenes de mujeres se aprecian importantes transformaciones en relación a la sexualidad y su disfrute (siendo una de las áreas en la que se aprecian cambios sostenidos con respecto a generaciones anteriores); continúa siendo objeto de múltiples tabúes, por ejemplo el de la masturbación femenina, no solo al nivel de su práctica, sino -y fundamentalmente- a nivel de lo discursivo.

Desde las actuales exigencias sociales, la sexualidad femenina debe ser vivida con mesura, el cambio frecuente de pareja y las conductas de provocación, de toma de la

iniciativa y/o fogosidad sexual, no son vistas socialmente con benevolencia, siendo constantemente juzgadas, a diferencia de lo que ocurre con semejantes posturas al ser asumidas por hombres. De esta forma se disfraza o solapa el mito de la pasividad erótica.

No obstante, la elevación del nivel cultural y de instrucción de la mujer, la política de educación sexual desarrollada por el país, las facilidades brindadas en función de la planificación familiar, y la progresiva apertura al tema en los medios de comunicación, la escuela e incluso la familia, han contribuido a eliminar el halo pecaminoso y de temor en torno al tema, lo que ha influido decisivamente en los comportamientos y concepciones femeninas actuales sobre la libertad sexual.

Como consecuencia, ha tenido lugar la progresiva aceptación social de las relaciones prematrimoniales y la búsqueda activa del placer y el conocimiento por parte de las mujeres a través de la literatura científica, de sus experiencias personales y de los intercambios sobre el tema con sus coetáneos(as). (Vasallo, 2002)

Uno de los elementos distintivos de la identidad femenina en las jóvenes generaciones, parece ser la mayor autodeterminación, elemento de ruptura con características identitarias de las mujeres de otras generaciones, lo que se refleja no solo en la esfera de la sexualidad. (Vasallo, 2002)

Como hemos analizado hasta el momento, entre los conceptos de identidad y rol se establece una relación dialéctica. La identidad se expresa en gran medida y se enriquece a través del ejercicio de los roles. Las significaciones tradicionales sobre lo femenino y lo masculino se materializan y pautan determinadas formas de ejercerlos, los caracterizan y predeterminan, al tiempo que, el ejercicio de los mismos por los sujetos particulares crean condiciones propicias para su re-significación y por tanto la re-significación de la identidad; produciéndose una mutua dependencia entre ambos, que da cuenta de la relación entre lo asignado y lo asumido.

Es por ello que para el estudio de las identidades de género femeninas hemos definido áreas o dimensiones a través de las cuales estas se expresan y que consideramos resultan necesario explorar al intentar estudiarlas; así como el desempeño de los roles a ellas vinculados (desde las asignaciones tradicionales y su relación con los emergentes de cambio), siempre considerando las complejas relaciones que se establecen entre cada una de las dimensiones, toda vez que a través del propio

ejercicio de sus roles de género se calzan y complementan, articulando una compleja estructura y formas de manifestación.

Estas áreas o dimensiones son las siguientes:

- Relación con los otros y consigo mismas: dígase la esencia que define y caracteriza sus relaciones interpersonales y características de los vínculos que establece con los otros significativos, así como el ejercicio de roles en los diferentes ámbitos de desempeño cotidiano caracterizado tradicionalmente por un “ser para otros” en el caso de las mujeres (versus. un “ser para sí” en los hombres). Entre ellos el de ama de casa (responsable de las labores domésticas) y el rol de cuidadora (de familiares y otros). Se analizan además los matices y formas de manifestación que cobra su ejercicio según el espacio en que se manifiesten.

Como parte de la misma se analiza también la díada afecto-razón, caracterizado por un poder de los afectos que se asigna a las mujeres vs. el poder de la razón a los hombres (asumiéndolos racionales e inteligentes “hechos para lo público”, mientras se les expropian dichas cualidades a las primeras y se les exalta en lo privado). Su influencia en el ejercicio de los roles y la toma de decisiones es considerable.

- Espacio privado - espacio público: referido en este caso a la dicotomía que pueda presentarse entre ambas áreas como espacios de expresión y fuentes de realización personal. Alude al grado de responsabilidad y contradicciones experimentadas en el ejercicio de roles vinculados a una y otra esfera de actuación (dígame ama de casa-madre-esposa, cuidadora o trabajadora asalariada, dirigente y otros) y las características del desempeño de los mismos. También implica el análisis de las particularidades que explican la proyección futura y sentimientos asociados al desempeño.

- Maternidad: vinculado a las concepciones y vivencias sobre la misma, los ideales y prácticas asociadas al desempeño del rol de madre. El lugar de la maternidad en la vida de cada mujer y la ubicación en su jerarquía motivacional y sentido de vida, así como las frustraciones, conflictos y contradicciones que le genera el desempeño de estos roles. También implica el análisis de las formas de expresión de los afectos.

- Cuerpo y sexualidad: vinculado a lo reproductivo, lo erótico, así como a todo lo que defina el “ser mujer” proyectado desde las características físicas y psicológicas asumidas como necesarias para su expresión; las concepciones y vivencias sobre el disfrute y cuidados del cuerpo, su autoconocimiento, etc.

Como anteriormente se explica la identidad de género es susceptible al análisis de los *roles de género asignados-asumidos*, los que a partir de nuestra sistematización teórica consideramos pueden expresarse desde:

- *Asunción-Desempeño pasivo*, caracterizado por una identificación con las asignaciones tradicionales, lo que marca la acriticidad en su introyección y prácticas cotidianas. No existe malestar asociado a la condición de género o el sujeto conscientemente no lo vincula a ello.

El malestar es naturalizado. No hay conciencia plena o es escasa la capacidad reflexiva en torno al análisis de las causas que lo generan y por tanto no existen conductas que movilicen al individuo hacia el cambio.

- *Asunción-Desempeño contradictorio*, caracterizado por la queja y expresión de malestar con el desempeño cotidiano, pero independientemente de la identificación (parcial o total) de las causas que generan el malestar y su relación con la condición de género, no se generan actitudes de cambio.

En estos casos generalmente la vinculación, el nexo, entre malestar y condición de género, no se analiza desde su determinación socio-cultural y por tanto modificable, sino que se vincula como algo natural al “ser mujer”, predeterminado, inmodificable, que asumen como un fatalismo biológica o históricamente dado, se alude entonces a la condición femenina como justificación al malestar y por tanto la relación se asume con resignación.

Es evidente también en sujetos donde se aprecia una dicotomía entre el discurso verbal (progresista, a favor del cambio, con argumentos que respaldan su necesidad) y el resto de sus prácticas de vida cotidianas, donde no se implementa el cambio y por el contrario pueden seguirse o reforzarse los patrones tradicionales, por temor a los costos que ello traería aparejado u otra serie de condiciones.

- *Asunción-Desempeño transicional*, en estos casos existe conciencia de las causas de la contradicción y el malestar. El (la) sujeto se moviliza en función de transformar sus concepciones y situación de vida, cuando menos se implementan alternativas y movilizan recursos para ello. Existe una conciencia crítica sobre la inequidad y orientación consciente hacia al cambio.

Se manifiesta también en los casos en que a partir de un análisis reflexivo-valorativo se asuma como elección consciente el ejercicio de los roles tradicionales. En este sentido, el proceso de “elegir” determinadas formas de pensar y/o conducirse a partir de una

capacidad reflexiva, marca pautas en los casos de comportamientos transicionales y los diferencia cualitativamente de quienes “optan” por no cambiar determinadas situaciones de discriminación, por incapacidad para establecer el vínculo entre “causa (condición de género) – efecto (malestar)”, o lo hacen de manera casual o ante contingencias (particularidades) de su cotidianidad⁷.

De manera general, las asignaciones de género al estructurarse como mandatos, cumplen una importante función reguladora sobre el comportamiento de los seres humanos y no obedecerlos (transgredirlos o incumplirlos) genera altas cargas de tensión que influyen en las expresiones de salud.

El estado de salud de las mujeres (y hombres, aunque no sea objeto de la presente investigación) no puede ser analizado al margen de su condición de género. La manera de vivir, enfermar y morir, lleva impreso la marca del género. El malestar psíquico o de cualquier otra clase, tiene una expresión particular según se trate de hombres o mujeres, no solo porque puedan ser vulnerables ante diferentes tipos de trastornos o enfermedades, sino incluso, porque iguales patologías o malestares son expresados de modo diferente.

Los modelos sobre el “deber ser” estructuran patrones sobre los que se erige en cada momento y contexto histórico lo “normal”, lo “saludable”, o lo “patológico” (lo que generalmente ocurre por oposición). Por ello, la salud es también un producto social y su análisis no debe transcurrir al margen de la relación: sociedad (formación económico social, modo de vida, imaginario social de género) – grupo (instituciones, identidades colectivas, pertenencias grupales) - individuo (identidades individuales, estilos de vida, etc.)

Si bien en determinados contextos la mutilación genital femenina (la que se realiza entre otras razones para evitar el disfrute sexual = mito de la pasividad erótica) genera una situación de salud particular para las mujeres, en el nuestro la depresión, la ansiedad y los trastornos neuróticos, caracterizan de manera particular su estado de salud.

⁷ Como puede ser quizás el caso de una mujer sin hijos por infertilidad, aún cuando no se constaten “abiertamente” conflictos asociados, ello no significa que “eligió” conscientemente renunciar a la maternidad al no considerarla estructurante o definitoria de su feminidad y que esta situación no sea evento psicotraumatizante. Un comportamiento transicional estaría dado por la puesta en práctica de una capacidad reflexiva-valorativa que desarticulase los estereotipos que operan en este sentido y que justificara la elección de no tener descendencia, como también puede serlo el re-significar su vida ante esta situación (infertilidad) a partir de la desarticulación de los mitos que sustentan las posiciones tradicionales como la de la Mujer=Madre u otras abordadas en el epígrafe.

Estudios desarrollados mundialmente en países occidentales desarrollados y en otros en vías de desarrollo, evidencian que la ansiedad y la depresión son más frecuentes en las mujeres con una proporción comprendida habitualmente entre 1,5:1 y 2:1; mientras que los trastornos relacionados con el uso de sustancias psicoactivas o los de personalidad antisocial son más frecuentes entre los hombres. (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2001)

Otros especialistas se cuestionan si la *Histeria* no es igualmente una enfermedad de hombres solo que con una sintomatología diferente y que se manifiesta en ámbitos diferentes al característico en las mujeres, o si no existe una *Depresión* “a modo masculino” que muchas veces no es registrada como tal pues no responde a los criterios diagnósticos actuales descritos para su cuadro clínico, quedando así invisibilizada. (Bonino, 2000)

Lo que sí se perfila claramente, es que tanto el ejercicio de la masculinidad como de la feminidad tradicional, sustentado en el modelo de “ser mujer/ser hombre”, impone importantes costos para el desarrollo personalógico y la salud física y mental de ambos.

1.3 La expresión de la enfermedad mental desde el prisma de las identidades de género. El caso de la personalidad anómala en la Neurosis.

El tema de la salud y la enfermedad mental ha despertado el interés de los científicos desde épocas remotas, en sus inicios abordado esencialmente desde la biología y la medicina y más tarde enfatizando en la importancia de los factores psicológicos, sociales y culturales en la construcción de la subjetividad y su influencia en la salud humana.

El concepto de salud mental resulta ser uno de los de más difícil definición y límites difusos al hallarse estrechamente vinculado con el de “normalidad”, que depende en gran medida de las representaciones sociales imperantes en cada momento histórico concreto y de los paradigmas científicos dominantes.

Los conceptos de salud y de enfermedad mental son la expresión de problemas de tipo emocional, cognitivo y comportamental como realidades simbólicas, construidas cultural e históricamente en la propia interacción social. Las concepciones de la salud y de la enfermedad varían según los enfoques teóricos y criterios de diagnóstico utilizados, las concepciones filosóficas, morales y psicológicas vigentes y los modelos médicos

predominantes. Además, ambos conceptos tienen una carga valorativa que explica por qué las definiciones de lo que es normal y lo que es patológico varían de una sociedad a otra y de un grupo social a otro. (Álvaro, 2005)

Los factores socio-culturales juegan un papel esencial en la génesis y mantenimiento de la enfermedad mental. Investigaciones realizadas en las últimas décadas (Montero et.al., 2004) demuestran la existencia de claras diferencias tanto en la morbilidad psiquiátrica como en el patrón de conducta enferma desarrollados por mujeres y hombres.

La categoría género ha servido para explicar esta diferencia en el estado y situación de salud por mujeres y hombres. Mayobre (1998) considera que el género actúa como una especie de “corsé de fuerza” del que resulta difícil (no imposible) salir, porque es un elemento fundamental en la configuración de la identidad, y por ello es tan importante conocer las definiciones de masculinidad y feminidad según los estereotipos de género, para saber cómo se puede ver afectada la salud de hombres y mujeres.

El caso de la *Neurosis*⁸ es particularmente interesante. Al analizar el contenido que articula la expresión de la entidad en mujeres y hombres afloran interesantes cuestiones asociadas a conflictos vinculados a la construcción de sus identidades de género.

Este término aunque aparece por primera vez en la obra de Cullen “First line of the practice of physisc” para nombrar todos los trastornos nerviosos del ser humano; sus antecedentes se vinculan a las concepciones de Hipócrates, Galeno, Platón, etc. Quienes describieron una entidad causada por los desplazamientos dentro del organismo del “útero o matriz” (por tanto privativa de las mujeres) y a la cual nombraron dada su concepción etiológica como “Histeria”, del griego *Histeron*, que significa útero. (Vázquez & Matos, 1997)

⁸ Término que a pesar de la tendencia a su no utilización a partir de la última revisión realizada al Glosario para la Clasificación Internacional de Enfermedades Mentales CIE-10 (1992), continúa siendo empleado para describir y referirse a una “realidad clínico-psicológica” particular. Según esta clasificación de la OMS aparecen como: “Trastornos neuróticos” nombrándoseles como “Trastorno X” (según sea la forma clínica).

En el Manual de Diagnóstico y Estadísticas de la *American Psychiatric Association*, en su cuarta versión DSM-IV (1995), aparecen como: “Trastornos de Ansiedad” (categoría F40-F48), igual que en el caso anterior el tipo depende de su forma clínica.

El Tercer Glosario Cubano de Psiquiatría GC-3 (2001), ha legalizado un procedimiento para que, quienes lo consideren necesario puedan conservar el criterio de “neurosis”, mediante el empleo de la frase calificativa “con desarrollo neurótico” y efectuar así su distinción (como definidores de ciertas afecciones mentales y/o un nivel específico de funcionamiento) de otros tipos de padecimientos similares que ahora pueden aparecer bajo la misma nomenclatura.

Desde entonces los intentos por explicarla desde concepciones científicas fueron diversos, pero no es hasta el siglo XIX que comienzan a desarrollarse estudios de esta entidad sobre bases más sólidas.

El tema de la neurosis, estudiado y abordado por numerosos autores partidarios de las más diversas posiciones teóricas, ha generado un sinfín de cuestionamientos e intentos explicativos. El tema de los aspectos etiológicos y psicodinámicos que involucra, ha sido uno de los más discutidos y polémicos.

Pávlov fue de los primeros investigadores que realizó estudios de la neurosis sobre bases científicas, sin embargo sus estudios se basaron esencialmente en el funcionamiento del sistema nervioso central (Castro-López & Barrientos, 1994) obviando el papel mediador de la personalidad. Esta concepción reflejo condicionada es una modalidad del enfoque conductista.

El Psicoanálisis, encabezado por Freud sostiene la “Teoría de la Etiología Sexual de la Neurosis” o “Teoría Libidinal de la Neurosis”. Concibiendo la Neurosis como “*Perturbaciones de la vida anímica*” (Freud, 1898), de manera que son los factores sexuales⁹, los únicos capaces de producir la neurosis por sí solos, quedando así rebajados los demás factores a la categoría de una etiología auxiliar y suplementaria.

Aunque reconoce que la pertenencia a uno u otro género (más bien “sexo”) puede influir en que se establezcan determinadas diferencias en la forma de manifestarse la enfermedad, lo hace a partir de concebir que hombres y mujeres son diferentes por naturaleza y es la diferencia biológica y no las diferencias en las experiencias de vida, la responsable de las disímiles formas de expresarse el malestar. (Freud, 1894)

Otros autores que fundamentan las teorías culturalistas como Horney (1956), consideran que conociendo nuestras condiciones culturales de vida nos será fácil llegar a una comprensión harto más profunda del carácter especial de los sentimientos y las actitudes normales, y siendo las neurosis desviaciones del tipo normal de conducta, también ellas podrían comprenderse mucho mejor.

Insiste en que la neurosis es el resultado de conflictos emocionales que comienzan en la infancia y de problemas en las relaciones interpersonales, condicionados en gran

⁹ Masturbación excesiva, eyaculación precoz, practica del coitus interruptus o reservatus, angustia de los abstinentes voluntarios, de los que sufren de excitación frustrada durante el noviazgo o que por miedo a las consecuencias del comercio sexual se contentan con tocar o contemplar a la mujer, la angustia de los hombres en la edad crítica en que declina su potencia y aumenta su libido, de las mujeres viudas, etc. constituyen -según esta teoría- condiciones potencialmente generadoras de Neurosis. (Véase Freud, 1898)

medida por las pautas socialmente establecidas de comportamiento en el grupo social donde el individuo vive, logrando visualizar la relación entre el concepto de normalidad¹⁰ y las condiciones culturales particulares de cada territorio; las que se convierten en responsables de muchos de los conflictos psíquicos que se padecen.

Concluye que estudiar las diferentes condiciones de vida y su influencia sobre la génesis de la Neurosis resulta importante, en tanto las condiciones y concepciones imperantes en determinada cultura y época pueden resultar potencialmente patógenas. Autores e investigadores contemporáneos proponen un Modelo Psicodinámico para la comprensión de los trastornos neuróticos, basado en que el sujeto posee una predisposición biológica, constitucional, que combinada con las características del ambiente familiar crean en el individuo una personalidad “vulnerable” que trae como consecuencia el desarrollo del trastorno, o por el contrario actúa como factor de protección. (Saiz et.al., 2001)

El estudio de los Trastornos Neuróticos cobra hoy suma importancia. Diversas investigaciones muestran que esta entidad constituye una de las patologías más frecuentes de la modernidad y que tradicionalmente se asocia a la mujer.

Si bien este trastorno no es privativo de ellas, históricamente se les ha atribuido una estrecha vinculación, en parte asociado al reconocimiento que de sus causas y manifestaciones se realizó en épocas remotas¹¹, y que ha sustentado el *Mito de la Mujer Neurótica*.

No obstante, numerosos científicos, investigadores y estudiosos del tema coinciden al señalar su alta incidencia en las mujeres (Noyes & Kolb, 1966; Kaplan et.al., 1982; Huertas, 1991; Sáiz et.al., 2001), lo que pudiera estar asociado a los patrones sociales (asignaciones) que promueve la ideología patriarcal, conforme a los cuales transcurre la socialización de género y se estructuran las identidades, desde las cuales el sujeto particular (hombre o mujer) expresa el malestar.

El síntoma se expresa en cada sujeto acorde a su *sexo social*. Para expresar y/o mitigar el malestar, se emplean siempre aquellos mecanismos psicológicos conscientes e inconscientes que no contradigan los ideales y representaciones sociales aprendidos de

¹⁰ Señala: “(...) el concepto de lo normal no solo varía con las distintas culturas, sino también con el tiempo, en idénticas condiciones culturales”. (Horney, 1956)

¹¹ Asociada a los desplazamientos del “útero o matriz” dentro de organismo y por tanto privativa de las mujeres.

acuerdo al género de pertenencia; lo que puede hacer vulnerable o actuar como factor de protección para mujeres u hombres, según la entidad de que se trate.

Algunos autores manifiestan que las psiconeurosis son más frecuentes en las mujeres que en los hombres, en parte por el hecho de que se requiere una represión más rígida de las necesidades y los instintos biológicos básicos, de lo cual resulta que también se requiere en ellas, con mayor frecuencia la presencia de defensas contra la angustia en forma de síntomas neuróticos. (Noyes & Kolb, 1966)

Huertas (1991) asocia su alta incidencia en las mujeres a la influencia del rol genérico femenino y considera que en estas alteraciones los síntomas expresados por las mujeres tienen contenidos y estructuras diferentes, muy relacionados con su cotidianidad y su forma específica de vivirla.

El DSM-IV (1995) dedica en el capítulo sobre Trastornos de Ansiedad, en cada una de sus formas clínicas, un aparte para especificar algunos síntomas dependientes de la cultura, la edad y el sexo; donde se reconocen algunas variaciones en la frecuencia de aparición de estos trastornos, así como en su contenido y/o forma de manifestación, dependiendo de si se trata de una mujer u hombre, del grupo etario en que estos se ubiquen y de las características culturales del contexto en que se hallen inmersos. No obstante, el dato resulta descriptivo, no ofreciéndose análisis o explicaciones sobre la influencia de la construcción social del género en este sentido.

El informe de la salud en el mundo (OMS, 2001) describe entre los factores determinantes de los trastornos mentales y conductuales, la pertenencia a uno u otro sexo y aún cuando lo explican tomando en consideración las diferencias genéticas y/o biológicas¹² que generan vulnerabilidad para unos u otras, reconocen la importancia de los factores psicológicos y sociales. Al respecto plantean la posibilidad de que la población femenina se vea sometida a más factores estresantes, tanto reales como subjetivos, de manera que el papel tradicional de las mujeres en las sociedades las exponga a más tensiones, tiempo que les resta capacidad para modificar su entorno estresante.

En nuestro medio numerosos autores se han dedicado a la investigación de la Neurosis. Según Alonso (1989) *esta constituye* una distorsión bien determinada del

¹² En este caso aluden a los procesos y cambios hormonales relacionados con la fecundidad, el ciclo menstrual, el puerperio, el parto, etc., los que según aseveran pueden generar variaciones del estado de ánimo y generar determinadas irregularidades emocionales, conductuales, etc.

desarrollo de la personalidad, siendo sus alteraciones las responsables de los síntomas neuróticos. Su curso se inicia tempranamente con la estructuración de rasgos de personalidad, por lo que su aparición implica dos momentos: uno dado por la presencia de alteraciones en la personalidad (personalidad anómala en la neurosis) y otro momento vinculado a la aparición de síntomas (cuya presencia se mantiene por más de dos años). Ambos en estrecha relación.

Para dicho autor las alteraciones psicológicas que dan cuenta de la personalidad anómala en la Neurosis, constituyen su factor etiológico esencial. De ahí que los conceptos de “etiología” y “personalidad premórbida” en la Neurosis no deban considerarse como aspectos independientes. (Alonso & Rodríguez, 1987; Alonso 1989) La personalidad anómala en la neurosis se caracteriza por la presencia de múltiples alteraciones en sus mecanismos reguladores, los que se hallan estrechamente vinculados entre sí. (Alonso 1989; Alonso & Rodríguez, 1995; Alonso & Villanueva, 1996; Alonso, 2003; Márquez, 2005; Zamora, 2006)

Entre estas alteraciones, se hallan las ligadas a la mediatización y jerarquía del sistema de motivos, siendo característica esencial de la esfera motivacional en estos casos, la existencia de necesidades patológicas de comprensión, apoyo, seguridad y afecto, que alcanzan un carácter rector y explícita o implícitamente exigen ser gratificadas de manera inmediata. Estas necesidades adquieren carácter autónomo e independiente, resultando difícil la realización de otras actividades no vinculadas a ellas. Esta alteración se expresa además en una marcada pobreza de motivos sociales, destacándose esencialmente los de tipo íntimo-personal, donde los rectores son la familia (pareja, hijos) y el sí mismo (la salud, el equilibrio psíquico, etc.).

Las alteraciones en la función formadora de sentido personal, se expresan a través de la interrelación de la función incentivadora y formadora de sentido personal, lo que conduce a alteraciones de la actividad. Generalmente ocurre un estrechamiento del círculo de formaciones de sentido, de manera que el sujeto le otorga significación a un reducido número de motivos (generalmente los de tipo íntimo-personal: familia, relaciones de pareja, salud, etc.) y por tanto solo estos incentivan y regulan su comportamiento, mientras el resto (los motivos no rectores) ejercen una débil influencia sobre el comportamiento.

Otro grupo de alteraciones de personalidad en este tipo de entidad, tiene que ver con las alteraciones de la autovaloración, que se hallan en función de la no correspondencia

entre el nivel de aspiraciones y las posibilidades reales del sujeto para alcanzarlas. Se manifiesta además en su incapacidad para reaccionar adecuadamente ante el éxito o el fracaso (inculcando a otros, justificándose, etc.) Esta alteración se expresa también en la imagen demasiado positiva o negativa que se atribuyen los pacientes en las diferentes esferas de su vida; con tendencia a la subvaloración en los atributos salud, confianza en sí mismos y felicidad, y a la sobrevaloración en carácter, relaciones interpersonales y aspiraciones en la vida. No obstante ello puede ser variable según la forma clínica de que se trate.

Las alteraciones en la perspectiva temporal, se manifiestan a través de la frecuente proyección de estos pacientes al pasado conflictivo con repercusión en el presente, siendo pobre la proyección al futuro (vaguedad o ausencia de planes trazados).

Ello se halla estrechamente vinculado a la tendencia que se observa en estos sujetos a percibir la realidad de forma conflictiva, lo que constituye otra de las alteraciones de la personalidad neurótica, y se expresa como una incapacidad para el enfrentamiento a los conflictos y situaciones de la vida cotidiana, los que no se solucionan y son vivenciados intensamente generando estados de tensión, infelicidad, depresión, frustración, etc.

Como consecuencia existe además una tendencia a la creación y vivencia de conflicto, tanto de carácter intrapsíquico (entre la necesidad de afecto y el rechazo a las personas, entre el deseo y el deber, entre las necesidades de resolver y la pobre autodeterminación personal para satisfacerlas, etc.) como "externos" (divergencia de opiniones o normas con otras personas, etc.). Estos conflictos aunque abarcan todas las áreas de interacción cotidianas, la mayor cantidad se ubican en el área familiar, matrimonial-sexual y laboral.

La alteración del autocontrol de la conducta, aunque puede adquirir diferentes formas, se caracteriza por la ausencia de motivación firme y orientada hacia el producto de la actividad y de una actitud crítica hacia sí, por lo que no se produce la corrección interna de las acciones y eliminación de los errores.

Vinculado a ello se hallan las alteraciones en la regulación consciente del comportamiento, dadas por la pobre autodeterminación consciente de estos sujetos. Sus síntomas y actitudes básicas están determinados por móviles no concientizados, existiendo una relación antagónica entre la motivación consciente e inconsciente.

Aún cuando existe conciencia al nivel del reflejo sensitivo directo (sensaciones mórbidas) y a un nivel emocional (vivencias desagradables), no existe conciencia o hay un predominio de lo inconsciente en el nivel de reelaboración racional de los hechos relacionados con la enfermedad y en el nivel motivacional. Quedando reducido y desestructurado el funcionamiento consciente de la personalidad, con un predominio del uso de mecanismos de defensa o compensatorios. Todo lo cual obstaculiza también la capacidad reflexiva de estos sujetos en torno al análisis de su situación vital y al trasfondo de sus conflictos.

Un análisis somero permite visualizar las coincidencias que se establecen entre el contenido que explica cada una de las alteraciones de personalidad y los elementos relativos a la identidad femenina tradicional.

Las características que asume la esfera motivacional (principales necesidades, tendencias orientadoras, jerarquía de motivos, etc.), muestran particular correlación con asignaciones que se realizan a las mujeres en la cultura patriarcal; cuestiones que privilegia y legitima la socialización de género y articula sus identidades.

Múltiples son los patrones educativos que conllevan al establecimiento de aprendizajes individuales que otorgan importante significación y sentido rector a la vinculación de la mujer al espacio privado y los roles asociados (madre, esposa, ama de casa), y con ello a la dependencia, expresión desinhibida de afectos, etc., privilegiando la formación de motivos de tipo íntimo-personal, donde la familia, relaciones de pareja y la salud (en tanto cuidadora) resultan esenciales.

En relación a la autovaloración como formación psicológica, las áreas donde el sujeto se subvalore o sobrevalore, así como los argumentos que justifiquen la percepción de sí y su estima, pueden estar asociadas y variar dependiendo de las características de la identidad de género, la que definitivamente matiza las formas de expresión de la alteración y su contenido. En este sentido la autoestima femenina se distingue por ser dependiente de “los otros” (personas, relaciones, vínculos) de ellos se nutre y en ellos se expresa. De la calidad percibida en el desempeño de los roles desde este posicionamiento (social y subjetivo) dependen sus niveles.

La percepción conflictiva de la realidad que opera como parte de las alteraciones de personalidad en estos sujetos, es quizás evidente a través de conflictos relacionados con lo asignado tradicionalmente y los imperativos de cambio, subsistiendo patrones

“viejos y nuevos” a nivel de la identidad, lo que se erige como una importante fuente de contradicciones, conflicto y malestar.

No obstante, difícilmente encuentran referentes que les permitan reestructurarse o desarrollar actitudes en función del cambio, también motivado por la acriticidad de su conducta y la naturalización de las desigualdades. Centrándose así en el problema y no en su solución, lo que obstaculiza su proyección futura y las ancla en un pasado y presente conflictivo, sin suficientes recursos formados desde una identidad enriquecida como para lograr algo más que el desmoronamiento afectivo y la creciente necesidad de protección y amparo.

La socialización de género por consiguiente, matiza no solo las alteraciones psicológicas propias de este tipo de personalidad y la expresión de la enfermedad, sino también la formación y desarrollo normal o patológico de la personalidad. La relación es recíproca.

En las alteraciones neuróticas juegan un papel esencial los conflictos vivenciados por los sujetos y que se suceden desde la infancia, vinculado a los cuales se hallan estados psíquicos reiterados de frustración, ansiedad, depresión, etc., que influyen en la aparición de alteraciones en los mecanismos autorreguladores de la personalidad y viceversa. (Alonso, 1989)

Según Alonso (1989) la existencia de influencias reorientadoras en el seno familiar, escolar, grupal, laboral, etc., pueden junto a las condiciones internas ya formadas, producir una reestructuración de la personalidad.

Sin embargo, existen comportamientos que por considerarse propios (por consenso social y cultural) de las mujeres no encuentran contraparte, siendo continuamente reforzados y legitimados al interno de la familia y por procesos de identificación con otras mujeres, creando vulnerabilidad.

De manera que no resulta contraproducente que algunos autores consideren la pertenencia al sexo femenino como uno de los elementos que constituyen factores de riesgo, influyen en la evolución de los trastornos de angustia y empeoran el pronóstico¹³. Mientras que la pertenencia al sexo masculino se comporta como un factor a favor del pronóstico. (Sáiz et.al., 2001)

¹³ Vinculado a un mayor número de ataques, de síntomas asociados y residuales y una menor probabilidad de recuperación.

Aunque es indudable la influencia que ejercen en la conformación de la personalidad neurótica y la expresión de la sintomatología las características de las relaciones intrafamiliares y la posibilidad que ofrezcan de satisfacer necesidades de afecto, seguridad, independencia, reconocimiento y realización; la conformación al mismo tiempo de una identidad de género tradicional se comporta como un factor predisponente que genera vulnerabilidad y moldea una personalidad para la cual más tarde determinados eventos externos resultan psicotraumatizantes, sobre todo cuando los patrones a partir de los cuales se erige son rígidos y ofrecen pocas opciones y alternativas de desarrollo personal.

La situación se agrava para el caso de mujeres cuyo ámbito de acción y realización se halla limitado a lo privado (o esencialmente centrado en este espacio, aunque se trate de una mujer trabajadora) y que muestran escasas aspiraciones y actividades creadoras que amplíen su espectro de intereses, necesidades y motivos.

La sobremorbilidad femenina responde además al estereotipo social que legaliza la queja y búsqueda de ayuda en la mujer y no en el hombre, que también se enferma pero que muchas veces padece en silencio, ya sea porque no verbalice el malestar, porque lo exprese a través de una sintomatología más física y menos psicológica (afectiva), o porque no acuda a los servicios médicos en busca de la ayuda especializada.

De cualquier manera, resultan todos puntos de partida o de referencia importantes para explicar las características y particularidades en la expresión de la enfermedad mental de las mujeres y por qué sufren más de trastornos neuróticos que tienen un origen psicosocial, que de trastornos de origen orgánico o biogenético.

CAPÍTULO II. Metodología de la Investigación

De la variedad de problemáticas psíquicas con que las mujeres acuden a las consultas de salud mental, los trastornos neuróticos y esencialmente los de tipo ansioso-depresivo muestran una incidencia claramente superior, siendo este uno de los diagnósticos más frecuentemente realizados a las mujeres con comprometimiento de su salud mental. En ellos se constata una importante influencia del rol genérico femenino “asignado-asumido” en sus formas de manifestación.

Teniendo en cuenta esta situación nos planteamos el siguiente **problema de investigación**: *¿Cómo se expresa la identidad de género en las alteraciones de la personalidad neurótica de mujeres diagnosticadas con Trastorno Ansioso-Depresivo?*

Para dar respuesta al mismo y tomando como referente teórico lo expuesto en el capítulo anterior, nos trazamos los siguientes objetivos:

General:

Valorar la expresión de la identidad de género en las alteraciones de la personalidad neurótica en mujeres con diagnóstico de Trastorno Ansioso-Depresivo.

Específicos:

- Identificar las áreas o dimensiones a través de las cuales se expresan las identidades de género femeninas.
- Caracterizar la identidad de género de las mujeres del grupo de estudio seleccionado.
- Identificar la expresión psicológica de la identidad de género en las alteraciones de la personalidad neurótica de las mujeres de la muestra.

El diseño de investigación propuesto parte de la realización de un estudio de tipo transversal y descriptivo.

GRUPO DE ESTUDIO:

Como parte de la estrategia de diseño de la investigación se realiza un estudio de casos múltiples (Rodríguez, Gil & García, 2002) con una muestra de 10 mujeres, ingresadas durante el mes de noviembre de 2007 en la sala del Neurótico del Hospital Psiquiátrico “Comandante Gustavo Machín” de Santiago de Cuba. El tipo de muestreo fue intencional.

Criterios de selección:

- a) Haber sido diagnosticadas con Trastorno Ansioso-Depresivo con desarrollo neurótico según el GC-3.
- b) Ser mujer de edad comprendida entre los 18 y 60 años.

Criterios de exclusión:

- a) Poseer otro diagnóstico psiquiátrico o enfermedad orgánica que afecte sus facultades mentales y modifique o altere la expresión del trastorno neurótico.

Finalmente el grupo de estudio seleccionado quedó conformado con mujeres que reunían las siguientes características (ver anexo 1. Tabla No. 1):

- ? Edad promedio: 43 años.
- ? Composición según grupo etario:
 - adultas mayores de 50 a 65 años: 4 mujeres
 - adultas medias de 35 a 50 años: 3 mujeres
 - jóvenes de 20 a 34 años: 3 mujeres
- ? El 90% mantiene relación de pareja y solo una no lo hace por haber enviudado (80% casadas y una en unión consensual).
- ? El 80% tiene hijos, una no los tiene por razones de infertilidad (lo que de hecho manifiesta como evento traumático) y otra aún no los tiene pero manifiesta fuerte proyección hacia la maternidad.
- ? Número promedio de hijos: 2
- ? El 60% tiene un nivel de escolaridad de técnico medio, 20% duodécimo grado, hay una con noveno grado de escolaridad y una de nivel superior.
- ? El 50% mantiene vínculo laboral estable y el otro 50% no lo tiene o es esporádico (en este caso se encuentran 3 amas de casa, una jubilada y una cuentapropista que ante su situación de salud generalmente no ejerce este trabajo) de manera que se mantienen dedicadas exclusivamente al trabajo doméstico.

DEFINICIÓN DE CONCEPTOS:

- **Identidad de género** (Barberá et. al., 1983 citado en Martínez & Bonilla, 2000)

Es el resultado de un proceso evolutivo por el que se interiorizan las expectativas y normas sociales relativas al dimorfismo sexual y hace referencia al sentido psicológico

que el individuo le otorga al hecho de pertenecer a uno u otro género, con los comportamientos sociales y psicológicos que la sociedad designa o preestablece con tal finalidad. Alude al sistema de codificación que autorreferencia al sujeto, a partir de un proceso en el que se establecen semejanzas y diferencias entre el yo y la alteridad o los otros individuales, cuestión en la que la representación de la diferencia sexual es fundamental.

- Roles de género

Son un amplio repertorio comportamental y de valores que desde la deseabilidad social, para cada cultura y momento histórico, delimitan el contenido de la masculinidad y la feminidad, siendo adquirido a través de los mecanismos de control que pone en juego el proceso de socialización.

- Estereotipos de género

Son construcciones cognitivas o sociocognitivas acerca de los atributos compartidos por los diferentes grupos genéricos. Incluye creencias, expectativas, atribuciones causales, que no suelen coincidir con la realidad; son simplificaciones, ideas preestablecidas, que socialmente se gestan y generalizan, adscribiéndose a las personas por el mero hecho de pertenecer a uno de los géneros.

- Trastorno Neurótico (Alonso, 1989)

Patología que en sus alteraciones psíquicas manifiesta las siguientes características:

- a) Relativa adaptación al ambiente
- b) No distorsión de la realidad
- c) Conciencia de la enfermedad, dada por el reconocimiento del sujeto de su enfermedad, existiendo generalmente un sentimiento de sufrimiento o malestar
- d) Síntomas fundamentales de la esfera afectiva
- e) Existencia de una personalidad anómala caracterizada por alteraciones en los mecanismos de autorregulación dadas por: las alteraciones en la mediatización y jerarquía de motivos, en la función formadora de sentido personal, en la autovaloración, perspectiva temporal, y autocontrol de la conducta, en la regulación consciente del comportamiento y en la percepción conflictiva de la realidad.
- f) Ocurrencia de hechos “psicotraumáticos” (frustraciones, fracasos, pérdidas) de gran significación emocional para el sujeto que generalmente este asume como causa de sus alteraciones, y que alcanzan dicha connotación en función de la existencia de la personalidad anómala,

g) Presencia de sintomatología mantenida en el tiempo (al menos con dos años de evolución) con intensidad y manifestaciones variables.

- Trastorno Ansioso-Depresivo

Trastornos en que la ansiedad y la depresión coexisten con igual intensidad. Se emplea como diagnóstico cuando están presentes síntomas de ansiedad y de depresión, pero ninguno de ellos predomina claramente ni tiene la intensidad suficiente como para justificar un diagnóstico por separado. (CIE-10, 1992; GC-3, 2001; Sáiz et.al., 2001)

Como trastorno neurótico, la aparición de la sintomatología tiene lugar sobre la base de la existencia previa de una personalidad anómala que se caracteriza por la presencia de alteraciones en los mecanismos reguladores y en función de la cual determinados hechos cotidianos resultan psicotraumáticos.

- Personalidad anómala o desorganización de la personalidad (Alonso, 1989)

Tiene lugar toda vez que ocurren alteraciones en los mecanismos de autorregulación de la personalidad, como integración más compleja y estable de contenidos y funciones psicológicas que intervienen en la regulación del comportamiento en las esferas más relevantes para la vida del sujeto. Estas alteraciones se expresan en una estrechez de intereses y reducción de necesidades, alcanzando carácter rector y patológico las de afecto, comprensión, apoyo, y seguridad; solo un reducido número de motivos cobran sentido o significación; ocurre una pérdida de la capacidad de valorar adecuadamente el nivel de aspiraciones propuesto y las posibilidades reales del sujeto para alcanzarlas; la perspectiva temporal se halla orientada hacia el pasado y el presente valorados como conflictivos; pobre autodeterminación consciente y predominio del uso de mecanismos de defensa y como resultado, la regulación conductual inadecuada.

TÉCNICAS UTILIZADAS.

Para la recogida y análisis de los datos se emplean las siguientes técnicas:

- Análisis psicológico de los datos de la historia clínica:

Como método fundamental que facilita el estudio dinámico-evolutivo de las neurosis (Alonso & Rodríguez, 1987). Junto a la entrevista permite el análisis y valoración de la historia vital y de la enfermedad, su desarrollo y evolución.

Permite evaluar las características de las alteraciones producidas antes y en el transcurso de la enfermedad y los contenidos de la identidad de género que se manifiestan asociados a las alteraciones de personalidad.

En nuestra investigación resulta pertinente además, para la selección de los sujetos que conformarán el grupo de estudio, al facilitar la evaluación de los criterios de selección de la muestra establecidos previamente.

- Entrevista en profundidad: (Ver anexo 2)

La misma facilita la creación de la empatía necesaria para la realización del estudio, declarar la intención de la investigación y solicitar colaboración.

Permite el análisis del testimonio subjetivo y las valoraciones de las mujeres en torno a las características que definen su identidad de género, desde sus diversas aristas o elementos (características objetivas, elaboraciones subjetivas, sentimientos y representaciones asociados a la pertenencia y autocategorización, y procesos discursivos).

A través de ella se realiza la exploración en profundidad de cada una de las áreas o dimensiones cuyos contenidos caracterizan la identidad de género femenina (relación con los otros y consigo misma, espacio privado y público, maternidad, cuerpo y sexualidad), así como los elementos que caracterizan la asunción y desempeño de los roles a ellos vinculados.

Favorece además el análisis de los aspectos dinámicos y mecanismos autorreguladores de la personalidad, autovaloración, necesidades, vivencias, intereses, motivaciones, conflictos, actitudes, ideales, etc.; y su relación o coincidencia con el sistema de valores tradicionalmente establecido sobre lo femenino (análisis de la relación entre las formas de expresión o manifestación actual de la identidad de género y las alteraciones de la personalidad).

Su empleo en los diferentes momentos de la investigación, como entrevista retest, favorece la profundización y aclaración de cuestiones relacionadas con la aplicación de la batería de técnicas psicológicas y la identificación del contenido de género en la dinámica de la personalidad alterada, así como la indagación de los significados asociados a la identidad de género y su influencia en la expresión del malestar.

- Técnica de los Diez Deseos: (Ver anexo 3)

Esta técnica se emplea en nuestra investigación en su forma directa.

Permite el análisis de aspiraciones, intereses, gustos, sistema de valores, conductas tipificadas, proyectos de vida y jerarquía; valorando su grado de coincidencia con los patrones socialmente asignados que caracterizan su identidad de género y matizan la expresión de las alteraciones de su personalidad.

Implica un momento de reflexión individual y redacción escrita de los principales deseos (aspiraciones, necesidades, intereses) y un segundo momento de intercambio oral explicativo a través de entrevista retest, en función del análisis de los recursos con que cuenta para la realización de los mismos (físicos y subjetivos), posibilidades reales de ejecución, proyección a corto o largo plazo, movilización hacia la acción, ideas estereotipadas, vivencia de conflicto, significación individual del deseo, etc.

- **Observación:** (Ver anexo 4)

Realizada en todo momento, para obtener información relativa a cómo reflejan los sujetos investigados sus características sociales y culturales, y en función de constatar la coherencia entre su discurso verbal a nivel de lo ideal y su práctica de vida cotidiana. Favorece además la confrontación y análisis de la expresión verbal y no verbal y las características físicas de los sujetos que resulten pertinentes para la investigación.

PROCEDIMIENTO:

La investigación se desarrolla a partir del siguiente procedimiento:

1. Revisión de las historias clínicas y selección de la muestra:

A través de la revisión de las mismas se verifica la posibilidad de integrar la muestra a partir del cumplimiento de los criterios de selección definidos para la investigación (muestreo intencional). Procediendo en los casos que así fuera a solicitar consentimiento para el estudio, declarando la intención del mismo y brindando solo la información que sea pertinente, no interfiera la posterior aplicación de instrumentos ni condicione los resultados, y ofreciendo confidencialidad y anonimato.

La consigna dada fue la siguiente: *“Estamos realizando una investigación con las mujeres ingresadas en la Clínica y queremos pedirle su colaboración en la misma. Como parte de este estudio estaríamos viéndonos unas cuatro veces durante su estancia en el hospital y luego si fuera necesario. Tendríamos algunas conversaciones sobre diferentes aspectos de su vida y se le aplicaría una técnica muy sencilla. Le garantizamos el anonimato y la confidencialidad de la información que nos ofrezca durante los encuentros”*.

Una vez obtenido el consentimiento se procede al estudio minucioso de la Historia Clínica, en función del análisis psicológico de los datos que ella aporta (según los objetivos que se declaran con anterioridad, donde se explican las técnicas empleadas).

2. Aplicación de técnicas en el siguiente orden:

Primera sesión: Se realiza la entrevista en profundidad (anexo 2) enfatizando en la exploración de las concepciones relativas a la dicotomía privado-público y la maternidad. Se lleva a cabo la observación (anexo 4) a lo largo de toda la sesión de trabajo.

Segunda sesión: Se inicia con la realización de una segunda entrevista en profundidad que explore las características de sus relaciones con los otros y consigo misma, y las concepciones y vivencias asociadas al cuerpo y la sexualidad (anexo 2). Se realiza la observación en todo momento (anexo 4).

Tercera sesión: Se procede a la aplicación de la Técnica de los Diez Deseos (anexo 3). Se realizan observaciones durante toda la sesión de trabajo (anexo 4).

Cuarta sesión: Con la finalidad de aclarar y/o profundizar en cuestiones que resulten pertinentes a partir de la información obtenida en los instrumentos anteriormente aplicados se empleará en esta sesión la entrevista retest, prosiguiendo con la observación durante la misma. Se ejecutará el cierre de las sesiones de trabajo y las recomendaciones necesarias.

Los encuentros se desarrollarían en una de las consultas de dicha institución, garantizando las condiciones físicas y psicológicas necesarias para llevar a cabo el procedimiento: local ventilado, iluminado, donde no se produjeran interrupciones que obstaculizaran el proceso comunicativo, etc.

METODOLOGÍA PARA EL ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS:

Para la realización de la presente investigación y el cumplimiento de los objetivos propuestos se emplea la **Metodología Cualitativa**, en tanto favorece el estudio del grupo investigado en el contexto de su pasado y su influencia sobre las situaciones en las que se hallan, conociendo los significados que dan a su experiencia y situación actual.

La selección se justifica además por la posibilidad que brinda para la comprensión de las mujeres en su propio marco de referencia a partir del estudio de sus costumbres, creencias, prácticas sociales, conocimientos y comportamientos, propios de la cultura particular, el momento histórico y el contexto más concreto en que viven.

Ello favorece el estudio de la identidad de género asignada-asumida por las mujeres de acuerdo a su realidad histórico-concreta, así como el establecimiento de nexos entre

esta y las características de personalidad alterada, en tanto ayuda a comprender el proceso a través del cual cada mujer particular define el mundo y lo interpreta. Haciendo posible explicar las formas en que lo comprenden, narran, manejan y actúan, según las asignaciones realizadas por dicho sistema o cultura y su capacidad de generar un desarrollo personalógico saludable o no.

Conlleva al análisis contextualizado de cómo ha influido y cómo se manifiesta el contenido de género en la construcción de su subjetividad y la configuración personalógica, al hacer posible revelar la relación existente entre las manifestaciones psicológicas y conductuales de la personalidad en sus manifestaciones anómalas y los aspectos socioculturales, mediatizadores además de las expresiones sintomatológicas. En este sentido favorece la realización de un conjunto de análisis que no han estado presentes en la clínica tradicional, como lo es la determinación de lo histórico, social y cultural sobre lo psicológico y somático.

La elección metodológica se justifica también por nuestra intención de buscar una nueva perspectiva en el análisis del fenómeno estudiado y no tendencias generales. Pretendemos profundizar, abarcar esencias y mostrar la diversidad, así como intentar una explicación de la realidad desde un enfoque hermenéutico, a partir de la comprensión de los significados que otorgan las propias mujeres a su proceso salud-enfermedad.

CAPÍTULO III. Análisis de los resultados

En el presente capítulo se procede a la caracterización de la identidad de género de cada una de las mujeres estudiadas, integrando para su análisis los contenidos que definen las áreas o dimensiones en las que dicha identidad se expresa, dígame: *Relación con los otros y consigo mismas, espacio público y privado, maternidad, cuerpo y sexualidad*. Así como las características del desempeño de los roles de género asignados y asumidos por ellas, ya sea desde una *asunción–desempeño pasivo, contradictorio o transicional*.

Contenidos todos que han sido analizados en cada caso al integrar la información obtenida en cada uno de los instrumentos aplicados.

Procediendo luego a la integración de este resultado, destacando las semejanzas y particularidades distintivas de la identidad de género en el grupo de mujeres estudiadas e identificando su expresión psicológica en las alteraciones de la personalidad neurótica.

Todo ello ha tenido lugar a través de un proceso lógico y multidireccional que es posible sólo a partir del conjunto de procedimientos que en la metodología cualitativa se emplean para el análisis y procesamiento de los datos.

Para el análisis de la información obtenida a partir de la aplicación de los instrumentos, procedemos a su separación en unidades de análisis o núcleos de significado, según criterio temático, o sea, encontrando los contenidos que abordan o explican un mismo tema (detallados al inicio) y por tanto a través de la clasificación conceptual y operacional de la información. Luego se procede a su síntesis y agrupamiento, de manera que permita obtener y verificar un conjunto de resultados y conclusiones, así como recoger o establecer relaciones (en este caso entre la expresión de la identidad de género de las mujeres con trastorno ansioso-depresivo estudiadas y sus alteraciones de la personalidad).

Análisis de los resultados por casos.

CASO 1. (Anexo 5)

NTD, 25 años de edad, casada, trabajadora social, actualmente estudiante de 4to. año de Psicología por la Universalización. Vive con la madre, el padre y esposo. No tiene hijos. Como parte de los antecedentes patológicos familiares se destaca la madre

diagnosticada con trastorno ansioso-depresivo a nivel neurótico y psicosis padecida por la abuela materna. Entre los antecedentes patológicos personales se subrayan los episodios depresivos desde la niñez e hiperquinesia, con tratamiento y seguimiento por consulta externa de psiquiatría.

Espacio público y privado

El área familiar se vislumbra como la esfera donde se establecen sus vínculos más significativos, con la madre y el esposo, como figuras esenciales que la proveen de protección, seguridad y afecto.

Muchos de sus comportamientos, actitudes y características personalógicas han sido aprendidos de la madre (caso 2) en el proceso de socialización.

La relación con la madre se caracteriza por un fuerte apego y dependencia emocional, su estabilidad psicológica está en función de la calidad y características de dicho vínculo y por extensión con todo lo que para ella resulte importante, expresión además de una necesidad de reconocimiento que satisface solo por esta vía.

Aunque esta situación le genera malestar, resulta escasa la reflexividad crítica y la movilización hacia el cambio. El ideal de “buena hija” se asocia y es cumplido a través de su aceptación.

En su relación de pareja proyecta la estructura familiar patriarcal de procedencia, no por la distribución de roles al interno de la familia, sino por las características que definen la relación interpersonal (e intrapsíquica) entre los miembros y la concepción sobre el respeto, donde el hombre se erige como **“cabeza de familia”**, **“quién dice la última palabra”**, con el que deben consultarse todas las decisiones y con capacidad para vetarlas, sinónimo de fortaleza y seguridad; lo que contrasta con su fragilidad y dependencia, cualidades que asume como innatas a la condición femenina.

Ello da cuenta además de la presencia del mito de la media naranja que explica la necesidad de la relación fusional-dependiente capaz de proporcionar la deseada completud. Refiere: **“...no hay uno sin el otro, deben fundirse, y Dios le otorgó a la mujer también una importante función”** (se refiere a la posibilidad de procrear y amar, ser cariñosa).

El ejercicio del rol de esposa es desempeñado esencialmente desde patrones que apuntan a lo tradicional, a partir de cualidades como el ser cariñosa, sincera, amiga y compañera.

Lo privado se erige como espacio de expresión y fuente de realización por excelencia. Su inserción en el mundo público se caracteriza por una escasa motivación e inestabilidad laboral, en tanto secundaria a la primera. La proyección al mismo está caracterizada por la asunción de cualidades como la capacidad de prodigar amor, dedicada, entregada, responsable y respetuosa, las que resaltan la feminidad tradicional.

El “ser mujer” por su parte es vinculado a cualidades tradicionalmente asignadas como la dulzura, cariño y amor, a las que suma honestidad (en el sentido de fidelidad), madurez y responsabilidad. De esta manera, las características que distinguen su autopercepción y autovaloración como mujer trabajadora son esencialmente iguales a las que definen su feminidad.

La inestabilidad en su vida estudiantil (ausencias a clases, períodos de bajo rendimiento académico, cambios de centro, desmotivación hacia el mismo, inadaptación a la condición de becada) y laboral (cambios frecuentes de centros laborales) se explican por el lugar que ocupan en su jerarquía motivacional, siendo lo primero los vínculos familiares, los que son asumidos de forma tal que afectan de manera importante el funcionamiento y la calidad de las relaciones en otros espacios (estudiantil, laboral y social).

Relación con los otros y consigo misma

No establece límites definidos entre el “yo” y “los otros”. Se diluye de manera importante en la relación con la madre, relación de la que depende afectivamente.

Manifiesta: ***“mi mamá de todo se queja y por todo se deprime, recuerdo que eso siempre me afectó mucho, ella lloraba por mi abuelo o por cualquier cosa y yo la veía así y también lloraba”, “a veces ni siquiera sabía por qué yo lloraba”, “sé que necesito ser más independiente en cuanto a mis sentimientos pero no puedo”.***

Se aprecia una fuerte tendencia a centrarse en el pasado conflictivo proyectándolo al presente y se evidencia una escasa proyección futura. Sus principales aspiraciones se caracterizan por la inmediatez y poca capacidad movilizativa, vinculadas a lo privado. Aún cuando su enunciación apunta a cuestiones asociadas a lo personal (***“necesidad de salud, de seguir siendo testimonio positivo para las personas, fuerza para enfrentar la vida”***) la intención final está asociada igualmente a la esfera familiar, en tanto se vincula a su deseo de no disgustar y hacer sufrir a sus padres. Esta actitud se erige como una expresión del rol de cuidadora y del “ser para otros”.

Maternidad

La maternidad aparece como una importante aspiración en su vida y se produce una exaltación de la misma, asumida como definitoria de la feminidad. Al respecto refiere: **“aspiro a tener muchos hijos”, “ser madre, llevar un niño 9 meses en mi vientre, un ser vivo, algo que se mueve, es maravilloso”**.

En el momento actual la relación madre-hija y el desempeño del rol de hija se ejerce desde un modelo “sacrificial”, su comportamiento cotidiano se orienta a partir de la necesidad de agradar y ser aceptada por su madre.

Cuerpo y sexualidad

La virginidad y fidelidad se asumen también como valores asociados a lo femenino y la expresión de la sexualidad es concebible sólo en los marcos de la relación de pareja.

Se constata una asunción y desempeño pasivo de los roles, la feminidad es asumida desde la naturalización de las cualidades tradicionalmente asignadas a las mujeres. No existe una identificación de la condición femenina como generadora de malestar y se produce una acriticidad en su introyección y prácticas cotidianas, de ahí la inexistencia de necesidad de cambio y movilización hacia el mismo.

CASO 2. (Anexo 6)

MDM, 53 años de edad, casada, con dos hijas, técnico medio en farmacia, actualmente trabajadora de la Farmacia Principal Municipal. Vive con esposo, hija mayor y yerno. Como parte de los antecedentes patológicos familiares se destaca el intento de suicidio de una prima paterna y psicosis padecida por la madre. Entre los antecedentes patológicos personales refiere haber padecido trastornos nerviosos desde joven atendida por consulta externa de psiquiatría

Relación con los otros y consigo misma

El “ser para otros” constituye elemento distintivo de su identidad. El sí mismo se diluye de manera importante en la relación con los otros significativos y esencialmente con la hija (caso 1). Asume e identifica la feminidad al proceso de maternidad (mito mujer=madre).

La educación de los afectos pasa por el prisma de su patología (aprendida de sus padres y repetida en el proceso de socialización de las hijas).

Resulta de interés el empleo del vocablo **“nosotras”** para referirse a situaciones que competen a la hija (y que deben ser resueltas por ésta o que definen la cotidianidad de la misma), lo que demuestra su nivel de implicación e identificación con ella.

Maternidad

Todo lo anteriormente planteado matiza de manera significativa sus concepciones y prácticas sobre la maternidad. Refiere: **“...el nacimiento de un bebé es algo sublime, es una experiencia única”, “lo más grande que le puede pasar a una mujer”, “ser madre es lo más importante y luego puede serse esposa, amante o cualquier otra cosa”**.

La necesidad de “ser buena” (madre, esposa) y recompensada por ello, se convierte en un ideal que dinamiza todo su actuar y donde lo positivo o lo bueno, se asocia a lo tradicionalmente femenino.

La evasión en torno al tema de los costos asociados a la maternidad se vincula a su necesidad de distanciarse (como fuente de peligro) de todo aquello que provoca un resquebrajamiento de su ideal de “buena madre”, capaz de **“aguantarlo todo”**.

El desempeño del rol de madre ocupa un lugar cimero en su estructura identitaria. Alrededor de este desempeño y las vivencias a ella vinculadas se desarrolla toda su vida. En esta área se centran todas sus aspiraciones y necesidades, destacándose una marcada pobreza motivacional y de intereses o aspiraciones. Generalmente se retoman las experiencias pasadas, evocándolas desde su carácter conflictivo generador de malestar y sufrimiento.

Espacio público y privado

Lo privado constituye así su esfera de expresión y realización por excelencia, determinante además de las características que definen su inserción en lo público. El abandono de los estudios universitarios y más tarde la inestabilidad laboral mostrada son consecuencia del privilegio que otorga a la dinámica familiar.

La motivación por la superación profesional no está dada por el placer individual asociado al conocimiento adquirido o por la superación profesional en sí misma; sino por lo que representaba en función de la imagen ante los otros y del ideal de buena trabajadora (sinónimo de “desvivida”).

Las cualidades que distinguen su autopercepción y autovaloración como mujer trabajadora son: **“el buen aspecto personal y buen trato, darlo todo por el trabajo,**

ser cumplidora, sabia, eficiente y por su experiencia en todo, a partir de solidarizarse con la labor de todos los trabajadores”.

Cuerpo y sexualidad

MDM asume la sexualidad como esfera íntima, sobre lo que no se habla, esta se invisibiliza como fuente de placer. Se constata la renuncia a la vida sexual activa a partir de la aparición del Síndrome Climatérico y la pérdida de los atributos de belleza de la juventud. No se aprecia malestar con ello.

Se naturaliza la renuncia al disfrute sexual como parte del período del desarrollo que atraviesa. Alega: ***“de todas formas ya estoy un poco mayor para eso”, “ya estoy fea”, “ya no tengo encantos...”***.

Se constata una asunción y desempeño de los roles caracterizado por una identificación pasiva con las asignaciones tradicionales, lo que marca la acriticidad en su introyección y prácticas cotidianas. No se expresa a nivel consciente malestar asociado a la condición de género.

CASO 3.

MCLP, 43 años, casada, con dos hijos, técnico medio en contabilidad, ama de casa, vive con esposo e hijos. Entre los antecedentes patológicos familiares se destaca la presencia de múltiples familiares por parte de padre y madre (incluyendo ésta) con trastornos nerviosos y episodios depresivos que no fueron atendidos en consulta. Como parte de los antecedentes patológicos personales refiere la atención psiquiátrica por consulta externa de psiquiatría desde hace aproximadamente 22 años, con cuatro ingresos en la Clínica del Neurótico del Hospital Psiquiátrico de Santiago de Cuba.

Espacio público y privado

La esfera familiar y dentro de ellas las relaciones de pareja se muestran como un área de gran significación.

Reconoce en la infidelidad masculina una situación inminente -hecho que naturaliza como propio de la condición masculina- y aunque no explícitamente, ello se traduce en malestar a nivel individual. Al respecto manifiesta: ***“todos los hombres son infieles, siempre lo he visto, en mi familia, mi padre y donde quiera...”***, ***“lo único que quiero es no enterarme”***, ***“el machismo es un problema para las mujeres, pero bueno eso es lo que nos toca”***.

La muerte de la madre y las infidelidades del esposo devienen en la causa esencial de su fluctuación y pérdida del vínculo laboral, el malestar que aparece como consecuencia, está asociado a las características de la situación familiar que ello genera y no a la pérdida del trabajo en sí mismo.

La relación primeramente con la madre como figura de apego y luego el desplazamiento de las características de esta relación al vínculo de pareja, se erigen como las fuentes principales de obtención de placer y búsqueda de reconocimiento y seguridad.

Se constata la baja autoestima y autovaloración dada por la percepción de sí misma y reconocimiento de cualidades negativas como la **“lentitud”**; por no resultar acordes a lo socialmente esperado para su condición de trabajadora asalariada o doméstica.

De manera similar ocurre con su desempeño como esposa, al percibirse y describirse como **“lenta, haragana y muy exigente”** emerge la auto-recriminación y sentimientos de culpa por el incumplimiento de su ideal, caracterizado por la atención constante, el desempeño del rol de cuidadora y de buena ama de casa.

Maternidad

Se identifica la feminidad con la posibilidad de ser madre y esposa. El ser mujer se vive solo desde la posibilidad del vínculo de pareja y la maternidad como consecuencia directa (e irrevocable) del mismo. Refiere: **“siempre he sido buena madre, nunca he dejado de atenderlos, aún cuando estaba muy mal me levantaba y los atendía, les hacía comida o lo que hiciera falta”, “son el fruto de mi matrimonio”, “todo sobre ellos es bueno”, “mi hija en ocasiones me reclama que soy más esposa que madre, porque cuando discuto con él (esposo) me pongo muy mal, pero son celos”**.

Se constata una importante identificación con mujeres cercanas de la familia de procedencia. En este sentido se verifica la desfavorable influencia ejercida por la madre (ver APF) al asumir que la niña/adolescente está más sujeta a la influencia de la casa y la familia, privilegiando en su formación características como la sumisión, obediencia, y pasividad.

Relación con los otros y consigo misma

Para MCLP **“el buen carácter”** resulta condición imprescindible para la expresión de la feminidad y calidad del vínculo de pareja. La baja autoestima que la caracteriza se

encuentra asociada a la percepción que tiene de sí misma en tanto incumplidora de esta y otras cualidades.

Los beneficios asociados a la condición femenina son vistos desde la posibilidad de la maternidad, la expresión de la delicadeza y de presumir por los atributos físicos, de los cuales solo considera cumple con el primero, de ahí el malestar.

El ser “buena trabajadora doméstica” y “esposa comprensiva, tolerante y pasiva” resultan cualidades o condiciones que asume como imprescindibles para la mantención del vínculo y un adecuado desempeño del rol de esposa.

Por las características y calidad de la relación se autoculpabiliza y plantea: **“yo debía ser más activa para las cosas de la casa”, “en las relaciones amorosas soy muy exigente, le pido mucho a mi esposo, él no me reclama tanto a mí”**.

Ante el vínculo con el esposo muestra gran dependencia. Refiriéndose a una posible ruptura de la relación ocurrida en el pasado refiere: **“me entró un ataque de nervios, me tire en una cama a llorar y a gritar que lo buscaran, que volviera, entonces regresó y me calmé un poco, pero ya sé que no puedo separarme de él”, “mis hijos cuando me vieron también se pusieron muy mal”**.

Se aprecia además una tendencia a no establecer límites claros entre el ejercicio del rol de esposa y el de madre. Ello se aprecia cuando manifiesta (refiriéndose a la hija mayor): **“...prefiero que estudie y aproveche este tiempo, porque después cuando se case y tenga hijos ya tendrá bastante obligaciones”**. Ello refleja una concepción del ejercicio del rol de esposa asociado al de cuidadora en su más amplio sentido, incluyendo de la calidad del vínculo, aparece el matrimonio como sinónimo de sacrificio. Su proyección futura es escasa. Aunque algunas de sus aspiraciones por su formulación verbal parecen estar asociadas a la necesidad de cambios a nivel individual en función de revertir la situación psíquica en que se haya y experimentar placer, su intención se explica esencialmente por la necesidad de agradar a su familia y ser aceptada, reconocida y querida (sobre todo por el esposo).

Cuerpo y sexualidad

Asume la belleza física como elemento imprescindible para la expresión de la femineidad **“y para agradarle a los hombres”**. Refiriéndose a su relación de pareja plantea: **“creo que no le gusto como mujer”, “generalmente me rechaza”, “siempre estoy pensando que no está interesado en mí, que no le gusto”, “eso me pone muy mal”**.

Aunque refiere ser activa sexualmente y proponer con frecuencia las relaciones sexuales, no lo hace generalmente por la necesidad de satisfacción y disfrute personal, sino porque asume que ello resulta una importante necesidad en los hombres (como parte de la expresión de la masculinidad), recurso para garantizar entonces la permanencia del vínculo.

Aunque identifica algunos estereotipos de género que se manifiestan en su cotidianidad, tiende a la naturalización de las desigualdades y como parte de ello a la resignación. No promueve la equidad en sus relaciones interpersonales (familiares y otras) aún cuando ello es una fuente importante de conflictos y contradicciones personales.

De manera general, se constata una asunción-desempeño de roles contradictorio, caracterizado por la queja y expresión de malestar con el desempeño cotidiano pero donde es escasa la capacidad reflexiva en torno al análisis de las causas que lo generan. Asume la femineidad como justificación ante el malestar y considera esta condición inmodificable, por lo que se naturalizan las situaciones de inequidad y el ejercicio de los roles tradicionales. No se evidencia movilización hacia el cambio.

CASO 4.

LRA, 39 años, casada, con dos hijos, técnico medio en finanzas, ama de casa, vive con madre, padre, esposo e hijas. Entre los antecedentes patológicos familiares se destaca la presencia de una tía materna esquizofrénica y un tío con diagnóstico de psicosis maniaco-depresiva. Entre los antecedentes patológicos personales refiere la atención por consulta externa de psiquiatría desde los 14 años, con un ingreso en la Clínica del Neurótico del Hospital Psiquiátrico de Santiago de Cuba.

Espacio público y privado

La esfera familiar y la relación de pareja resultan áreas claves en su vida, en la que se centran todas sus aspiraciones y necesidades. Se constata la pobreza motivacional y bajo nivel de aspiraciones. No muestra interés ante la reincorporación a la vida laboral, considera que ha perdido habilidades y su situación de salud no se lo permite. Entre los proyectos futuros menciona la posibilidad de **“cuidar más a sus hijas y a su madre”**, por tanto aparecen vinculados a lo privado.

Se manifiesta en todo momento el sentimiento de incapacidad y dependencia del esposo aún cuando la relación con este no es fuente de satisfacción en ningún sentido, así como una baja autoestima.

Se percibe en el desempeño del rol de esposa como **“luchadora”**, lo que está asociado a la vivencia de estar desempeñando además de los tradicionales, el rol de proveedora. La inestabilidad o incumplimiento por parte del esposo de este rol resulta una fuente importante de malestar en la relación de pareja y que a partir de su significación se extrapola a otras esferas de su vida, **“tengo que buscar las cosas, buscar dinero y además atender a las niñas”, “él no tiene responsabilidad y todo eso me atormenta, busco todo, hago mandados, me atormento”**.

Entre las cualidades que considera la definen como mujer menciona el ser **“luchadora, limpia y organizada”**, no obstante, refiere malestar por la incapacidad para motivarse y ser constante en la realización de las tareas del hogar, así como con la **“explosividad”** que considera la caracteriza.

El malestar aparece como consecuencia del resquebrajamiento del ideal de “mujer” que ocurre ante la presencia de estas cualidades y que no es identificado conscientemente.

Maternidad

Es evidente la resistencia ante la aceptación de las contradicciones y conflictos que le generan las vivencias sobre la maternidad y los sentimientos de culpa asociados al incumplimiento del ideal de “buena madre = delicada y paciente”. Refiere: **“yo lucho por mis hijas”, “mis hijas están ante todo”, “soy buena madre, con algunas cosas pero buena”, “a veces tengo mala forma con ellas y después me siento muy mal y me arrepiento de maltratarlas”**.

Aún cuando identifica como un costo asociados a su condición de mujer que recaiga sobre ella toda la responsabilidad de las tareas domésticas y el cuidado de las hijas, asume la maternidad como uno de los beneficios más importantes, refiriendo que si volviera a nacer elegiría ser mujer pero cambiaría varias cosas y refiere: **“no me casaría”, “la vida de matrimonio requiere muchos esfuerzos”**. Ello demuestra la necesidad de re-significar el vínculo de pareja y la incapacidad para ello.

Los proyectos o aspiraciones más importantes en su vida se encuentran asociados a esta área, entre ellos infringir cuidados y atenciones más esmerados a sus hijas y madre. Las concepciones y desempeño de la maternidad se ejercen muy vinculados al

rol de cuidadora, el cual aparece como expresión directa del primero y por tanto, del “ser mujer”.

Cuerpo y sexualidad

Existen dificultades en la relación con su esposo por la falta de deseos ante la relación coital, a lo que se asocia un importante sentimiento de culpa por el incumplimiento de lo que asume como **“sus deberes como esposa”** y en consecuencia se culpabiliza por la infidelidad del mismo: **“él ha tenido que buscar algo en la calle y yo lo entiendo”, “ha sido devastador para mí pero yo lo entiendo”, “además yo no he cumplido con mi deber y él es un hombre joven”**.

Relación con los otros y consigo misma

Se constata no obstante, el miedo ante la posibilidad del divorcio y la soledad, como expresión de la percepción individual y sentimiento de indefensión, dependencia emocional e invalidismo: **“en una cosa coincido con mi mamá, que siempre fue muy sabia y decía que una mujer sola no es bueno, ni para ella ni para sus hijos”, “enseguida aparecen los que quieren aprovecharse”**.

De manera general, no establece límites definidos entre el “yo” y los “otros”. El sí mismo se diluye en la relación con los otros. Se aprecia una tendencia a la dependencia afectiva, su estabilidad psicológica está en función de la calidad y características de la relación con las personas significativas (hijas, madre, padre y esencialmente el esposo). Se constata la renuncia a sus gustos e intereses personales para adaptarse a las características y gustos de su esposo.

Aunque en algunos aspectos identifica la relación entre el malestar que experimenta y su condición de género e identifica algunos estereotipos que se articulan en su quehacer cotidiano, tiende en la generalidad de las situaciones a la naturalización de las desigualdades y vivencias de insatisfacción ante la re-significación de roles y vínculos.

En este sentido, la queja y expresión de malestar con el desempeño cotidiano en ocasiones se asocia a la modificación de sus roles tradicionales (asunción del rol de proveedora) y no a la necesidad del mismo (transicionalidad). Todo ello explica una asunción - desempeño de roles contradictorio. No existen conductas que movilicen hacia el cambio.

CASO 5. (Ver anexo 7)

LDM, 34 años de edad, casada, técnico medio en electrónica, ama de casa. Vive con esposo e hijo (de 6 años). Entre los antecedentes patológicos personales se destaca la presencia de estados depresivos desde joven que se agudizan a partir del nacimiento del hijo. Con seguimiento por consulta externa de psiquiatría y un ingreso en la Clínica del Neurótico del Hospital Psiquiátrico de Santiago de Cuba. No refiere antecedentes patológicos familiares.

Espacio público y privado

La esfera familiar y el adecuado desempeño del rol de ama de casa-madre-esposa (sinónimo de cumplimiento de las asignaciones tradicionales), constituyen el centro de su esfera motivacional. La esfera familiar constituye área de expresión y fuente de realización por excelencia. Nunca se insertó a la vida laboral ni muestra interés o motivación alguna por ello.

La apatía experimentada como consecuencia del malestar ante el desempeño como ama de casa, esposa y cuidadora; le genera y exacerba la ansiedad y depresión, toda vez que siente que es su responsabilidad. Refiere: ***“debo seguir haciendo las cosas de la casa, yo miro a mi alrededor y todas las mujeres lo hacen, yo quiero seguir haciéndolo como antes”***.

Relación con los otros y consigo misma

Aunque se constata la necesidad de cambio a nivel individual, la profundización muestra que la finalidad de la misma está atravesada, matizada, por la consideración de que “los otros” significativos (esposo e hijo) lo demandan en aras de elevar la calidad de sus relaciones, hecho a través del cual lograría entonces (y solo entonces) experimentar placer y satisfacción personal.

Entre las cualidades que otorga a la condición de mujer y que considera la definen se encuentran: ***“el ser muy femenina, delicada y presumida”***.

Se constata la acriticidad como recurso personal y la fuerza e importancia del ideal de “buena mujer” como sinónimo de capacidad para “aguantarlo todo”, como estabilizador psíquico.

En su vida matrimonial refiere múltiples situaciones de infidelidad de su esposo que la han marcado de manera importante y ante las que ha decidido no separarse. Se constata la naturalización de la infidelidad masculina como propio de este género y se autodefine en su rol de esposa como: ***“fiel, dedicada a la casa, limpia y buena esposa”***.

Maternidad

La amenaza ante la ruptura del ideal de “buena madre” refuerza el estado depresivo que surge como consecuencia del cumplimiento de dicho ideal, lo que se convierte en círculo vicioso, fuente de malestar.

El sentimiento de incapacidad experimentado ante la crianza y educación de su hijo, constituye fuente de conflicto. El temor que expresa asociado a la soledad en que transcurre su cotidianidad, se encuentra vinculado, a la necesidad de apoyo y seguridad en el cumplimiento del rol de madre.

De ninguna manera vincula conscientemente, la maternidad o el parto a experiencias de vida negativas, se auto-censura ante esta posibilidad y se muestra tensa. Refiere: **“antes de parir tenía una personalidad y después otra, el tener a mi niño fue algo... bueno no sé como decirlo... que implicó muchos cambios...”**, **“un hijo es una bendición, un premio”**, **“la maternidad es una de las mejores cosas que me han ocurrido en la vida”**.

No obstante, en su discurso se constata el malestar que aparece ante los cambios que en su cotidianidad implicó, la llegada del hijo y con ello la adquisición de nuevas responsabilidades.

Cuerpo y sexualidad

Considera que la esfera de la sexualidad es muy importante para toda pareja y le preocupa las consecuencias que a largo plazo pueda ocasionar su falta de deseos ante la relación coital. La que asume como “una obligación” asociada a su condición de esposa, asume que esta situación se debe a su estado afectivo y ello la moviliza al tratamiento. Plantea: **“la mayoría de las veces lo rechazo”**, **“a veces no dice nada pero otras veces reclama... y con razón”**.

De manera general, el tema de la sexualidad y las vivencias al respecto se erigen como tema tabú, del que no se habla.

Si volviera a nacer refiere elegiría ser mujer pero con la posibilidad de tener **“más libertades”**, entre las que menciona la necesidad de **“compartir la responsabilidad ante las labores domésticas, cuidado de los hijos y la posibilidad de la infidelidad sin ser juzgada por ello”**. Sin embargo más tarde refiere: **“desde que el mundo es mundo ha sido así, nos toca por naturaleza”**, **“quizás cuando pasen muchos años las cosas sean distintas pero actualmente son así y yo no las puedo cambiar”**.

No visualiza la posibilidad actual de la modificación de su cotidianidad en aras de lograr la equidad en sus relaciones con quienes le rodean. Vincula esta experiencia a lo utópico, imposible desde su realidad. Recurre a la naturalización de la desigualdad como mecanismo para atenuar la ansiedad (al parecer sin un efecto real).

Muestra incapacidad para re-significar el vínculo de pareja y los roles desde su condición de género. No visualiza la posibilidad de de-construir el rol de cuidadora por excelencia y las características asignadas al rol de esposa. Se verifica la existencia de una crítica insuficiente (escasa capacidad reflexiva) y en este sentido una asunción y desempeño de roles contradictorio.

CASO 6.

AQP, 50 años de edad, casada, nivel de escolaridad 12mo. grado, peluquera (por cuenta propia y ocasionalmente). Vive con esposo, hijo, nuera y nieto. Entre los antecedentes patológicos personales se identifica la presencia de trastornos nerviosos desde joven, con seguimiento por consulta externa de psiquiatría y un ingreso en la Clínica del Neurótico del Hospital Psiquiátrico de Santiago de Cuba. Como parte de los antecedentes patológicos familiares refiere tener un hijo con diagnóstico de Trastorno de Personalidad y con historia de ingreso anterior en el Hospital Psiquiátrico.

Espacio público y privado

No refiere motivación vocacional al concluir el 12mo grado, por lo que decide no cursar estudios de nivel superior, tampoco por la inserción laboral. En los últimos tiempos realiza trabajos por cuenta propia (peluquería) pero sin estabilidad y compromiso ante los mismos, lo que está determinado por la influencia ejercida por su situación familiar y estado personal.

La renuncia a la continuación de estudios de otro tipo estuvo motivada por la dedicación exclusiva a la maternidad (no planificada) y el matrimonio como consecuencia del primero.

El sentimiento de desamparo y miedo a la soledad que experimenta a raíz del divorcio, aún cuando las relaciones con su esposo no eran buenas y éste no participaba activamente de la crianza del hijo y tampoco desempeñaba rol de proveedor (no tenía vínculo laboral), lo que muestra su dependencia psicológica y escasa autonomía, siendo la relación de pareja el vínculo que considera la provee de seguridad y protección.

Ante esta situación vuelve a casarse (con su actual esposo) con el que tiene otro hijo. Entre los hechos que considera más la han afectado en su vida matrimonial menciona las reiteradas infidelidades y los desprecios que recibe constantemente de él: **“de todo se queja, de la comida que hago, de cómo lavo la ropa, de cómo me visto, me peino, de lo avejentada que estoy, de que paso mucho tiempo con mis padres cuidándolos, de mis depresiones...de todo”**.

Entre las cualidades que considera la definen como “esposa”, menciona el ser **“muy aguantona, fiel y consagrada”**.

Maternidad

Los vínculos que establece con sus padres, esposo e hijos resultan muy significativos, esencialmente con los últimos.

Evoca y recuerda con agrado el pasado (etapa en que sus hijos eran pequeños) en tanto expresión de su necesidad de continuar ejerciendo el rol de cuidadora y madre (en relación cercana). En este sentido muestra tendencia a ubicar el pasado lejano como fuente de placer cuya comparación con el presente (caracterizado por la mayor autonomía e independencia de los hijos) es fuente de insatisfacciones y conflictos:

“quisiera que todo fuera como antes, que mis hijos fueran chiquitos, en la casa”, “esos fueron buenos tiempos para mí”, “cuando estuve ingresada todos se la arreglaron bien, yo ya no les hago falta, pueden arreglárselas solos”, “yo no tengo por qué vivir”, “antes me necesitaban, ahora no, ya me puedo morir”, refiriéndose al hijo refiere: **“ya tiene su mujer que le lava y le hace todo, ya no me necesita, me puedo morir”**.

Desde esta perspectiva el pasado es frecuentemente evocado con dolor y por tanto resulta conflictivo y fuente de displacer en tanto imposible de repetirse. Con relación a la muerte de uno de sus hijos manifiesta: como una de sus mayores aspiraciones **“que mi hijo estuviera vivo”, “yo nunca me voy a reponer de eso”**.

Entre sus proyectos de vida asociados a esta esfera menciona la posibilidad de reconciliarse con su esposo y entenderse con su hijo, motivación que está vinculada además a la posibilidad de participar más activamente de la crianza del nieto.

La maternidad y en este sentido el prodigar cuidados y atenciones a los hijos, se convierte en eje estructurante y sentido de vida. Incluso las atenciones y cuidados que demandaba su hijo por sus problemas de conducta y luego por estar privado de libertad

dan a su vida sentido, el que pierde y aparece el síndrome del nido vacío cuando éste se estabiliza y crea una nueva familia.

Entre las cualidades que considera la caracterizan como madre refiere el ser **“muy preocupada y laboriosa”**. Resulta incapaz de identificar insatisfacciones asociadas al desempeño como madre.

Se constata el ejercicio del rol de madre y de esposa desde el ideal tradicional de “buena madre = desvivida, cuidadora” y “buena esposa = sacrificada, complaciente” alrededor del lo cual giran todas sus motivaciones y aspiraciones, con tendencia a retomar el pasado como fuente de conflicto, así como situaciones o hechos que resultan irreversibles (como la muerte del hijo mayor).

Relación con los otros y consigo misma

El miedo a la soledad y la escasa autonomía psicológica resulta un importante dinamizador de su comportamiento, más allá del análisis de la calidad de las relaciones intrafamiliares (con hijos, esposo y padres). El ejercicio del rol de cuidadora de los mismos se erige como el sentido de su vida.

Entre las cualidades que considera la definen en su condición de mujer refiere **“el sacrificio, amor y dedicación”**. Se destaca la creciente necesidad de sentirse querida y necesitada en el seno familiar, como sinónimo de dependientes de ella para la realización de labores domésticas, consultada, cuidadora de niños, enfermos, incluso de adultos sanos. El “ser para otros” resulta dinamizador de sus relaciones interpersonales.

Cuerpo y sexualidad

Los malestares asociados al período climatérico son interpretados como la causa de la actual pérdida de deseos ante las relaciones sexuales. Período que asume se caracteriza por la ausencia de una vida sexual activa, lo que justifica dada la pérdida del ideal de belleza de la juventud, la fuerza y vigor.

No considera sin embargo, que en el caso de los hombres ocurra de la misma manera, asume la condición masculina como sinónimo de potencia y energía sexual y asume las relaciones coitales como parte de su **“deber de esposa”**. En este sentido son múltiples los mitos que se identifican, el de la pasividad erótica es definitorio de su comportamiento actual.

Tiende a la invisibilización de la sexualidad y la renuncia a la satisfacción por esta vía como propio del período de la vida que atraviesa, lo que ha naturalizado y regula su

conducta. Refiere: **“después de la menopausia a las mujeres se nos quitan hasta los deseos de hablar de eso”, “cada cosa tiene su etapa en la vida”**.

Aún cuando identifica los malestares que experimenta asociados a su desempeño como ama de casa y esposa, plantea la necesidad de revertir la situación desde la adquisición de cualidades como la paciencia y no desde la re-significación del vínculo. Si volviera a nacer elegiría ser hombre, lo que justifica desde el nivel de responsabilidades y carga de sufrimientos que asocia a lo femenino: **“las mujeres venimos al mundo a sufrir”, “los hombres tienen menos responsabilidades”**. Se constata así una asunción-desempeño contradictorio de roles.

CASO 7.

VVS, 56 años, viuda, maestra primaria, actualmente jubilada, sin hijos, vive con una sobrina. Entre los antecedentes patológicos familiares refiere haber sido atendida en consulta externa de psicología y luego por psiquiatría ante la ocurrencia de estados depresivos y ansiosos desde los 40 años, refiere dos ingresos en la Clínica del Neurótico del Hospital Psiquiátrico de Santiago de Cuba. Como parte de los antecedentes patológicos familiares menciona la madre diagnosticada como neurótica, una prima materna con retraso mental leve y suicidio tía paterna.

Espacio público y privado

El área familiar y los vínculos al interno de la misma resultan los ejes que estructuran su identidad.

La motivación profesional y vocacional es justificada desde patrones tradicionalmente asignados a las mujeres: siempre le encantaron los niños y por eso decide estudiar educación preescolar. A partir de ser informada de su infertilidad, se aferra aún más y de manera importante a su quehacer profesional como mecanismo compensatorio.

Ante la maternidad frustrada, el trabajo y la relación familiar con la madre y esposo se ubicaban en los primeros lugares de su jerarquía motivacional.

La renuncia a la superación profesional se asocia a la dicotomía que establece entre lo público y lo privado, privilegiando la última como esfera de realización por excelencia, donde el cumplimiento del rol de “buena hija y esposa” en tanto excelente cuidadora, median sus relaciones intrafamiliares y justifican las renunciaciones laborales.

A partir del sistema de creencias que estructura su ideal de “buena esposa” (capaz de procrear y con ello formar una familia) se extrapola el malestar a su relación de pareja, proponiéndole al esposo que tuviese hijos a partir de una relación extramatrimonial, ante la negativa de éste y la fidelidad mostrada, se culpabiliza aún más.

De manera general, se aprecia una tendencia a la victimización y a autocompadecerse de sí misma, así como a percibir la realidad de forma conflictiva.

Maternidad

Aunque en los primeros tiempos la inserción laboral (y con ella la presencia constante de los niños) logró aplacar y enmascarar su insatisfacción por el incumplimiento de lo que considera **“una sagrada función”**, más tarde el mismo hecho se convierte en reforzador negativo de su culpa, por la incapacidad de cumplir con el ideal de “buena mujer” sinónimo de madre.

A partir de la imposibilidad de concebir (infertilidad) se genera en VVS toda una cadena de significantes: imposibilidad de la maternidad = mala mujer = mala esposa = mala hija. En diferentes momentos refiere: **“yo me siento muy mal por no haber podido darle esa satisfacción a mi esposo y mi madre”**, **“fue tan bueno (el esposo) que no lo merecía”**, **“yo y mi vientre seco fuimos los causantes de su muerte”**, **“lo maté de la tristeza”**.

El análisis del discurso nos permite constatar la maternidad como eje estructurante de su identidad, que se articula a partir de un sentimiento de vacío interior. En varias ocasiones se refiere a sí misma diciendo **“soy un vientre seco”**, **“este vientre seco...”**.

Relación con los otros y consigo misma

Los problemas laborales confrontados (ausencias y otros) son reflejo de la necesidad de cumplir el rol de cuidadora por excelencia como mecanismo para estabilizarse y cubrir la falta que deja la ausencia del rol de madre, convirtiéndose entonces en madre de su esposo y su mamá. Todo lo cual marca de manera importante el sí mismo.

La maternidad se erige así como forma de expresión del “ser para otros”, que al verse frustrada fisura su ideal de buena hija y esposa. El sentimiento de incapacidad para prodigar bienestar a los otros significativos y como consecuencia la insatisfacción personal, influyen decisivamente en las características de la percepción de sí misma que muestra, elemento que explica y matiza su baja autoestima.

La ausencia de proyectos, aspiraciones o motivaciones en otras esferas de su vida conllevan a la desestabilización y pérdida del sentido de la vida ante la muerte de la madre y el esposo. Situación que se agrava con la jubilación, no por la significación de la esfera laboral y el trabajo remunerado en su vida, sino porque este aumentó su valía como mecanismo compensatorio luego de la muerte de la madre y el esposo. Solo allí podía cuidar y educar niños.

Cuerpo y sexualidad

En el área de la sexualidad se identifican diferentes mitos que estructuran las vivencias al respecto. La virginidad y fidelidad se asumen como valores asociados a lo femenino, y la expresión de la sexualidad solo es concebible en los marcos de la relación de pareja. Se identifica además el mito de la pasividad erótica. Refiere: ***“mi difunto esposo fue el único hombre en mi vida, me casé a los 30 años virgen”, “él fue mi primer novio y con él me casé”, “antes las cosas eran distintas y así debieran ser, ahora lo que hay es una falta de respeto mutua”, “yo solo fui de un hombre, así es como deben ser las cosas... no como en estos tiempos” “... y las muchachitas ni hablar... viven incitando... desde chiquiticas”, “yo siempre cumplí con mi deber como esposa”, “mi esposo nunca se quejó sobre eso”.***

Emplea palabras como ***“eso”, “en el momento”***, etc., para referirse a la cópula. Este tema deviene tabú y hablar al respecto le genera ansiedad, se vincula a lo íntimo y personal, y asume que hablar al respecto resulta ***“moralmente incorrecto, incómodo”***.

Se produce de manera general una asunción y desempeño pasivo de los roles, lo que marca la acriticidad en su introyección y prácticas cotidianas. No existe malestar asociado a la condición de género, ni conductas que movilicen al cambio.

CASO 8.

PGM, 52 años de edad, casada, con 2 hijos (de 17 y 25 años), técnico medio en Edificaciones, actualmente trabajadora del turismo donde se desempeña como ayudante de cocina en instalaciones hoteleras. Vive con esposo, hijo menor, madre y hermana. Como parte de los antecedentes patológicos familiares refiere haber padecido de trastornos nerviosos desde joven, con seguimiento por consulta externa de psiquiatría, con un ingreso en la Clínica del Neurótico del Hospital Psiquiátrico de

Santiago de Cuba y dos en Hospital de Día. Entre los antecedentes patológicos familiares se destaca una hermana neurótica, madre y tías maternas con trastornos nerviosos y episodios ansioso-depresivos frecuentes, sin diagnóstico y atención especializada.

Espacio público y privado

Para PGM el trabajo remunerado cobra significación, lo que se asocia no a la satisfacción que le genera en función de su realización personal, sino a lo que representa para la calidad de la atención y cuidado de “los otros” (en términos económicos), dígase los hijos en etapas anteriores y en la actualidad además, para la madre y hermana, ambas sin vínculo laboral.

Refiere: ***“mi esposo siempre fue muy tacaño, su dinero lo gastaba en ron y sus hijos pasaban necesidades”***. Comienza a trabajar en la construcción como asesora de obra hasta los años 90 en que a raíz de la crisis económica que atraviesa el país, decide matricular en un curso para formar ayudantes de cocina. Al respecto plantea: ***“todos estos cambios siempre fueron muy difíciles para mí, si no hubiera sido por mis hijos, me hubiera quedado como secretaria”, “en realidad yo no necesito nada, me conformo con poco, pero quería que mis hijos tuvieran lo mejor”, “cada cambio implicaba para mí un sacrificio inmenso”***.

Se produce la asunción del rol de proveedora como expresión del de cuidadora, que naturaliza como parte de sus responsabilidades como hermana mayor, madre e hija. A ello asocia su ideal de buena mujer.

Aunque se encuentra separada de su esposo hace aproximadamente 20 años, aún convive con él. Entre las causas de la separación alega su incumplimiento del rol de proveedor y sus múltiples infidelidades, así como la hija que concibió en relación extramatrimonial. Refiere que sus hijos nunca quisieron que él se fuera de la casa y ella accedió. Ello implicó su renuncia a la vida en pareja.

Aunque la esfera matrimonial es una de las que mayor malestar le genera, no se proyecta cambio al respecto. Ocurre una negación del problema y no se constata proyección al respecto.

Relación con los otros y consigo misma

Aún cuando la relación y presencia de su esposo en el hogar no es fuente de satisfacción, ni le reporta beneficios personales (materiales o espirituales) y por el contrario implica la renuncia a cuestiones como la vida en pareja, no opta por la

separación. Los deseos de los hijos se anteponen a los propios. El bienestar personal se obtiene a partir del brindar bienestar a los otros (lo que no en todos se casos se logra). Ello constituye una forma de expresión del “ser para otros”, como un importante regulador de sus relaciones y característica de los vínculos familiares.

Como parte de ello el ejercicio del rol de cuidadora en sus más disímiles formas (como trabajadora, esposa y madre consagrada para contribuir al beneficio económico y psicológico de su familia), se erige como hecho dinamizador de sus relaciones interpersonales y esencialmente en el medio familiar, donde se ubican sus vínculos más significativos. Los que se constituyen además como sentido de vida.

Se aprecia la ausencia de motivación referida al sí mismo, todas sus aspiraciones están referidas a quienes componen su medio familiar (exceptuando al esposo). La satisfacción personal está en función de la calidad de la relación con los otros significativos y de su bienestar.

Se visualiza la ausencia de motivación o aspiraciones a largo plazo que organicen su comportamiento y le otorguen sentido a su vida. No existe proyección futura como mecanismo autorregulador. Su motivación es esencialmente situacional.

Maternidad

La maternidad se erige como centro de su vida, la que se ha caracterizado por la renuncia a múltiples satisfacciones personales, manifiesta: **“he mantenido ese matrimonio a pecho, por mis hijos, porque aunque tenga miles de defectos es su padre”, “nunca más he estado con ningún hombre, como quiera estaba casada con él”, “no podía traer otro hombre a la casa”**.

La independencia física y psicológica lograda por el hijo a raíz de la separación (abandono del país) es experimentado por PGM como una amenaza a su sentido de vida. Se constata su determinismo externo, la autoculpabilización, sensación de abandono e ingratitud. Al respecto refiere: **“no supe educarlo”, “siempre trabajé mucho y no estuve lo suficiente con ellos, aunque eso lo hice siempre por su bien y mira como me pagan”, “ahora todos están hablando mal de nuestra familia y de mí”**.

El ser mujer se diluye en la condición de madre, se igualan ambas condiciones, de manera que la maternidad caracteriza y define su condición como mujer. Esto se hace evidente si se comparan las cualidades que otorga a su condición de madre y mujer:

- Como mujer: **“sacrificada, dedicada y muy preocupada por la familia e hijos”**.

- Como madre: ***“consagrada, trabajadora y preocupada por el bienestar de los hijos”***.

Cuerpo y sexualidad

La esfera de la sexualidad se caracteriza por la renuncia a la vida en pareja y la vida sexual activa: ***“ya no quiero saber de hombres, mi familia y mis hijos son todo para mí”, “los hombres solo dan dolores de cabeza”***.

Se detectan una serie de mitos que circulan alrededor de las vivencias sobre el período climatérico, el que además se toma como recurso para justificar los desgarros personales que ocasiona la renuncia a la sexualidad y como causa de inestabilidad emocional. El síndrome climatérico es vivenciado con dolor por la pérdida de los atributos físicos y los malestares que ocasiona. No se asocia a ganancia alguna.

La asunción y desempeño de los roles es pasiva. No logra establecer nexos entre sus malestares y la condición femenina. Por momentos se aprecia una dicotomía entre el discurso verbal (muchas veces despersonalizado, a partir del cual intenta dar una imagen positiva de sí misma en tanto liberal) y el resto de sus prácticas de vida cotidianas, donde no se implementa el cambio y por el contrario se siguen o refuerzan los patrones tradicionales.

CASO 9.

ACH, 42 años de edad, divorciada, nivel de escolaridad 12mo. grado, actualmente encuadradora del poligráfico. Vive con la madre, hijo (de 20 años) e hija (de 14 años). Entre los antecedentes patológicos personales se destaca la existencia de trastornos nerviosos desde hace aproximadamente 7 años, atendida por consulta externa de psiquiatría y con historia de tres ingresos en la Clínica del Neurótico del Hospital Psiquiátrico de Stgo. de Cuba. Como parte de los antecedentes patológicos familiares refiere la presencia de un tío materno alcohólico.

Espacio público y privado

Sus principales aspiraciones y proyectos se encuentran vinculados explícita o implícitamente, directa o indirectamente a su medio familiar, esfera en la que se concentran sus principales motivaciones.

La motivación por la inserción laboral deviene como vía para el sustento económico de la familia y la búsqueda de independencia a partir de las experiencias de vida

negativas, asociadas a la violencia doméstica y el rompimiento de la relación de pareja (anterior a la actual).

Todo ello influye en la percepción de sus cualidades como trabajadora que define como **“carismática, cariñosa, sencilla e inútil”**. Refiere: **“yo me sentía muy mal, soy torpe, bruta, las cosas no me salían bien”, “el trabajo me generaba mucha ansiedad, me puse muy mal de los nervios”**.

Una fuente importante de malestar es causada por la asunción del rol de proveedora, que viene a sumársele al ya acostumbrado (y naturalizado) rol de ama de casa y madre. Aunque su motivación es esencialmente inconsciente, la búsqueda de pareja aparece como un recurso para el abandono del rol de proveedora. En este caso el desempeño como esposa es asumido más cómodamente, lo que da cuenta de la identidad femenina tradicional.

Se constata el vínculo amoroso (relación de pareja) como fuente de satisfacción y estabilidad psíquica. La calidad del mismo se concibe desde el cumplimiento de los roles tradicionales asignados a cada uno: “hombre proveedor, cabeza de familia, capaz de imponer respeto, fuerte de carácter” y “mujer débil física y psicológicamente, incapaz de resolver problemas por sí sola, sensible, esposa sacrificada, madre entregada y cariñosa”.

Relación con los otros y consigo misma

Las múltiples rupturas de la relación de pareja conducen a la aparición de sentimientos de soledad, el que junto a la dependencia afectiva constatada, es consecuencia del sistema de creencias que estructuran su ideal de mujer, incompleta en tanto no mantenga relación de pareja. Como consecuencia aparece la búsqueda constante de pareja como fuente de obtención de seguridad y protección (más allá de las características de éste para proporcionarle bienestar).

Se manifiesta la idea de incompletud (mito de la media naranja) y como consecuencia el sentimiento de incapacidad en tanto mujer sola. Entre los costos que asocia a la condición femenina menciona la necesidad de un hombre que la represente. Si volviera a nacer refiere **“quisiera ser mujer, pero mucho más independiente e inteligente”**.

Ello impacta de manera importante su autoestima y autovaloración, ACH se siente disminuida, pero resulta acrítica con su condición de género y su posibilidad de modificación en tanto construida. Esta condición así como su malestar es naturalizado.

La necesidad de relación estable y su búsqueda activa, moviliza de manera importante su comportamiento. Se constata la expropiación de la independencia-autonomía en el ámbito emocional con repercusión en lo social y económico, lo que estructura y caracteriza su vida psíquica.

Se aprecia una tendencia a ubicarse en el presente, desde la impronta dejada por un pasado conflictivo y proyectarse al presente o futuro inmediato. No existe una proyección futura definida a largo plazo, capaz de movilizar el comportamiento.

Maternidad

Las responsabilidades asumidas (de manera exclusiva) con la crianza y educación de los hijos no son fuente de malestar, sino que por el contrario este se asocia a la imposibilidad de cumplir este rol. Refiere: ***“ante todo soy madre, antes que mujer y que todo”, “ a veces cuando estoy en crisis no les lavo la ropa, no cocino, ni los atiendo”, “...y ellos son tan buenos que no se quejan”, “mi pobre madre tiene que ocuparse de todo cuando estoy así”, “esa situación entonces me pone peor”.***

Cuerpo y sexualidad

El tema de la sexualidad es considerado un tema tabú a partir de la educación recibida, se constatan dificultades para hablar abiertamente sobre esta esfera y sus malestares. El recato y la fidelidad son asumidos como valores que identifican la sexualidad femenina.

No existe conciencia plena o es escasa la capacidad reflexiva en torno al análisis de las causas que generan el malestar y su vinculación con las concepciones que marcan su identidad genérica. No se constatan conductas de cambio, produciéndose una asunción y desempeño de roles pasiva.

CASO 10.

ISB, 34 años de edad, casada, nivel de escolaridad 9no. grado, trabaja como asistente de servicios en el Hospital Clínico Quirúrgico. Vive con abuelo, tía, madre, esposo y sus 2 hijos (una adolescente de 16 años y un niño de 8). Como parte de los antecedentes patológicos familiares refiere haber padecido de trastornos nerviosos desde hace aproximadamente 10 años, atendida por consulta externa de psiquiatría y dos ingresos en la Clínica del Neurótico del Hospital Psiquiátrico de Santiago de Cuba. Entre los

antecedentes patológicos familiares se destaca la existencia de una tía materna esquizofrénica y varios familiares alcohólicos.

Espacio público y privado

Los vínculos más significativos en su vida se ubican en la esfera familiar y se asocian a la relación con esposo e hijos. La motivación por la inserción laboral constituye un recurso para evadir los problemas familiares que la agobian en el hogar, ***“todo el mundo me decía que yo estaba tan mal de los nervios porque me pasaba todo el día en la casa... y me consiguieron este trabajo”***.

No se aprecia proyección en función del cambio de la situación familiar y la resignificación de los vínculos. No existe proyección futura como mecanismo autorregulador definida a largo plazo y capaz de movilizar el comportamiento. Su motivación es esencialmente situacional, referidas a situaciones particulares del momento de la vida por el que transita.

Relación con los otros y consigo misma

La percepción de sí misma en tanto esposa, está en función de la consagración e inutilidad, refiere: ***“no soy divertida, ni tolerante, tampoco cariñosa”***, elementos que utiliza para justificar las múltiples infidelidades maritales, de manera que se culpabiliza y además se asume como la causante de las mismas, lo que se asocia a la percepción individual de que no cumple con el ideal de “mujer deseada”, plantea: ***“soy un cero a la izquierda”, “no soy divertida, solo peleo y peleo, para qué quiere alguien una mujer así, mejor no tenerla”***.

Entre las cualidades que otorga a la condición de mujer enumera las de ***“bonita, delicada y paciente”***. A la consideración de que no cumple con ninguna de ellas se asocia esencialmente su baja autoestima y a ello atribuye sus conflictos de pareja, en tanto experimenta mucho malestar con la imposibilidad de resultar atractiva ante los hombres. Las múltiples infidelidades de su primer esposo y del actual las asocia a este hecho.

El ideal de belleza que ha caracterizado tradicionalmente la expresión de la feminidad, constituye en este caso un motivo importante de desestructuración psíquica, a lo cual atribuye toda una cadena de significantes que caracterizan las alteraciones de su personalidad.

Maternidad

Las responsabilidades con la crianza y educación de los hijos son asumidas exclusivamente por ella y se autopercibe como **“buena madre”** en tanto preocupada por sus educación y necesidades materiales, las que prioriza antes que las propias. La remuneración por el trabajo es considerada beneficio que redundando esencialmente en atenciones a sus hijos: **“yo soy una mujer... atiendo a mis hijos, a mi mamá”, “todo el dinero que gano por el trabajo o porque me lo da mi marido, es para ellos”, “con mis hijos soy incondicional, aún con Dengue le hice los 15 a mi hija”, “cuando estoy ansiosa y deprimida me pongo muy mal, me altero y maltrato a todos, sobre todos a mis hijos, por eso decidí ingresar”**.

El ideal de “buena madre” como sinónimo de “consagrada y desvivida”, movilizan de manera importante su comportamiento. El “ser para otros” matiza el desempeño de este rol, que es puesto por encima de los cuidados de sí misma y su salud. Asume la condición de madre como expresión ineludible del “ser mujer”.

Se constata el sentimiento de culpa que experimenta como consecuencia de los maltratos que infringe a sus hijos por su inestabilidad emocional y malestar asociado a la calidad de las relaciones (esencialmente con su pareja) en tanto resquebraja este ideal.

Cuerpo y sexualidad

La necesidad de ISB sentirse cuerpo “objeto del deseo” es fuente de malestar. La presencia de esta asignación explica las vivencias negativas asociadas a su sexualidad: **“me pasé casi tres meses sin tener relaciones sexuales porque no quería que mi esposo me viera el cuerpo”, “temía incluso bañarme porque no quería verme”, “a veces me pasaba 2 ó 3 días sin bañarme por esa razón”**. En otro momento refiere: **“una vez que comenzaba (la relación sexual) pensaba en lo fea que me veía y no lo lograba... muchas veces lo fingía”**.

Ante la insatisfacción sexual opta por fingir. Lo que se vincula esencialmente a la necesidad de agradar o de proporcionar bienestar a su esposo antes que a sí misma, lo que constituye otra forma de expresión del “ser para otros”.

Refiere que si volviera a nacer preferiría ser hombre, por la posibilidad que ello brinda de evadir los sufrimientos y disminuir la carga de trabajo asociada a la condición femenina, refiere: **“las mujeres solo venimos al mundo a sufrir y pasar trabajos”**.

Ello muestra la incapacidad para re-significar dicha condición. Se naturalizan las asignaciones realizadas a unas y otros como excluyentes, la posibilidad de revertir su situación actual lo visualiza solo asociado a la pertenencia al género masculino.

Se verifica una asunción de roles y desempeño de los mismos contradictorio, caracterizada por la escasa capacidad reflexiva que conlleva a la incapacidad para re-significar los vínculos y por tanto no existen conductas que movilicen hacia el cambio.

Integración de los resultados.

De manera general las identidades de género de las mujeres estudiadas se caracterizan en cada una de sus áreas de expresión por:

Espacio público y privado

El espacio privado constituye área de expresión y realización por excelencia. En ella se establecen los vínculos más significativos (con hijos, madre y esposo esencialmente), los que se caracterizan por ser de fuerte apego y dependencia. De la calidad percibida en dichas relaciones depende la estabilidad afectiva.

En el ejercicio del rol de esposa se identifica el mito de la media naranja que explica la necesidad de la relación fusional-dependiente como vía de obtención de la deseada completud.

De manera general, los roles de ama de casa - madre – esposa se desempeñan de manera sacrificial, vinculados al rol de cuidadora y desde un “ser para otros” antes que para sí.

Se produce una dicotomía entre lo privado y lo público, a la primera esfera se le otorga máxima prioridad y justifica las renunciaciones o baja calidad de su inserción en la segunda (inestabilidad y fluctuación laboral, bajo rendimiento escolar o laboral, ineficiencia, desmotivación, etc.)

La inserción al mundo público (trabajo remunerado) no constituye fuente de satisfacción, ni se ubica en los primeros lugares de la jerarquía motivacional (en otros casos ni siquiera se identifica como parte de esta).

En los casos en que se hallan vinculadas al trabajo remunerado, es una vía (mecanismo) para escapar de los problemas o insatisfacciones del medio familiar, o es expresión del rol de cuidadora, al emplearse como medio para prodigar atenciones y satisfacer necesidades materiales de familiares cercanos (con quienes establecen los

vínculos más significativos). En ningún caso es fuente de crecimiento personal ni se asocian a ella aspiraciones, proyectos o intereses particulares.

Maternidad

El rol de madre y el vínculo con los hijos es esencial y alrededor de él giran sus motivaciones y proyectos, de manera directa o indirecta.

La relación madre-hija (y como parte de ella el desempeño del rol de hija, de madre o ambos) se ejerce desde un modelo “sacrificial”. La maternidad se erige así como una importante aspiración en sus vidas, fuente de conflicto y frustración en caso de verse obstaculizada.

La feminidad se define esencialmente asociada a la maternidad, en este sentido se identifica el mito de la Mujer=Madre. El incumplimiento del rol de madre según las asignaciones tradicionales es fuente de malestar, así como la transgresión de los patrones tradicionalmente establecidos en este sentido.

Cuerpo y sexualidad

Como característica de sus relaciones coitales se destaca la necesidad de agradar, de proporcionar bienestar al otro (pareja) antes que a sí misma y mantener el vínculo (vía de impedir la infidelidad), lo que constituye una forma de expresión del “ser para otros”. Generalmente las asumen como un “deber” vinculado al rol de esposa y no asociado al placer a nivel individual.

Todo ello es expresión además de sus concepciones sobre lo que define la sexualidad femenina y masculina. Ambas son vistas como excluyentes y dicotómicas de manera que la fogosidad, la sexualidad activa y la posibilidad de la infidelidad son asumidas como cualidades que definen la masculinidad.

La virginidad y fidelidad se asumen como valores definitorios de lo femenino y la expresión de la sexualidad es concebible solo en los marcos de la relación de pareja. Se identifica también el mito de la pasividad erótica, en este caso el recato se destaca como valor que identifica y define su sexualidad.

Esta se asume como esfera íntima, sobre lo que no se habla, se erige como tema tabú. Muchas veces se invisibiliza como fuente de placer y el ejercicio de otras funciones o roles justifican la renuncia a la misma, así como la aparición del Síndrome Climatérico.

La belleza física como asignación a la feminidad, se erige como necesidad en éstas mujeres a partir del deber ser “objeto del deseo” de un hombre.

Relación con los otros y consigo misma

El “ser para otros” es característica esencial de los vínculos que establecen, en cualquier esfera, esencia que define y caracteriza sus relaciones interpersonales y el desempeño de roles en los diferentes ámbitos.

La feminidad se asocia a lo afectivo (delicadas, comprensivas, tolerantes, cariñosas) de ahí la vinculación que establecen (naturalizan) asumiéndose “hechas para lo privado”, donde el ser madres, esposas, domésticas y cuidadoras es su función principal.

El incumplimiento de alguna de estas funciones desde los patrones tradicionales es fuente de tensión y desestabilización psíquica. Su autoestima y autovaloración de manera general se nutre del reconocimiento obtenido a partir de su cumplimiento (o no), lo que deviene organizador del sentido de sus vidas.

De manera general, la feminidad es asumida desde la naturalización de las cualidades tradicionalmente asignadas a las mujeres. Se percibe la escasa o nula identificación de la condición femenina como generadora de malestar, de ahí la inexistencia de necesidades de cambio y movilización hacia el mismo. Se produce en todos los casos una asunción-desempeño de roles pasiva o contradictoria, que en ningún sentido habla de que visualicen el cambio (transgresión de lo tradicional) como posibilidad.

Análisis de la expresión psicológica de las identidades de género en las alteraciones de la personalidad neurótica de las mujeres estudiadas.

A partir de la integración de las particularidades que distinguen las identidades de género del grupo de mujeres estudiadas, procedemos a analizar de qué manera se expresan en sus alteraciones de personalidad:

De manera general se verifica que en la dinámica de la personalidad alterada en la Neurosis se expresan contenidos de la identidad de género que caracterizan y matizan dichas alteraciones.

En el grupo de estudio seleccionado se identifica que como parte de las **alteraciones en la mediatización y jerarquía del sistema de motivos** éstas mujeres expresan necesidades patológicas de comprensión, apoyo, seguridad y afecto, las que son demandadas esencialmente de la madre, esposo e hijos, con quienes establecen los vínculos más significativos. Estos cobran gran relevancia e implicación personal y se

caracterizan por un fuerte apego y dependencia; siendo así lo privado, su área de expresión y realización por excelencia.

El “ser para otros” se erige como cualidad esencial, incluso las aspiraciones relacionadas al sí mismo como salud, estabilidad psíquica, felicidad u otras, cobran significación y explican su exaltación como necesidad o proyecto, a la luz del “deber de cuidarlos y servirles” (rol de cuidadoras).

Estas aspiraciones o necesidades estructuran y rectorean su comportamiento cotidiano, matizando la calidad y contenido de sus relaciones en todos los ámbitos en que se insertan; adquieren además un carácter autónomo que obstaculiza o frena su inserción al trabajo remunerado y el establecimiento de relaciones sociales.

Las **alteraciones en la función formadora de sentido personal** están dadas precisamente porque para ellas sólo cobran sentido los vínculos antes mencionados, confiriéndoles significación así, a un reducido número de motivos: los vinculados a las relaciones familiares y a la salud como recurso para elevar la calidad de la relación con los mismos.

En estas relaciones se aprecia una tendencia a diluirse, no estableciendo límites definidos entre el “yo” y “los otros”, de manera que sus proyectos, aspiraciones y motivaciones no responden a sus propias necesidades, intereses o gustos, sino que están en función de agrandar y servir a quienes estiman más importantes (hijos, esposos, madres). Se desplazan así a un segundo plano.

Sus concepciones y comportamientos cotidianos están mediados por un conjunto de creencias y mitos desde los cuales otorgan sentido a su vida:

- Mito de la mujer = Madre
- Mito de la media naranja que explica la necesidad de la relación fusional-dependiente como vía de obtención de la deseada completud.
- El ideal de buena mujer se vincula al desempeño tradicional de los roles de ama de casa-madre-esposa, desde un “ser para otros” y el ejercicio del rol de cuidadoras como parte de los mismos y característica esencial.
- La sexualidad debe ser vivida solo en los marcos de la relación de pareja. Se establece la virginidad y la fidelidad como valores asociados a lo femenino y el tema se erige como tabú.
- Mito de la pasividad erótica. En este caso el recato se destaca como valor que identifica y define la sexualidad femenina.

- Renuncia a la vida sexual activa a partir del período climatérico. Este período se asume caracterizado por la pérdida del ideal de belleza de la juventud, la fuerza y el vigor, produciéndose la invisibilización de la sexualidad como fuente de placer.
- La relación coital se toma como un “deber” asociado a la condición de esposa.
- Entre las cualidades que definen la masculinidad se asume la fogosidad, la sexualidad activa y la posibilidad de la infidelidad.

Las **alteraciones de la autovaloración** se explican precisamente por el sentimiento de incumplimiento de alguna de estas creencias/asignaciones. Tomando en consideración que estas organizan y dan sentido a sus vidas, la vivencia o sentimiento que se asocia a su violación genera altas cargas de tensión, auto-recriminación y culpa.

Su autoestima y autovaloración se nutre del reconocimiento obtenido a partir del cumplimiento de los patrones tradicionalmente asignados a su género, los que devienen en organizadores de su sentido vida.

Como parte de las **alteraciones en la perspectiva temporal**, observamos que sus aspiraciones se caracterizan por la inmediatez y poca capacidad movilizativa, incluso por ser situacionales (dependientes de las características de las situaciones que enfrenten en el momento), siendo pobre la proyección al futuro. Solo las relaciones familiares (maternidad y relación de pareja) se erigen como fuente de aspiraciones.

No identifican en su condición de género una fuente de malestar o lo hacen desde una escasa capacidad reflexiva, como justificación insalvable a su situación de vida, por tanto no se proyectan al cambio (transgresión de los patrones tradicionales).

Ello se halla estrechamente vinculado a la tendencia que se observa en los sujetos a **percibir la realidad de forma conflictiva** y se expresa como incapacidad para el enfrentamiento a los conflictos y situaciones de la vida cotidiana, los que no se solucionan en tanto los malestares que genera esta situación son naturalizados y no se vinculan a la condición de género como “aprendida y modificable”.

Se aprecia una frecuente proyección al pasado, que se retoma en el presente generando estados desagradables y conflictivos. Existe además una tendencia a la creación y vivencia de conflicto (generalmente inconsciente) entre el deseo y el deber, dígase entre las necesidades de resolver su situación de vida y el cumplimiento de lo socialmente establecido.

Ello explica también sus **alteraciones en el autocontrol de la conducta**, las que están dadas por la ausencia de una actitud crítica hacia sí y su cotidianidad. La escasa o nula

capacidad reflexiva impide la corrección interna de las acciones y eliminación de los errores (proyección al cambio). La asunción-desempeño de los roles de género es pasiva o contradictoria no generándose actitudes de cambio.

Las **alteraciones en la regulación consciente del comportamiento**, se expresan por la pobre autodeterminación consciente.

Aún cuando existe generalmente un malestar del que son conscientes y aparece la queja, no existe conciencia o hay un predominio de lo inconsciente en el nivel de reelaboración racional de los hechos relacionados con la enfermedad, es prácticamente nula la capacidad reflexiva-valorativa que permita vincularlo a su condición de género y el ejercicio de los roles tradicionales.

De manera general, la feminidad es asumida desde la naturalización de las cualidades tradicionalmente asignadas a las mujeres.

CONCLUSIONES

1. El estudio realizado permite valorar la correspondencia que se establece entre las identidades de género de las mujeres del grupo estudiado y la identidad femenina tradicional, caracterizada por el ejercicio sacrificial de los roles de ama de casa – madre – esposa, como parte de lo cual la familia y los vínculos al interno de la misma resultan los más significativos y se caracterizan por un “ser para otros”. La maternidad se erige entre sus principales aspiraciones y constituye vía de expresión y concreción de su feminidad, todo lo cual justifica la renuncia o desplazamiento de la inserción a la vida pública, produciéndose una dicotomía entre esta y lo privado. Las vivencias sobre el cuerpo y la sexualidad están marcadas por estereotipos como la “pasividad erótica” y el ser “cuerpos objetos del deseo de un hombre”, a partir de lo cual pueden vivir y disfrutar la misma.
2. La identidad de género del grupo de mujeres estudiadas articulan las alteraciones de personalidad que presentan, o sea que en la dinámica de éstas se expresan de manera significativa los contenidos de género:
 - Sus alteraciones en la mediatización y jerarquía del sistema de motivos se caracterizan por la presencia de necesidades patológicas de comprensión, apoyo, seguridad y afecto que son demandadas y/o proyectadas en la relaciones intrafamiliares donde establecen relaciones de fuerte apego y dependencia, caracterizadas por un “ser para otros”. Estas necesidades alcanzan un carácter rector que frena u obstaculiza su inserción en el mundo público, de ahí la marcada pobreza de motivos sociales.
 - Las alteraciones en la función formadora de sentido personal se explican en tanto solo cobran sentido y dinamizan su comportamiento estos vínculos. El mundo privado se erige como área de expresión y realización por excelencia a la cual se proyectan desde un conjunto de mitos y creencias vinculadas a la identidad femenina tradicional.
 - Las alteraciones de la autovaloración, generalmente inadecuada por defecto, surgen a consecuencia de la percepción de incumplimiento de estos patrones tradicionales.
 - Sus aspiraciones se caracterizan por la inmediatez, poca capacidad movilizativa y por ser situacionales y vinculadas a lo privado. Se verifica además la vaguedad

- o ausencia de planes futuros, lo que explica sus alteraciones en la perspectiva temporal.
- Se produce una percepción conflictiva de la realidad ante la incapacidad para enfrentar los conflictos, dado por su escasa capacidad reflexiva que les impide analizar el vínculo entre los malestares y su condición de género. Se constata además una fuerte proyección al pasado conflictivo con repercusión en el presente.
 - La feminidad es asumida desde la naturalización de las desigualdades y asunción-desempeño pasivo de los roles tradicionales, lo que impide la modificación de su vida cotidiana, lo que explica la alteración de la regulación consciente del comportamiento y del autocontrol de su conducta.
3. La vulnerabilidad que se aprecia en estas mujeres ante este tipo de patología responde no solo a la educación afectiva que reciben de todas las instituciones socializadoras, sino también a procesos de identificación que ocurren al interno de la familia, a partir de la presencia de madres u otros familiares cercanos con este tipo de patologías. Muchos de sus comportamientos, actitudes y características psicológicas han sido aprendidas durante su proceso de socialización.

RECOMENDACIONES

1. Transmitir una valoración de estos resultados a la dirección del Ministerio de Educación Superior y de Salud Pública que permita comprender la necesidad de generalizar la transversalización del enfoque de género en la enseñanza de los profesionales de la salud de nuestro país.
2. Introducir estos resultados en los programas de capacitación a profesionales que trabajan en el área de la salud mental, para favorecer con sus análisis, la reinterpretación de lo patológico y la reevaluación de los diagnósticos, así como la re-conceptualización de los tratamientos actuales, toda vez que consideramos importante el conocimiento de estas particularidades para la psicoterapia con mujeres neuróticas a partir de la re-significación de cuestiones asociadas a la expresión de su identidad de género.
3. Realizar una investigación similar con una muestra de mujeres no neuróticas, que permita un estudio comparativo y con ello el análisis de las particularidades que distinguen a la asunción de la identidad de género tradicional como factor etiológico en los casos de Trastornos con desarrollo neurótico.
4. Desarrollar investigaciones semejantes y comparativas con una muestra de hombres, intentando analizar si en estos casos la identidad masculina tradicional o la renuncia a la misma resulta eje estructurante de sus alteraciones de personalidad.

REFERENCIAS

- Alonso, A., & Rodríguez, R. (1987). Etiología de la neurosis. *Revista Cubana de Psicología*, 2 (4).
- Alonso, A. (1989). Papel del desarrollo anómalo de personalidad en el origen de la neurosis y sus diversas formas clínicas. Tesis de Doctorado en opción al título de Doctor en Psicología, Facultad Psicología, Universidad de La Habana, Cuba.
- Alonso, A. (2003). Alteraciones de la personalidad. *Psicología em revista*, 10 (14), Belo Horizonte, Brasil.
- Alonso, A. (2004). La entrevista clínica. En A. Alonso *Psicodiagnóstico Clínico*. La Habana: Editorial Félix Varela.
- Alonso, A. & Rodríguez, R. (1995). Diagnóstico y tratamiento de la neurosis a partir de un enfoque personológico. *Revista Cubana de Psicología*, 12 (3).
- Alonso, A. & Villanueva, M. (1996). Caracterización de los conflictos en la Neurosis. *Revista Cubana de Psicología*, 13 (2-3).
- Álvaro, J. L. (2005). Salud Mental. En *Diccionario crítico de las Ciencias Sociales*. Universidad Complutense de Madrid. Disponible en: <http://www.ucm.es/info/eurotheo/diccionario>
- Barberá, E. (1998). *Psicología del Género*. Barcelona: Editorial Ariel. S.A.
- Butler, J. (1990). *Gender Troubler. Feminism and the Subversion of Identity*. New York and London: Routledge.
- Bonino, L. (2000). Varones, género y salud mental. Deconstruyendo la "Normalidad" Masculina". En A. Carabí & M. Segarra (Eds.), *Nuevas masculinidades*. Barcelona: Editorial Icaria.
- Castro-López, H. & Barrientos, G. (1994). *Psiquiatría*, Tomo I (2ª ed.). La Habana: Editorial pueblo y Educación.
- CIE-10, (1992). *Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico*. Organización Mundial de la Salud (OMS). Versión española: Meditor.
- De Barbieri, T. (1992). Los ámbitos de acción de las mujeres. *Revista Mexicana de Sociología*. México D.F.
- De la Torre; C. (2001). *Las identidades. Una mirada desde la Psicología*. La Habana: Centro de investigaciones y desarrollo de la cultura cubana Juan Marinello.

- DSM-IV, (1995). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales de la APA*. Barcelona: Masson.
- Engels, F. (1975). *El origen de la familia, la propiedad privada y el estado*. La Habana: Editorial Ciencias Sociales.
- Fernández, L. (2005). Género y subjetividad. En L. Fernández, *Pensando en la Personalidad*, Tomo II. La Habana: Editorial Félix Varela.
- Fraisse, G. (2002). El concepto filosófico de género. Artículo publicado bajo el título “Le genre” En Red Barbara Bassin, *Vocabulaire Européen des Philosophies*. París: Editions du Seuil.
- Freud, S. (1894). La Neurastenia y la Neurosis de Angustia. Sobre la necesidad de separar de la Neurastenia cierto complejo de síntomas a título de Neurosis de Angustia. En S. Freud, *Obras Completas “Freud total” 1.0* (versión electrónica).
- Freud, S. (1898). La sexualidad en la Etiología de la Neurosis. En S. Freud, *Obras Completas “Freud total” 1.0* (versión electrónica).
- GC-3, (2001). Tercer Glosario Cubano de Psiquiatría, Adaptación para Cuba del Capítulo V de la 10ma. Revisión de la Clasificación Internacional de Trastornos y Enfermedades (CIE-10). Ciudad de La Habana: Ministerio de Salud Pública, Hospital Psiquiátrico de La Habana.
- González, R. (2003). *Clínica psiquiátrica básica actual*. La Habana: Editorial Félix Varela.
- Horney, K., (1956). *La personalidad neurótica de nuestro tiempo* (3ª ed.). Buenos Aires: Editorial Paidós.
- Huertas, M. (1991). Mujer y salud mental. En C. Ruiz & C. Sáez (Eds.), *La salud de las mujeres en la atención primaria*. Madrid: Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública (F.A.D.S.P.).
- Ibáñez, T., (1988). *Ideologías de la vida cotidiana*. Barcelona: Ediciones Sendai.
- Kaplan, H., Freedman, A. & Sadock, B. (1982). *Tratado de psiquiatría*, Tomo II. La Habana: Edición Revolucionaria.
- Lagarde, M. (1996). *Género y feminismo. Desarrollo humano y democracia*. Madrid: Editorial Horas y Horas.
- Lagarde, M. (1996^a). La multidimensionalidad de la categoría género y del feminismo. En M. L., González (Comp.), *Metodología para los estudios de género*. México: Instituto de Investigaciones Económicas – UNAM.

- Lagarde, M. (1999). *Claves feministas para el poderío y la autonomía de las mujeres*. Málaga-Sevilla: Instituto Andaluz de la Mujer.
- Lagarde, M. (2001). *Identidad Femenina*. CENDOC-CIDHAL. Disponible en: <http://www.laneta.apc.org/cidhal/lectura/identidad/texto3.htm>
- Lamas, M. (s/f). La perspectiva de género. En *La Tarea, Revista de Educación y Cultura*, 8, sección 47 del SNTE. Disponible en: <http://www.latarea.com.mx/articu/articu8/lamas8.htm>
- Lamas, M. (1996). *El Género: La construcción cultural de la diferencia sexual'*. México: PUEG.
- Lamas, M. (2003). *Género: claridad y complejidad*. México. Disponible en: http://www.yorku.ca/hdrnet/images/uploaded/un_genero%20lamas.pdf.
- Martínez, I. & Bonilla, A. (2000). *El sistema sexo/género. Identidades y construcción de la subjetividad*. Valencia: Universitat de València.
- Márquez, O., (2005). *Estudio de la necesidad patológica de afecto en sujetos neuróticos*. Tesis de Diploma en opción al título de Licenciado en Psicología, Facultad Psicología, Universidad de La Habana, Cuba.
- Mayobre, P. (1998). Salud y Género. En *Novos Dereitos: Igualdade, Diversidade e Disidencia*. Santiago de Compostela, España: Tórculo Edicións.
- Mayobre, P. (2004). *La construcción de la identidad personal en una cultura de género*. Creatividad Feminista. Universidad de Vigo. Disponible en: <http://webs.uvigo.es/pmayobre/indicearticulos.htm>
- Mead, M. (1981). *Sexo y temperamento en tres sociedades primitivas*. Barcelona: Editorial Laia.
- Montecino, S. (1997). Devenir conceptual: De la mujer al Género. En Colección de libros electrónicos, *Palabra Dicha. Escritos sobre género, identidades, mestizajes*. Univ. de Chile. Disponible en: www.creatividadfeminista.org/libros/gratis/palabra.pdf
- Montero, I., Aparicio, D., Gómez-Beneyto, M., Moreno-Küstner, B., Resenes, B. & Usall, J. et. al. (2004). Género y salud mental en un mundo cambiante. En *Gaceta Sanitaria*, 18 (1). Disponible en: <http://db.doyma.es/informacion.htm>
- Noyes, A., & Kolb. L. (1966). Trastornos psiconeuróticos. En A. Noyes & L. Kolb, *Psiquiatría clínica moderna* (3ª ed. en español). La Habana: Edición Revolucionaria.

- Organización Mundial de la Salud, (2001). *Informe de la salud en mundo*. Ginebra: OMS.
- Organización de Naciones Unidas, (2003). *La potenciación de la mujer como clave para alcanzar los objetivos de desarrollo del milenio*. Departamento de Información Pública de la Secretaría de Naciones Unidas. Disponible en: <http://www.mediainfo.un.org/mujer.htm>
- Plan de Acción Nacional de Seguimiento a la Conferencia de Beijing, (1997). Publicado en la Gaceta Oficial de la República de Cuba el 5 de mayo de 1997. La Habana: Editorial de la Mujer. Disponible en: <http://www.ain.cu/mujer/beijing.htm>
- Riviere, P. (1980). *Del psicoanálisis a la psicología social. El proceso grupal*, Tomo I. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Rodríguez G., Gil J. & García E. (2002). *Metodología de la investigación cualitativa*. Santiago de Cuba: Prograf.
- Sáiz, J., Ibáñez, A. & Montes, J. L. (2001). *Trastorno de angustia, Crisis de pánico y Agorafobia en atención primaria*. Colección Psiquiatría Médica. Barcelona: Almirall Prodesfarma.
- Vasallo, N. (2002). Identidades en tránsito: cubanas de tres generaciones. En *Panorama da Realidade Cubana*, 8, Cuadernos do CEAM, Año III. Universidade de Brasilia: Centro de Estudos Avançados Multidisciplinares.
- Vasallo, N. (2004). El Género: un análisis de la “naturalización” de las desigualdades. En L. Iñiguez & O. Pérez (Comp.), *Heterogeneidad Social en la Cuba Actual*. La Habana: Centro de Estudios de Salud y Bienestar Humano.
- Vázquez, O. & Matos, T. (1997). Calidad de vida en pacientes neuróticos. Tesis de Diploma en opción al título de Licenciado(a) en Psicología, Carrera Psicología, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Oriente, Cuba.
- Vygotski, L. (1987). *Historia del desarrollo de las funciones psíquicas superiores*. La Habana: Editorial Científico -Técnica.
- Zamora, J.C, (2006). *Estudio clínico-psicológico del trastorno de ansiedad fóbica*. Tesis de Diploma presentada en opción al título de Licenciado en Psicología, Facultad de Psicología, Universidad de La Habana, Cuba.

ANEXO 1

Tabla No. 1. Datos generales del grupo de estudio seleccionado.

Muestra	Nombre	Edad	Estado civil	No. de hijos(as)	Nivel de escolaridad	Ocupación
Caso 1	NTD	25	Casada	-	Medio	Trabajadora social
Caso 2	MDM	53	Casada	2	Técnico medio	Farmacéutica
Caso 3	MCLP	43	Casada	2	Técnico medio	Ama de casa
Caso 4	LRA	39	Casada	2	Técnico medio	Ama de casa
Caso 5	LDM	34	Casada	1	Técnico medio	Ama de casa
Caso 6	AQP	50	Casada	2	12mo. grado	Cuenta-propista: Peluquera
Caso 7	VVS	56	Viuda	- Por infertilidad	Superior	Jubilada
Caso 8	PGM	52	Casada	2	Técnico medio	Ayudante de cocina
Caso 9	ACH	42	Divorciada. Actualmente en unión consensual	2	12mo. grado	Encuadernadora
Caso 10	ISB	34	Casada	2	9no. grado	Asistente de servicios

ANEXO 2

GUÍA DE ENTREVISTA EN PROFUNDIDAD.

Datos generales: Nombre, edad, nivel de escolaridad, profesión, ocupación, años de experiencia laboral, estado civil, composición familiar, antecedentes patológicos personales (APP), antecedentes patológicos familiares (APF).

Espacio privado y espacio público:

Estudios realizados:

Tipo y tiempo de estudios.

Motivaciones para realizar los estudios.

Características de su tránsito por los mismos (obstáculos, interrupciones, motivos de las mismas).

Calificaciones obtenidas. Reconocimientos.

Valoración de sus estudios (grado de satisfacción).

Vida laboral:

Motivaciones de la inserción laboral.

Correspondencia o no con los estudios realizados.

Logros obtenidos y dificultades en dicha inserción (con relación al medio laboral y/o la vida privada y familiar).

Valor concedido al trabajo (jerarquía en su vida personal).

Aspiraciones. Grado de cumplimiento de las mismas. Motivos de su incumplimiento.

Superación (acceso, logros, dificultades). Significación personal. Motivaciones hacia la misma.

Fluctuaciones en la vida laboral. Causas.

Vivencias asociadas al desempeño.

Experiencias positivas y negativas. Obstáculos percibidos. Valoración de sus logros y dificultades.

Funciones o cargos desempeñados (grado de satisfacción, dificultades percibidas)

Características de sus relaciones con jefes y/o subordinados.

Valoración de la remuneración recibida. Empleo del dinero y decisiones respecto a las inversiones.

Características que deben definir en su opinión a la “mujer trabajadora” (mencionar tres de ellas). Cuáles la identifican personalmente.

Proyectos futuros en esta área (a corto y largo plazo).

Organización de la vida doméstica y familiar:

Distribución de las tareas.

Tiempo dedicado a ellas diariamente. Vivencias y malestares al respecto.

De las relaciones y organización de su vida familiar, qué le gustaría cambiar y qué no.

Causas.

Vínculos significativos (valor que le otorga a la calidad de la relación con cada uno de los miembros de su núcleo familiar).

Motivaciones hacia el matrimonio o la unión.

Ideal de pareja (descripción de características físicas, psicológicas y materiales, etc.)

Características de sus relaciones de pareja (satisfacciones e insatisfacciones)

Toma de decisiones en la pareja (campos o acciones sobre los que decide cada miembro de la misma, criterios para tomar las decisiones, grado de autonomía o dependencia, inseguridades).

Satisfacciones e insatisfacciones experimentadas con el desempeño de este rol.

Hechos o situaciones que la han afectado más en su vida matrimonial.

Características que considere la definen como “esposa” (mencionar al menos tres de ellas).

Proyectos futuros asociados a la esfera familiar (a corto y largo plazo).

Maternidad:

Vivencias (positivas y negativas) asociadas al rol de madre.

Características que considere la definen como “madre” (mencionar al menos tres de ellas).

Responsabilidades asumidas con la crianza y educación de los hijos. Vivencias

Comparación con relación a la paternidad desde la vivencia individual y experiencia personal. Distribución de tareas asociadas a ello.

Evaluación del desempeño (satisfacciones e insatisfacciones)

Renuncias (costos) realizadas en otras esferas de su vida debido al ejercicio de la maternidad.

Ganancias y pérdidas percibidas con la condición de esposa, trabajadora, y madre (y la superposición de los roles).

Frustraciones, conflictos y contradicciones que le genera el desempeño del rol de madre.

Relación con los otros y consigo misma:

Espacios y límites en la relación con los otros (hijos, esposo, padres y otros familiares).

Satisfacciones e insatisfacciones.

Comportamientos cotidianos respecto a los otros (atenciones y responsabilidades con ellos, responsabilidad ante los cuidados por enfermedad y otros, tipos).

Gustos, deseos y aficiones personales. Tiempo dedicado a su realización (obstáculos, autopostergaciones, vivencias al respecto).

Proyectos de vida a corto y largo plazo. Jerarquía.

Recursos con que cuenta para la realización de los mismos (materiales y espirituales, físicos y subjetivos).

Posibilidades reales.

Experiencias en el proceso de socialización familiar.

Percepción del establecimiento de pautas de socialización diferentes (sexistas) entre mujeres y hombres en su familia de procedencia (valoración, malestares).

Huellas significativas dejadas en sus consideraciones actuales sobre sí misma y sobre la educación de sus hijos(as).

Principales preocupaciones. Vías de solución que ofrece (de haber reflexión al respecto).

Ideales juveniles y actuales.

Cualidades que otorga a la condición de mujer (mencionar tres características).

Cualidades que la definen personalmente.

Cualidades con la que se siente cómoda y no cambiaría; y cuáles modificaría.

Costos y beneficios que identifica asociados a la condición femenina. Satisfacciones e insatisfacciones.

Si volviera a nacer qué elegiría ser “hombre o mujer” y por qué.

Hechos o eventos (positivos y negativos) que más la hayan impactado y marcado como “mujer” (mencionar al menos tres).

Percepción de la enfermedad actual (autopercepción de las causas, elementos que influirían en su “cura”, etc.)

Elementos que considera deben cambiar para que se sienta completa o parcialmente bien (influencia de la construcción de la feminidad).

Cuerpo y la sexualidad:

Características físicas y psicológicas que considera necesarias para la expresión de la feminidad (mencionar al menos tres en cada caso).

Características que considera definen la sexualidad femenina y masculina. Diferencias y semejanzas. Explicación que ofrece sobre ello.

Valoración sobre la autogestión de la satisfacción. Experiencias positivas y negativas.

Responsabilidad individual percibida con relación a su satisfacción y la de su pareja (concepciones sobre el disfrute).

Hechos o momentos relevantes en su vida sexual.

Concepciones vinculadas a los cuidados del cuerpo y su autoconocimiento.

Vivencias y/o concepciones asociadas al período climatérico (sobre el disfrute sexual en edades avanzadas) en la adolescencia y juventud. Explicaciones que ofrece al respecto (mitos, creencias).

ANEXO 3

TÉCNICA DE LOS DIEZ DESEOS.

Escriba en orden de prioridad sus principales deseos como mujer. Comience por el de mayor importancia, hasta los de menor.

Recuerde ser lo más sincera posible para lograr el fin que perseguimos.

1. Yo deseo _____
2. Yo deseo _____
3. Yo deseo _____
4. Yo deseo _____
5. Yo deseo _____
6. Yo deseo _____
7. Yo deseo _____
8. Yo deseo _____
9. Yo deseo _____
10. Yo deseo _____

ANEXO 4

GUÍA DE OBSERVACIÓN.

Cada sesión de trabajo será observada teniendo en cuenta los siguientes indicadores:

- Expresión facial.
- Gestualidad. Coherencia verbal - no verbal. Imagen que se intenta transmitir.
- Características físicas. Nivel de correspondencia con patrones/asignaciones según género de pertenencia.
- Tono de voz. Características del lenguaje empleado y fluidez.
- Síntomas de ansiedad (agitación motora, onicofagia, sudoración de manos o pies).
- Actitudes corporales.
- Nivel de cooperación e implicación en la tarea. Concentración de la atención.
- Resistencia ante determinados temas o preguntas. Presencia de otros elementos que obstaculizan o favorecen el proceso comunicativo.
- Hábitos tóxicos.
- Hábitos higiénicos.

ANEXO 5

CASO 1

Datos generales: NTD, 25 años de edad, casada, trabajadora social (graduada en el año 2001), cuenta con 6 años de experiencia laboral, estudiante de 4to. año de Psicología por la Universalización. Vive con madre, padre y esposo. No tiene hijos.

APP: episodios depresivos desde la niñez e hiperquinesia, con tratamiento y seguimiento por consulta externa de psiquiatría. Ingresada en una ocasión en la Clínica del Neurótico.

APF: madre trastorno neurótico ansioso-depresivo, abuela materna psicosis.

Análisis de la HC.

La historia clínica y la entrevista realizada con la finalidad de enriquecer y esclarecer la información que aporta la misma, muestra la existencia de episodios depresivos desde la niñez e hiperquinesia, con tratamiento y seguimiento por consulta externa de psiquiatría.

La historia de la enfermedad actual muestra entre las causas que desencadenaron los síntomas depresivos en etapas anteriores la muerte de la abuela materna con la que mantenía una relación afectiva cercana y la partida de la hermana menor al exterior de manera definitiva (separación de la misma). Más recientemente el accidente automovilístico donde al ir conduciendo (intentando aprender) atropella a un vecino (adulto mayor) con el que tenía muy buenas relaciones desde lo personal y con su familia, el mismo fallece 8 días después. Como consecuencia estuvo detenida 4 días, razones todas que condujeron a su última crisis nerviosa e ingreso en la Clínica del Neurótico del Hospital Psiquiátrico de Stgo. de Cuba.

Los síntomas al ingreso eran llanto frecuente, opresión torácica, pérdida del apetito, reclamos de la presencia constante de alguno de sus familiares a su lado, no permitiéndoles incluso trabajar o dedicarse a las labores domésticas, búsqueda de apoyo y en un ocasión acude por la madrugada a la cama de sus padres a dormir con ellos (conductas de regresión y de fuerte apego y dependencia), aún cuando dormía con el esposo.

Entrevista en profundidad.

- Desempeño espacio público y privado

Al concluir 12mo. grado ingresó en el Instituto Superior Pedagógico en la carrera de Español-Literatura, al concluir el primer año abandona los estudios y matricula en la Escuela Formadora de Trabajadores Sociales, de la cual egresa en el 2001. Como motivación para el cambio declara:

“Quería trabajar con las personas, ayudarlas a resolver sus problemas sobre todo espirituales”

Por esta razón al concluir su formación opta por la carrera de Psicología y refiere haberle motivado además su interés por el trabajo con niños y “aprender a enfrentar sus dificultades personales y los problemas que la agobian y deprimen”.

Sus calificaciones y resultados docentes siempre fueron buenos, aunque su rendimiento disminuía cuando estaba en períodos de depresión, recuerda como uno de los más críticos el ocurrido a raíz de la muerte de su abuela materna cuando cursaba el 12mo. grado.

Presentó dificultades para la adaptación a la condición de becada y se escapaba de la escuela en sus inicios con frecuencia para ir a dormir a su casa. Luego dejó de hacerlo (sobre todo por la lejanía de la escuela a su casa y lo peligroso del trayecto). Sus resultados fueron buenos y obtuvo reconocimientos reiterados por ellos, se vinculó al movimiento de alumnos ayudantes por las asignaturas de Psicología y Sociología.

En la carrera de psicología hasta el momento no muestra dificultades docentes. Presentó certificado en una ocasión porque se desestabilizó a partir de las dificultades para poder viajar a Italia a cuidar y ayudar a su hermana, que a raíz de la maternidad y las nuevas responsabilidades se encontraba muy deprimida y demandaba colaboración. La motivación con el trabajo social (como profesión) refiere que es actualmente muy baja ya que no realiza la función que esperaba. Considera que el trabajo y el desarrollo profesional son importantes en su vida pero que “primero está Dios y su familia”. Entre sus principales aspiraciones se hayan tener una familia unida, graduarse de Psicología y obtener la salvación (estar bien ante Dios).

Durante su vida laboral ha realizado varios cambios de trabajo (en tres ocasiones), ante lo cual alega las inadecuadas condiciones de trabajo en algunos casos y en otros que los jefes eran demasiado exigentes o impositivos.

Las cualidades que considera deben definir a la mujer trabajadora son: amor, dedicación y entrega. Las que considera la identifican personalmente, así como la responsabilidad y respeto.

En cuanto a la organización de la vida doméstica y familiar refiere una distribución de tareas domésticas al interno de la familia que refleja la coparticipación de sus miembros: padre (cocina, lava, hace mandados), madre (limpia, organiza la casa, hace compras de objetos de primera necesidad, busca comida), esposo (friegas, compra y trae al hogar alimentos) y ella (limpia, friega, sacude).

Entre las cosas que le gustaría cambiar de su medio familiar se hallan: la forma de comunicarse y solucionar los problemas, la comunicación esencialmente con el padre **“que a todo se opone, todo lo dice peleando, da la impresión de que siempre está incómodo”**.

Considera que debe continuar igual la forma de expresarse el cariño unos a otros y de ayudar a vecinos y amigos. Refiere que las relaciones con todas las personas de su medio familiar son muy importantes para su estabilidad.

Su ideal de pareja lo define en función de atributos físicos como fuerte, definido (refiriéndose a la masculinidad) y apuesto. Entre las características psicológicas enumera la inteligencia, respeto a su espacio, fidelidad y sinceridad. Considera además importante que sea profesional lo que le asegure un nivel de desenvolvimiento material promedio.

Manifiesta que las cualidades que la definen como esposa son: cariñosa, sincera, amiga y compañera. En ocasiones experimenta malestar con su rol de esposa pues siente que no se desempeña como se espera, en tanto recurre a comportamientos que no puede evitar y que la hacen sentir infantil y caprichosa.

Entre los proyectos de vida que en esta esfera se ha trazado se encuentran: **“fortalecer su relación y la de su esposo con Dios** (él que según considera se ha alejado de la iglesia)” y **“tener muchos hijos”**.

- *Maternidad*

Aunque no tiene en la actualidad hijos, menciona la posibilidad de la maternidad como una importante aspiración en su vida. Proyecto de vida que asume se ha visto obstaculizado por el proceso judicial que se le sigue y por el cual debe cumplir sanción.

El malestar que expresa vinculado a este proceso está dado esencialmente por el inconveniente que le genera en función de la maternidad deseada. Su filosofía de la vida (religión evangélica) refuerza la idea de la necesidad de la misma como parte de la expresión de su condición de mujer y la aceptación de la condena con resignación a partir de la idea de que es esta decisión de Dios.

La relación con la madre se caracteriza por un fuerte apego y dependencia.

Se resalta su sensibilidad extrema, desde pequeña con frecuencia se entristecía y lloraba, con tendencia a redimensionar los hechos como conducta aprendida (esencialmente de la madre). Como eventos desencadenantes de estas situaciones evoca recuerdos de su infancia como: comentarios de la madre que lloraba mucho por la muerte del padre (abuelo de NTD) y le decía que **“él hubiera querido conocerlas, que era una persona muy buena y que no merecía haber muerto”**, lo que la hacía sentir anímicamente muy mal y la deprimía. Lo mismo sucedía cuando la madre menstruaba y ante la inquietud de NTD y la hermana, les explicaba que se había cortado en el trabajo.

Recuerda además cuánto le afectaban los comentarios de la madre que le decía al padre, que sus otros hijos (de un matrimonio anterior) **“no lo querían y no lo cuidarían de anciano”**, lo que entristecía al padre y creaba una dinámica desfavorable en el hogar toda vez que lo repetía una y otra vez.

Muchos de sus comportamientos, actitudes y características personalógicas han sido aprendidas de la madre en el proceso de socialización (conductas imitativas).

- *La relación con los otros y consigo misma*

No establece límites definidos entre el “yo” y los “otros”. Se diluye de manera importante en la relación con la madre, relación de la que depende afectivamente. Durante la entrevista refiere: **“mi mamá de todo se queja y por todo se deprime, recuerdo que eso siempre me afectó mucho, ella lloraba por mi abuelo o por cualquier cosa y yo la veía así y también lloraba”**, **“a veces ni siquiera sabía por qué yo lloraba”**, **“sé que necesito ser más independiente en cuanto a mis sentimientos pero no puedo”**.

Refiere que cuando pequeña siempre durmió con sus padres, luego con su abuela y más tarde con el esposo, de manera que no logra conciliar fácilmente el sueño estando sola, lo que refleja en última instancia su necesidad de cercanía y protección.

Las experiencias en el proceso de socialización familiar han sido determinantes en la formación y desarrollo de su personalidad. Educación que ha transcurrido desde patrones de género sexistas y normativos.

La necesidad de cumplirlos para no molestar a su madre y que esta no se alterara o deprimiera por su irreverencia funcionó como mecanismo regulador de la relación. También se le incitaba al cumplimiento de la “norma social/asignaciones de género” a partir de la idea de que sería recompensada por Dios “**que todo lo ve**”. El temor al castigo divino funcionó también como regulador de conducta.

Se aprecia por tanto una marcada dependencia afectiva de la relación con la madre, su estabilidad psicológica está en función de la calidad y características de esta y por extensión con todo lo que para ella resulte importante. Aunque esta situación es generadora de malestar resulta escasa la reflexividad crítica y la movilización hacia el cambio. El ideal de “buena mujer e hija” se asocia y es cumplido a través de la aceptación de esta situación.

Entre las cualidades que otorga a la condición de mujer se hallan: la honestidad, dulzura, cariño y amor, considera que ella cumple con todas y que los sucesos ocurridos en su vida la han hecho además madurar y ser más responsable, otra cualidad que considera importante.

Identifica la maternidad como uno de los beneficios asociados a la condición femenina, al respecto refiere “**ser madre, llevar un niño 9 meses en mi vientre, un ser vivo, algo que se mueve, es maravilloso**”. Entre los costos menciona el ser caprichosa (lo que está asociado a su experiencia anterior y como consecuencia la muerte del anciano en el accidente que ella provocara) y los dolores del parto, aún así manifiesta “**pero es una bendición**”.

Cuando se le pregunta si volviera a nacer qué elegiría ser, responde que mujer alegando que “**aunque bíblicamente el hombre es cabeza da familia, no hay uno sin el otro, deben fundirse y Dios le otorgó a la mujer también una importante función**”. De manera que asume su rol tradicional como parte de un mandato divino y no experimenta conflictos (por lo menos explícitamente) con esta condición.

- *Cuerpo y sexualidad*

Comenzó su vida sexual activa a los 22 años al contraer matrimonio, momento hasta el cual se mantuvo virgen decisión que guarda relación con la religión que profesa. Asume la fidelidad como un valor esencialmente femenino.

Sus primeras relaciones sexuales fueron dolorosas y no lograba satisfacción. Al año aproximadamente de casada logra el primer orgasmo, considera que entre las principales causas se encuentran que “reflejaba todo su malestar en ese momento y no lograba concentrarse lo suficiente”. Nunca experimentó dificultades en la fase del deseo.

Diez Deseos.

El contenido de los deseos 1(que mi familia y yo seamos salvos), 3(mi familia unida y disfrutar de ellos), 5(que mis padres cambien su forma de vida), 7(ser una mujer en la que mis padres confiaran) y 9 (que mi esposo me siga ayudando como lo hace) está explícitamente asociados a la esfera familiar, lo que muestra esta como un área de gran significación en su vida.

Los deseos 2 (tener la suficiente fuerza para enfrentar la vida a pesar de los problemas, con salud), 6 (que si el tiempo pudiera retroceder cambiaría mis caprichos pasados y lo que me faltó por hacer) y 8 (poder seguir siendo testimonio positivo para las personas) aunque su enunciación apunta a cuestiones asociadas a lo personal, la exploración muestra que la intención final del deseo está asociada igualmente a la esfera familiar, en tanto se vincula a su deseo de no disgustar y hacer sufrir a sus padres y constituye expresión del “ser para otros”.

Con el deseo número 10(tener a mi abuela viva a pesar de que sé que es imposible) así como con el número 6 (que si el tiempo pudiera retroceder cambiaría mis caprichos pasados y lo que me faltó por hacer) se aprecia la tendencia a centrarse en el pasado y evocar en consecuencia un presente conflictivo, y se constatan los escasos recursos con que cuenta para superar las situaciones e integrarlas al yo en forma de aprendizajes.

Se evidencia una escasa proyección futura.

Observación.

La expresión facial denota preocupación sobre todo ante determinados temas de máxima significación personal. Muestra coherencia entre el discurso verbal y no verbal. Aunque responde las preguntas que se le formulan muestra tendencia a recurrir a determinados temas y situaciones, en este caso vinculados generalmente a la familia y

la madre esencialmente, sintiéndose responsable del sufrimiento y situación psicológica que experimenta.

Constantemente evoca el temor que siente a la pérdida de sus padres. La familia resulta un área extremadamente significativa, y es recurrente que vuelva al tema aún cuando se le pregunta de otras cuestiones. Durante la entrevista psicológica reitera en más de una ocasión que se trabaje con su madre pues su estado le preocupa.

El lenguaje es fluido y el tono de voz adecuado. No se aprecian síntomas de ansiedad. La actitud corporal y concentración de la atención denota interés e implicación en la tarea. Cooperación con la entrevista y la aplicación de instrumentos.

Porte y aspecto correctos, viste ropas sencillas y sin exceso de maquillaje. Adecuados hábitos higiénicos. No presenta hábitos tóxicos.

ANEXO 6

CASO 2

Datos generales: MDM, 53 años de edad, casada, con dos hijas, técnico medio en farmacia y con 30 años de experiencia laboral. Vive con esposo, hija mayor y yerno. Actualmente trabaja en la Farmacia Principal Municipal.

APP: trastornos nerviosos desde joven atendida por consulta externa de psiquiatría, que más tarde diagnostican como Neurosis.

APF: madre psicosis, suicidio prima paterna.

Análisis de la HC.

La historia clínica y la entrevista, muestra la existencia de episodios depresivos recurrentes desde muy joven, con tratamiento y seguimiento por consulta externa de psiquiatría. Ingresada en una ocasión en la Clínica del Neurótico.

La historia de la enfermedad actual muestra entre las causas que desencadenaron síntomas depresivos en etapas anteriores la muerte de su padre primero y luego de su madre; el establecimiento de relaciones amorosas de una de sus hijas con un extranjero y luego su partida al exterior de manera definitiva; y más recientemente el accidente automovilístico de la otra hija que atropella y mata a un vecino, la que es retenida en prisión como parte del proceso legal, razones todas que condujeron a su última crisis nerviosa, la que motivó su ingreso en la Clínica del Neurótico del Hospital Psiquiátrico de Stgo. de Cuba, junto a su hija (caso No. 1).

Los síntomas al ingreso se caracterizaban por la tristeza, insomnio, llanto frecuente, pérdida del apetito, angustia, ansiedad.

Entrevista en profundidad.

- Desempeño espacio público y privado

Durante su vida estudiantil obtuvo siempre buenos resultados. Al concluir la secundaria estudia un técnico medio en farmacia y se gradúa como primer expediente. Luego termina el 12mo. grado e intenta ingresar en la carrera de periodismo o derecho, no lo logra y matricula ingeniería química, la que cursa hasta el tercer año en que queda embarazada y muere su madre, abandonando entonces sus estudios pues refiere que este hecho la afectó demasiado, “**nunca más volví a ser la misma**”.

Con anterioridad se había casado, respecto a lo cual refiere **“había trabajo de hombres que ya mi padre no podía hacer y se necesita un hombre en la casa”, “además mi esposo es un buen hombre y muy responsable”**.

Cuenta con una experiencia laboral de 30 años. Realizó el servicio social en Hospital de Il Frente (en la farmacia), no obstante refiere que **“hice hasta partos, cogí niños naciendo, yo me metía en los salones de parto porque el nacimiento de un bebé es algo sublime, es una experiencia única”, “lo más grande que le puede pasar a una mujer”**.

Desde entonces ha trabajado en tres farmacias diferentes y como profesora en el Politécnico de la Salud. Ha ocupado cargos de dirección en todas.

Más tarde comienza a trabajar en la Farmacia donde labora actualmente y recibe certificados médicos con mucha frecuencia, se perita en el 2004 y continúa trabajando con reajustes en su contenido de trabajo y jornada laboral.

Refiere que las relaciones con jefes y subordinados siempre fueron buenas, manifiesta de estos últimos: **“ellos me lloraban cuando me iba, no querían que me fuera”, “los enseñé a trabajar, a hacer el bien”**.

Plantea haberse interesado siempre por la superación, **“sobre todo para que nadie tuviera quejas de mí”**, de manera que la motivación no estaba esencialmente en el placer individual por el conocimiento adquirido o en la superación profesional en sí, sino en lo que eso representaba en función de su imagen ante los otros, y del ideal de buena trabajadora y sobre todo “desvivida”, pues refiere **“aún con mi situación personal sacaba tiempo... y ellos sabían cuanto me sacrificaba”**. Como resultado recibió cursos de acupuntura, energía, geología, gotas florales, etc.

Considera que las cualidades que deben distinguir a la mujer trabajadora han de ser el “buen aspecto personal, el tener buen trato, darlo todo por el trabajo y ser cumplidora”. Ella en el ejercicio de dicho rol se califica como sabia, eficiente y con experiencia en todo, refiere **“no solo dirigía, también despachaba medicamentos o lo que fuera, me ponía en el lugar de todos”**.

En los últimos tiempos además del trabajo en la farmacia, realiza trabajos particulares de costura y peluquería.

- *Maternidad*

La maternidad sacrificial a partir de un vínculo de apego y dependencia con la hija, resulta característica esencial que articula su identidad.

Refiere haber dormido en el piso durante los 5 días que su hija estuvo retenida para solidarizarse con su situación y sufrir igual que ella las condiciones que tenía en la cárcel. No se bañaba y se alimentaba solo con líquidos.

Se aprecia una educación de los afectos que pasa por el prisma de su patología.

Refiere: **“mis hijas sufrieron mucho la muerte de mis padres porque yo lo sufría, y las enseñé a quererlos”, “yo lloraba mucho y ellas me veían”, “en la funeraria cuando el entierro de mi madre, mi hija se rompió la ropa del llanto y la impotencia, incluso la pitusa que llevaba puesta”.**

- *La relación con los otros y consigo misma*

El “ser para otros” constituye elemento distintivo de los vínculos que establece. El sí mismo se diluye de manera importante en la relación con los otros significativos y esencialmente con la hija.

El desempeño del rol de madre ocupa un lugar cimero en su estructura identitaria y alteraciones de personalidad. Alrededor de este desempeño y las vivencias a ella vinculados se desarrolla toda su vida.

Cuando se explora que cualidades considera asociadas a su condición de mujer, refiere solo una “madre”, más tarde refiere que **“eso es lo más importante y luego puede serse esposa, amante o cualquier otra cosa”.**

Se aprecia una identificación con la condición femenina que reduce a la posibilidad de la maternidad (mito mujer=madre).

No refiere costos asociados a dicha condición, tampoco beneficios. Evade constantemente la pregunta, lo que consideramos se halla vinculado a que asumir que la vivencias asociadas a la maternidad son actualmente fuente generadora de un importante malestar, resulta muy fuerte y desestabilizador y provoca una resquebrajamiento de su ideal de “buena madre”, capaz de “aguantarlo todo”.

- *Cuerpo y sexualidad*

Aunque evade constantemente el tema, finalmente refiere que su vida sexual siempre fue satisfactoria, aunque hace algunos años ha dejado de mantener relaciones sexuales con su esposo (o las tiene muy esporádicamente).

A partir del período climatérico comenzó a sentir molestias con el coito, los deseos disminuyeron y cuando además se encontraba en períodos de mucha tristeza no lograba sentir placer siquiera con el contacto corporal, las caricias o los besos.

Refiere **“de todas formas ya estoy un poco mayor para eso”, “ya estoy fea”, “ya no tengo encantos...”**.

No se aprecia malestar con esta condición y se naturaliza la renuncia al disfrute sexual como parte del período del desarrollo que atraviesa. Cuando menos a nivel de lo discursivo así lo manifiesta.

Las relaciones con su esposo no parecen haberse afectado con el hecho.

Diez Deseos.

De las diez opciones solo refiere tener tres deseos, lo que muestra una pobreza motivacional y de intereses o aspiraciones, que ya venía constatándose.

Sus tres deseos giran en torno a la relación con su hija y familia, estos son explicitados como sigue: deseo 1(que mi hija no vaya a prisión), 2(que el proceso judicial termine a nuestro favor) y 3(lograr la salvación y la bendición de Dios).

El análisis de la técnica confirma que la esfera familiar y específicamente el rol de madre resulta eje estructurante de su identidad y matiza de manera importante el contenido de las alteraciones de su personalidad. En esta área se centran todas sus aspiraciones y necesidades, que además se hallan en función del vínculo con los otros y no consigo misma.

Resulta de interés el análisis del empleo vocablo “nosotros” para referirse en deseo número 2 a la posibilidad de la hija, de ser absuelta, lo que demuestra su nivel de implicación e identificación con la hija (se diluye el sí mismo como característica del vínculo).

La exploración permitió conocer que según orientaciones recibidas por la abogada que atiende el caso, ya se le informó la imposibilidad de que su hija no cumpla sanción alguna, la que si bien puede ser reducida al mínimo en ningún caso será exonerada de

responsabilidad. De ahí que las posibilidades reales de cumplimiento del deseo como aspiración sean prácticamente nulas.

En el deseo número 3 recurre a su filosofía de la vida como recurso para afianzar su necesidad de “ser buena” y recompensada por ello, ideal que dinamiza todo su actuar.

Observación.

La expresión facial y corporal denota tristeza y preocupación. Lloro con frecuencia. El tono de la voz es melancólico y el ritmo lento. Existiendo coherencia en este sentido entre su discurso verbal y no verbal.

Muestra concentración de la atención, habla constantemente aún cuando no se le induce con preguntas, generalmente retoma las experiencias pasadas evocándolas desde su carácter conflictivo generador de malestar y sufrimiento.

Habla constantemente sobre su sufrimiento respecto a la situación familiar que atraviesa por la muerte del vecino, el proceso judicial de la hija y los tratos recibidos para la misma durante la retención post-accidente.

Lloro cuando cuenta lo sucedido con su hija y el accidente, refiere que el llanto se asocia al sufrimiento de la hija, a la pérdida del vecino, al dolor de su familia y la de este, así como al dolor y sufrimiento que experimenta ante todo eso.

Ante determinados temas (sobre sí misma, características personales, sexualidad, etc.) se muestra muy evasiva, no siempre responde lo que se le pregunta, solo en un segundo o tercer intento se centra en la pregunta efectuada.

No obstante, muestra interés e implicación en la tarea. Cooperar con la entrevista y la aplicación de instrumentos.

Se constata porte y aspecto correctos, viste ropas sencillas y sin exceso de maquillaje, se arregla y retoca el peinado con frecuencia antes de presentarse.

Adecuados hábitos higiénicos. No presenta hábitos tóxicos.

ANEXO 7

CASO 5

Datos generales: LDM, 34 años de edad, casada, técnico medio en electrónica, ama de casa, vive con esposo e hijo (de 6 años).

APP: estados depresivos con seguimiento por consulta externa de psiquiatría. Un ingreso en la Clínica del Neurótico del Hospital Psiquiátrico de Santiago de Cuba.

APF: nada a señalar.

Análisis de la HC.

La historia clínica y la entrevista realizada, muestra la existencia de episodios depresivos esporádicos. El primero de ellos a los 13 años de edad a raíz del divorcio de los padres, lo que provocó además afectaciones en sus resultados docentes, fue atendida por consulta de psicología.

Después del parto comienzan a hacerse más frecuentes y profundas las depresiones y cuadro ansiosos. A los 10 días de nacido el hijo es ingresado por problemas de salud y LDM es atendida por la psicóloga del centro hospitalario por la situación en que se encontraba. Refiere “**antes de parir tenía una personalidad y después otra**”.

Hace aproximadamente 2 años se independiza de los suegros, se muda con el esposo e hijo y refiere que las nuevas responsabilidades la agobian, reanudándose el cuadro depresivo ansioso.

Al momento del ingreso expresa mucho malestar con esta nueva situación de vida, llora con facilidad, siente miedo, pérdida de apetito y deseos de hacer las cosas cotidianas, insomnio y desconfianza.

Entrevista en profundidad.

- Desempeño espacio público y privado

Sus estudios primarios, secundarios y preuniversitarios transcurrieron de manera satisfactoria en Granma. A los 13 años se divorcian sus padres y es atendida por psicología, se le realizan diversas orientaciones y luego de algún tiempo abandona la consulta.

Al concluir el 12mo. grado matricula en el Instituto Superior de Ciencias Agropecuarias (ISCA), refiere “**la matemática era muy dura y yo nunca fui de mucho estudio, así**

que lo dejé", se desmotiva con la carrera y al concluir el primer año lo abandona e ingresa en el Politécnico de Electrónica, del cual se gradúa aunque esta carrera tampoco le motivaba y nunca la ejerció, plantea **"le tenía miedo a los cables, esa es una carrera para hombres"**, **"ellos tienen más habilidades para eso"**.

Al concluir este técnico medio viaja a Santiago de Cuba por algún tiempo a casa familiares para alejarse de su pareja, con la que había decidido la ruptura pero que continuaba buscándola y amenazándola de muerte.

En esta provincia se casa con su actual esposo. Refiere que la separación de su madre fue difícil y que lloraba con frecuencia, lo que logra superar al poco tiempo y por la presencia de sus suegros y cuñado que le brindaban mucho apoyo.

Nunca se insertó a la vida laboral ni muestra interés o motivación alguna por ello.

Luego del nacimiento de su hijo reaparecen los estados depresivos y comienza a confrontar dificultades en su relación con los suegros y cuñado. Decide independizarse hace aproximadamente 2 años y su situación anímica empeora. Refiere **"la casa me agobia"**, **"la soledad me deprime mucho, estoy el día entero sola"**.

Las labores domésticas y la crianza y educación del hijo recaen por entero en LDM, lo que le genera mucho malestar. La apatía que experimenta como ante el malestar por el desempeño como ama de casa, esposa y cuidadora, le genera y exacerba la ansiedad y depresión, toda vez que siente que es su responsabilidad.

La amenaza ante la ruptura del ideal de "buena madre" refuerza el estado depresivo que surge como consecuencia del cumplimiento de dicho ideal, lo que se convierte en círculo vicioso, fuente importante de malestar.

Cuando se le pregunta de las relaciones y organización de la vida doméstica y familiar que le gustaría cambiar, manifiesta **"debo seguir haciendo las cosas de la casa, yo miro a mi alrededor y todas las mujeres lo hacen, yo quiero seguir haciéndolo como antes"**.

En su vida matrimonial refiere múltiples situaciones de infidelidad de su esposo que la han marcado de manera importante y ante las que no ha decidido separarse pues refiere **"mi esposo finalmente se decide por mí... y no le voy a dar ese gusto a nadie"** (refiriéndose a las mujeres con las que le ha sido infiel).

En su rol de esposa se define como: "fiel, dedicada a la casa, limpia y buena esposa".

- *Maternidad*

Entre las vivencias negativas asociadas a la maternidad refiere que se “atormenta ante las malcriadeces de su hijo”, (ante sus demandas) y que “su educación y cuidados requiere mucho tiempo, que incluso ya no puede siquiera acudir a las consultas de psiquiatría u otras porque no tiene quien lo cuide”.

Aún así, refiere “**un hijo es una bendición, un premio**”, “**la maternidad es una de las mejores cosas que me han ocurrido en la vida**”.

Manifiesta que quisiera compartir las labores domésticas y cuidados del hijo con su esposo, pero comprende que este trabaja el día entero y ello resulta muy agotador.

Aunque esta situación es fuente de vivencias desagradables, asume son responsabilidades, funciones y roles concomitantes a la condición femenina. No visualiza la posibilidad de re-significar estos vínculos.

- *La relación con los otros y consigo misma*

Entre las cualidades que otorga a la condición de mujer y que considera la definen se encuentran: el ser muy femenina, delicada y presumida.

Refiere que si volviera a nacer elegiría ser mujer pero sin dudas “**con la condición de tener más libertades**”, entre las que menciona, la posibilidad de hacer las mismas cosas que los hombres (infidelidad, falta de responsabilidad con las labores domésticas y cuidado de los hijos) pero sin ser juzgada por ello.

De ahí los costos que identifica asociados a la condición femenina, aunque no en todos los casos los asume como costos o desventajas, sino como situaciones propias por naturaleza de la condición femenina en las condiciones culturales actuales.

Cuando se explora sobre qué cuestiones considera que le impiden tener dichas libertades en función de una mayor equidad, argumenta “**desde que el mundo es mundo así ha sido, nos toca por naturaleza**”, “**quizás cuando pasen muchos años las cosas sean distintas pero actualmente así son y yo no las puedo cambiar**”.

No considera posible su modificación a partir de la re-significación de su vida cotidiana. Ello es reflejo de su escasa reflexividad y naturalización de las desigualdades.

Entre los hechos que más la han impactado como mujer refiere la infidelidad del esposo, así como la maternidad y sobre todo el parto. Aunque al parecer las vivencias asociadas a estos últimos eventos no han sido positivas (desde lo que deja notar su

discurso), las asume como análogas a la feminidad y con cierta resignación, igual la infidelidad masculina.

De ninguna manera vincula la maternidad o el parto a experiencias de vida negativas. Se constata la acriticidad como recurso personal y la fuerza e importancia del ideal de “buena mujer” (capaz de aguantar) como estabilizador psíquico.

El sentimiento de incapacidad experimentado ante la crianza y educación de su hijo fundamentalmente, constituye fuente de conflicto y malestar. El temor que expresa asociado a la soledad en que transcurre su cotidianidad, se encuentra vincula a la necesidad de apoyo y seguridad en el cumplimiento del rol de madre.

- *Cuerpo y sexualidad*

Manifiesta que en los últimos tiempos presenta dificultades con su esposo porque no experimenta deseos de tener relaciones sexuales, refiere **“la mayoría de las veces lo rechazo”, “a veces no dice nada pero otras veces reclama... y con razón”**. Como consecuencia en ocasiones accede al mismo pero no logra su satisfacción.

Considera la esfera de la sexualidad como muy importante para toda pareja y le preocupa las consecuencias que a largo plazo pueda traer su falta de deseos. Asume la relación sexual como “una obligación” asociada a su condición de esposa. No obstante, considera que se debe a su estado afectivo y ello la moviliza al tratamiento.

Diez Deseos.

A través del análisis de la técnica se constata que la esfera familiar y el adecuado desempeño del rol de ama de casa-madre-esposa constituyen el centro de su esfera motivacional.

En los deseos 1(cambiar mi forma de ser), 5(sentirme bien completamente), 6(sentirme en la casa totalmente realizada), 7(ser más cariñosa, comprensible) y 8(no pelear de ninguna manera) se refiere a cuestiones que implican un transformación individual, sin embargo la entrevista retest permite constatar que esta necesidad está atravesada, matizada y motivada por lo que considera que “los otros” significativos (esposo e hijo) demandan de ella para elevar la calidad de sus relaciones, hecho a través del cual lograría entonces (y solo entonces) experimentar placer y satisfacción personal.

Los deseos 2(que el niño se porte bien), 3(de vez en cuando salir, despejar), 4(tener una relación amoroso como antes) y 9(compartir mi casa con mi familia) muestran

también un cambio que desea lograr, ahora en su medio circundante, pero igualmente vinculado a sus relaciones intrafamiliares como fuente de obtención de placer.

Cuando se explora sobre la significación de la amistad a partir de lo plasmado en el deseo 10 (tener amigos que me sean fieles), LDM refiere **“quiero amigas, en quien confiarle mis cosas, tener con quien desahogarme, que me aconseje y me de fuerzas”**.

De manera general se aprecia la existencia una crítica insuficiente, que no permite el establecimiento de vínculos entre el malestar experimentado y su condición de género. Se aprecia la “resignación” como recurso para la adaptación al medio.

Observación.

Porte y aspecto correctos, viste ropas sencillas y usa maquillaje. Adecuados hábitos higiénicos.

El tono de voz es adecuado, el discurso verbal es fluido y sus respuestas son cortas. Se constata su escasa capacidad reflexiva, constantemente se toca la frente como signo de dificultad para responder ante las preguntas que se le formulan. Habla más fácilmente de los otros que sí misma.

Se muestra ansiosa ante la entrevista (movimiento constante de los pies y sudoración de las manos) lo que disminuye con el transcurso de las mismas.

La actitud corporal y concentración de la atención denota interés e implicación en la tarea. Cooperar con la entrevista y la aplicación de instrumentos, aunque ante los temas o preguntas que implican mayor nivel de reflexión sobre cuestiones muy personales le generan mayor ansiedad y demora en responder. Se ruboriza ante determinados temas como el de la sexualidad.

No presenta hábitos tóxicos.