

MUJER, CULTURA Y MALESTAR PSÍQUICO*

Flor Andreani
IIES, FACES-UCV

Resumen

La relación entre los estereotipos acerca de la feminidad y la aparición de malestares psíquicos en la mujer, con especial referencia a la depresión, es el objetivo central de este trabajo.

Para ello se analizan las construcciones del imaginario social que dictaminan actitudes, conductas y roles que se consideran culturalmente como propias del género femenino, y que pueden generar situaciones de riesgo para la salud mental de las mujeres y la aparición de malestares psíquicos. Este análisis se presenta con mayor especificidad referido a la depresión, considerado el malestar paradigmático del género femenino en la actualidad. Se ofrecen, también, los resultados de un trabajo de campo que recoge el testimonio de algunas mujeres aquejadas de dicho malestar, especialmente con relación al desempeño de los roles genéricos femeninos: el de ama de casa, el de esposa y el materno.

Palabras claves: Malestar, estereotipos, depresión, imaginario social, subjetividad femenina, roles genéricos

INTRODUCCIÓN

El imaginario social produce una serie de significaciones acerca de las características que se consideran propias de cada uno de los géneros. Dichas significaciones son construcciones sociales anónimas, cambiantes e imaginarias, en tanto son creadas y no corresponden a elementos estrictamente reales. Sin embargo, estas construcciones, que determinan en última instancia lo que se considera lícito y prohibido para cada uno de los géneros, son presentadas como esenciales, es decir propias de la naturaleza de cada género y pasan a formar parte de la subjetividad de hombres y mujeres quienes, expuestos a los mecanismos de control social, asumen las conductas, actitudes y roles que les son asignadas como propias.

Para el caso de las mujeres, las construcciones sociales que dictaminan las características propias del género femenino y la forma de vivir la feminidad, crean condiciones de vida desfavorables que son generadoras de factores de

* Este trabajo fue presentado como ponencia en el II Congreso Europeo de Latinoamericanistas. Universidad de Halle - Wittenberg (Alemania). 4-8 de septiembre de 1998.

riesgo para su salud mental. Es decir, las mujeres vivimos la gran paradoja de que mientras más adaptadas estamos a los cánones culturales sobre la feminidad, más probabilidad tenemos de sufrir malestares psíquicos.

La relación entre los estereotipos acerca de la feminidad y la aparición de malestares psíquicos en la mujer, con especial referencia a la depresión, es precisamente el objetivo central de este trabajo, el cual presenta, además de los indispensables planteamientos teóricos, los resultados de una investigación de campo realizada sobre esa temática.

FEMINIDAD Y CULTURA

Los estereotipos sobre el género femenino han definido, históricamente, una imagen de la mujer como un ser débil, emocional, a fin de cuentas inferior y con una función social que fundamentalmente la remite al mundo de lo privado y de los afectos. Esta imagen de la mujer se ha construido teniendo como uno de sus pilares fundamentales la idea de la existencia de una naturaleza femenina, con un destino único a cumplir, la maternidad, lo que ha invisibilizado la diversidad y ha conducido a conceptuar a la mujer como una esencia. Dicho supuesto ha sido fuertemente avalado por el discurso médico y filosófico, legitimando lo que es sólo un constructo social.

La revisión bibliográfica de la imagen reinante acerca de la mujer en las diferentes épocas históricas, permite constatar la veracidad de este supuesto ya que, a pesar de las diferencias y características propias de cada período, prevalece, como elemento común, la idea que explica la inferioridad de la mujer y su destino por su naturaleza. Sólo por puntualizar algunas referencias, recordemos que con los griegos, junto con la ruptura con el mundo mitopoético para entrar al terreno del *logos*, de la razón, el hombre es elevado a la más abstracta intelectualidad en tanto la mujer es relegada al ámbito de la naturaleza y pasa a ocupar la posición de objeto, de componente sexual de la humanidad (Riencourt, 1977, 187). La medicina sostenía la idea de que la mujer tenía un temperamento frío y que su cuerpo era húmedo, lo que explicaba su inferioridad natural. Desde el campo de la filosofía, el pensamiento de Aristóteles expresa con toda agudeza esta concepción, ya que considera que las hembras son más débiles y frías y la naturaleza femenina es un defecto natural (Sissa, 1992, 94).

Esta concepción sobre la inferioridad femenina sigue predominando durante la Edad Media. La teoría sobre el temperamento frío, legada por los textos antiguos y muy en particular los principios de la fisiología galénica, atravesaron toda la Edad Media y siguieron siendo el fundamento del pensamiento médico hasta el siglo XVII (Berriot-Salvadore, 1992, 376). Durante este período el discurso

médico y el cristianismo se oxigenaron recíprocamente para explicar la inferioridad de la mujer (Giberti, 1992). La doctrina cristiana dejó claramente establecida la posición subordinada que debía ocupar la mujer y enaltecía su imagen sólo en la medida en que cumpliera la función que le asignara la naturaleza: la maternidad.

Durante el Renacimiento se consolida el mito que identifica mujer = útero y la irascibilidad de ese órgano sustituye la teoría del temperamento húmedo para explicar la inferioridad natural de la mujer. Es por ello que la histeria es considerada exclusiva de la patología femenina y pasa a ser el símbolo de la feminidad (Berriot-Salvadore, 1992, 384). La mujer queda sometida a su sexo y a la caza de brujas, que se desarrolla en esta época en gran escala y que es también expresión de esta concepción, ya que el contrato de la bruja con el demonio era fundamentalmente sexual. Se desata un prejuicio sin precedente contra la mujer basado en la idea de que el demonio las atrae más que a los hombres. Testimonio escrito de tal prejuicio es el *Malleus Maleficarum*, que llegó a ser la biblia de la caza de brujas y en el que se expresa: "¿Qué es la mujer sino un enemigo de la amistad, (...) un mal de la naturaleza, pintado de bellos colores? (...) Toda brujería proviene del deseo carnal, que en las mujeres es insaciable (...) De ahí que para satisfacer su lujuria se unan con los demonios" (Riencourt, 1977, 455).

Durante el siglo XVII las ideas imperantes sobre la mujer continúan conceptuándola como débil, mentirosa, celosa, expresión de imágenes que tienen todavía fuerte influencia de las ideas aristotélicas, cualidades que son consecuencia inevitable del temperamento femenino (Berriot-Salvadore, 1992, 378). La teoría del temperamento frío sigue imperando y el discurso médico sostiene que debido a ello la mujer no puede tener tanto espíritu como el hombre. Hacia finales del siglo XVII, los avances de la medicina demuestran la participación de ambos sexos en la fecundación y la función de los ovarios, lo cual no obsta para que se instale definitivamente el mito que identifica a la mujer con su útero, mito que prevalecerá hasta el siglo XIX y que aún en nuestros días está detrás de muchas concepciones. El discurso médico, tributario del orden existente y legitimador del mismo, se esfuerza por demostrar que el papel de cada uno de los sexos se inscribe en la naturaleza (Berriot-Salvadore, 1992, 381-382) y la mujer, identificada con su útero que define toda la feminidad, sólo existe para la maternidad.

En las obras filosóficas del siglo XVIII está también presente el discurso que pretende explicar racionalmente lo femenino recurriendo a la naturaleza y que permite asignarle unas funciones "naturales" propias a la mujer: la de esposa y madre. Para la mayoría de los filósofos ilustrados, la mujer tiene una razón inferior y ello se funda en una psicología natural. Así, para Rousseau "la mujer está perpetuamente en la infancia, es incapaz de ver nada que esté fuera del mundo cerrado de la domesticidad que le ha legado la naturaleza" (Apud: Crampe Cas-

nabet, 1991, 351). Por su parte Montesquieu considera que los deberes naturales de la mujer, ocuparse del marido, de los hijos, de la casa, son tan acaparadores que es necesario que se las limite a ellos (Crampe Casnabet, 1991, 353). Durante esta época ocurren grandes cambios económicos, políticos y sociales. La revolución industrial ocasionó cambios en la familia y sólo el trabajo productivo, fuera del hogar, pasó a ser considerado verdadero trabajo. Con ello, la mujer pasó a ocupar un lugar privilegiado dentro del hogar, como madre, esposa, ama de casa y garante de la estabilidad familiar.

Durante el siglo XIX, el discurso médico continúa explicando todas las enfermedades de las mujeres por los trastornos del útero y la histeria se convierte en una enfermedad sólo de mujeres. Se produce, además, una apropiación del cuerpo de las mujeres por la medicina y una psiquiatrización de sus deseos y sentimientos (Burin, 1992, 317), ya que los problemas de las mujeres son explicados por la biología y por las características de la naturaleza femenina.

Desde diferentes disciplinas se han planteado serios cuestionamientos que invalidan la concepción acerca de la existencia de una naturaleza femenina. En ese sentido, la perspectiva psicoanalítica muestra que la feminidad y la masculinidad no son esencias, sino productos de una historia que se construye en el seno de la familia y de la cultura. Es decir, "muestra tanto la sexualidad femenina como la feminidad como resultado de una historia compleja y no como datos *a priori*" (Tubert, 1995, 21). Por otra parte, resultan de especial interés los aportes de la antropología estructural, especialmente la tesis de Lévi-Strauss, quien señala que no se puede tener la esperanza de encontrar en el ser humano ejemplos de tipo de comportamiento de carácter precultural (1969, 38). Desde el campo de los estudios de género, a partir del aporte de diferentes disciplinas, se ha puesto en evidencia que las concepciones acerca de la feminidad y la masculinidad son construcciones sociales, creadas a partir de la diferenciación biológica de los sexos. Es decir son producciones del imaginario social, históricas, por tanto cambiantes y modificables, que consolidan los mecanismos de producción y reproducción del poder y que actúan en la subjetividad de hombres y mujeres, dictaminando lo que se considera lícito y prohibido, adecuado y no adecuado, propio e impropio de cada uno de los géneros. Dictaminan, además, los roles, conductas, actitudes y normas genéricas, lo que nada tiene que ver, por cierto, con la naturaleza, puesto que son creaciones culturales de la ideología patriarcal.

Estas significaciones del imaginario social han producido un discurso que coloca a la mujer en un lugar subordinado y devaluado, la han asignado al espacio privado afectivo en el que deberá desempeñar roles exclusivos que no gozan de reconocimiento social (cuidadora del hogar y de los hijos) y le han definido un destino único a cumplir: la maternidad, todo lo cual ha limitado su acceso al es-

pacio público, racionalizado y valorado. Gracias al avance de los estudios sobre la salud mental de las mujeres, se ha hecho visible que los estereotipos reinantes acerca de la feminidad crean condiciones de riesgo para la salud mental de las mujeres y que la mayoría de ellas "no entran sin sufrimiento en ese lugar que la sociedad les ha destinado" (Tubert, 1995, 20).

1. FEMINIDAD Y MALESTAR PSÍQUICO

Diversas investigaciones han permitido mostrar que la definición cultural reinante acerca de la feminidad y la asignación concomitante de roles, crean condiciones que atentan contra la salud mental de las mujeres. En ese sentido, es una referencia obligada la investigación realizada por Gove y Tudor (1979), que trata acerca de la relación entre los roles sexuales adultos y la enfermedad mental, en los países industrializados modernos de Occidente. Resumidamente, los autores afirman que hay ciertas razones para suponer que las mujeres, a causa de los roles que normalmente desempeñan, están más predispuestas que los hombres a tener problemas emocionales. Entre esas razones señalan que mientras los hombres tienen dos fuentes de gratificación, provenientes de sus roles, productivo y familiar, muchas mujeres tienen uno solo, proveniente de su único rol, el de ama de casa; para muchas mujeres la mayoría de sus actividades instrumentales (criar a los hijos y cuidar de la casa) resultan frustrantes; cuando una mujer casada trabaja, presenta un agotamiento mayor que el de su marido, ya que además de su empleo realiza la mayor parte de las tareas domésticas. Todo ello explicaría que un número mayor de mujeres que de hombres enfermen mentalmente.

Los autores constatan, a través de datos provenientes de varios estudios epidemiológicos, que efectivamente tanto en los hospitales psiquiátricos como en los hospitales generales y en la atención psiquiátrica ambulatoria, se trata a más mujeres con enfermedad mental que a hombres. Por otra parte, los trastornos psiquiátricos ocupan el tercer lugar entre los presentados por las mujeres y el séptimo entre los hombres, lo cual no puede ser sólo explicado mediante la simple suposición de que las mujeres van al médico con más frecuencia que los hombres (Gove y Tudor, 1979, 72).

Otra investigación importante de reseñar es la de Eisemberg que se refiere específicamente a la frecuencia diferencial entre hombres y mujeres con relación al padecimiento de un tipo particular de malestar psíquico. Este autor señala que los porcentajes de casos tratados en Estados Unidos por depresión, en el curso de los últimos cincuenta años, indican una constante preponderancia femenina, en la proporción de dos mujeres por cada hombre. Lo mismo ocurre prácticamente en todos los países industrializados (1979, 334).

Estas afirmaciones coinciden con los resultados obtenidos en un estudio epidemiológico del Instituto Nacional de Salud Mental realizado en los Estados Unidos de América, que confirman que el número de mujeres deprimidas es mayor que el de hombres en proporción 2:1 (Paltiel, 1993, 148).

Estudios más recientes sobre la salud mental de las mujeres, continúan suministrando nueva información que, descartada la clásica explicación sobre la "naturaleza femenina", sustentan la idea de que las mujeres están más proclives a sufrir malestares psíquicos que los hombres, debido a la concepción reinante sobre la feminidad y la consecuente adscripción de roles socialmente definidos como propios del género femenino (rol conyugal, rol de ama de casa, rol maternal y doble rol social de trabajadora doméstica y extradoméstica). El desempeño de estos roles crea condiciones de riesgo para la salud mental, entre otras cosas, por la frustración y rutinización que produce, porque ubica a las mujeres en un lugar desjerarquizado y porque las limita para realizar tareas en otras esferas. Todo ello ha contribuido a la conformación de una subjetividad femenina, donde están presentes la autodesvalorización, la represión de los impulsos activos fuera del campo de la vida privada, la dependencia, la autoculpabilización y la represión de la ira, lo cual afecta y condiciona los modos de enfermar de las mujeres. Estos elementos se analizan a continuación, referidos especialmente al malestar que se considera paradigmático del sufrimiento psíquico de las mujeres en la actualidad: la depresión.

2. MUJER Y DEPRESIÓN¹

La depresión se presenta como el malestar psíquico más frecuente que afecta a las mujeres en la actualidad, con una predominancia femenina, como se ha señalado, de dos por uno en comparación con los hombres. Desde la perspectiva de género se han propuesto una serie de explicaciones acerca de este hecho, que parten de la idea que se ha venido sustentando en este trabajo, de que la imagen estereotipada de la mujer y los roles que socialmente se le han adjudicado como propios, contribuyen a la preponderancia femenina de depresión. Algunas de esas explicaciones se analizan a continuación:

¹El análisis que se presenta está contenido en una investigación que realizara la autora como tesis doctoral (Andreani, 1997).

- a) La impotencia aprendida: Las mujeres están sujetas a discriminaciones sociales que estorban en ellas el dominio en la acción directa y la afirmación de sí misma, es decir, están sujetas a un estatuto social desigual que desemboca en la impotencia jurídica y económica, el estado de dependencia respecto a otros, una infravaloración crónica de la persona, mediocres aspiraciones y, a fin de cuentas, depresión clínica. Esas imágenes y expectativas sociales, se interiorizan durante la infancia, y la joven acaba por aceptar el estereotipo autodesvalorizador de la femineidad (Weisman y Klerman, Apud: Eisenberg, 1979, 337). La autoestima devaluada siempre se asocia a la depresión.
- b) Idealización de la maternidad: La maternidad, en nuestra cultura, es el ideal femenino, sustentado en la idea de que las mujeres han nacido para ser madres y que ello sustenta su psiquismo. La mistificación de la función materna trae una serie de consecuencias que abonan la aparición de estados depresivos:
- A partir de la idea de que las mujeres han nacido para ser madres, rol que se considera como propio de su naturaleza, la crianza de los hijos ha sido circunscrita, casi exclusivamente, a la mujer. Las obligaciones relacionadas con la crianza, dificultan y a veces impiden el desarrollo de habilidades para desempeñarse en el mundo laboral. Las aptitudes laborales son las más valorizadas socialmente, hecho que contribuye a que las mujeres tengan un escaso sentido de valor personal. La menor valoración social es un factor depresógeno (Meller, 1994, 42).
 - Inhibición de la agresividad y la ira. El modelo idealizado de maternidad supone la exaltación de características como la dulzura, el altruismo, la afinidad con los problemas del otro y la negación de la agresividad, la ira y de todo sentimiento ambivalente hacia el hijo. Esta situación produce en la madre un estado permanente de tensión que puede conducir a la depresión o volverse contra sí misma bajo la forma de culpa, cuando se produce la explosión de todos los sentimientos reprimidos (Burin, 1990, 115).
 - La autoculpabilización es frecuente en las madres, quienes sienten que nunca alcanzan el ideal propuesto de "buena madre", es decir, de buena mujer. Una buena madre debe desarrollar, ante todo, una constante disponibilidad a las necesidades de los otros, lo que implica "una autocensura a realizar, de modo directo y explícito, demandas para sí mismas, o a poder negarse a las demandas de los otros sin sentirse culpables" (González de Chávez, 1993, 95). Entre la cul-

pa, la desvalorización y la depresión se produce una cadena de fácil estructuración.

- Abandono del hogar por parte de los hijos. La total dedicación de las madres al desempeño del rol materno o, al menos, a convertirlo en el centro de sus vidas, las deja en estado de postración cuando los hijos crecen y abandonan el hogar. Simplemente, no le encuentran sentido a la vida y caen en estados depresivos porque han perdido aquello que le daba significado, que las hacía sentir útiles y que dictaba las normas de su conducta cotidiana. Pauline Bart explica ese fenómeno en los siguientes términos: "Como, en nuestra sociedad, los roles más importantes que existen para las mujeres son los de esposa y madre, la pérdida de cualquiera de ellos puede provocar una pérdida de la autoestima junto con el sentimiento de inutilidad e infravaloración que caracteriza a los depresivos" (1979, 97).
- c) El rol de ama de casa: Para muchas mujeres el rol de ama de casa es el único rol social principal, el cual constituye su única fuente de gratificación. Este rol es relativamente invisible y carente de estructura, no requiere de especialización técnica y tiene poco prestigio social (Gove y Tudor, 1979, 61). La escasa valoración social del rol origina sentimientos de baja autoestima en la mujer. Además, el desempeño del mismo resulta frustrante, rutinario, aislante y poco gratificante. Esta frustración del ama de casa no encuentra relevo en otra esfera, como sí la tiene el hombre, quien, frecuentemente, desempeña dos roles: cabeza de familia y trabajador; es decir, tiene dos fuentes de gratificación. Por otra parte, cuando la mujer trabaja fuera del hogar, sigue asumiendo la responsabilidad de las tareas domésticas; es decir, realiza una doble jornada de trabajo con el consecuente agotamiento y tensión que ello produce.
- d) El matrimonio tradicional: Se convierte en generador de estados depresivos, entre otras cosas, por la tendencia de las mujeres a maternalizar todos sus roles. Este hecho tiene su origen, desde una perspectiva psicoanalítica, en el apartamiento temprano de la madre por la desvalorización de la misma, que deja a las mujeres "huérfanas de madre", es decir con una carencia de maternaje y de los cuidados que la acompañan. En tales circunstancias, las mujeres devienen madres, es decir se transforman en aquello que pierden por un proceso de identificación con el objeto perdido (Burin, 1990, 116).
- e) Esta tendencia de las mujeres a maternalizar, entre otros, el rol de esposa conduce a que terminen convirtiéndose en prestadoras de servicios para el marido. El conjunto de servicios que prestan las mujeres en el

desempeño de este rol, se realizan en forma silenciosa, gratuita y sin reconocimiento alguno, ya que se consideran "naturales" y propios del mismo. "El trabajo gratuito desarrollado por una mujer casada representa una situación en la cual una persona de status bajo desempeña gratuitamente una actividad considerada trivial para una persona de status más elevado" (Burin 1990, 119). Esto produce unas relaciones de poder en que la mujer queda desjerarquizada y "quien ocupa el lugar más desjerarquizado queda expuesto a la desvalorización. Esta es una de las condiciones de riesgo de los estados depresivos" (Burin, 1990, 119).

- f) Asignación de la mujer al mundo privado como el propio y natural. El rol materno, el de ama de casa y el de esposa, se presentan asociados a otra característica predisponente a la depresión: la asignación de la mujer a la esfera de lo privado, al mundo de los sentimientos y de lo afectivo, situación que fomenta el interés por los vínculos personales. Los hombres, definidos socialmente como productores, tienen más interés por las acciones instrumentales y descuidan frecuentemente las relaciones interpersonales (Meler, 1994, 41). Por su parte las mujeres, dado el papel que se les ha asignado en la familia, experimentan temor ante cualquier acción que pueda poner en peligro las relaciones afectivas, priorizando ese objetivo por encima de cualquier otro. Esta situación predispone y/o refuerza la depresión de la siguiente forma: a) Concentra la actividad femenina en torno a la intimidad y a las relaciones afectivas, dependiendo exclusivamente del amor para el mantenimiento de su equilibrio emocional y de su sentimiento de valía. b) Desacredita actividades en otros ámbitos que contribuirían a multiplicar sus reforzamientos narcisistas. c) Ante la experiencia de pérdida se encuentra sin recursos "yoicos" para la resolución y/o sustitución del objeto perdido, lo que la impotentiza aún más y profundiza su depresión (Dio Bleichmar, 1993, 272).
- g) Baja autoestima. Los rasgos que se asocian a la feminidad, como son la dulzura, emotividad, obediencia, complacencia, docilidad, dependencia, pasividad, aparecen como predisponentes de malestares psíquicos. Estos rasgos, que forman parte de la construcción social de la feminidad, son luego poco valorados por la misma sociedad y definidos como opuestos a lo que se considera como propio de una persona adulta, madura y "normal". En este sentido Dio Bleichmar señala que "la paradoja que encierra la feminidad en nuestra sociedad de los años noventa es que cuanto más ajustada a los patrones de feminidad tradicional se sitúa la mujer, tanto más se crearán condiciones que atentan contra su autoestima. (1993, 273).

TESTIMONIOS DE MUJERES

En la investigación realizada, que tuvo una perspectiva fundamentalmente cualitativa, y sobre la que se presentan aquí algunos resultados, se efectuó un trabajo de campo basado en la realización de un conjunto de entrevistas. Las mismas se realizaron a mujeres y tuvieron como objeto indagar en los relatos de sus vidas la presencia de concepciones estereotipadas sobre el género femenino, que pudieran haber constituido situaciones de riesgo predisponentes para la aparición de estados depresivos.

Se realizaron un conjunto de cinco entrevistas a mujeres en situación de depresión. Estas entrevistas se llevaron a cabo en mujeres recluidas en hospitales psiquiátricos y con diagnóstico de algún tipo de depresión, siempre y cuando pudieran ser incluidas en la definición de depresión adoptada. Una vez concluidas estas entrevistas se realizaron cinco entrevistas más a mujeres no hospitalizadas y sin diagnóstico ni tratamiento psiquiátrico. El objeto de este segundo grupo de entrevistas fue comparar el testimonio de las mujeres etiquetadas como enfermas con mujeres consideradas como normales y detectar posibles diferencias en cuanto a la presencia de estereotipos sobre la feminidad.

La concepción sobre la depresión adoptada en la investigación se aleja de la perspectiva tradicional que la circunscribe a una estructura clínica y que la define como una enfermedad. Se la conceptúa como un malestar psíquico, que en el caso de las mujeres tiene fuertes vinculaciones con la construcción social de la subjetividad femenina y se la define como

una sensación subjetiva de padecimiento frente a la cual no existe un consenso de que sea algo diferente de una reacción de infelicidad, malestar o tristeza, reacción 'normal', esperable, ante sucesos desfavorables, significados subjetivamente por quien los ha padecido (Burin, 1990, 104).

Este malestar se caracteriza por una tristeza generalizada, desgano por las actividades habituales, sentimiento de pérdida, de vacío, de inutilidad, de no encontrarle sentido a la vida, angustia, inapetencia sexual y deseo de morir y se acompaña, frecuentemente, por una serie de síntomas somáticos. Todos los síntomas pueden presentarse en un grado variado, según los casos individuales y los tipos de depresión (Cfr. Eisenberg, Dio Bleichmar, Burin).

Existen muchas clasificaciones y tipos de depresión, pero en la investigación se estudia sólo la reactiva, entendiéndose como tal aquella que es consecuencia de alguna situación o conjunto de situaciones que producen en la persona un estado de infelicidad, caracterizado por los síntomas descritos anteriormente, independientemente de que sea ubicada clínicamente dentro de las estructuras

de neurosis o psicosis. Se excluye del análisis los casos de depresión en que intervengan factores biológicos o genéticos.

4.1. *Análisis de las entrevistas*

En este aparte se presenta el análisis de algunas de las respuestas que dieron las entrevistadas, en relación a un conjunto de items previamente seleccionados en función del objetivo que se perseguía:

4.1.1. Concepción de la feminidad

La concepción acerca de la feminidad se indagó a través de un conjunto de preguntas relativas a imagen de la mujer, imagen de la propia madre, identificación con la madre y vivencias y opiniones acerca de los roles genéricos femeninos.

En lo que se refiere a la imagen que tienen de la mujer las respuestas se ajustaban, en la mayoría de los casos, a la concepción tradicional sobre la feminidad que define a la mujer fundamentalmente como madre, como una persona en quien predominan los sentimientos y con roles que le son propios: el de ama de casa, madre y esposa. La mayoría de las hospitalizadas dieron respuestas en este sentido.

En cuanto a la imagen que tienen de la propia madre, casi todas expresaron admiración y en algunos casos, veneración por la madre, lo que se corresponde con el patrón cultural que idealiza la figura materna y que no permite cuestionarla directamente. Sin embargo, sólo tres entrevistadas, pertenecientes las tres al grupo de las hospitalizadas, respondieron afirmativamente en relación a si querían ser como su madre. El resto cuestionó algunos aspectos de la vida o la conducta de la madre o manifestaron directamente no querer ser como ellas, lo que parecería estar en contradicción con la admiración que manifestaron en un principio y que parece revelar la ambivalencia de sentimientos frente a la figura materna, ambivalencia que no es admitida, ya que entraría en franca oposición con los modelos culturales acerca del amor materno.

Se pudo observar una mayor adecuación a los patrones sociales sobre la feminidad entre las hospitalizadas, hecho en el cual podría estar jugando un papel importante, además de otros factores, la condición socioeconómica, ya que las mujeres no hospitalizadas presentaban en su mayoría una condición socioeconómica más alta que las hospitalizadas, poseen mayores niveles de educación formal, mayores posibilidades de recibir información sobre las con-

quistas de las mujeres y también mayores posibilidades de tener cierta independencia de criterios con relación a sus derechos. Es decir, la situación socioeconómica, aunque no es determinante, puede condicionar la posibilidad de subvertir el Ideal del Yo, previsto culturalmente para las mujeres.

4.1.2. Rol de esposa

La percepción que tienen la mayoría de las mujeres entrevistadas, especialmente las hospitalizadas, con relación al papel de esposa, es la de prestadora de servicios al marido. La descripción que hacen las mujeres acerca de las tareas que debe hacer una esposa por el marido, parecen expresión de la tendencia a maternalizar todos los roles, ya que al marido hay que darle cariño, mimarlo, atenderlo, ponerle la comida, en fin tratarlo como a un niño. Este conjunto de servicios que presta la mujer al marido se consideran "naturales", lo que produce unas relaciones de poder en las que la mujer queda desjerarquizada, situación que puede ser proclive a la aparición de estados depresivos.

Por otra parte, la historia de las entrevistadas en cuanto a su vida conyugal, muestra la clásica división sexual del trabajo según la cual las mujeres son las encargadas de las labores del hogar y los maridos no participan en ellas, siendo esto aceptado por las mujeres, en muchos casos, como la situación normal. Esta división sexual del trabajo es la predominante en Venezuela, según se puede observar empíricamente y lo demuestra un estudio realizado sobre la división de los roles por sexo y la distribución personal del tiempo diario en los hogares venezolanos (Valecillos, 1990). Los datos de este estudio permiten constatar la existencia de una práctica social que consagra ciertas actividades como típicamente femeninas, siendo estas tareas, casi que por definición, las que tienen que ver primordialmente con la atención del hogar y de los hijos.

De las mujeres entrevistadas, sólo tres presentaron en sus testimonios una visión del rol de esposa que se oponía a la concepción tradicional, las tres pertenecientes al grupo de las no hospitalizadas, siendo casada solamente una. Coinciden en la idea de que no hay ninguna tarea específica que sea propia de la mujer en su papel de esposa, ninguna, en todo caso, distinta a la que debería realizar el marido. Igualmente en relación a lo que pensaban que debería hacer el marido por su esposa, en el caso de estas tres entrevistadas sus respuestas fueron muy definitivas: lo mismo que la esposa por el marido. El resto de las entrevistadas, pedían sobre todo, respeto, cariño, comprensión y veían al marido como proveedor de los gastos del hogar.

Pareciera que la mayor carencia que sienten estas mujeres en sus relaciones de pareja es de afecto y respeto, lo que coincide con la idea que hemos

expresado anteriormente, en el sentido de que para las mujeres lo afectivo es central en sus vidas. La imagen hegemónica en torno a la mujer dictamina que una buena mujer debe estar rodeada de amor y cuando esto no sucede afecta su valoración de sí misma y su autoestima, porque parece que no sirvieran para aquello que fueron creadas.

4.1.3. Rol de ama de casa

El rol de ama de casa tiene una fuerte vinculación con el de esposa, porque en la mayoría de los casos la percepción de las entrevistadas coincidía, en cuanto a funciones, con las que deberían desempeñar para el marido: ser una buena ama de casa supone la realización de las tareas domésticas y la dedicación de la mujer al esposo y a los hijos.

Llama la atención que ninguna de las entrevistadas cuestionó el papel de la mujer como ama de casa. En definitiva, la imagen imperante sobre la femineidad que define la responsabilidad del hogar como propio de la mujer, y el rol de ama de casa como uno de sus roles naturales, ha permeado la subjetividad de estas mujeres. La mujer "debe llevar las riendas del hogar", debe ser la reina del hogar y es allí donde debe ejercer su poder, de acuerdo a la clásica definición que circunscribe el poder de las mujeres al hogar y al mundo de los afectos. Pero esta área de poder no es ni la más efectiva para defender los propios derechos, ni la más valorizada socialmente.

La experiencia que relatan sobre sus vidas, coincide con la imagen que tienen de la mujer como responsable y reina del hogar, ya que todas estas mujeres, especialmente las que están o han estado casadas, han cargado con los quehaceres de la casa en forma exclusiva y han sido las responsables del hogar. Sin embargo, aunque ninguna cuestionó el papel de la mujer como ama de casa y consideraban como algo natural ser responsables del funcionamiento del hogar, cuando se les preguntaba acerca de las labores que deberían hacer el hombre y la mujer en la casa, manifestaban que los oficios del hogar deberían ser compartidos, lo que parece expresión de deseos y de posibles frustraciones. En este sentido, resulta interesante el hecho de que varias de ellas manifestaron interés por realizar actividades distintas a las del hogar.

Es pertinente recordar que el rol de ama de casa, que no requiere especialización técnica y que se realiza en forma relativamente invisible, tiene muy poco prestigio social. La escasa valoración social del rol puede generar sentimientos de baja autoestima en la mujer y crear situaciones de riesgo para la aparición de estados depresivos.

4.1.4. El rol materno

La imagen predominante en las entrevistadas con relación a lo que consideran que es una buena madre, es, de nuevo, la de una prestadora de servicios. Según esta concepción, que es la legitimada socialmente, el papel fundamental de las mujeres es servir a los demás, bien se trate de los hijos, el marido o el hogar.

Se observa también una idealización de la maternidad, porque la mayoría refieren que no encuentran nada en el papel de madre que no sea grato, agradable y satisfactorio. Las que no respondían directamente en estos términos expresaron opiniones confusas, ninguna abiertamente negativa con relación a la maternidad, exceptuando a una.

Por otra parte, la mayoría de las mujeres entrevistadas consideran que todas las mujeres deben ser madres y cuando se les preguntaba por qué pensaban que debería ser así, muchas respuestas eran en el sentido de que los hijos son una compañía. Llama la atención que el sentimiento predominante con relación a la maternidad sea el de asegurarse una compañía en la vida, sobre todo en la vejez, lo que pudiera interpretarse como expresión de un sentimiento de desprotección en las mujeres, de falta de autonomía y de la primacía de los afectos en sus vidas, características que no contribuyen a la formación de una alta autoestima. Por lo demás, el percibir a los hijos como una posible compañía, puede dejarlas, como a tantas mujeres, con el mayor sentimiento de soledad y de abandono cuando los hijos crecen y se apartan del hogar. Sólo una de ellas expresó, tajantemente, una opinión contraria a que todas las mujeres deban ser madres.

4.1.5. Ámbito público y privado

La idea del conjunto de preguntas que incluimos bajo esta denominación era la de indagar acerca de la percepción de las mujeres sobre el lugar que le es propio de la mujer: el público o el privado. Una gran mayoría de las mujeres, ocho de las diez entrevistadas, consideraron que las mujeres deben salir a la calle a trabajar.

La frecuencia de este tipo de respuestas nos parece expresión de algunos cambios que se están operando en la subjetividad femenina, ya que la incorporación de la mujer al mercado de trabajo es, cada vez más, un hecho frecuente. Sin embargo, dicha incorporación no la exime de las responsabilidades del cuidado del hogar, de los hijos e incluso del marido, lo que crea con frecuencia tensión, por la doble jornada de trabajo.

Es importante destacar, con relación a los testimonios, el hecho de que las mujeres asumen con la mayor naturalidad la realización de la jornada de trabajo en la calle y en el hogar, prácticamente sin cuestionamiento alguno, con una gran carga de resignación e incluso de orgullo, porque se exigen mucho pero lo logran. Lo que estas mujeres no mencionan son los costos en salud, en tensión, en posibilidades reales de lograr un desarrollo personal, que todos estos sacrificios implican.

PARA FINALIZAR

Luego del análisis presentado acerca de las entrevistas realizadas, surgen algunas interrogantes al comparar los testimonios de las mujeres diagnosticadas como depresivas y las no hospitalizadas. En el caso de las mujeres con diagnóstico de depresión, están presentes con más fuerza que en el grupo de las no hospitalizadas, estereotipos acerca del género femenino, situación que podría estar incidiendo en la aparición de su situación depresiva, según las argumentaciones teóricas que se han sustentado a lo largo de este trabajo. Son mujeres, en su mayoría, maltratadas, golpeadas y violadas, que han llegado a esconder la violación hasta la edad adulta por temor a las reacciones del entorno familiar, para quien los hijos ocupan el lugar central de sus vidas, con una idealización de la figura materna, con poco desarrollo personal profesional, con deseos frustrados de realizar actividades distintas a las labores del hogar, con una concepción tradicional de su rol de esposa como el de prestadora de servicios, con la consecuente desjerarquización de su posición frente al marido y en un estado de profunda depresión que las ha llevado a ser internadas en hospitales psiquiátricos. Pero, ¿qué pasa con las mujeres no hospitalizadas, ninguna de las cuales se identificó como depresiva? ¿Cómo actúan los estereotipos en su subjetividad y en su manera de vivir la feminidad? Preguntas difíciles de contestar, con relación a las cuales se presentan algunas reflexiones, basadas siempre en sus testimonios.

Lo primero que llama la atención es que el discurso de estas mujeres con relación al género femenino expresa cierto modelo ideal; es decir, del deber ser. Pero, en otros comentarios y en los relatos de sus vidas podemos constatar la existencia de conductas y opiniones que contradicen esa primera percepción que hemos llamado ideal. Así se pudo observar que, al preguntarles acerca de las tareas propias de hombres y mujeres en el hogar, tres de ellas fueron muy enfáticas al manifestar que no debe haber ninguna diferencia, que los dos deben ocuparse de las tareas del hogar; sin embargo, una de ellas dejó su actividad profesional y asumió el cuidado de los hijos y del hogar sola, ya que el esposo estaba con frecuencia ausente debido a su trabajo de piloto y señaló que "ha sido muy duro" y además que eso fue un sacrificio, pero "un sacrificio *rico*, yo se

que estoy haciendo lo que *debo*". Nos preguntamos, ¿qué esconde este discurso? ¿Hay algún sacrificio rico? Si es tan rico, ¿porqué expresa sentimientos de cumplir con el deber?.

Incluso en el discurso de la más radical de todas con relación a su crítica de los modelos de feminidad reinantes, puede constatarse la presencia de algunos elementos de esos mismos modelos. Al preguntarle acerca de las características de una buena ama de casa, expresó: "Es aquella que cuida su casa, la tiene bonita. Hay virtudes que son inherentes a la mujer, igual que hay virtudes que son inherentes al hombre por *naturaleza*. Una de las características de la mujer es una cierta sensibilidad para acomodar las cosas, para hacerlas bonitas". Por otra parte, también encontramos en sus opiniones fuertes contradicciones: A pesar de que fue muy enfática al señalar que " Yo no puedo decirte que yo en mi vida nunca sentí deseos de tener un hijo, ¡jamás!", en el transcurso de la entrevista manifestó: "Yo quisiera adoptar un bebé y criarlo, yo me siento suficientemente madre de criar un hijo (...), pero de parirlo, de gestarlo, de tenerlo yo dentro de mi vientre, con esa vomitadera y esos trastornos y ponerme hinchada como un sapo, no, no, para nada". Nos preguntamos, ¿hay aquí duelo por la ausencia de un hijo? ¿Hay temor al malestar físico y a la pérdida de la belleza, condición fuertemente valorada para el género femenino en nuestra cultura? Pensamos que el modelo que identifica mujer = madre se encuentra presente y que la ausencia, declarada como voluntaria, de un hijo se redime a través de la figura de la adopción.

Por otra parte, varias de ellas acusan sentimientos de pérdida, frustración y de devaluación de la propia autoestima, sentimientos presentes en la situación de depresión: Pérdida de identificación con la figura materna, pérdida de la actividad laboral, pérdida de la pareja, del hogar y de la situación idealizada del matrimonio, pérdida de la posibilidad de instrucción.

En los testimonios de las mujeres no hospitalizadas, a veces de forma escondida, se evidencia la idea subyacente en la investigación, en el sentido de que la mujer es síntoma, exilio, pérdida, duelo y, además, que los mandatos del imaginario colectivo acerca de la feminidad están presentes y se vinculan con esa situación. Quizás en este grupo de entrevistadas esos mandatos aparecen con menos fuerza, debido, aparte de los elementos particulares y diferenciales en la manera de construir la propia subjetividad, a otras variables que pueden condicionar la percepción de la feminidad y la manera de vivirla. Entre esas variables pareciera que la condición socioeconómica ocupa un lugar importante.

El grupo de mujeres no hospitalizadas tiene, excepto una, ingresos e instrucción muy superiores a las del grupo con diagnóstico de depresión. Estos elementos permiten mayor acceso a la información y pueden influir en una per-

cepción de la realidad con sentido más crítico, pero además, pueden crear condicionantes para que en el discurso se manifieste una subversión del Ideal del Yo previsto culturalmente y se disfracen situaciones de dolor, pérdida, maltrato, y sojuzgamiento, que en personas de un estrato social más bajo se ocultan menos, por razones que van desde limitaciones en el uso de un lenguaje más sofisticado, hasta el hecho de que son más cotidianas y menos vergonzosas, debido a condicionamientos culturales, más aún en el caso de las entrevistadas hospitalizadas y pobres, quienes, a fin de cuentas, ya han sido identificadas como depresivas, sufrientes y enfermas.

BIBLIOGRAFÍA

- Andreani, Flor (1997), *Imaginario colectivo, subjetividad femenina y malestar de las mujeres*, UCV, FACES, Doctorado en Ciencias Sociales, Tesis de grado, Caracas.
- Bart, Pauline (1979), "Depresión en mujeres de mediana edad", en Carmen Sáez B. (Edit.), *Mujer, locura y feminismo*, Dédalo, Madrid.
- Berriot-Salvadore, Evelyne (1992), "El discurso de la medicina y de la ciencia", en Georges Dubi, y Michelle Perrot (Directs), *Historia de las Mujeres en Occidente*, Taurus, Tomo 3, Madrid.
- Burin, Mabel (1990), "La mujer y los estados depresivos", en Mabel Burin, Esther Moncarz y Susana Velázquez, *El malestar de las mujeres. La tranquilidad recetada*, Paidós, Buenos Aires.
- (1992), "Nuevas perspectivas en salud mental de las mujeres", en Ana María Fernández (Comp.), *Las mujeres en la imaginación colectiva. Una historia de discriminación y resistencias*, Paidós, Buenos Aires.
- Crampe-Casnabet (1992), "Las mujeres en las obras filosóficas del siglo XVIII", en Georges Dubi, y Michelle Perrot (Directs), *Historia de las Mujeres en Occidente*, Taurus, Tomo 3, Madrid.
- Dio Bleichmar, Emilce (1993), "La depresión en la mujer", en María González de Chávez (Comp), *Cuerpo y Subjetividad Femenina. Salud y género*, Siglo XXI, Madrid.
- (1991), *La depresión en la mujer*, Temas de Hoy, Madrid.
- Eisenberg, León (1979), "La distribución diferencial de los trastornos psiquiátricos según el sexo", en Evelyne Sullerot, *El hecho femenino. ¿Qué es ser mujer?*, Edit Argos Vergara, Barcelona.
- Giberti, Eva (1992), "Mujer, enfermedad y violencia en medicina", en Eva Giberti y Ana M.

- Fernández (Comp), *La mujer y la violencia invisible*, Sudamericana, 2º ed, Buenos Aires.
- González de Chávez, María (1993), "Conformación de la subjetividad femenina", en María González de Chávez (Comp), *Cuerpo y Subjetividad Femenina. Salud y género*, Siglo XXI, Madrid.
- Gove, Walter y Jeannete Tudor (1979), "Roles sexuales adultos y enfermedad mental", en Carmen Sáez B. (Edit.), *Mujer, locura y feminismo*, Dédalo, Madrid.
- Lévi-Strauss, Claude (1969), *Las estructuras elementales del parentesco*, Paidós, Buenos Aires.
- Meler, Irene (1994), "La salud mental de las mujeres. Situación actual y perspectivas futuras", Ponencia presentada en las *Jornadas Universitarias CIM-OEA* con motivo de la conferencia preparatoria de Cepal, Mar del Plata, Argentina.
- Paltiel, Freda (1993), "La salud mental de la mujer de las Américas", en Elsa Gómez (Edit.), *Género, mujer y salud en las Américas*, OPS, Publicación científica No. 541, Washington.
- Riencourt, Amaury de (1977), *La mujer y el poder en la historia. Cómo la diferencia entre los sexos han formado nuestros destinos*, Monte Avila, Caracas.
- Sáez Buenaventura, Carmen (1993), "Socialización de género y psicopatología. Una hipótesis para la reflexión", en María González de Chávez (Comp), *Cuerpo y Subjetividad Femenina. Salud y género*, Siglo Veintiuno, Madrid.
- Sissa, Giulia (1992), "Filosofías del género: Platón, Aristóteles y la diferencia sexual", en Georges Dubi, y Michelle Perrot (Directs), *Historia de las Mujeres en Occidente*, Taurus, Tomo 1, Madrid.
- Tubert, Silvia (1995), "Introducción a la edición española", en Jane Flax, *Psicoanálisis y feminismo. Pensamientos fragmentarios*, Cátedra, Madrid.
- Valecillos, Héctor (1990), *Economía y política del trabajo en Venezuela*, Academia Nacional de Ciencias Económicas, Caracas.