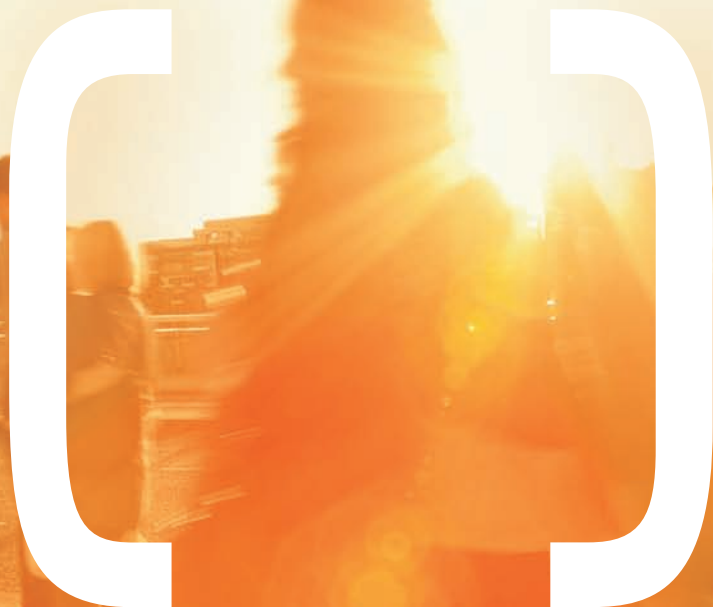




AURELIO TOMMASETTI | ORLANDO TROISI | SILVIA COSIMATO | FRANCESC XAVIER UCEDA I MAZA

MARÍA GARCÍA MUÑOZ | LUCÍA MARTÍNEZ MARTÍNEZ | STELLA MARIS SEMINO | RICH FURMAN | MICHELLE D. ENTERLINE

GREG LAMPHEAR | ALLISON E. SHUKRAFT | JOSÉ JAVIER NAVARRO PÉREZ | ELISEU V. MARTÍNEZ MUÑOZ | PILAR MONTESÓ-CURTO

# La construcción de los roles de género y su relación con el estrés crónico y la depresión en las mujeres

## The construction of gender roles and their relation to chronic stress and depression in women

Pilar Montesó-Curto\*

\* Departamento de Enfermería. Campus Terres de l'Ebre. Tortosa. pilar.monteso@urv.cat

---

### Abstrac:

This paper analyzes, from a gender approach, how gender roles attributed to women favor a low social recognition and low self esteem. The stereotype of femininity leads in essence any absence of ambition and confidence itself. All these characteristics of femininity embodied in the imaginary social have to be allocated exclusively care work to women. When women have entered the labor market, still face enormous recognition difficulties. These roles have been responsible for acquired chronic stress experienced by women, and poorer mental health and more depression.

>From the phenomenological analysis of the speech of women, together with the literature review of secondary sources, we provide some meanings represent the discomfort perceived by women. The relationship will help important to prevent chronic stress and thus depression in women, but we must not leave out the men are also affected by gender roles especially in recognizing depression because it links with weak people.

**Keywords:** roles, femininity, mental health, depression, dysthymia, chronic stress, the glass ceiling.

---

### Resumen:

Este artículo analiza desde una perspectiva de género cómo los roles atribuidos a las mujeres favorecen un bajo reconocimiento social y una baja autoestima. El estereotipo de feminidad lleva en su esencia toda ausencia de ambición y confianza en sí misma. Todas estas características de feminidad incorporadas en el imaginario social han hecho que se asignaran en exclusividad las labores de cuidado a las mujeres. Cuando han entrado en el mercado laboral, siguen encontrando enormes dificultades de reconocimiento. Estos roles adquiridos han sido responsables del estrés crónico que sufren las mujeres, y de una peor salud mental y mayor depresión. A partir del análisis fenomenológico del discurso de las mujeres, junto con la revisión bibliográfica de fuentes secundarias, aportamos algunos sig-

nificados que representan el malestar percibido por las mujeres. La relación de ayuda será importante para prevenir el estrés crónico y de esta manera la depresión en las mujeres, pero no hemos de dejar de lado a los hombres que también son afectados por los roles de género sobre todo a la hora de reconocer la depresión ya que se vincula con personas débiles.

**Palabras clave:** roles, feminidad, salud mental, depresión, distimia, estrés crónico, techo de cristal.

---

## Article info:

*Received: 28/04/2013 / Received in revised form: 01/06/2014*

*Accepted: 20/06/2014 / Published online: 20/07/2014*

DOI: <http://dx.doi.org/10.5944/comunitania.8.6>

---

## 1. Introducción

Los trastornos de ansiedad crónicos y la depresión leve son los dos tipos de trastornos psiquiátricos que más se relacionan con la mujer y tienen una asociación con una vida más pobre y con factores socioeconómicos más desfavorecidos. Por ello Saarni (2007) que estudia la influencia de los trastornos psiquiátricos en la calidad de vida, da cada vez más importancia a la influencia de factores sociales en los trastornos mentales.

Las condiciones sociales no pueden separarse de los roles que representan los comportamientos, actitudes y valores a seguir. Por ello, en el siguiente artículo analizaremos cómo los roles femeninos se han relacionado con la depresión, ya que a ésta se le ha asignado las características de dependencia, pasividad y baja autoestima propias del género femenino.

Se revisan fuentes secundarias desde la sociología de la medicina, psicología, psiquiatría y se adjuntan relatos de las mujeres que sufren depresión relacionados al estrés crónico que experimentan relacionado con los roles de género<sup>1</sup>. Se analiza la situación de las mujeres cuando sólo realizaban trabajo doméstico y en la actualidad ya incorporadas al mercado laboral evidenciando que los trastornos depresivos relacionados con la actividad laboral son cada vez más frecuentes en nuestro medio y es que la insatisfacción, bajo control, exceso de demandas y *el techo de cristal* o dificultades de promoción, son dificultades que afectan la salud mental de las mujeres.

---

<sup>1</sup> Los relatos de las mujeres proceden de la tesis doctoral de Pilar Montesó, titulada: Salud Mental y Género: causas y consecuencias de depresión en las mujeres. Tesis defendida en junio de 2009 en el Departamento de Sociología III de la UNED.

## 2. Roles masculinos y femeninos

Según la teoría de los roles sociales y depresión, serían los roles asignados a las mujeres los que la llevarían a sufrir mayor depresión (Pérez 2004).

Una de las mayores conquistas de las mujeres y una de las más recientes ha sido conseguir el reconocimiento del derecho a acceder a cualquier tipo de trabajo remunerado. La posibilidad de salir del ámbito doméstico en el que ha permanecido relegada durante siglos, es un logro reciente e irreversible de las mujeres del mundo desarrollado. Este trascendental avance social se produce en una etapa de crisis del modelo social donde el desarrollo tecnológico ha destruido miles de puestos de trabajo en sectores tradicionalmente proveedores de empleo. El empleo, se convierte en este caso en un bien escaso que hay que repartir.

Por otra parte la incorporación de las mujeres al trabajo fuera del hogar sin llevar aparejados cambios profundos en la organización social da lugar a que muchas mujeres tengan que soportar una sobrecarga de trabajo, y también provoca disfunciones sociales relacionadas con la atención de niños, mayores y enfermos. Es importante una nueva y mejor ordenación del tiempo que permita un uso más flexible de este. La reducción del tiempo del trabajo exige profundas reorganizaciones. Hay inercias organizativas, que requieren cambios culturales en las empresas y en su entorno social, no fáciles de realizar. No se trata de defender la reducción generalizada para todos y todas, pero si la reorganización y flexibilización del tiempo de trabajo con las tendencias detectadas en encuestas de ámbito europeo en las que se refleja que, en la disyuntiva de trabajar menos y aumento salarial, mas del 50% de los ciudadanos europeos preferirían trabajar menos.

En el momento actual, fórmulas como el trabajo a tiempo parcial tiene aspectos insatisfactorios como una clara discriminación de las mujeres en el mercado de trabajo. En España las mujeres absorben entre el 75 y el 80% de contratos en esta modalidad de empleo. Se trata en realidad de una modalidad de subempleo que se acepta porque no se ha encontrado trabajo a tiempo completo, se utiliza para compatibilizar la formación y experiencia laboral en jóvenes o como participación reducida en las edades cercanas de la jubilación (Las Heras 2007:28).

Siguiendo la teoría del género como malestar para la mujer es importante analizar los roles asignados para los hombres y para la mujer en la sociedad patriarcal. La sociedad patriarcal se basa en una marcada dicotomía entre los sexos y la prioridad de uno sobre otro, la valoración de lo masculino y la normalización de lo femenino estableciéndose relaciones de dominación/sumisión entre los sexos y socializando a niños y niñas, mujeres y hombres para que interioricen su lugar en la estructura de roles (Poal, 1995:93-103). Diversos estudios señalan como la mujer actual trata de superar la oposición tradicional de sexos para avanzar en sus nuevas propuestas. Sin embargo los valores tradicionales que asignan roles, tareas y caracte-

rísticas diferenciales a hombres y a mujeres siguen subyaciendo. Las características atribuidas a los distintos roles son las siguientes (Ibídem):

*Rol masculino:* Es un rol inherente al concepto de transición y cambio. A los varones se les educa para que abandonen el ámbito en que transcurre su infancia y se incorporen/progresen en distinto ámbito: el público. Lo anterior fomenta el aprendizaje de habilidades como buscar, sopesar, decidir, elegir. Por otra parte los varones no tienen más opción que realizar ese tránsito. Es un rol prestigiado, lo que convierte al ámbito público en un ámbito socialmente bien considerado y económicamente remunerado. Es un rol que induce a incorporarse en un ámbito amplio y abierto, lo cual permite diversidad de posibilidades y probabilidades de promoción. La adaptación al rol requiere determinadas autoexigencias e implica probabilidades de fracaso debido a que el ámbito público es muy competitivo. El éxito en dicho rol depende de los individuos, pero también de factores externos diversos como la situación política y económica. El ideal de rol es ambicioso pero poco accesible para la mayoría. El fracaso de dicho rol es más visible por tratarse del ámbito público. Para Alicia E Kaufman (2008) la educación de los hijos varones suele estar más orientada a la obtención de resultados, eso también constituye una trampa que les induce a actitudes de *urgencia* y *competencia*. Es el producto del mandato de ser *proveedor material* en contra del mandato femenino de ser la *proveedora emocional*.

*Rol femenino:* Es un rol inherente al concepto de permanencia, estabilidad y no-transición. A las mujeres se les educa para que permanezcan en el ámbito en el que transcurre su infancia: privado. Lo anterior no fomenta la necesidad de aprender y utilizar habilidades como: buscar, sopesar, decidir, elegir. Y por otra parte aunque las mujeres se les induce a permanecer, tiene la opción de transitar. Es un rol poco prestigiado o incluso desprestigiado, lo que determina de que en el ámbito privado no goce de reconocimiento social ni de remuneración económica. Es un rol que induce a permanecer en un ámbito reducido, y por tanto, restringido a nivel de posibilidades y opciones. La adaptación al rol requiere importantes autonegaciones por ser el ámbito privado un ámbito limitado. El éxito de dicho rol depende básicamente de los individuos. El ideal de rol es limitado pero accesible para la mayoría. El fracaso en dicho rol es menos visible por tratarse del ámbito privado.

En un estudio longitudinal de 30 familias los primeros años de la infancia realizado por Stechler en 1985, observó que hasta la edad de dos o tres años en que la enseñanza quedaba circunscrita al hogar niños y niñas mostraban un desarrollo equivalente en cuanto a conductas pero a partir de la escolarización existe una neta divergencia; los varones priorizan el logro y las niñas la relación; en la adolescencia la divergencia está más marcada: los varones enfatizan la lógica, las chicas los sentimientos. Para el equipo dirigido por Jean Baker Miller en EE.UU, la teoría del yo-en-relación es la forma de organización prevalente en la experiencia de las mujeres; para éstos el objetivo de la acción en las mujeres es la creación y el cuidado de las

relaciones afectivas, el modelo maternal: la conexión con las necesidades del otro, la disponibilidad y el cuidado continuado. Según Stechler (1985) en González de Chávez (1993:266) esto ha llevado a unas consecuencias para las mujeres como la postergación Y/o desconocimiento de los propios deseos, la autovaloración de forma exclusiva en tener un rol activo en la creación y mantenimiento de relaciones amorosas; la tendencia a reprimir y/o inhibir todo aquello que amenace el mantenimiento de las relaciones: sentimientos, actitudes, ideas.

La educación para este rol femenino, sobretodo para aquellas *mujeres de transición* provoca que tengan su salud mental deteriorada pues sus expectativas creadas han sido posteriores o a la par que su educación para la adopción de este rol. La mujer se puede sentir culpabilizada desarrollando solo un rol: el rol de ama de casa en exclusividad predispone a patología depresiva. La causa sería la falta de reconocimiento social y la propia valoración negativa de este rol. Es el colectivo que presenta mayor tasa de enfermedades. Pensemos en aquellas mujeres amas de casa que acuden repetidamente a las Consultas de Atención Primaria con una sintomatología inespecífica que realmente reflejan insatisfacciones y frustraciones. El tratamiento sería la resocialización en el medio. La mujer que trabaja fuera del hogar también tiene mayor predisposición a padecer estrés debido a la dificultad de padecer simultáneamente varios roles. El tratamiento se basaría en una recuperación del equilibrio mediante una adaptación/aceptación del medio a través de reorganización de tareas y la posibilidad de relajarse y de encontrar momentos y espacios de recuperación/relajación personal según Piqué Prado (2003).

Para Alicia E. Kaufman (2008) el mandato que cala profundamente en el *software mental* de las mujeres es el de que *han de ser buenas desde la cuna hasta la tumba*. Esta orden familiar, se exterioriza en una *constante búsqueda de aprobación*. Para esta autora, más allá de la ley de igualdad sería necesario explorar la construcción social del software mental y detectar los limitantes internos de cada historia personal.

Se evidencia que el rol, la feminidad, el género, el sexo contribuya a que la mujer tenga peor salud mental. Para Pérez (2004:103-107) en sus estudios sobre estrés y salud mental *lo que predispone a la mujer a la depresión es su propio rol*. Es la feminidad misma tal como está concebida en nuestra cultura la que conduce a un mayor riesgo para la depresión (Ibídem) . Afirma que los trastornos depresivos y de ansiedad son prácticamente tres veces más prevalentes en la mujer que en el hombre mientras que los trastornos asociados al consumo excesivo de alcohol son cinco veces superiores en hombre que en las mujeres. Analiza los roles masculino-femeninos relacionándolos con la depresión. La conclusión es que a mayor *feminidad* en el entorno cultural que nos hallemos mayor depresión.

La mayor vulnerabilidad o riesgo de depresión estaría en las mujeres que reúnen las siguientes características: Estereotipo de feminidad con ausencia de todo atributo de masculinidad como ambiciones y confianza en si mismo. Presencia de los atri-

butos más negativos de la feminidad, la dependencia y la sumisión. Ausencia de atributos positivos para la feminidad, simpatía y disponibilidad para suavizar.

**CUADRO 2.1. Características depresión, feminidad y masculinidad**

| <b>Depresión</b>                 | <b>Feminidad</b>                 | <b>Masculinidad</b>                                                |
|----------------------------------|----------------------------------|--------------------------------------------------------------------|
| Dependencia                      | Dependencia                      | Actividad                                                          |
| Pasividad                        | Pasividad                        | Autonomía                                                          |
| Falta de firmeza o asertividad   | Falta de firmeza o asertividad   | Asertividad                                                        |
| Gran necesidad de apoyo afectivo | Gran necesidad de apoyo afectivo | Baja necesidad de apoyo afectivo                                   |
| Baja autoestima                  | Baja autoestima                  | Capacidad para asumir riesgos y decisiones                         |
| Indefensión                      | Indefensión                      | Agresividad                                                        |
| incompetencia                    | incompetencia                    | Como efecto se desarrolla alta autoestima, seguridad y competencia |

Fuente: Pérez, F. 2004. "Estrés y salud mental". Ateneo 4: 103-107.

La construcción de la identidad en la mujer se da en medio de coordenadas espacio/temporales muy precisas, por eso mismo el problema se agrava cuando algunas mujeres empiezan a luchar por convertirse en sujetos autónomos con proyectos de vida propios y/o diversos. Ese *ser para otros, introyectado por siglos en las mujeres* y dictaminado social y religiosamente se interpone en sus deseos y posibilidades de felicidad, causando en ocasiones, verdaderos estragos. En este sentido la identidad femenina en el interior de nuestras formaciones sociales camina con pequeñas variantes por senderos muy similares de madres a hijas, de abuelas a nietas... ocasionando más o menos los mismos daños: El ser mujer implica una valoración social objetiva inconsciente que opera en el imaginario social de sexo débil y por tanto inferior, suprasensible, delicada, condescendiente, pasiva, madre desvivida, con un sexo silenciado llegada esa condición esposa, madre, protectora, dueña de un feudo y única conocedora de los movimientos del hogar.

Para Navía (2006) este imaginario indudablemente se incorpora en el imaginario grupal familiar, escolar, marital y en el individual a través de las asignaciones sociales a los roles que actúan como exigencias o requisitos ideales para ser buena mujer, buena madre, buena esposa. Ellas se refractan en la subjetividad y llegan a convertirse en parámetros de autoevaluación que permiten conformar y corregir la autoimagen, dejando en ocasiones profundas heridas cuando la realidad es muy diferente de lo ideal.

Ese ser para los otros podría identificarse con el rol universal de la mujer que es y ha sido el de suministrar cuidados. La ética del cuidado del que nos hablaba Carol Gillian se sustenta en una virtud moral que va más allá de asumir una simple responsabilidad como una obligación o una rutina. Implica un compromiso personal. Así como afirma Joan Tronto, ellos han disfrutado del *privilegio de la irresponsabilidad* tanto en lo que hace referencia al propio cuidado como al de los demás. El cuidado en las diversas modalidades queda para nosotras.

Para Jesús de Miguel (1978) puede que la depresión en la mujer puede ser que sea más frecuente tan sólo en la apariencia ya que las mujeres hablan más frecuentemente de sus síntomas, consultan más a los profesionales, toman más medicación psicofarmacológica y viven más años que los hombres.

Los estilos de pensamiento patriarcales refuerzan los argumentos masculinos basados en la lógica y la razón en contra de la experiencia femenina. Desvalorización de las opiniones de las mujeres como eres tonta, no sabes lo que dices. O prohibición de manifestarlas: tú calla, de eso no entiendes. Todo esto refuerza la poca valoración de la mujer (Sau, 2001:181-185). Las mujeres han sido consideradas seres inferiores. ¿Pero cómo se ha mantenido esta discriminación a lo largo de los años? Pues naturalizándola.

El mensaje dominante es que las mujeres *no son sólo diferentes sino inferiores físicamente, psicológicamente y socialmente*. Según Beauvoir (1995) en un mundo definido por y para los hombres, las mujeres son *el otro*. Bajo estas circunstancias no es sorprendente que muchas encuentren difícil desarrollar sus sentimientos de competencia y autoestima asociadas con una salud mental positiva.

Cualquiera que sea la forma de su malestar o las palabras o conceptos que se utilizan para describirlo, todas las mujeres con una salud mental pobre experimentarán una reducción significativa en capacidad de participar exitosamente en su cultura. Todos estos condicionantes sociales que influyen en la depresión de la mujer influyen no sólo en ellas sino también en los hombres en la manera en que perciben la realidad, cómo experimentan o pueden experimentar la enfermedad, cómo exteriorizan sus demandas para combatir la enfermedad, porque la depresión no deja de ser un síntoma de alerta, un mecanismo de defensa que nos alerta de que algo está sucediendo. Y al construirse de manera femenina está dejando de lado muchas veces a la otra mitad de la población que es el sexo masculino que muchas veces no tiene la oportunidad ni de pedir ayuda: suicidio, mortalidad superior por enfermedades cardiovasculares....

No creamos que afecte tampoco positivamente a las mujeres en las que aumenta el sentimiento de indefensión, autoestima baja, apartadas del ambiente laboral muchas veces, hiperdiagnosticadas, medicalizadas hasta el infinito, anuladas....

### 3. Método y resultados

#### 3.1. Método

Se realiza un análisis fenomenológico del discurso de las mujeres desde una perspectiva socioantropológica cercana al interaccionismo simbólico de Blumer (Blumer 1999) junto con el análisis de las Fuentes secundarias. La actitud fenomenológica nos invita a dejar que las cosas aparezcan con sus características propias, como ellas son, dejando que la esencia se manifieste en la conciencia del sujeto, con el objetivo de no transformar, no alterar la originalidad de los fenómenos (Husserl 1992). Los relatos de las mujeres que constituyen la base de la investigación proceden de la tesis doctoral que presenté en el Departamento de Sociología III de la UNED, algunos de cuyos resultados presento en este artículo.

#### 3.2. Resultados:

##### 3.2.1. Depresión y rol en las mujeres

Después de revisar estudios anteriores a los años 2000, la salud es peor para las mujeres que únicamente se dedican a realizar el trabajo de ama de casa afirma Enrique González Duró<sup>2</sup>, pero parece evidenciarse una tendencia a partir de estos años y sobre todo en estudios más recientes donde se observa que la peor salud es para aquellas mujeres que comparten el trabajo doméstico con el de fuera de casa y se sienten con gran malestar al no poder abarcarlo todo. Primeramente nos referiremos a un síndrome que todos los clínicos identifican a la hora de referirse a la salud mental de la mujer.

Hay muchos estudios que describen el *trabajo de ama de casa* que propicia una subjetividad vulnerable, propensa al padecimiento de estados depresivos. *El rol de ama de casa es depresógeno*, especialmente para las mujeres de sectores económicos medios, de ámbitos urbanos y suburbanos. Y es que las tareas de procesamiento dentro del hogar, la procreación, la crianza y la educación de los hijos entran en el campo semántico de lo natural y esto, socialmente, no es considerado trabajo. Estas tareas de producción de bienes de uso en el hogar o de reproducción biológica son consideradas como naturales y como ayuda al mantenimiento del núcleo familiar. En el polo opuesto se encuentra el trabajo asalariado del hombre, este no es natural, produce mercancías y no meros bienes de uso. Para Narotzky la ayuda es la función económica de la mujer en la sociedad, y incluso cuando realizan un trabajo asalariado siguen ayudando, el trabajo de una mujer es siempre una ayuda (Santos, 1995:113-114).

---

<sup>2</sup> Enrique González Duro es Médico del Servicio de psiquiatría del Hospital General: "Gregorio Marañón". Madrid y ha trabajado sobre diferencias de género en la salud mental.

Algunos estudios como los realizados por Gove y Tudor (1979) y C. Buenaventura en Saez (1988) relacionan los roles sexuales con enfermedad mental. El conflicto de roles tradicional y actual puede llevar a la depresión (Gove, 1988:129-138). Las mujeres casadas se deprimen más que los hombres casados. El hombre tiene dos fuentes de gratificación, su familia y su trabajo, mientras que para la mujer solo existe uno, su familia. Si un varón encuentra uno de sus dos roles insatisfactorio, puede centrar su interés en otro, pero la mujer no. Actualmente el rol de ama de casa es un rol poco prestigioso. La gratuidad del trabajo doméstico contribuye a que se considere de bajo status social.

La pertenencia a este status tan bajo a menudo entra en contradicción con el amplio sector de la población femenina, que al menos en nuestro país, ha desarrollado perspectivas educativas y laborales más allá del trabajo doméstico. Otro factor es la *invisibilidad y la poca estructuración de este trabajo*. Gove y Tudor señalan que la ausencia de visibilidad y de estructura de este trabajo hacen que las mujeres queden centradas en si mismas lo que provoca un tipo singular de cavilaciones que se las ha dado en llamar *neurosis del ama de casa*.

La proporción de mujeres que trabajan desciende desde el 44% de la población ocupada en 1964 al 32% en 1974 a lo largo del periodo de crisis económica en la segunda mitad de los años setenta. Dicha proporción se mantiene un tercio para reducirse durante la fase de recuperación económica de los años noventa en un 23% en 1990 (V Informe sociológico sobre la situación social en España, 1995:322). Pese a que las mujeres quieran trabajar, entre los años 80 y 90, la mayoría de mujeres han abandonado el mercado laboral con la presencia de los hijos. Las mujeres de 25 a 49 años han sido las que han hecho saltar las estadísticas del mercado laboral europeo constituyendo la principal fuerza del trabajo entre 1983-1989. Pero en España, al igual que otros países del sur de Europa ha presentado los niveles más bajos de actividad femenina, ha seguido un comportamiento donde las mujeres dejan de trabajar a los 25 años que es cuando tiene hijos según el trabajo de la Comisión de las Comunidades Europeas<sup>3</sup>. Este patrón adoptado por las mujeres hace evidente que las funciones prioritarias para las mujeres son la maternidad y la familia en estos años 80 y 90 y no tenga suficientes ayudas para poder compaginar familia y trabajo.

Se han realizado numeroso estudios en que habitualmente las mujeres con trabajos extradomésticos se encuentran en una situación menos satisfactoria que sus maridos. Habitualmente mantienen su ocupación como amas de casa, o en el caso de contar con ayuda doméstica igualmente conservan la responsabilidad en el ámbito doméstico. Esto genera situaciones de *cansancio* que las mujeres expresan en sensaciones de tensión y de agotamiento productoras de estrés.

---

<sup>3</sup> El libro editado por la Organización Internacional del Trabajo en Ginebra en 2008 incluye las Tendencias y evoluciones en los doce países de la CEE entre 1983 y 1990.

Carmen Sáez Buenaventura (1988) describe la depresión de las amas de casa como emergente de los roles tradicionales de madre, esposa y ama de casa y que se caracteriza por el típico síndrome de abatimiento, tristeza, desesperación persistente, junto con pensamientos de desvalorización, culpa, desamparo, ansiedad, llanto y tendencia y/o ideas suicidas, pérdida de interés por cualquier tipo de actividad cotidiana, trastornos de determinadas funciones fisiológicas como el hambre y el sueño acompañadas ocasionalmente por un trastorno psicosomático. En definitiva, en muchas consultas de Atención Primaria serían diagnosticadas como depresivas y quizás medicalizadas.

¿Pero qué está ocurriendo en la actualidad, cuando las mujeres se han incorporado al mercado laboral?

Las mujeres perciben *beneficios del trabajo extradoméstico, tanto materiales como psicológicos*. Pero cuando a la mujer se le agregan las responsabilidades familiares, éstas pueden representar *altas demandas* que pueden influir en su salud. Las mujeres encuentran altos niveles de satisfacción familiar, cuando sus maridos participan en las actividades del hogar. Aquellas que perciben una distribución equitativa de las tareas del hogar respecto a sus esposos, refieren sentirse bien con sus parejas y perciben un estado de bienestar general (Blanco y Feldman, 2000). En este estudio realizado por Blanco y Feldman con 260 profesoras universitarias, las que presentan mayor depresión son las que tenían *mayor carga de las tareas del hogar* relacionadas con la limpieza y mantenimiento en general del hogar, las que presentaban mayor ansiedad eran las que *la mujer se encargaba mayoritariamente del cuidado de los hijos*.

Otro factor a destacar es que a igual profesión los hombres suelen ganar más dinero que las mujeres. Este factor podría desviar la carga de actividades domésticas hacia la persona con menos ingresos relativos que suele ser la mujer. Al referirnos a la mujer que compatibiliza dos roles, no sólo nos deberíamos referir al familiar sino también al profesional; los trastornos depresivos relacionados con la actividad laboral son cada vez más frecuentes en nuestro medio.

La *presión y un estrés* excesivo pueden llevar a la depresión. Ciertos tipos de trabajo se asocian con *insatisfacción y estrés*: directivos, técnico científico-intelectuales y empleados administrativos son los que presentan la sintomatología asociada al trabajo. En cambio este porcentaje disminuye considerablemente en el grupo de trabajadores que realizan tareas con sobrecarga física (Rodríguez, 2005:184-194).

El *exceso de demandas y falta de recursos en un rol* o por el desempeño de varios roles simultáneamente puede ser una razón muy importante para que se genere estrés y se presenten problemas de salud (Gómez V, 2004:117-128): dificultades en el manejo del tiempo, sentirse incapaz, tener muchas cosas por hacer pero no contar con el apoyo de la pareja, tener muchas demandas en el contexto laboral y poco con-

trol sobre ellas es una de las fuentes principales de estrés. Estos factores afectan tanto a hombres como mujeres; no parecen afectar más a un género que a otro.

A la hora de analizar si la ejecución de los dos roles son positivos o no para la salud de la mujer sería importante analizar la forma en que los dos roles interactúan entre sí para generar mayor malestar, o por el contrario, para contrarrestarlo. El *ayudar a otros, tener autoridad para tomar decisiones, el desafío y el reconocimiento* fueron factores que afectaban al bienestar de las mujeres y disminuían el malestar (Ibídem). En una investigación realizada por Blanco (2000) con mujeres trabajadoras de tres niveles diferentes: profesionales, secretarías y obreras, encontraron que a mayor sobrecarga en las tareas del hogar, interferencia en los roles entre sí, y percepción de un menor control, se notificó mayor número de síntomas de ansiedad y depresión como problemas de salud.

Según Burín y Bleichmar (1996) en un estudio realizado sobre mujeres de mediana edad y sus modos de subjetivación, los estados depresivos que aparecen están relacionados con los roles de género que desempeñan: el rol conyugal, y el de ama de casa como potencialmente depresógenos. También Burín describió tres roles de género femeninos que habían de considerarse factores de protección ante los estados depresivos de las mujeres de este grupo de edad: el rol en comunidad, el rol sexual extraconyugal y el rol de trabajadora doméstica remunerada. Sin embargo había un tipo de problemas que se crean en el desempeño de este último rol que lo haría factor de riesgo potencial para los estados depresivos: el *techo de cristal* en la carrera laboral. Parece ser que en la actualidad esté cambiando el perfil depresógeno para las mujeres que trabajaban. Según Amelia Valcárcel (1997) el techo de cristal es una superficie superior invisible en la carrera de las mujeres que les impide seguir avanzando (Burín y Meler, 1998:83-86).

Es importante el trabajo de la mujer para el desarrollo de las colectividades. La Comunidad Internacional, OIT-Organización Internacional del Trabajo- (2008) insiste cada vez más en la necesidad un trabajo decente como la única manera de encontrar una fórmula sostenible para superar la pobreza. El trabajo decente para las mujeres es necesario para el desarrollo económico ya que en el largo plazo las economías no pueden permitirse ignorar un recurso desaprovechado como el que presenta la fuerza de trabajo femenino. La región más exitosa en términos de crecimiento económico durante la última década, Asia Oriental, es donde se registra la mayor participación de las mujeres en la fuerza laboral, existen bajas tasas de desempleo para hombres y mujeres y brechas de género menores tanto en la distribución por sector como por situación.

¿Cómo han podido las mujeres españolas trabajar y cuidar de la familia? Uno de los roles tradicionales de género principales en nuestra sociedad es el de la maternidad, pero al incorporarse las mujeres al mercado laboral ha disminuido drásticamente en España.

En el trabajo de la Comisión de las Comunidades Europeas (1990), Cuaderno de las Mujeres en Europa, *El lugar que ocupa la mujer en el mercado laboral de la Comunidad Europea, Tendencias y evoluciones en los doce países de la CEE entre 1983 y 1990*, la fecundidad ha pasado de 2,22 en 1980 a 1,39 en 1989. Pero no en todos los países ha sucedido lo mismo. En Dinamarca, las mujeres presentan el índice de actividad más elevado de la Europa de los doce –1,62– en 1989, teniendo un índice de fecundidad superior al español y a las mujeres holandesas que son las que tienen un menor índice de actividad. Dinamarca posee, el sistema más progresista y más desarrollado que abarca el cuidado de los niños de todas las edades, hecho que facilita el que las mujeres puedan incorporarse al mercado laboral sin abandonarlo cuando llega la maternidad.

### Síndrome del ama de casa

La depresión no es un rasgo típico de la personalidad femenina. Se sabe ya en psicología que uno de los factores que la producen es el *exceso de roles de interior* unido a *los pocos o ninguno que ejerce de exterior*, que compensarían de los primeros como la participación en la vida pública de su localidad o distrito, en asociaciones culturales, contacto con los servicios públicos, bien municipales u otros, dedicación a una afición largo tiempo renunciada, etc..

A cierta edad, la acumulación de inconvenientes resultado de este sistema de género puede desembocar en estados depresivos que, para mayor agravante, no son tratados teniendo en cuenta lo dicho anteriormente ya que la situación de las mujeres es considerada por los/as profesionales de la salud sin experiencia en la psicología del género natural y no cultural (Sau, 2001:181-185). Un estudio americano de 1970 indicaba que la mayoría de los médicos clínicos seguían viendo a sus pacientes femeninas como hiciera Freud, poseían un *doble modelo de salud mental*, considerando a las mujeres, en relación con los varones, sumisas, débiles, dependientes, poco agresivas, menos competitivas, más excitables con estímulos menores, presumidas respecto al físico, más sentimentales, menos objetivas, etc.

En consecuencia estar sanas significaba *sobreadaptarse* a los estereotipos femeninos tradicionales, aceptar su posición habitual de subordinación. Las mujeres debían atenerse a un modelo de salud mental que para los hombres hubiera sido patológico. Por eso decían que todas las mujeres estaban locas, que eran más o menos histéricas. Lo confirmaba una encuesta de aquel tiempo también realizada en los Estados Unidos, comprobando que un número de mujeres significativamente mayor que los hombres sufría de crisis nerviosas, apatía psíquica, nerviosismo, insomnio, temblores, desmayos, etc. Pero resultaba que las mujeres que nunca habían estado casadas presentaban menos síntomas que las casadas, significando que las cosas habían cambiado y que el cumplimiento de los roles tradicionales no garantizaba la salud mental de las mujeres, sino más bien al contrario.

Entre las mujeres casadas y con hijos crecía el malestar psíquico. Según McBride et al (1988:41-47), las mujeres que no trabajan fuera de casa, experimentan depresiones más severas que las que sí lo hacen. El empleo se cree ser un factor positivo porque mejora la situación económica, aumenta los contactos, disminuye el aburrimiento, refuerza el sentido del logro y de la autoestima.

Investigaciones posteriores realizadas en diversos países han confirmado que siempre la prevalencia psiquiátrica es significativamente mayor en las mujeres (Ibídem). También en España, donde la Encuesta Nacional de Salud de 1990 demostraba que el riesgo relativo a presentar alteraciones psíquicas era superior al género femenino, ascendiendo la razón mujer/hombre del 1,6. Las diferencias de género no podían explicarse por la consabida *debilidad biológica* de la mujer, porque el incremento de morbilidad psíquica en la edad media de la vida se daba fundamentalmente entre las casadas. Lo que se interpretaba como consecuencia de las transformaciones psicológicas que en las madres se producían secundariamente a la emancipación de los hijos.

Actualmente, la mayoría de los investigadores, entre éstos Weissman (1993) en Enrique González Duro (1999) que analiza las diferencias de género en salud mental, admiten que la asociación entre la morbilidad psíquica y la edad es un rasgo psíquicamente femenino que no se da en varones, en quienes el *estar casado* se comporta como un factor protector frente al desarrollo de enfermedad mental. Por el contrario, «el prototipo con mayor riesgo psiquiátrico corresponde a la mujer casada, de 35 a 50 años, con 3 o más hijos, que reside en zona urbana y que no trabaja fuera del hogar» (González Duro, 1999:169-176).

### 3.2.2. Nuevo rol en las mujeres

Parece ser que las mujeres han conseguido un cierto grado de liberación sexual, pero cierto nivel de estrés aparece en las mujeres, tanto en aquellas *mujeres tradicionales* aquellas que se encuentran a gusto con los valores de género, como en *la mujer en conflicto* con la feminidad tradicional, como en *la mujer emancipada*. Para esta última, la tarea de transformación y de ir imponiendo un cambio de valores y de actitudes, es una amplia labor que genera conflictos y situaciones de estrés. Vive un conflicto con su papel de género, que acostumbra llamar a veces *agobio*. Pero incluso para la mujer tradicional en medio urbano que ha perdido parte del apoyo proporcionado por la familia extensa, sitúa al ama de casa en aislamiento, cosa que también le genera estrés.

Cuando la mujer no puede estar disponible, afectivamente empática y prestando apoyo, se siente autoperseguida y autoculpabilizada y ésta es la máxima fuente de estrés crónico que hemos observado, dice uno de los psiquiatras de la Unidad de Género y Comunicación. Para Emilce Dio (1991:180-183) estos sentimientos íntimos

de autoinculpación son los responsables mayores del estrés crónico y su consecuencia es la depresión.

– *Rol Anterior*

En la anterior sociedad organizada a través de la producción familiar, las mujeres se habían ganado su supervivencia participando en el trabajo compartido de la familia. Fuera de casa no había forma de ganarse la vida, pero con la llegada del capitalismo industrial que ligó a las mujeres al trabajo obrero de fábricas, soltaron las ataduras del patriarcado pero impuso las cadenas del trabajo asalariado. Todo lo «natural» fue derrocado. Las mujeres ya no controlarían el proceso de producción, fabricación de tejidos, fabricación de prendas de vestir, transformación de alimentos que pasaría a las fábricas. Acabarían las antiguas habilidades como la de curar, actividad femenina por excelencia, ésta se convertiría en mercancía y entraría en el mercado. Los tónicos caseros de hierbas serían sustituidos por productos químicos de compañías farmacéuticas de multinacionales.

Los médicos se convirtieron en los nuevos expertos. La relación de las mujeres con los nuevos expertos fue de dependencia y confianza. Por tanto todos estos cambios afectaron a las mujeres. Una minoría transformó su parálisis en ira y se convirtió en activista de los movimientos reformistas, muchas permanecieron deprimidas, trastornadas, enfermas.

Para Ehrenreich y English (1990) la cuestión femenina era un problema de control: la mujer se había convertido en una cuestión, un problema social, algo que merecía ser investigado, analizado y resuelto. En la actualidad, la mujer trabajadora también está sufriendo la presión de la doble jornada, y en el trabajo tener que demostrar capacitación y valía constantemente. En profesiones feminizadas como enfermería y magisterio, las bajas se suceden. ¿Tan enfermas estamos? ¿O es que cuándo la persona ya no puede más el cuerpo se rebela y aparece la enfermedad? ¿Es la enfermedad una manera de descansar unos días de este ritmo frenético y de volver a coger fuerzas para encauzar las cosas?

En cuanto a la asignación y control del género:

Según Rivera (1994) el género se asigna a las personas al nacer y el criterio exclusivo de clasificación es la apariencia física en el momento del nacimiento... no existiendo vías fáciles para pasar de un género a otro..., la identidad masculina y la femenina parece que se inculquen mediante la socialización. Todas las sociedades tienen formas de control del mantenimiento de la identidad de género a lo largo de la vida, control que acostumbra a ser bastante rígido. Algunos ejemplos son: Las mujeres que se atreven a de-generarse, o sea, a adoptar actitudes e ideas que se consideran fuera del estereotipo, han de pagar un precio muy alto que consiste en la pérdida de la identidad, la discriminación por «rareza», masculinidad, los chistes

fáciles siempre difícil de soportar. Y en el fondo, un conjunto de mecanismos que fomentan su desvalorización personal y profesional.

Las mujeres están obligadas a combinar y realizar las responsabilidades de los dos géneros: la carga familiar y laboral, desarrollando lo que la socióloga A. Durán en llama *tiempo circular* en el que se mezclan continuamente ambos papeles delante del tiempo lineal de los hombres. Los hijos, es decir, la maternidad son la barrera invisible para que la mujer continúe ascendiendo en su carrera profesional. ¿Pero y el progenitor masculino? Cuesta, en nuestra sociedad entender que el padre desempeña un papel en el cuidado de los niños debido a que tradicionalmente se había desentendido demasiado, pero esto está cambiando radicalmente desde que se ha producido lo que podemos llamar transición de la *reproducción social*. Puede que hace algunos años las familias de origen aportaran a sus sucesores algún tipo de herencia. En este sentido la función de paternidad como propiedad de los hijos se ha diluido.

Jessie Bernard (1974) en Aguinaga (2004:306-311) escribió sobre el futuro de la maternidad, analizó los roles de las mujeres y las madres, pero también los roles de los hombres y de los padres. El ideal de compartir en el 50% los trabajos ya estaba en su texto. Las propuestas que hace son: Modificar los modelos de trabajo mediante: trabajo flexible, jornada a tiempo parcial, permisos de maternidad, cuidados de día para niños. Que sea un acto voluntario, elegido, sin coerción ni obligatoriedad. Posibilidades de autorrealización para las mujeres. Roles compartidos

Cuarenta años después las demandas siguen siendo las mismas (Ibídem). De esta necesidad de desarrollar las funciones de los dos géneros se deriva la exclusión de determinados ámbitos de poder y de las prerrogativas que comportan, porque las actividades políticas, sindicales, de asociaciones y colegiales se producen *fuera de tiempo* para las mujeres: después del trabajo, por la noche, en días no laborables (Alberdi, 1999:11-15).

Las mujeres intentaron afrontar estas desigualdades a medida que adquirían conciencia de ello, las que lo hacían pasaban a formar parte de una lucha activa, y como comenta B. Ehrenreich otras, al igual de cultas y formadas caían en depresión y enfermedad.

Nos encontramos ante una situación compleja en la que se plantea un equilibrio delicado de *reparto* de las responsabilidades de protección social entre la familia y el Estado. Después del ciclo protector del Estado de Bienestar y de la incorporación de la mujer al trabajo, algunos de los reajustes que están teniendo lugar en las políticas sociales no acaban de encajar bien con las expectativas creadas y la nueva mentalización.

*El trabajo fuera del hogar* es uno de los elementos decisivos para elevar el estatus de las mujeres, y por consiguiente reducir la inequidad de los géneros. Éste eleva

la consideración social de la mujer y las posibilidades de formación y desarrollo lo que permitiría mejorar las condiciones de las mujeres. Pero la influencia de éste depende también de cómo es vivido por la mujer: ¿se siente realizada cómo persona? ¿Le es posible desarrollar su potencial? O por el contrario ¿se siente minusvalorada, despreciada, controlada, acosada?... En el estudio de Muñoz et al (2004:174-184) sobre el papel de la situación laboral de la mujer en su bienestar emocional, también aparece el que a pesar del doble esfuerzo que supone para la mujer desempeñar un trabajo fuera de casa, el balance final es positivo, es decir, el nivel de síntomas psicológicos de estas mujeres es menor que el que presentan las mujeres que no tienen un trabajo remunerado. Son múltiples los aspectos que pueden incidir de forma positiva en su bienestar: Tener un empleo valorado socialmente de forma positiva da sensación de competencia. Proporciona independencia económica y permite experimentar nuevos roles al margen del rol de esposa y de madre. Supone tener un tiempo para ellas mismas fuera del hogar y posibilidad de una vida más activa y constituye un ámbito de libertad.

El ajuste marital, las condiciones de trabajo en casa, las condiciones de trabajo en el empleo, las conductas de riesgo, las conductas de salud y los ingresos son también variables relacionadas con una mejor salud psicológica en la mujer empleada. Aspectos más específicos de la salud laboral de estas mujeres: Las que poseen mayores ingresos presentan menos síntomas patológicos. Los ingresos proporcionan una mayor independencia económica y mayor autonomía y se ha relacionado en algunos estudios con mayor bienestar vital y con menor incidencia al estrés. En resumen, se encuentra una relación de tener menor número de síntomas depresivos en aquellas mujeres que tienen mayores ingresos, jornada laboral más larga, mayor antigüedad en el puesto de Trabajo y mayor satisfacción laboral.

A pesar de que muchas mujeres manifiesten inconformismo con su situación actual con la doble jornada laboral, con la percepción de que el tiempo no alcanza para responder con las múltiples responsabilidades y muy pocas están dispuestas a renunciar a sus trabajos. El problema principal con que se enfrentan son las relaciones de poder injustas, distribución no equitativa de tareas entre las parejas y finalmente la falta de suficiente apoyo institucional y social para que puedan cumplir adecuadamente con sus tareas.

El que estén compatibilizando los dos roles no es negativo en sí, pues unos roles pueden proteger el efecto dañino de otros, para esta autora el significado que tenga cada rol puede acarrear problemas (Gómez V, 2004:117-124); la idea de que *el cuidado de los hijos es deber de la mujer* y no del hombre; si hay problemas con ellos la culpa es de la mujer por no dedicarse al rol materno; la idea de que *cada rol debe desempeñarse a la perfección*, o en los hombres la idea de que deben responder más y mejor que las mujeres, obtener éxito y trabajar muchas horas para sentirse importantes; ganar más que la mujer; hacer tareas de casa o de padre es hacer tareas propias de la mujer; los hijos se afectan si la madre no está con ellos todo el tiem-

po; la familia debe sacrificarse por el trabajo.. todos estos ejemplos son dañinos para la salud tanto para el hombre como para la mujer.

Otro factor depresógeno importante para la mujer es el *techo de cristal* que dificulta su acceso a puestos directivos. El techo de cristal es una superficie invisible construida mediante diversos elementos que no están escritos ni tienen códigos visibles. Su carácter de invisibilidad está dado por el hecho que no obedece a criterios establecidos ni a normas o leyes impuestas de manera clara y objetiva, sino a un conjunto de expectativas, actitudes o valoraciones latentes. Éstas se ponen en evidencia cuando se analiza la dificultad que tienen las mujeres para ocupar posiciones de poder, de decisión, de acción, de intervención. El *techo de cristal* en la carrera laboral de las mujeres como superficie superior invisible y difícil de traspasar constituye uno de los nuevos mecanismos y/o factores que actúan como depresógenos para las mujeres (Ibídem).

En el estudio del Programa de Apoyo en Salud Mental para la mujer en un barrio industrial de Barcelona (Cornellá) (1999) que atiende a mujeres de baja clase social y ofrece una atención psicoterapéutica gratuita, aunque limitada en tiempo y objetivos con la finalidad de mejorar la calidad de vida de estas mujeres. Algunas de ellas sufren violencia de género. El estudio de este Programa de Salud Mental para la mujer con 143 casos de mujeres atendidas que son mujeres con problemas psicológicos que no tienen acceso a un tipo de atención a nivel privado, muestra que sus demandas se refieren a las dificultades de vivir en la realidad actual, que no tiene apenas nada que ver con aquella que nacieron, crecieron y aprendieron a ser mujeres. Por una parte siguen aspirando al *ideal femenino tradicional*, considerándolo de alguna manera como *la cosa más hermosa* que pueden ofrecer a un hombre ya sea padre, marido o hijo con las variaciones a cada generación: en tanto hija, esposa o madre. De esta forma siguen manteniendo, generación tras generación, la transmisión de aquello que una mujer *ideal* ha de ofrecerles. De hecho, las pacientes sufren por no poder seguir ofreciendo todo lo que su propio ideal de feminidad les impone, sobretudo cuando la edad, las desilusiones o las frustraciones de las expectativas de felicidad se lo impiden. Su anhelo es poder seguir representando un objeto de deseo, que consiste en ser concebidas, como *buenas y hermosas* hijas, esposas y madres. La consideración de ser así les genera una satisfacción narcisista, a través de la cual se sienten valoradas, queridas y reconocidas en tanto mujeres siendo un reconocimiento a su identidad. Las mujeres que acuden a la consulta de Salud Mental sienten que han fracasado en este terreno y su bienestar emocional pasa por recuperar esos aspectos femeninos valorados y deseados por los hombres –de total disponibilidad– de su familia y entorno. La inserción laboral, generalmente en limpieza o servicios tampoco les resulta fácil, no solo por la falta de formación de estas mujeres que es evidente sino por no poder cumplir con el ideal femenino. Estas experiencias corresponden a una población mayoritariamente amas de casa, entre 45-60 años, emigrantes de primera o segunda generación, provenientes de zonas poco desarrolladas de nuestra geografía, en donde la infancia como tal, no existió, datos recogidos en los años 1994,1995, 1996,1997.

La paradoja del reconocimiento que esperan de los demás deriva de que la mujer como el niño para lograr su independencia requiere del reconocimiento de las mismas personas de las cuales ha sido y es dependiente.

Los hombres evidentemente también somatizan, pero los estudios reflejan que cuando lo hacen son ya situaciones agudas o críticas.

¿Por qué consultan menos cuando hay malestares indefinidos o difusos?, ¿por qué no lloran por no ser femeninos?, ¿por qué no se quejan para no parecer *castrados*?, ¿por qué no piden para devaluar su autoestima?, ¿por qué niegan dolores y dificultades para sentirse más fuertes y autocontrolados? Si los hombres no consultan tanto como las mujeres ¿podemos afirmar que están más sanos? La búsqueda de reconocimiento es un punto clave que se encuentra en la clínica psicoterapéutica de las mujeres. Es decir, la falta de reconocimiento o la vivencia de tal. La narcisización necesaria para convertirse en sujeto en vez de objeto.

Los problemas de salud mental en el lugar de trabajo son importantes para la mujer. El estudio publicado por la Comisión de la Unión Europea (2008) afirma que las mujeres representan un 44 de los trabajadores, pero tienen más probabilidad de estar empleadas en posiciones de menor relevancia. Las mujeres cubren solo el 32% de las posiciones de liderazgo en la Unión Europea como las de presidentes ejecutivos, directores y gerentes de pequeñas empresas. La baja representatividad de las mujeres en los niveles más altos de decisión es más evidente en las grandes empresas, donde los hombres ocupan el 90% de los puestos de dirección en las principales compañías. La proporción de las mujeres en los parlamentos está en un 24%, y aunque ha crecido mucho en los últimos años, se encuentra por debajo de la llamada *masa crítica* del 30%, considerada el mínimo necesario para que las mujeres puedan ejercer una influencia significativa en la política. En las Economías Industrializadas y en la Unión Europea se podría mejorar mucho en áreas como la de Igualdad de Remuneraciones; las Promociones y la Posibilidad de conciliar la vida familiar y laboral.

Se analiza el agobio que viven las mujeres o como perciben las situaciones estresantes que se cronifican día a día<sup>4</sup>. Son mujeres que están en el mercado laboral en la actualidad.

*"A veces la gratificación de trabajar fuera de casa se convierte en ansiedad"* (Mujer 44 años).

*" Me siento bien trabajando fuera de casa pero a veces me he sentido mal por dejar a mis hijos al cuidado de personas que eran extrañas, que no han disfrutado lo suficiente*

---

<sup>4</sup> Los relatos son mujeres que forman parte del colectivo sanitario a los que administramos un cuestionario sobre satisfacción laboral. Son médicos y enfermeras de Atención primaria de Salud.

*de su madre y que a veces no han tenido una comida adecuada por falta de tiempo.” (Mujer 54 años).*

*“Está bien trabajar fuera de casa, però a veces creo que nos hemos metido en la boca del Lobo pues hemos acabado asumiendo las tareas de ama de casa, trabajadora y jefa de familia.” (Mujer 21 años).*

*“ La mujer ahora tiene más carga laboral y familiar. El Reparto del 50% de las tareas es raro hoy en día. Tiene más presión social; ser buena profesional, buena madre, buena esposa, buena hija, y encima tener un cuerpo 10. O nos relajamos o esto no habrá quien lo aguante.” (Mujer 37 años).*

*“El nivel de discriminación laboral que tenemos las mujeres es por la maternidad, nosotras renunciamos a muchas cosas y ellos no. Pienso que las mujeres somos las primeras que hemos de reflexionar porqué la Sociedad sigue funcionando así. Quizás deberíamos ser más las protagonistas de este cambio.” (Mujer 44 años).*

*“La mujer no tienen ninguna gratificación, el esfuerzo que realiza es elevadísimo.” (Mujer 40 años)*

Las mujeres diagnosticadas de depresión describen también esta presión a la que se encuentran sometidas<sup>5</sup>.

*“Se me juntó la enfermedad de mi padre, la de mi madre que estuvo 20 meses en cama y el trabajo en una fábrica –a rendimiento– que me agobiaba: no podía con todo.” (Mujer 39 años).*

*“Cuidé a mi madre, tío, abuela, padre. He sido hija única y siempre he estado sola. A mi madre la cuidé 10 años, tenía Alzheimer cuando murió mi padre de accidente, tuve que arreglar todos los papeles sola. Terminé con un agotamiento total. De noche no descansaba.” (Mujer 58 años).*

*“He cuidado a mi madre, mi hermano soltero, mi padre que tuvo un AVC.- Accidente Vascular cerebral-. He sido durante muchos años la única mujer en casa con tres hombres - mi padre, mi hermano, mi marido-. Ahora mi marido tiene un cáncer y vuelvo a estar mal.” (Mujer 46 años).*

*“Poco apoyo de los hombres. A ellos que no les falte de nada.” (Mujer 74 años).*

*“Yo trabajaba mucho dentro y fuera de casa. Mi ilusión era comprarme una “vaporetta” para limpiar y mi marido no me dejó.” (Mujer 51 años).*

*“Me ayuda todo lo que puede, pero no le hagas cocinar ni fregar los platos. Sí te irá a buscar el pan, pero le has de decir el que y apuntárselo todo. Por el mismo no lo hace,*

---

<sup>5</sup> Los relatos corresponden a mujeres con diagnóstico de depresión y se realizan en Atención Primaria de Salud.

*no le hagas pensar. Los hijos sí me ayudan, pero los hombres "dan mucho trabajo". No reconocen el trabajo que tú haces o no te lo dan a entender".* (Mujer 59 años).

*"Él viene de una familia que son muy señores, mi suegra hasta le trae un vaso de agua, está acostumbrado a que se lo hagan todo".* (Mujer 49 años).

#### 4. Conclusión

Es importante que analicemos las dificultades ligadas a los roles de género tanto para las mujeres como los hombres para disminuir la depresión en los diferentes grupos de edad y género.

El apoyo a nivel comunitario desde las instituciones y la sociedad en general será fundamental para prevenir la depresión y aumentar la calidad de vida.

Las mujeres han pagado un precio muy elevado por el hecho de compaginar el mundo profesional y familiar, muchas veces con poca ayuda del compañero porque tampoco estaba formado para ello. La educación en la igualdad será también una pieza clave para mejorar la salud mental de la población.

#### 5. Bibliografía

- Aguinaga, J. 2004. *El precio de un hijo. Los dilemas de la maternidad en una sociedad desigual*. Barcelona: Random House Mondadori, S.A..
- Alberdi Castell, R.M. 1999. "Mujeres Sanitarias: una historia de género". *Bioética y Debate*, may, vol. 4, n.º 6.
- Beauvoir, S. 1995. en *¿Qué hace que se enfermen las mujeres? Género y la economía política de la salud*. Traducción de los capítulos 1 y 2 del texto de L. Doyal: What makes women sick? Gender and the political economy of health, Macmillan. Londres.
- Blanco, G. y Feldman, L. 2000. "Responsabilidades de las mujeres en el hogar y salud de la mujer trabajadora. *Salud Pública de México* 42, 3.
- Blumer H. *Interaccionismo Simbólico: Perspectiva y método*. Barcelona: Masson, 1999.
- Burín, M. 1996. "Género y psicoanálisis: Subjetividades femeninas vulnerables" en Burín, M. y Dio Bleichmar, E. (comp.): *Género, psicoanálisis, subjetividad*. Buenos Aires: Paidós.
- Burín, M. 1998. "Ámbito familiar y construcción de género. Sobre la construcción de la subjetividad" en Burín, M. y Meler, I: *Género y Familia*. Barcelona: Paidós.
- Centro de Higiene Mental de Cornellá (compilación) (1999): *Mujer y Salud Mental. Reflexiones y experiencias*. Barcelona: Ediciones Gráficas Rey, S.L.
- Comisión de las Comunidades Europeas. 1990. Cuadernos de las mujeres en Europa, El lugar que ocupa la mujer en el mercado laboral de la Comunidad Europea, Tendencias y evoluciones en los doce países de la CEE entre 1983 y 1990. Madrid: Dykinson.

Comisión Europea. 2008. *Women and men in decision-making: Analysis of the situation and trends*. Bruselas. Consulta 10 de Noviembre 2008. ([http://europa.eu/rapid/press-release\\_IP-08-390\\_es.htm](http://europa.eu/rapid/press-release_IP-08-390_es.htm)).

De Miguel, JM. 1978. *Sociología de la Medicina*. Barcelona: Vicens Universidad.

Dio Bleichmar, E. 1991. *El feminismo espontáneo de la histeria. Estudio de los trastornos narcisistas de feminidad*. Madrid: Siglo XXI de España editores S.A..

Durán, M.A. 2007. *El valor del tiempo. ¿Cuántas horas te faltan al día?*. Madrid: Espasa Calpe S.A.

Ehrenreich, B. y English D. 1990. *Por su propio bien. 150 años de consejos de los expertos*. Madrid: Taurus.

Gómez, V. 2004. "Estrés y salud en mujeres que desempeñan múltiples roles". *Avances en Psicología Latinoamericana*, 22.

González de Chávez, M.A. 1993. *Cuerpo y subjetividad femenina. Salud y género*. Madrid: Siglo veintiuno de España Editores, S.A.

González, Duro E. 1999. "Diferencias de género en salud mental", *Psiquis* 20, 5: 169-176.

González de Chávez, M.A. 1993. *Cuerpo y subjetividad femenina. Salud y género*. Madrid: Siglo veintiuno de España Editores, S.A.

Gove, MR. 1988. "Mentall illness and psychiatric treatment among woman. In: the psychology of women". Harvard University Press, Walsh MR (editor).

Fundación FOESSA. V Informe sociológico sobre la situación social en España . 1995. *Sociedad para todos en el año 2000*. Documentación social 101. Pp. 1-546. Consulta 10 de junio 2008. (<http://mpr.bage.es/cgi-bin/koha/opac-detail.pl?biblionumber=39227>).

Husserl, E. Invitación a la fenomenología. Barcelona: Paidós, 1992.

Kaufmann, A. E. 2008. "Más allá de la ley de Igualdad: El síndrome de la niña buena"

Jornadas de Sociología y Tecnología: ¿Qué futuro nos espera? 20-21 de Noviembre.

Universidad de Alcalá. Consultado el 24 de Noviembre de 2008. (<http://aecop.net/2008/11/jornadas-de-sociologia-sociedad-y-tecnologia-%C2%BFque-futuro-nos-espera/>)

Las Heras, Pinilla P. 2007. *Nuevo contrato social mujeres-hombres*. Curso experto universitario igualdad oportunidad para las mujeres. Madrid: UNED.

Montesó P. 2009. *Salud Mental y Género: Causas y Consecuencias de depresión en las Mujeres*. Tesis doctoral. Madrid: UNED. Disponible en [http://portal.uned.es/portal/page?\\_pageid=93,490495&\\_dad=portal&\\_schema=PORTAL](http://portal.uned.es/portal/page?_pageid=93,490495&_dad=portal&_schema=PORTAL)

McBridge AB. 1988. "Mental health effects of women's multiple roles". *Image* 20, 1.

Muñoz, A., Martínez, A., Iraurg, I., Galienz, T., Sanz, M. 2004. "El papel de la situación laboral de la mujer en su bienestar emocional". *Psiquis* 25, 4.

Navia Velasco, C. 2006. "Misia señora, de Alba Lucía Angel: La femenina identidad imposible". *Espéculo* 33. Consulta el 3 de enero de 2009: <http://www.ucm.es/info/especulo/numero34/misia.html> .

Organización Internacional del Trabajo. 2008. *Tendencias mundiales del empleo en las mujeres*. Ginebra: OIT. Consulta el 10 de marzo de 2008. (<http://www.ilo.org/public/spanish/region/eurpro/madrid/download/tendenciasmundiales2012.pdf>).

Pérez, F. 2004. "Estrés y salud menta". *Ateneo* 4: 103-107.

Piqué Prado, E. 2003. "Mujer y salud desde una perspectiva de género". *Metas* 53, 3.

Poal, G. 1995. "Reflexiones en torno a los aspectos psicosociales en la relación mujeres-mundo laboral". Cuaderno de relaciones laborales 6.

Rivera Guerra, M. 1994. *Nombrar el mundo en femenino*. Barcelona: Icaria.

Rodríguez, B et al. 2005. "Síntomatología depresiva asociada al trabajo como causa de Incapacidad Laboral en la Comunidad de Madrid". *Maphre Medicina*. 16.

Saarni Samuli, I. 2007. "Impacto de los trastornos psiquiátricos en la calidad de vida relacionada con la salud: encuesta poblacional general". *British Journal of Psychiatri* 190, 4.

Sáez Buenaventura, C. 1988. *Sobre mujer y salud mental*. Barcelona: la Sal.

Santos Ortega, J.A. 1995. *"Sociología del trabajo"*. Valencia: Tirant lo blanch.

Sau, V. 2001. "Cultura y envejecimiento desde la perspectiva de género: mujeres mayores de edad". *Rev Mult Gerontol* 11, 4.

## ARTICULOS/ARTICLES

- Patient Empowerment and Health online Community: two ways to give the new viability doctor-patient relationship / Cooperación y intercambio de conocimiento en la era de Internet: dos maneras de dar nueva viabilidad a la relación médico-paciente  
Aurelio Tommasetti, Orlando Troisi y Silvia Cosimato ..... Págs 9-23
- El territorio y la intervención comunitaria con Adolescentes en Conflicto con la Ley. El Caso del Municipio de Burjassot / The territory and the community intervention with teenagers in conflict with law. The case of Burjassot  
Francesc Xavier Uceda i Maza, María García Muñoz y Lucía Martínez Martínez ..... Págs 25-52
- The role of Organised Civil Society in the reduction of social risks: How inequality intervenes in civil society actors' attitudes to co-engagement with migrant citizens in public and community life / El papel de la sociedad civil organizada en la reducción de los riesgos sociales: ¿Cómo la desigualdad interviene en las actitudes de los actores de la sociedad civil hacia el compromiso con los ciudadanos inmigrantes en la vida pública y de la comunidad?  
Stella Maris Semino ..... Págs 53-72
- Meaning as A Core Principle in Social Work Practice / El sentido como principio básico en la práctica del Trabajo Social  
Rich Furman, Michelle D. Enterline, Greg Lamphear y Allison E. Shukraft ..... Págs 73-85
- Trabajo Social Comunitario y Formación en Centros de Trabajo: una propuesta para la inserción de adolescentes problematizados desde la Educación Formal / Social Work Community and Work Training Centers: a proposal for insert troubled adolescents from the Formal Education  
José Javier Navarro Pérez y Eliseu V. Martínez Muñoz ..... Págs 87-104
- La construcción de los roles de género y su relación con el estrés crónico y la depresión en las mujeres / The construction of gender roles and their relation to chronic stress and depression in women  
Pilar Montesó-Curto ..... Págs 105-126

## RESEÑAS/REVIEWS

- Almudena Moreno Mínguez (editor). Family Well-Being. European Perspectives / Bienestar Familiar. Perspectivas Europeas, 2013. New York: Springer  
(por Emilio Díaz de Mera) ..... Págs 127-129
- M. Castro Guzmán, J. C. Chávez Carapia y Silvia Vázquez González. Epistemología y Trabajo Social, Tomo I / Epistemology and Social Work, Vol. 1, 2013. Méjico: Conacyt y Acanits  
(por Paloma Serrano Postigo) ..... Págs 131-132
- Leticia Cano (coord.). Pobreza y Desigualdad Social. Retos para la reconfiguración de la política social / Poverty and Social Inequality. Challenges for the reconfiguration of social policy, 2013. México DF: Díaz de Santos, Ediciones y UNAM  
(por Esther Raya Díez) ..... Págs 133-138