

CÓMO SER MUJER SIN RENUNCIAR A SERLO
“IDENTIDAD, MUJER Y SALUD DESDE UN ENFOQUE
PSICOSOMÁTICO Y DE GÉNERO”

M^a Luisa Barrero García

1.- INTRODUCCIÓN

2.- ALGUNAS DEFINICIONES

2.1. SOBRE LA IDENTIDAD

2.2. SOBRE LA SALUD

2.3. SOBRE LA MUJER Y LA FEMINIDAD

2.4 SOBRE LA PSICOSOMÁTICA

3.- IDENTIDAD PSICOSOMATICA

3.1 CONSTITUCION DE LA IDENTIDAD PSICOSOMATICA

3.2 LA IDENTIDAD COMO UNIDAD BIO-PSICO-SOCIAL

3.3 LO VINCULAR Y LO AFECTIVO EN LA CONSTITUCIÓN DE LA IDENTIDAD.

4.- IDENTIDAD SEXUAL. IDENTIDAD DE GÉNERO.

5.- SER MUJER.

6.- SALUD.

7.- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

**El ser tiene su lugar en la identidad.
Parménides de Elea. (540-470 a. C)**

1.- INTRODUCCIÓN .

Hablar de identidad, mujer y salud y enlazar e integrar estos conceptos en un enfoque psicosomático y de género no ha sido tarea fácil. ¿Por dónde empezar?, ¿partir de definiciones para ir desbrozando parte a parte, aún a sabiendas de que no están separadas y que separarlas es caer de lleno en la contradicción?. Partí de la filosofía, la psicología, la medicina, los diccionarios, internet, para poner en palabras los conocimientos, los estudios científicos, las definiciones. De este modo aseguraba, daba solidez y validez a mi discurso. Pero el gran reto consistía en que las palabras y conocimientos de otros no abrumaran ni apagarán mi voz para que ésta, también, pudiera ser oída en este discurso.

“¿Ser o no ser?, esa es la cuestión”: pocas frases habrán sido tan repetidas, comentadas y analizadas como ésta desde, que William Shakespeare la pusiera en boca de Hamlet.

¿Qué plantea esta pregunta? La gran cuestión ontológica es: ¿qué es el ser?, y las preguntas, que cualquiera de nosotros nos hemos hecho en algún momento de nuestra vida, aparecen de nuevo ¿quién soy? ¿ qué soy? . Para Parménides, filósofo griego presocrático, “lo mismo es pensar y ser”, y, por otro lado, piensa el filósofo, el ser tiene su lugar, su espacio en la identidad. Tener conciencia de sí es ser, y ser es tener identidad.

Existir o no existir, ser o no ser, tener o no tener identidad: esa es la cuestión. La identidad, nuestra identidad, tener conciencia de nosotros, de lo que somos y de lo que no somos. Conciencia de ser hombre o ser mujer, de no ser mujer o no ser hombre, y que ser mujer u hombre no suponga una discriminación que atente contra nuestra identidad y nuestra salud. Si somos y existimos tenemos identidad; si no, no somos nada, o somos los que otros marcan, lo que otros establecen que seamos. Si no somos lo que somos no somos nada, la nada es la no existencia y la no existencia no forma parte de la salud y de la vida.

Este trabajo es el fruto de las lecturas que se citan en la bibliografía, así como de mi experiencia con mujeres y menores en el ámbito de la promoción de la salud, de los servicios sociales y de la clínica. Queda contextualizado por factores como el lugar en el que vivo, país del sur de Europa, y por la cultura occidental de los siglo XX-XXI en la que se ha desarrollado mi existencia. En él vuelco algunas reflexiones que, a lo largo

de mi formación, lecturas y experiencia laboral y, como no, de mi propia vida, han ido configurando una forma de integrar lo que es ser mujer, lo que soy, es decir, cómo me veo, cómo me ven los demás y cómo creo que me ven. He intentado dejar salir mi voz, una más del gran colectivo de mujeres que habitamos este mundo. Existen diversas teorías de gran interés que desde diversas disciplinas aportan información de gran valor y arrojan claridad a muchos de los interrogantes que cada persona puede hacerse a lo largo de la vida. Este trabajo es un intento personal y subjetivo de encontrar respuestas a mis preguntas.

2- ALGUNAS DEFINICIONES.

2.1. SOBRE LA IDENTIDAD.

Identidad viene del latín “identitas” y ésta de idem, que significa “lo mismo”. Esta palabra se refiere, por una parte, a aquellas características que nos hacen percibir que una persona es única y, por otra, se refiere a características que nos hacen percibir como iguales a distintas personas.

Así, desde el punto de vista etimológico, *la identidad no nos identifica como individuo, único y diferente de los demás individuos sino que señala alguna característica que compartimos con otras personas.*

Por otra parte, la Real Academia Española, para definir identidad, habla de “conjunto de rasgos propios de un individuo o de una colectividad que los caracterizan frente a los demás, de la conciencia que tiene una persona de ser ella misma y distinta a las demás y del hecho de ser alguien o algo, el mismo que se supone o se busca.”

La noción de identidad es una de las más controvertidas tanto en el campo de la filosofía como en el del psicoanálisis.

En filosofía, la identidad es la relación que una entidad mantiene consigo misma. Es decir, todo ser es idéntico a sí mismo y, por lo tanto, una cosa no puede ser y no ser al mismo tiempo. Para algunos filósofos como **Hegel** no hay existencia humana sin identidad y ésta viene dada por la posibilidad de pensar sobre sí mismo y sobre el mundo, es decir, por la autoconciencia y el autorreconocimiento. Para **Locke** la identidad se sostiene en la memoria y para **Heidegger**, por citar sólo algunos de los filósofos más influyentes, la esencia del ser humano está en el poder ser, en la forma de proyecto. El ser es un ser dialogante, un ser que lleva la existencia como diálogo. Así, la identidad se convierte en un hecho del lenguaje.

El filósofo español **Emilio Lledó**, en el trabajo que dedicó a la famosa frase inscrita del santuario de Delfos: *Conócete a ti mismo*, dice “Conocerse a sí mismo es reconocerse, encontrar en el complejo buceo de la intimidad elementos que indiquen el sustrato coherente que articula cada personalidad [---] y eso es resultado de la memoria”

En la literatura psicoanalítica, el primer autor en hablar de identidad fue **Victor Tausk**, quién afirmaba que el sujeto para sobrevivir debe encontrarse y experimentarse a sí mismo constantemente. **Freud** habló de y estudió la identificación y de su estudio

se extrae la idea de que la identificación está en la base del psiquismo, y es un elemento esencial en la constitución del yo, pero no habló de identidad.

Siguiendo con autores psiconalíticos, **Erikson** entiende la identidad como una sensación subjetiva de mismidad y continuidad vigorizante. Se refiere al “yo” como identidad personal, como sentido de sí mismo y no como instancia del aparato psíquico que Freud planteó. Define 8 estadios en el proceso de constitución de la identidad personal que se caracterizan por las tareas específicas que el “yo” debe resolver en cada una de ellas y constituyen momentos críticos dentro de una polaridad determinada. Estas etapas abarcan desde la infancia hasta la madurez.

Para León y Rebeca Grinberg, psicoanalistas argentinos que prefieren hablar de “sentimiento de identidad”, la identidad se constituye en el conocimiento de la persona de ser una entidad separada y distinta de las otras y prosiguen diciendo que: “es la resultante de un proceso de interacción continua de tres vínculos de integración que denominamos espacial, temporal y grupal”.

Otro autor de gran interés, médico, ensayista, científico, pensador, padre de la Medicina Psicosomática, **Juan Rof Carballo** define la identidad como un concepto que está en el límite entre la psicología individual y la cultura, en la frontera que separa la más íntima y radical biografía del hombre, la de los primeros años de su vida, y la historia que se va desplegando a su lado.

La definición de identidad **M. Aguilar** (2002) resume lo expuesto hasta ahora: “Identidad es un proceso que se construye individual y socialmente, que implica rasgos diferenciadores pero a la vez comunes, que es determinado por los grupos sociales a los que se pertenece, el momento histórico en el que se vive, la historia de vida del sujeto y sus características personales, que lo llevan a tener una imagen de sí mismo que no permanece inmutable y fija sino que va transformándose, reacomodándose y constituyéndose permanentemente, a la vez que mantiene su esencia, su continuidad a través del tiempo, pero lo más importante es que el sujeto tome conciencia de la representación que tiene de sí mismo, para asumir su propio ser desde su auto-percepción subjetiva, confrontada con la mirada externa y la realidad cambiante, con lo cual puede continuar en ese proceso de constitución de sí mismo, en donde se integre pasado y presente con proyección al futuro”.

2.2. SOBRE LA SALUD.

El término salud viene del latín, *salus, salutis* que quiere decir salud, salvación. La Real Academia Española lo define como el “estado en el que el ser orgánico ejerce normalmente sus funciones y, también, como las condiciones físicas en que se encuentra un organismo en un momento determinado”.

¿Cómo definir el concepto de salud? El intento de definir la salud nos remite al hecho de que cada persona tiene una percepción y vivencia de su estado de salud, pero esta vivencia la percibimos en función de lo que socialmente está consensuado como normal, como saludable, y bajo el peso de los factores culturales, religiosos, científicos, socioeconómicos e históricos en los que la persona se encuentre.

En la actualidad la definición que aporta la Organización Mundial de la Salud (O.M.S) sobre este término es ampliamente reconocida por profesionales de distintas disciplinas. A lo largo de los años, desde 1946, se ha ido ampliando hasta quedar como sigue “ *El logro del más alto nivel de bienestar físico, mental y social y de la capacidad de funcionamiento que permiten los factores sociales en los que viven inmersos el individuo y la colectividad. En 1992 se añade a esta definición “ y en armonía con el medio ambiente”.*

La O.M.S, preocupada por los factores que influyen en la salud , encargó un informe (Informe de Lalonde) que estableció, por orden de importancia, y definió los factores más determinantes. Estos son:

- Medio ambiente: factores atmosféricos, químicos, biológicos.
- Estilo de vida: actitudes de las personas ante la salud.
- Biología humana: genética y procesos evolutivos.
- Servicios de asistencia sanitaria: los recursos y la accesibilidad.

Asímismo, este informe concluye que los factores que más importantes para la salud, los que más inciden en la salud de las personas son el medio ambiente y los estilos de vida y, los menos importantes o determinantes son los factores de la biología humana y el del sistema sanitario.

2.3. SOBRE LA MUJER Y LA FEMINIDAD.

Siguiendo con el Diccionario de la Real Academia, buscamos el término mujer, que se define como “persona del sexo femenino, mujer que ha llegado a la pubertad o a la edad adulta, mujer que tiene cualidades femeninas por excelencia”. Las raíces de esta palabra se hayan en el latín mulier, que significa mujer en general, mujer casada, esposa, hembra.

Wikipedia define feminidad como el conjunto de cualidades que se manifiestan en mayor medida en las mujeres en una cultura particular. Es un concepto que alude a los valores, características y comportamientos tanto aprendidos como a características biológicas específicas. Su complemento es el concepto de masculinidad.

Por otra parte, el concepto de feminidad también se ha desarrollado como "*ideal de feminidad*", en el sentido de un patrón o modelo deseable de mujer. Se entiende por feminidad un conjunto de atributos asociados al rol tradicional de la categoría mujer.

2.4 SOBRE LA PSICOSOMÁTICA.

En relación con el concepto de psicósomática hay que diferenciar entre medicina psicósomática y psicósomática psicoanalítica. Desde el campo de la medicina, se entiende por psicósomático la influencia que ejercen los procesos psíquicos sobre lo somático. El término psicósomático aparece por primera vez en la segunda mitad del siglo XIX y es introducido por el psiquiatra alemán Heinroth. Esta nueva corriente tenía como objetivo introducir, en la concepción organicista y experimental de la medicina de ese siglo, factores de orden psíquico para explicar las causas y

etiopatogenia, es decir, el origen de las patologías, de ciertas enfermedades. Se inicia así un enfoque nuevo para entender y abordar la enfermedad.

Con el desarrollo del psicoanálisis, se abrió una nueva mirada hacia el enfermo. La psicósomática psicoanalítica parte de la persona y de su funcionamiento psíquico para entender las causas que le llevaron a desarrollar esa enfermedad. En cambio, la medicina psicósomática parte de la enfermedad y busca los factores, las causas que provocaron la enfermedad, sean éstas biológicas o psíquicas.

Es importante, cuando hablamos de psicósomática, explicar si nos colocamos del lado de la medicina psicósomática o del lado de la psicósomática psicoanalítica ya que la ubicación de la posición teórica determina la explicación y el abordaje que se haga sobre el enfermar.

Siguiendo con los antecedentes, Chicago acogió una escuela, dentro de la cual surgió un movimiento dirigido por **Alexander** llamado “medicina psicósomática”. En los años 50, un grupo de psicoanalistas europeos empiezan a interesarse por las enfermedades psicósomáticas. De este grupo de autores, **Pierre Marty** desarrolló una teoría en la que enlazaba la enfermedad somática grave con un estado de depresión llamada “esencial”. Este autor plantea que las excitaciones acumuladas, en un aparato psíquico que no puede elaborarlas, desembocan en una desorganización progresiva de los aparatos somáticos, pudiendo llevar a enfermar y al desarrollo de enfermedades graves como el cáncer.

Sami-Alí, psicoanalista de origen egipcio afincado en Francia, realizó diversas investigaciones sobre los fenómenos psicósomáticos que le llevaron a resultados divergentes respecto a la teoría desarrollada por Pierre Marty. Para Sami-Alí lo que desencadena el enfermar somático no son las dificultades, por parte del aparato psíquico, para elaborar situaciones conflictivas sino que se deriva **de un funcionamiento que se apoya, de manera exclusiva, sobre la represión de la dimensión imaginaria**, entendiendo por imaginario **la unión de lo psíquico y lo somático**.

Desde estos supuestos, dicho autor **entiende la enfermedad como resultado de una situación conflictiva, anterior a la aparición de la enfermedad, en la que el sujeto no encuentra salida. Paradójicamente, esa situación se convierte en el centro de una nueva estrategia que trata de cambiar aquello que llevó a la situación sin salida.** (Por ejemplo, una persona deja de estudiar la carrera que le gustaría para hacer aquella que sus padres tenían previsto que hiciera, en una relación de pareja uno de sus miembros renuncia a su deseo de tener hijos para contentar al otro, una mujer que renuncia a un ascenso en su puesto de trabajo para cuidar a los hijos, etc.etc.) Es posible comprender el mismo proceso tanto en el nivel relacional como en el biológico, como ocurre en el caso de la alergia y de la patología autoinmune: ambas situaciones plantean de diferente manera la misma cuestión esencial de la identidad de uno mismo en relación con el otro.

La observación del funcionamiento de los pacientes muestra una represión de lo imaginario antes de que la enfermedad somática se declare. Para dicho autor, **la represión permite a la persona adaptarse socialmente a las exigencias del medio familiar, social y hacer una abstracción o negación de lo que es, de su subjetividad.**

La represión tiene como función detener el proceso de angustia en el que el sujeto está envuelto. Entonces aparece el olvido: los sueños no se recuerdan y se olvidan periodos de la vida. El fenómeno psicossomático puede aparecer en cualquier estructura psíquica y a cualquier edad.

Así pues, cuando hablamos de fenómeno psicossomático estamos hablando de psique y de soma, de lo imaginario, siendo el sueño el fenómeno fundamental que articula lo psíquico con lo somático. **Desde la perspectiva psicossomática, Sami-Alí considera que lo esencial en el sujeto es el hecho de ser en relación y concibe al sujeto como una unidad psique-soma, cuerpo-mente indivisible y al conjunto de la patología humana en su doble pertenencia a lo psíquico y a lo somático.**

El funcionamiento psicossomático hay que definirlo en relación con la actividad onírica, si ésta está presente, ausente o alternándose entre la presencia y la ausencia, o la ausencia y presencia. De aquí se derivan distintas formas de funcionamiento que van desde el conflicto que se resuelve de forma simple hasta el conflicto que no tiene salida.

Nuestro trabajo sobre la identidad se sustenta en el enfoque psicoanalítico psicossomático y más concretamente en la teoría desarrollada por Sami-Alí.

3.- IDENTIDAD PSICOSOMÁTICA

Para realizar este apartado me he basado, principalmente, en la obra de Susana Rotbard, psicoanalista y psicossomatista argentina afincada en España, *Psicosomática y creatividad*, recientemente publicada.

Para esta autora, la identidad psicossomática es una trama bio-psio-social que se va gestando y en la que inciden factores ambientales que se transmiten a través de las generaciones y que influyen en la organización psicobiológica del individuo aún antes de nacer.

3.1 CONSTITUCION DE LA IDENTIDAD PSICOSOMÁTICA.

En este apartado vamos a explicar la génesis y la constitución de la identidad psicossomática en el primer año de vida.

Susana Rotbard nos dice que: “desde el momento en que nacemos existe un sentimiento de sí que se origina en la propia actividad del bebé y en su vida afectiva, aún cuando el niño no pueda diferenciar su propio organismo de la asistencia materna, ni distinguir –por su inmadurez- lo interno de lo externo”.

Ya en los tres primeros meses de vida del bebé existe una constante interrelación entre los mecanismos biológicos de autorregulación (respiración, digestión, etc.), la percepción del equilibrio, las tensiones musculares, percepciones viscerales, percepción táctil, gustativa, olfativa, visual, auditivas, etc. y la comunicación no verbal que éste realiza con su cuerpo como respuesta al medio que le rodea, principalmente, al clima afectivo materno.

A partir del segundo y tercer mes de vida del bebé las defensas transmitidas por la madre van disminuyendo. Se inicia la constitución de la identidad inmunológica con las modificaciones en la organización del sueño, comienza la regulación del tiempo del dormir de noche y del estar despierto durante el día. Este proceso finaliza con la llegada del primer año. Se estructuran, igualmente, las primeras emociones de origen orgánico en relación con el desarrollo psicomotor (pataleo, gritos,...). De este modo, las alteraciones que puedan producirse, en este periodo, en la relación vincular establecida entre la madre y el bebé pueden tener consecuencias en la organización psicosomática de éste.

En este periodo el/la niño/a está situado/a en una interfase entre lo innato (lo genético) y lo adquirido (lo aprendido), entre lo interior como expresión de sí y lo exterior como respuesta del medio.

Antes de producirse la diferenciación entre el bebé y la madre, la representación que éste tiene de sí se organiza en un espacio bidimensional, es decir, sin profundidad, debido a la fusión existente con la figura materna y, por tanto, a la falta de distancia entre ambos. Esta representación incluye características de la madre y del bebé y ese espacio bidimensional de la identidad recién iniciada perdura de forma inconsciente durante toda la vida. En los estados de normalidad o salud, se manifiesta en los sueños y en la capacidad creativa; en los estados patológicos, se manifiesta en el delirio.

Sobre los seis meses el/la niño/a empieza a discriminar a la madre de otras personas de su entorno. Alrededor de los ocho meses el rostro del padre forma parte de su mundo representativo. Hasta este momento la percepción del padre era sensorial y no se diferenciaba de la percepción de la madre. La angustia ante el padre, como ser distinto de la madre, va unida a un sentimiento de pérdida de sí mismo, ya que hasta ahora se sentía fusionado con la madre y esta fusión sostenía su imagen corporal. Esta imagen se rompe con la aparición de la figura del padre. El bebé establece con ambos progenitores el vínculo primario, aunque en sus inicios esté más enfatizado en la función materna.

El proceso de construcción de la identidad se va dando de manera simultánea con el proceso de maduración y de autonomía en el bebé. Conforme el bebé percibe visualmente, al principio la percepción es táctil y la visión necesita más tiempo para hacerse más nítida. El rostro de la madre en él va desarrollando una representación de su propio rostro. A partir de aquí es capaz de reconocer el rostro materno y diferenciarlo de otros y, además, emitir una respuesta: aparece la sonrisa. Este es considerado un momento crítico en la constitución de la identidad del sujeto, muy importante para el establecimiento de vínculos y en las modificaciones que se van a ir produciendo en el organismo. La calidad y cualidad expresiva de la mirada de la madre hace que el bebé se sienta como un ser amado y reconocido en su ser naciente.

Con los primeros pasos y la llegada de la marcha se va produciendo el alejamiento de la madre, lo que, junto con el control de esfínteres, permite al niño/a una mayor autonomía. Este distanciamiento y autonomía produce en el/ella una confusión acerca de su vivencia espacial del propio cuerpo y por tanto de la imagen de sí. Si el vínculo primario establecido con sus progenitores es seguro, le permitirá atravesar esta etapa de forma no traumática.

Por otro lado, el sexo del bebé, las actitudes que los cuidadores desarrollan en torno a ese recién nacido con un órgano sexual determinado, los primeros contactos del bebé con sus zonas erógenas, son aspectos todos que van a añadir elementos de gran significado a la imagen que el bebé va teniendo sobre sí. Esta imagen contribuye a la identidad sexual y de género del mismo y va a completar su identidad psicosomática. La identidad sexual y de género la desarrollaremos en el apartado tercero..

Las distintas significaciones que el adulto otorga a los gestos, movimientos, actuaciones y vocalizaciones del bebé van dando sentido y significado y configuran la imagen de sí. Poco a poco, los objetos adquirirán importancia para el/la niño/a, al funcionar éstos como proyección del propio cuerpo, de significaciones y de valor afectivo. Los límites y frustraciones que se van presentando en el proceso de crecimiento permiten la construcción de la representación de la realidad separada de la representación de sí. De este modo se van construyendo el espacio y el tiempo, elementos que forman parte del espacio imaginario.

Con la maduración y la diferenciación, el/la niño/a accede a la dimensión de profundidad, es decir, a la creación del espacio tridimensional, lo que le permite alcanzar el reconocimiento de si mismo y del semejante, estableciéndose así una distancia entre uno y otro.

3.2 LA IDENTIDAD COMO UNIDAD BIO-PSICO-SOCIAL

Decimos que la identidad psicosomática es una trama bio-psico-social, ya que existe una interconexión entre las áreas de lo psíquico (emociones, sentimientos...), de lo biológico (sistemas inmunológico, endocrino, neuronal) y de lo ambiental (familia, cultura, sociedad...), de forma que las influencias de cualquier área afecta a las demás, es decir, incide en el funcionamiento psicosomático de la persona, incluso antes de nacer, y esto se transmite a través de generaciones.

Vamos a intentar explicar, de forma sucinta, cómo se produce esta conexión entre las tres áreas. En el área biológica, el sistema nervioso autónomo, el endocrino y el inmunitario intercambian información a través de los neurotransmisores que están compuestos por proteínas llamadas neuropéptidos. Así tenemos que el sistema inmunitario puede producir el mismo tipo de hormonas que produce el cerebro, que la actividad cerebral controla las respuestas inmunitarias y reacciona ante ellas, y que el sistema inmunitario responde a señales procedentes del sistema nervioso.

Así pues, sobre el sistema inmunitario influyen las emociones y los pensamientos y a la inversa, y este sistema capta las emociones a través de los neuropéptidos y envía señales al cerebro mediante los neurotransmisores.

También nos preguntamos por la influencia del ambiente en el desarrollo genético, en los sistemas que conforman el área de lo biológico y lo psicológico. Rotbar recoge en su libro que ya desde el desarrollo embrionario los genes están sujetos a una regulación ambiental. A partir de óvulo fecundado se pone en marcha el sistema epigenético.

La epigénesis, teoría biológica científicamente aceptada, predice que los órganos del embrión son formados de la nada, por medio de inducción por parte del ambiente.

Es decir, las numerosas interacciones con el medio producen modificaciones en el organismo y completan el programa ontogenético del embrión. El sistema nervioso central y el sistema inmunitario constituyen ejemplos de sistemas con capacidad de influencia del ambiente, según la citada teoría.

Cuando nacemos, lo hacemos con un sistema neurológico, inmunitario y endocrino incompleto. Estos sistemas madurarán y se irán completando a través de las distintas interacciones del bebé con su mundo circundante, lo que facilitará la adaptación del individuo al medio. La experiencia corporal está penetrada, completamente, por lo social y por la relación psicobiológica existente en la propia estructura corporal.

En todo sujeto confluyen una parte innata y otra adquirida. El programa se corresponde con la parte innata del sistema, lo genético, y lo aprendido se corresponde con la parte adquirida. El desarrollo del sujeto es fruto de la relación entre lo genético y lo adquirido. Gracias a la plasticidad neuronal (una neurona tiene 50.000 sinapsis) las relaciones establecidas y las experiencias emocionales vividas, junto con las numerosas repeticiones y revisiones de las mismas, pueden producir correcciones cerebrales.

Como citábamos al principio, desde que nacemos tenemos un sentimiento sobre nosotros, una imagen particular, única que va a ir cambiando, fruto de nuestras interacciones con el medio en el que vivimos. Este “sentimiento de sí” del que partimos es básico para el desarrollo de los sistemas inmunológico y neurológico. El cerebro del recién nacido tiene la capacidad de descifrar y de imprimir en él la lengua de sus progenitores. Por otro lado, en su sistema inmune se graban los virus, bacterias, parásitos habituales del medio en el que viven. Es decir, ambos sistemas funcionan con memoria, con capacidad para reconocer y distinguir las informaciones nuevas de las que no lo son.

La identidad orgánica supone la capacidad de distinguir la información conocida de la que no lo es. Para recordar hay que reconocer previamente, y al reconocer se tiene la posibilidad de responder de diferentes formas, como la vez anterior o de forma distinta. Para Damasio, médico neurólogo portugués, no hay identidad sin memoria. Necesitamos recordar lo que fuimos para compararlo con lo que somos. Es la memoria la que nos permite que el proceso de adaptación se realice.

3.3 LO VINCULAR Y LO AFECTIVO EN LA CONSTITUCIÓN DE LA IDENTIDAD.

Para Sami-Alí, el cuerpo real y el cuerpo imaginario adquiere significado, a partir de que se establece el vínculo con el otro, como una misma y única realidad. Desde el principio el afecto está unido de forma indisociable a la dimensión de lo imaginario ya que este afecto y la lengua materna están siempre presentes en la atención y los cuidados que la madre ofrece al bebé y éstos, afecto y lengua, van configurando la representación de sí mismo y de la realidad.

La madre, en primer lugar, y el padre, con su incorporación posterior, dan sentido a las sensaciones y acciones que experimenta el bebé a través de sus cuidados y su reconocimiento afectivo, haciéndole sentir como alguien que existe, que es diferente,

especial, deseado y amado. Este reconocimiento por parte de los progenitores tiene una gran importancia, como venimos diciendo, en la constitución de la identidad del recién nacido. Sentirse reconocido está asociado a ser visto, a existir.

El reconocimiento por parte de los cuidadores principales del bebé y la forma en que se vinculan con él van a influir en su vida. Las distintas modalidades de vinculación que predominan en una persona y que se organizan de manera estable es definido por Susana Rotbard como “posición subjetiva vincular” (PSV). Estas modalidades de vinculación no tienen por qué permanecer fijas e inamovibles a lo largo de la vida, sino que pueden sufrir modificaciones en distintos momentos críticos del desarrollo.

En la PSV de cualquier persona podemos detectar actitudes y comportamientos que nos informan del lugar que ocupó esa persona en el imaginario del otro, de aquellos que fueron referentes primordiales en su vida. Esa PSV nos habla sobre la modalidad de vinculación que se estableció con las figuras parentales. Siguiendo con Susana Rotbard, la PSV incluye cómo piensa y siente un sujeto su propio ser y existir, a partir de lo que imagina de sí para los demás, de lo que los demás imaginan sobre él y de lo que imagina de sí para sí mismo.

En cuanto al entorno más próximo al bebé conformado, principalmente, por el ambiente familiar y en el que está incluida la figura principal de cuidados, la madre, influye de manera importante, aunque no siempre apreciable en un principio, en la identidad del recién nacido. Así los elementos que pueden intervenir son diversos. Para empezar, el lugar que ocupa el bebé en el imaginario de cada uno de los progenitores, el sexo de éste, la propia historia infantil de éstos así como las dinámicas de sus familias de origen, el tipo de vínculo de los progenitores entre sí y con el hijo, situaciones que preceden al nacimiento del bebé, si fue deseado, muerte de algún familiar, etc. Las situaciones transgeneracionales, especialmente aquellas situaciones trágicas relacionadas con enfermedades, accidentes, muertes, guerras, emigraciones, etc.

Así pues, de lo expuesto podemos concluir que la identidad se configura en torno a cuatro dimensiones: el espacio, el tiempo, el sueño y el afecto.

4.- IDENTIDAD SEXUAL. IDENTIDAD DE GÉNERO.

Hasta no hace mucho, sexo y género eran considerados términos sinónimos. Hoy se puede afirmar, con pocas dudas, que pertenecen a ámbitos diferentes, que no hay una relación simétrica entre ellos y que pueden seguir caminos independientes. Emilce Dio Bleichmar, en su libro *El feminismo espontáneo de la histeria* diferencia entre género y sexo. El término género hace referencia a todos los aspectos psicológicos, sociales y culturales de la feminidad y masculinidad. Para el sexo, su referencia se concreta en los componentes biológicos, anatómicos y al intercambio sexual en sí mismo.

El género es un término de gran complejidad que comprende la asignación del género, la identidad de género, que es un elemento nuclear de la identidad del individuo, y los comportamientos esperados del rol de género atribuido.

Al final del apartado anterior hemos hablado del entorno del bebé y de los distintos elementos que intervienen en el desarrollo de su identidad. También, en

apartados anteriores, hemos dejado constancia de la importancia de las percepciones del cuerpo y de la imagen que las figuras de referencias relevantes le devuelven al bebé sobre su propio cuerpo.

Las partes más significativas del cuerpo para establecer el reconocimiento corporal son el rostro y los genitales. Venimos diciendo que el sentimiento de identidad se constituye en base a la imagen corporal que el adulto le transmite al recién nacido. El sexo de éste va a determinar aspectos relevantes de su identidad.

Hemos hablado de identidad, de identidad corporal y hablaremos de la identidad sexual como elemento clave sobre el que se organiza la identidad del sujeto. La identidad sexual es un proceso complejo que se inicia desde antes del nacimiento y se completa, parece ser, aproximadamente alrededor de los 3 años (niños que nacen con un síndrome adrenogenital, con sexo genético, hormonal y anatómico femenino normal, pero que por causa de la afección sus órganos sexuales externos se han masculinizado, si han sido designados como niñas al nacer, a los cinco años inequívocamente son niñas, mientras que si han sido rotulados varones, son varones). En la mayoría de las sociedades y culturas catalogan la identidad sexual de cada sujeto por la apariencia de los órganos genitales. La identidad sexual consiste en el sentimiento de pertenencia a uno u otro sexo.

La identidad sexual no es algo innato como algunos dicen. Viene determinada por factores genéticos y por factores ambientales. Lo que determina el comportamiento y la identidad sexual no es solo el sexo biológico sino las experiencias vividas desde el nacimiento, organizadas en torno a los comportamientos establecidos social y culturalmente para ese sexo. (Sobre esto hay numerosas investigaciones realizadas con personas. Una es la realizada por Money y Hampson en 1955, citada en el libro *El feminismo espontáneo de la histeria*, de Emilce Dio Bleichmar. Pag.25)

El primer criterio de identificación que sobre un sujeto se realiza está relacionado con su sexo. Ya durante las primeras etapas de gestación los futuros padres fantasean sobre el sexo del futuro bebé. Cuando éste es conocido se inicia la rotulación que se enfatiza con el nacimiento. La rotulación que la madre y el entorno familiar hacen sobre el niño o la niña, determina desde ese momento la ubicación que las figuras de referencia tomarán frente a esa condición. Ellos serán los encargados de transmitir el discurso social y cultural establecido sobre los estereotipos asignados al sexo en cuestión y que se transferirán en comportamientos acerca de la masculinidad o la femineidad. La marcación o rotulación del género del cuerpo del bebé es anterior a la sexualización del mismo. En este sentido Silvia Bleichmar (1983) afirma que los significantes lingüísticos del género actúan durante un periodo del desarrollo sin abrocharse al sexo como significado.

Desde el nacimiento, el niño o la niña van teniendo percepciones sensoriales de sus órganos genitales. Durante el primer año se producen manifestaciones precoces de genitalidad a través del descubrimiento y manipulación de los genitales. La madre desempeña un papel importante en la percepción, descubrimiento y establecimiento de la erogeneidad genital con los contactos y con los cuidados corporales que otorga a la niña o al niño. Con esto, la madre erotiza esa zona y favorece el descubrimiento de los genitales y la integración en su esquema de representación corporal. Para algunos

autores, la experiencia con la que se inicia la identidad de género se corresponde con el descubrimiento de los genitales por parte de la niña o del niño.

Conforme el bebé gana en maduración y autonomía, se establece la diferenciación de sexos, con el logro del control de esfínteres, en el que se confronta la función urinaria de los genitales con el erotismo uretral. La niña y el niño van ganando en el reconocimiento de sí y de sus semejantes y el sentimiento de pertenencia a un género queda establecido. Así, la identidad de género es fruto de la percepción sensorial y más adelante visual de la anatomía genital que lo constituye, además de las distintas significaciones que las figuras de referencia les transmiten y que van configurando en el bebé una imagen de sí, de pertenecer al género femenino o masculino.

Tanto el rol como el estereotipo son categorías que poseen un alto grado de valoración y juicios en sí mismos. El estereotipo es el conjunto de presupuestos fijados de antemano acerca de las características positivas o negativas de los comportamientos supuestamente manifestados por los miembros de una clase dada. Los estereotipos pueden tener características que son consideradas como positivas y/o negativas. Un ejemplo lo tenemos con algunas características pertenecientes al estereotipo femenino como la pasividad, el temor, la dependencia, etc., que son consideradas como positivas y al mismo tiempo poseen una baja estimación social.

El poder de la creencia colectiva es tan poderoso que los estereotipos son considerados como la expresión de los fundamentos biológicos del género al igual que su carácter dicotómico. Desde hace ya algún tiempo, este carácter dicotómico se viene cuestionando. Algunos autores consideran que lo problemático de esta dicotomía reside en el carácter de fijación de los estereotipos establecidos para cada género y, sobre todo, en el carácter desigual de los mismos.

La construcción de la identidad de género no se realiza de la misma manera para niñas que para niños. Los criterios diferentes elaborados y establecidos por cada sociedad para cada sexo no gozan de la misma consideración social, existe una clara jerarquía entre ellos. Esta asimetría o jerarquía es internalizada en el proceso de adquisición de la identidad de género.

La constitución de la masculinidad y la feminidad es el resultado de un largo y complejo proceso, de una construcción, de una urdimbre que se va tejiendo en interacción con el medio familiar y social. Para Teresa de Lauretis, posestructuralista italiana, “ la construcción del género es el producto y el proceso tanto de la representación como de la autorepresentación”.

Al hablar de identidad hay que incluir la cuestión de la elección de objeto sexual. Esta elección hace referencia a la preferencia del sexo que debe poseer el compañero sexual. La elección del objeto sexual requiere de una comprensión de la naturaleza sexual de la relación entre un hombre y una mujer, la función específica de los órganos genitales en las relaciones coitales y de la pulsión sexual. Este conocimiento afecta al deseo del niño o la niña ya que coexisten pulsiones sexuales hacia ambos padres con la búsqueda de reconocimiento y aceptación narcisística. Esto conduce a una agitación en el objeto del deseo y le lleva a una renuncia de esa situación y a realizar una elección.

A partir de este momento se orientará definitivamente el deseo y se definirán las formas de placer. Cualquiera que sea la dirección que tome, ésta sólo definirá el tipo de orientación sexual, hetero u homosexual, pero no afectará al género del niño o la niña. La elección del objeto sexual se consolida en la pubertad y aparecen dudas sobre la orientación en las etapas de la latencia y de la adolescencia, no así sobre el género.

Así pues, para definir el perfil psicosexual de una persona hay que tener presente tres aspectos: el sexo anatómico, el género y la elección de objeto sexual. Las combinaciones que pueden darse son múltiples, ejemplos: hombre, género masculino orientación heterosexual; hombre, género femenino, orientación heterosexual; hombre, género masculino orientación homosexual; mujer, género masculino, orientación heterosexual; etc.

Para concluir este apartado, diremos que el proceso de constitución de la identidad de toda persona está determinado por el género, que ser sujeto masculino o femenino es el resultado de un proceso de socialización por el que el sujeto, con un sexo biológico femenino o masculino, se convierte en una mujer o en un hombre.

5.- SER MUJER.

“Ser mujer o el derecho a ser nosotras mismas”

Los cuerpos, nuestros cuerpos, son como materia maleable sobre la que se pueden esculpir, no sin ciertas resistencias, los modelos y representaciones de la masculinidad y de la feminidad establecidas por la sociedad, según las épocas, las culturas, las religiones, los países, y difundidas y transmitidas por los comportamientos y actitudes de las personas que ejercen de cuidadores desde nuestro nacimiento y con las que establecemos nuestras primeras relaciones vinculares.

Desde sus orígenes, la filosofía subrayó la polaridad entre los géneros, que tiene su fundamentación en el dualismo ontológico de Platón, creador de la metafísica de la identidad, es decir, aquello que hace que una cosa sea lo que es y no sea otra cosa. Este planteamiento filosófico fue el desencadenante de que se estableciera una importante jerarquía entre espíritu y naturaleza, mente y cuerpo, hombre y mujer, etc., aunque él, Platón, admitía una cierta interconexión entre ambos mundos. Posteriormente en la Edad Moderna, con las teorías de Descartes, este dualismo platónico se acentuó.

En Occidente, durante siglos, los saberes hegemónicos como la religión, la medicina, la filosofía (ésta de manera especial) y otros, han promovido y legitimizado con sus discursos las desigualdades entre hombre y mujeres, relegando a éstas a un papel inferior en la sociedad.

En nuestra civilización se ha ido fraguando una infravaloración en torno a la figura de la mujer y esto ha sido debido a que grandes pensadores y filósofos como Schopenhauer, Nietzsche, Hegel, Kierkegaard... consideraron al varón como superior a la mujer y ésta se fue configurando como espejo de las necesidades del hombre, encarnando la sumisión, la pasividad, la belleza, la capacidad nutricia, etc. Esta visión vinculó a la mujer al cuidado de los hijos y la familia alejándola de otros ámbitos y posibilidades.

La no presencia de la mujer en ámbitos como el trabajo, la cultura y la política explica que hayan sido los hombres los que han marcado los criterios de la feminidad y que su construcción se haya realizado desde una valoración en negativo como contraposición a la valoración positiva de la masculinidad.

El acceso de las mujeres a la categoría de sujeto, a su autorepresentación, ha sido posible gracias al proceso de deconstrucción de su imagen especular (la que los otros le devuelven sobre si misma) que ellas mismas iniciaron. Anterior a este proceso, o mejor, como antecedente de este proceso, hubo mujeres que, a lo largo de la historia, mantuvieron posturas disidentes con los modelos establecidos de masculinidad y feminidad, que se rebelaron contra esos modelos y que se posicionaron como sujetos, buscando sentido a su ser mujer en posiciones críticas al sistema establecido.

Esta tarea de reconstrucción de la identidad femenina ha sido emprendida, desde distintos ámbitos, por mujeres y filósofas feministas que plantean la necesidad de recodificar y renombrar al sujeto femenino. Se trata de construir una nueva subjetividad femenina, de resignificar al sujeto femenino teniendo en cuenta que el término mujer no tiene un único significado, que las mujeres no son una realidad monolítica sino que dependen de múltiples experiencias, de múltiples variables que se superponen como la clase social, la raza, las creencias, la preferencia sexual, el estilo de vida, etc.

Para llevar a cabo la reconstrucción de la identidad femenina habría que recurrir, como dice Purificación Mayobre en su artículo “La formación de la identidad de género. Una mirada desde la filosofía”, a conceptos que parten de una visión comprensiva de los binomios espíritu/naturaleza, mente/cuerpo, sujeto/objeto, etc. que posibiliten una definición del sujeto como múltiple, interconectado, relacional y en constante transformación, es decir, abierto.

Siguiendo con la idea anterior, a la hora de reinventarnos debemos tener presente que los términos mujer/feminidad/subjetividad no constituyen una esencia cerrada sino un espacio en el que confluyen múltiples, complejas y contradictorias experiencias y en el que intervienen diversas variables.

Como reflexión sobre lo que venimos diciendo se me ocurre que, a modo de metáfora, una posibilidad de salir de este atolladero en el que nos han encerrado con el género, de despojarnos de la vestimenta que nos han impuesto y del género con el que ha sido confeccionada, consiste en potenciar y desarrollar nuestra capacidad creativa, invirtiendo tiempo y energía en el diseño de la ropa que queremos llevar. Que la ropa que confeccionemos se adapte, se ajuste a nuestros cuerpos, al cuerpo de cada mujer, y no a la inversa, y además a las características y necesidades que vayan apareciendo a lo largo de la vida. Que el género con el que tejamos nuestros vestidos sea ligero, suave, hermoso, alegre, y que al contacto con nuestra piel no provoque rechazo ni alergias. Se trata de que cada mujer pueda disponer de un armario adecuado que le permita elegir la ropa que mejor le sienta en cada momento. También, se trata de que la capacidad y el derecho a elegir esté en la mujer para así integrar lo que fue, lo que es y lo que quiere ser y pueda desarrollar su propio estilo, su propia identidad, su SER MUJER.

No es tarea fácil abrirse camino en el mundo “del diseño”. Las costumbres, los modelos y los estereotipos están fuertemente arraigados en nuestras creencias y en nuestra vida. Enfrentarse a esto supone despojarnos de aquello que nos ha constituido,

supone quedar expuestos ante la mirada del otro, de un otro, la sociedad, que establece lo que está bien y lo que está mal.

Como somos seres esencialmente sociales, corresponde a los movimientos sociales y a la sociedad facilitar los medios para que este proyecto de diseño de identidad pueda ser llevado a cabo. Fomentar el cambio de mentalidad y modificar los juicios de valor permitirán el desarrollo de una red de diseños en los que la ciudadanía, mujeres y hombres, podamos elegir el estilo que más se adecue a cada uno y que esta diversidad sea respetada y no juzgada de forma negativa.

6. LA SALUD

“La enfermedad como instrumento para o contra el cambio”

Según la Declaración Mundial de la Salud adoptada por la Comunidad Sanitaria Mundial en la 51ª Asamblea Mundial de la Salud celebrada en Mayo de 1998, la salud es un derecho fundamental del ser humano, tiene que ver con la equidad y la solidaridad y necesita de la participación y la responsabilidad de todos.

Desde el enfoque psicosomático, la salud tiene que ver con un buen funcionamiento de lo imaginario, y lo imaginario está constituido por el soñar. Los sueños, las fantasías, la capacidad creativa, el delirio, el afecto son elementos constituyentes de lo imaginario. La enfermedad se formula como fruto de la represión de lo imaginario y la situación conflictiva que lo provoque.

La represión de lo imaginario se puede producir de tres formas distintas:

- Primera: la represión no se mantiene, fracasa y por tanto lo reprimido vuelve. En este caso el enfermar se produce en el área de lo psíquico y daría lugar a las neurosis y psicosis, enfermedades que forman parte de la psicopatología descrita por Freud.
- Segunda: la represión de lo imaginario se produce con éxito, es decir, sin retorno de lo reprimido. El sujeto no sueña y esto produce lo que se llama la “represión caracterial”, que se da en sujetos con apariencia de normalidad y entraría dentro de la patología de lo banal o de la adaptación descrita por Samí-Alí. En este tipo de represión la enfermedad se manifiesta en el área de lo orgánico.
- Tercera: en esta forma se intercalan periodos de represión que fracasa con otros de represión lograda. En esta modalidad la actividad onírica se interrumpe algunas veces y esta forma se da en los estados de duelos y depresión.

Acerca de la represión caracterial, habría que decir que el olvido de los sueños es la manifestación de esta represión, el sujeto se desarrolla sin sueños y sin vida afectiva. Como dice Samí Alí en su libro *El sueño y el afecto*, soñar es un hecho biológico y recordar los sueños un acontecimiento psíquico y entre ambos está el olvido. Así, la ausencia de sueño (no recordarlos) no es signo de una carencia (porque soñar se sueña) sino de una represión. Unido a esto se da la represión del afecto. Por ejemplo, muere un familiar y no se siente tristeza, no hay llanto.

Sabemos que una situación conflictiva (estrés, etapas evolutivas, acontecimientos traumáticos...) no es algo estático, ya que va desde la posibilidad de solucionar el conflicto hasta la posibilidad de convertirse en un “callejón sin salida”. Es en este punto donde puede aparecer la enfermedad. Samí-Alí, respecto a la situación sin salida en la que puede encontrarse una persona, nos dice que el funcionamiento psicosomático de la persona es inseparable de la situación en la que está inmersa y, al revés, de modo que en todo fenómeno clínico, por elemental que sea, se da esta relación de complementariedad entre el funcionamiento y la situación.

En el modelo de sociedad en la que vivimos, se va estableciendo, cada vez más, una actitud de conformismo por parte de los sujetos, que hace disminuir la parte subjetiva en la vida de cada uno de ellos. Los sueños y los equivalentes de los sueños forman esa subjetividad del sujeto. En este sentido, los sueños desaparecen cada vez más en la patología de la adaptación. Siguiendo con este planteamiento, Sami-Alí, observa una especie de desvalorización de lo personal en favor de lo colectivo, de un imaginario colectivo, típico que hace una abstracción de la subjetividad. Todas las imágenes transmitidas por los medios de comunicación, por la literatura, por el cine, etc. representan un imaginario colectivo. Este imaginario es tan fuerte y poderoso que anula, silencia y reemplaza a la subjetividad, que va poco a poco cediendo terreno.

Como vemos, la sociedad ejerce una presión importante sobre el individuo para que sea y se comporte de manera determinada, es decir, presiona para que se adapte a las reglas y estereotipos dominantes en la sociedad. Pero esa adaptación que le permite tener un lugar en la sociedad afecta de forma negativa a su capacidad de reacción, en definitiva, a su capacidad de funcionamiento psicosomático.

Hoy ya sabemos, por las investigaciones realizadas con perspectiva de género, que hombres y mujeres enferman de modo distinto y que **el rol social que asumimos es un importante factor de riesgo para la salud. Esto debe considerarse como fundamental cuando los estudios realizados por la O.M.S indican que el estado de salud de las mujeres está empeorando en todos los países del mundo.**

En la discriminación por género hay muchos aspectos que tratar y que inciden en la salud como: el maltrato, con mujeres maltratadas y hombres maltratadores; mujeres cuidadoras de otros que no saben cuidar de sí mismas; mujeres que, según las estadísticas, viven más que los hombres pero tienen peor percepción de su salud que ellos, y tantos aspectos más.

No podemos olvidar que en el Tercer Mundo la pobreza tiene cara de mujer, las mujeres son más pobres que los hombres, trabajan más y soportan cargas familiares tremendas, sufren malos tratos (amputación del clitoris...), no participan en las decisiones políticas, tienen más dificultades para acceder a estudios, a un trabajo, no pueden decidir libremente, en muchos casos, en cuestiones tan personales como elegir marido y los hijos que desean tener, sufren infanticidio selectivo, y un largo etc. de atrocidades. A todo esto hay que sumar las enfermedades y muertes por infecciones, desnutrición, guerras, etc.

Una sociedad en la que se discrimina a las mujeres es una sociedad que está establecida en un sistema jerárquico de géneros, con una valoración diferente y desigual. Desde el enfoque psicosomático, el no ser reconocido, el no ser visto, supone

la no existencia. Vivir en un espacio en el que no se es aceptado por lo que se es, en el que hay que cumplir con los criterios establecidos socialmente según el sexo y el género, entre otros, lleva al sujeto a una situación de inadaptación o de sobreadaptación. En el primer caso, la mujer quedará excluida y marginada;; en el segundo, sometida y alienada, con el correspondiente impacto negativo para el desarrollo de su identidad y de su salud. .

Siguiendo con esta cuestión, las diferencias de mortalidad y morbilidad por sexo se derivan de condiciones biológicas pero, fundamentalmente, de las condiciones procedentes del medio social, en el que entre otros factores, actúa la valoración que la sociedad adscribe al ser hombre y al ser mujer, valoración que aparece ligada con las relaciones genéricas de subordinación. A modo de ejemplo, tenemos el problema del mal trato que se da en cualquier país, cultura y clase social pero, con diferencias, por parte de los hombres hacia las mujeres.

Los estereotipos establecidos desde la construcción del género están muy arraigados tanto en mujeres como en hombres. A ambos les cuesta pensar las cosas de otra manera y buscar conjuntamente alternativas que permitan, no ya resolver la sin salida que supone este modelo de convivencia discriminatorio, porque no tiene salida, sino transformar los términos que llevaron a esta situación y disolverla para construir un modelo nuevo.

Hablar sobre la salud de las mujeres es hablar de una necesidad relegada a un segundo plano respecto a la salud de los otros que la rodean. El autocuidado en la mujer es algo frecuentemente ignorado y no practicado por ellas mismas. Esta es la actitud que la mayoría de nosotras tenemos hacia la salud. No percibimos que dejar de cuidarnos daña a quienes cuidamos y que el supuesto “egoísmo” del autocuidado nos asegura, por el contrario, una mejor capacidad de cuidar de nosotras mismas y a otras personas. La mujer sabe cuidar, escuchar, atender a los otros, pero no sabe dirigir ese saber para sí misma. En nuestra sociedad Occidental esto está cambiando afortunadamente aunque de manera lenta, con diferencias según los países.

Del mismo modo, la mujer, en su función de promotora de su propia salud, está negativamente determinada por comportamientos y automatismos que son transmitidos de generación en generación.

El autocuidado implica aprender a escucharnos, saber cuáles son nuestras necesidades y buscar la manera de satisfacerlas. Hay diferentes maneras de acercarnos a esa satisfacción, como procurar un tiempo a solas, sin nadie a quién oír más que a nuestra propia voz. Disponer de una tarde libre, salir sin una preocupación, sin tareas que debemos terminar, sin niños que requieran nuestra atención. Poder escoger un trabajo por la satisfacción que éste nos proporciona y no porque sea lo que debemos hacer. En definitiva, atrevernos a elegir y a construir un proyecto de vida personal.

Pero en la mayoría de nosotras no se ha desarrollado la capacidad de autocuidado, pues hemos sido creadas y educadas para cuidar a otros. Preocuparse por nuestras cosas, pensar en nosotras mismas etc. queda excluido de nuestro código de comportamientos permitidos. Por otro lado, no siempre la carga y la sobrecarga son compartidas con otros, las llevamos ajustándonos y cumpliendo con lo que se espera de nosotras, sin ayuda. Luego fruto de esa adaptación a las expectativas, extrañadas, nos

preguntamos por qué nos sentimos cansadas, abrumadas, Nos cuesta decir “no puedo más” y establecer los límites para no caer en el agotamiento.

Ese agotamiento se va a manifestar de diversas maneras como, sentimientos vagos, imprecisos, de saturación, el aburrimiento, de ansiedad, depresión, fibromialgia, alergias, cáncer, etc. Todas esas manifestaciones serán, en la mayoría de los casos, relegadas, ignoradas, no escuchadas y caerán en el vacío de las creencias que hicimos nuestras sin serlo. Es el inicio de la represión de lo imaginario, de la adaptación, de la rasgadura en el ser. Se intentará buscar una respuesta que silencie los síntomas para no interrumpir la tarea encomendada y no habrá tiempo para hacer una pregunta: ¿qué me está pasando?, ni valor para pensar una respuesta.

Para finalizar, retomamos el concepto de salud que da la OMS. Es un derecho y tiene que ver con la igualdad y la solidaridad, no admite discriminación. Desde el enfoque psicosomático, la salud tiene ver con el desarrollo de lo imaginario, con la posibilidad de soñar, en el más amplio sentido, y con el medio en el que vivimos. Por tanto, la salud no es un lujo, es un derecho y la salud de la mujeres no mejorará mientras su identidad esté sometida a estereotipos marcados por otros, mientras no puedan desarrollar su capacidad creativa, mientras no se le permita realizar su proyecto de vida porque su vida ya viene previamente proyectada, mientras su lugar en la sociedad sea para servir y no la sirvan, mientras haya lugares en el mundo en el que siguen siendo ciudadanas de segunda categoría, mientras no se respeten sus diferencias, sus características, mientras sigan siendo las más pobres entre los pobres, mientras sigan muriendo a manos de sus parejas, mientras sigan cargando con todo, mientras ser diferente, ser mujer signifique ser inferior y tantas y tantas cosas más. Queda camino por recorrer, alcanzar la meta es posible, sólo hay que echarle afecto e imaginación. ¿Quién se atreve?

Sevilla, Agosto de 2011

Conferencia pronunciada en el CURSO DE VERANO DE CASARICHE 2011, organizado por la Universidad de Sevilla y celebrado en Casariche.

7.- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- ALBERRO, Norma , “Cuerpo y Psicósomática”. Internet.
- BLEICHMAR, Emilce Dio, (1985) *El feminismo espontáneo de la histeria. Estudio de los trastornos narcisistas de la feminidad*. Adotraf, S.A
- CASTILLA DEL PINO, Carlos (2004) “Reflexión, reflexionar, reflexivo” Discurso de entrada a la Real Academia Española.
- CORREA GONZALEZ, Eleazar, “La identidad y la identificación: Laclau y Zizek” Revista Internet *Carta Psicoanalítica*. México
- DOMINGUEZ GARCÍA, Laura , “El problema de la identidad personal en la psicología del desarrollo”. Boletín electrónico de investigación de la Asociación Oaxaqueña de Psicología. Vol.4 Número 1
- COSTA, Malena , “Distintas consideraciones sobre el binarismo sexo/género.” Internet.
- GRINBERG, León y Rebeca (2010) *Identidad y cambio*. Ed. Piqueyros.
- MAYOBRE RODRIGUEZ, Purificación, “La formación de la Identidad de Género. Una mirada desde la filosofía”. En Educación Social e Igualdad de Género. Editado por Ayuntamiento de Málaga, 2006.
- MAYOBRE RODRIGUEZ, Purificación, “La construcción de la Identidad personal en una cultura de género”. Artículo publicado en Internet. [Http://webs.uvigo.es/pmayobre/indicedearticulos.htm](http://webs.uvigo.es/pmayobre/indicedearticulos.htm)
- ROF CARBALLO, Juan (1987) *Violencia y ternura*. Colección Austral.
- ROTBAR, Susana (2011) *Psicósomática y creatividad. Terapéutica de la Imaginación Material- Dinámica (T.I.M.D)*, Lugar Editorial.
- SAMI-ALI (2000). *El impasse relacional. Temporalidad y cáncer*. Editorial Síntesis.
- SAMI-ALI (1984) *.Lo visual y lo táctil. Ensayo sobre la psicosis y la alergia*. Amorrotu Editores.
- SAMI-ALI (1997) *.El sueño y el afecto. Una teoría de lo somático*. Amorrotu Editores.
- SAMI-ALI (1990) *.El cuerpo, el espacio y el tiempo*. Amorrotu Editores

