

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS)
CONFERENCIA HEMISFÉRICA SOBRE TRABAJO Y SALUD MENTAL

Trabajo y salud mental.

La perspectiva de género

Dra. Mabel Burin

7 Y 8 de Octubre 2003

México D.F.

ÍNDICE

1- Introducción

- a. Condiciones de trabajo en Argentina
- b. Salud mental: la perspectiva de género

2- Factores de riesgo en la salud mental de varones y mujeres en relación con el trabajo

- a. La prescripción y el consumo abusivo de psicofármacos en las mujeres.
- b. Estados depresivos y roles de género femenino tradicionales.
- c. Roles de género no tradicionales: El Techo de Cristal en la Carrera Laboral de las Mujeres como factor depresógeno
- d. Violencia en las condiciones de trabajo

3- Mujeres y varones: trabajo y salud mental

4- Género masculino y trastornos de salud mental. Adicción a drogas, adicción al trabajo.

5- Recomendaciones

6- Bibliografía

I.- INTRODUCCIÓN:

Este documento se propone analizar las condiciones de trabajo y de salud mental desde una perspectiva de género. Pretenderá destacar cómo la inserción laboral de mujeres y varones afecta de modo diferencial su salud mental. El énfasis estará puesto en las hipótesis de género, que revelan la asimetría jerárquica de las relaciones de poder entre los géneros femenino y masculino, y al interior del propio género, esto es, de varones entre sí y de mujeres entre sí.

Los **Estudios de Género** analizan las significaciones atribuidas al hecho de ser varón o ser mujer en cada cultura y en cada sujeto. El género se define como la red de creencias, rasgos de personalidad, actitudes, valores, conductas y actividades que diferencian a mujeres y a hombres. Tal diferenciación es producto de un largo proceso histórico de construcción social, que no sólo produce diferencias entre los géneros femenino y masculino, sino que, a la vez, estas diferencias implican desigualdades y jerarquías entre ambos. Esas oposiciones y jerarquías no son naturales, sino que han sido construidas mediante un largo proceso histórico - social. Los Estudios de Género aspiran a ofrecer nuevas construcciones de sentido para que hombres y mujeres perciban su masculinidad y su femineidad, y reconstruyan los vínculos entre ambos en términos que no sean los tradicionales opresivos y discriminatorios. El análisis de los conflictos de los nuevos vínculos entre los géneros contribuirá a establecer condiciones de vida más justas y equitativas para ambos.

En este documento se expondrá cómo inciden las relaciones de poder entre los géneros sobre la construcción de la subjetividad femenina y masculina, sobre sus inserciones laborales y sobre sus modos de enfermar. Para ello, se describirá en primer lugar las condiciones de trabajo actuales en Argentina, seguido de una exposición acerca de la salud mental con el enfoque de género. Luego se analizarán algunas modalidades específicas del trabajo femenino y masculino, y se señalarán los factores de riesgo para la salud mental resultantes de la inserción laboral diferencial por género. Finalmente se formularán algunas recomendaciones

para proponer estrategias de prevención y de promoción de la salud mental en el ámbito laboral.

I.a.- Condiciones de trabajo en Argentina:

Argentina está atravesando una severa crisis de empleo: el desempleo, el subempleo y el sobre-empleo son resultantes de una situación económica que se agravó en el año 2002 hasta niveles catastróficos, y aún no ha mostrado más que leves signos de recuperación. Los índices de desempleo indican que el 17.8 % de la población económicamente activa no tiene trabajo, en tanto hay además un 20 % que están subempleadas, o sea, que trabajan pocas horas (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, octubre 2002). Sobre una población total de alrededor de 37 millones de habitantes, Argentina es un país de bajo crecimiento demográfico, con una distribución poblacional predominante urbana. Hasta la década del 80 mostraba una distribución del ingreso que daba como resultado amplias capas medias en su población, con altos niveles educativos generales. A lo largo de los años 90, sucesivas políticas de ajuste y otros dispositivos político-económicos han llevado a una creciente pauperización de la población, acompañando las condiciones de falta de trabajo. A comienzos de la década del 2000, la mitad de la población argentina había caído por debajo de la línea de la pobreza. La inseguridad laboral, la flexibilización de las contrataciones y los despidos, la caída de las remuneraciones y de los beneficios sociales, y el abandono de la red de contención del Estado forman parte de las amenazas que vive hoy la mayor parte de la población. Mientras la desocupación y el subempleo ha llegado a niveles no igualados anteriormente en la historia del país, atacando no sólo a los hombres tradicionalmente jefes de hogar, las mujeres han salido a trabajar en número creciente para aportar ingresos a los deteriorados presupuestos familiares. En la actualidad, la fuerza laboral femenina representa el 43% de la masa trabajadora. Este movimiento de las mujeres hacia la ocupación cada vez mayor de puestos de trabajo es, en parte, evidencia de la modernización de una sociedad en desarrollo, iniciada en los años 60 y 70, que amplió las oportunidades educativas y laborales de las mujeres; pero también es parte de la

falta de recursos económicos que afecta a los hogares en la actualidad, por lo cual las mujeres han salido a reemplazar los ingresos deteriorados de sus cónyuges procurando frenar la caída de sus familias hacia situaciones extremas (Wainerman, C., 2002; Geldstein, R., 2003).

Un fenómeno que se observa en los datos más recientes es la magnitud del desaliento laboral, o sea, gente que perdió el trabajo o desocupados que dejaron de buscar una nueva ocupación y pasaron al contingente de los inactivos.

Si bien los problemas de empleo no respeta edades, un fenómeno distinto muestra el panorama de la desocupación entre los más jóvenes: en Buenos Aires y el conurbano, la desocupación de la población juvenil asciende al 52 %, cifra que va en ascenso entre la gente de 15 a 20 años, desde la última década. Una de las explicaciones que se ofrecen es que ese grupo etáreo no recibe los subsidios para jefes de familia que obtienen muchos de sus mayores en su misma condición, debido a que la condición para recibirlos es tener hijos menores de edad a su cargo. Los que consiguen algún trabajo lo logran en ocupaciones descalificadas, con horarios flexibles y rotativos, con muy bajos salarios, casi sin respeto por los derechos laborales y en la mayoría de los casos “en negro” (no declarados oficialmente, debido a lo cual no tienen ningún resguardo ni beneficio social como aportes jubilatorios, seguro de salud, etc.). En el último año fue mayor la cantidad de mujeres jóvenes que salió a buscar trabajo que entre los varones, lo que podría marcar un desaliento por las dificultades para conseguir empleo. Esta diferencia en la actitud laboral femenina se debe a que, por el tipo de actividades en que pueden incluirse – como vendedoras en comercios, supermercados o servicio doméstico – las mujeres más jóvenes tienen más posibilidad de encontrar un empleo que los varones. Un corte por género indica que ellas están más dispuestas a realizar un “*downsizing*” en sus carreras laborales, aceptando trabajos de inferior categoría a la que correspondería al nivel de estudios o de capacitación alcanzados, con horarios más extensos y peor pagados. En muchos casos, esto se debe a que tienen niños pequeños, o familiares enfermos a quienes ayudar y sostener, de manera que, en tanto sus pares varones optan por alejarse del hogar cuando se enfrentan con esas dificultades, ellas permanecen y afrontan

estas problemáticas con variados recursos. En las poblaciones rurales, o en pequeños pueblos o ciudades del interior del país, como por ejemplo en el noroeste argentino, la persistencia de tradiciones culturales patriarcales y principios religiosos que las sustentan, hacen que las jóvenes tengan hijos en edades muy tempranas, a veces con el inicio de la adolescencia, a menudo víctimas de incesto, violaciones y otras formas que provocan embarazo precoz.

A cambio de empleos precarios y mal pagos, en la mayoría de los casos los y las jóvenes no siguen sus estudios, lo cual reduce las posibilidades de progreso futuro. Las estadísticas oficiales marcan un fuerte incremento en la cantidad de jóvenes que no estudian ni trabajan. La perpetuación del problema condena a estos jóvenes a la pobreza y la marginalidad, que a menudo deriva en conductas delictivas, acompañadas de la ingesta de alcohol y de drogas. La falta de motivación, la apatía y un sentimiento generalizado de sinsentido hacia la vida social y familiar son registros habituales en los estudios sobre esta población juvenil.

Actualmente, en la ciudad de Buenos Aires, el 30% de las mujeres son el principal sostén del hogar (Wainerman, C., 2002), con lo cual se ha puesto en crisis la noción de que los hombres son los principales proveedores económicos de la familia.

I.b.- Salud mental: la perspectiva del género

Bajo estas circunstancias, la construcción de la salud mental en un período tan sensible como la adolescencia y la juventud merece un interrogante: ¿qué rasgos puede adquirir, por ejemplo, la construcción de una **identidad subjetiva** – esto es, el reconocimiento de sí mismo como sujeto -, o de una **identidad sexual** – o sea, responder a la pregunta “¿quién soy siendo mujer?” , “quién soy siendo varón?” - con sus respuestas clásicas: “ser mujer es ser madre”, “ser hombre es ser proveedor económico”. El mismo interrogante debe realizarse en referencia a la **identidad laboral**, que implica la representación social y subjetiva que tiene de sí

un sujeto trabajando, asociada a alguna sensación de bienestar, psíquico, físico y social, tal como lo ha postulado la OPS (Trucco, M 1998)

El problema que se pretende destacar es que, junto con **el costo de oportunidad** que implica la falta de ejercicio laboral de las personas que están capacitadas para ello, existe también un **costo psíquico** que es necesario atender, cuando nos referimos a la salud mental de la población. El malestar provocado por las condiciones de vida y de trabajo antes mencionadas hacen que las clásicas respuestas brindadas por los paradigmas tradicionales acerca de la salud mental dejen de tener el sentido que tenían, dado que las nuevas identidades de los y las sujetos sociales requieren nuevas perspectivas.

La investigadora argentina D. Tajer (Tajer, D., 2002) afirma que, con respecto al trabajo, no es un área con que en la actualidad sea posible adquirir identidad ni desarrollo de la capacidad productiva y creativa, tanto para varones como para mujeres. Los varones han sido criados para ello y las mujeres para valorar esta área como un modo de adquisición de autonomía, pero la situación actual no lo permite por la reconversión del mercado de trabajo, de su forma de organización, y por la concentración económica que genera grandes cantidades de excluidos del mundo de trabajo. Esto tiene especial impacto en los varones por el peso que tiene en la conformación de su identidad de género, puesto que el trabajo está ligado a la adquisición de la masculinidad social. Afirma que estas situaciones colocan a varones y mujeres en conflictos con un alto costo para su salud mental y física.

En un planteo como el que estamos proponiendo, se hace evidente que **la salud mental tiene clase y tiene género, además de un corte generacional**. Una perspectiva clásica indica que los paradigmas sobre los cuales hasta ahora se habían construido los criterios de salud mental se habían basado en teorías y prácticas de varones provenientes de la clase media, de sectores urbanos, de mediana edad y de raza blanca. Esto ha llevado a que, a partir de los años 70, numerosos estudios se han enfocado a analizar la especificidad femenina en los modos de enfermar.

El campo de la salud mental de las mujeres está en formación. Se va construyendo como área específica dentro del campo de la salud general de las mujeres. Desde una concepción tradicional, cuando se habla de salud femenina generalmente se hace referencia a la salud reproductiva y se tratan los problemas relacionados con esa función reproductora: menstruación, embarazo, parto y climaterio. La salud mental femenina queda así unida a problemas psíquicos consecuentes a estas situaciones. Esta perspectiva tradicional enfatiza, además, la distinción entre lo “normal” y lo “patológico” en la salud mental de las mujeres de acuerdo con criterios derivados de una perspectiva médico- psiquiátrica para determinar qué es lo saludable y qué lo enfermizo en la mujer. Es una perspectiva que subordina la salud mental femenina a los ciclos biológicos, que supone incluso que una cierta locura es normal y esperable debido al comportamiento cíclico del funcionamiento hormonal femenino.

A medida que avanzan los conocimientos sobre la salud mental de las mujeres esa perspectiva tradicional ha sido sustituida por una concepción más “moderna” que pone el énfasis en los estados de armonía y de equilibrio para caracterizar la salud mental. Según esta orientación, también denominada “concepción tecnocrática de la salud”, se supone que la salud mental es un estado al que hay arribar mediante implementaciones técnicas utilizadas por expertos, principalmente mediante psicoterapia o psicofármacos. Para esta concepción, la salud mental es un bien que solo unos pocos pueden asegurarse, aquellos que puedan acceder a ponerse en manos de los técnicos y sus tecnologías.

Una orientación actual es la concepción participativa en salud mental, que si bien se encuentra todavía en estado de gestación y de ensayos múltiples, reconoce la necesidad de ubicar a las mujeres como sujetos sociales activos. Se basa en las necesidades de la población con la cual trabaja, definiendo las acciones y los criterios de salud mental desde la perspectiva de sus protagonistas, con la colaboración de equipos de salud multidisciplinarios. Esta perspectiva reconoce que la salud mental es una noción que sus mismas protagonistas, las mujeres, van construyendo en distintos momentos de sus vidas. Su objetivo está centrado

en un proyecto de concientización y de transformación de las condiciones de vida de las mujeres, especialmente de sus vidas cotidianas, así como aquellos factores opresivos que constituyen modos de vida enfermantes.

Como alternativa a las clásicas divisiones dicotómicas salud- enfermedad, normal- patológico, se ha introducido una nueva categoría de análisis, la noción de **malestar**, un concepto que no participa de las características dicotómicas previas; por el contrario, como noción transicional, a medias objetiva y subjetiva, interna y externa a la vez, goza de una condición que no refrenda la clásica diferenciación sujeto – objeto, externo-interno, sano-enfermo o normal- patológico.

Al estudiar la construcción de sentidos que se hacen para los conceptos salud– enfermedad mental, y del malestar de las mujeres como tercer término, se propicia una corriente de opinión en donde las categorías que se analizan no son asunto exclusivo del sujeto que las padece. Estos procesos -salud, enfermedad, malestar- son objeto de debate público, han conquistado terreno dentro de amplios grupos colectivos, y han escapado del campo exclusivo que les era tradicional, el de la medicina o de otras disciplinas “curativas”, tratando de legitimar sus necesidades a través de su puesta en discurso social, en sus instituciones, etc. Se están ensayando numerosas prácticas colectivas que dan nuevos sentidos al malestar de las mujeres (por ejemplo, grupos de autoayuda a mujeres golpeadas, a mujeres violadas, a víctimas de incesto, etc.). Una noción dominante es el rechazo a los criterios médicos hegemónicos para abordar sus problemas de salud mental, su derecho a decidir los pasos a seguir, a implementar colectivamente los recursos de “curación”, en un esfuerzo notable por articular la experiencia individual con la colectiva, y lograr también recursos colectivos para enfrentar su malestar. Sus problemáticas de salud mental pasan a ser no sólo un derecho que intentan conquistar, sino también un deber social ante el cual responder. Esta cualidad de obligación para con su salud mental es un concepto novedoso en la construcción de sentidos que realizan las mujeres respecto de su malestar, apuntando a la preservación de su salud mental y/o la prevención de

condiciones enfermizas mediante los autocuidados y los cuidados colectivos, gestados grupalmente.

Los estudios epidemiológicos sobre trastornos en la salud mental en la población argentina son difíciles de hallar, especialmente cuando interesa un corte por género para su comprensión y evaluación. Los datos con que se cuentan son escasos, fragmentarios y desactualizados. Un estudio realizado por el Programa de Investigaciones sobre Epidemiología Psiquiátrica con datos computados hasta 1983 intenta apreciar cómo se distribuyen los desórdenes mentales en varias poblaciones elegidas sobre un criterio etnográfico (Askenazi, M. y Casullo, M.M., 1984), con el objetivo de determinar tasas de prevalencia de patologías mentales en población en general (personas que se supone no están bajo asistencia psiquiátrica). Se analizaron variables sociodemográficas de sexo, edad, estructura familiar y nivel económico social. En todos los casos, las mujeres presentaron mayor prevalencia que los varones, lo que se ratifica en casi todos los estudios epidemiológicos realizados recientemente.

Los datos que incorpora el informe “Situación de salud de la mujer en Argentina” (Ministerio de Salud y Acción Social, Noviembre 1998) incluyen algunas observaciones con la perspectiva de género relacionadas con la salud mental femenina. El informe incluye datos clasificados por edad, sexo, diagnóstico y jurisdicción. Este informe señala que entre los 15 y 24 años los suicidios son la quinta causa de muerte para las mujeres argentinas. El análisis acerca de la violencia contra la mujer indica que “...el maltrato puede tener consecuencias para la salud mental a largo plazo como es la depresión, los intentos de suicidio y el síndrome de estrés postraumático...”

Finalmente describe que en el ámbito de la salud mental, las mujeres son el principal grupo de consumidores de medicamentos psicotrópicos, ansiolíticos, sedantes, hipnóticos, antipsicóticos y antidepresivos. Este problema reconoce por lo menos dos vertientes importantes. Una es el abuso de la prescripción médica como parte del control de los estados de ánimo, especialmente cuando muchos de ellos están ligados con las condiciones de vida y requerirían otro tipo de abordaje.

(Burin, M.; Moncarz, E.; y Velázquez, S.; 1990). Según este documento, el otro aspecto ligado al abuso de esta droga es el que tiene que ver con la automedicación, que puede realizarse de variadas formas. Es frecuente que las mujeres prolonguen el plazo prescripto, alteren las dosis o las sustituyan por otras similares, las usen para otros fines que los indicados o combinándolas con otras drogas como el alcohol o antihistamínicos logrando potenciar sus efectos. Se desarrollará a continuación este problema desde la perspectiva del género.

2- FACTORES DE RIESGO EN LA SALUD MENTAL DE VARONES Y MUJERES EN RELACIÓN CON EL TRABAJO.

2. a) La prescripción y el consumo abusivo de psicofármacos en las mujeres

Los estudios realizados en diversos países a partir de la década del 70 indican que la relación entre hombres y mujeres recetados con tranquilizantes ha sido siempre de dos a uno (Dirección Nacional de Salud Mental, Argentina, 1985; Casullo, M.M. y Erbstein, P., 1981; González García, G., Abadie, P.; Llovet, J.J. y Ramos, S., 1987; Hill, J., 1986; ISIS Internacional, 1988; OMS, 1981; Sinclair, A. y Gojak, M., 1988) Los psicofármacos a los que estos estudios se refieren son los llamados “tranquilizantes menores”, e incluyen varios tipos de drogas: los ansiolíticos, los antidepresivos, y los somníferos. Se trata de drogas legales cuya fabricación y distribución es legal. Esta constituye la forma específicamente femenina de drogarse. Los estudios se refieren en particular al amplio grupo de las *benzodiazepinas*, denominadas “drogas maravillosas” cuando fueron descubiertas, ya que parecían proporcionar todo tipo de ventajas de las drogas utilizadas hasta este momento (las denominadas barbitúricos), sin presentar ninguno de sus efectos adversos. En los países donde se ha estudiado la pauta de consumo de los tranquilizantes del tipo benzodiazepinas (EE.UU., Canadá, Reino Unido y Australia), la relación entre mujeres y hombres recetados es de dos a uno. En un estudio realizado en Buenos Aires y el conurbano, el consumo estimado de psicofármacos en la población femenina alcanza al 10% de dicha población. Algo no debe andar muy bien en nuestra sociedad si una de cada diez

mujeres debe drogarse para comenzar el día o para poder irse a dormir cada noche. ¿Qué explicación dar a este fenómeno? Los síntomas de ansiedad, tristeza, tensión o enojo que expresan estas mujeres hacia sus condiciones de vida se han vuelto cada vez más medicalizados en nuestra cultura: han obtenido el estatus de “enfermedad”. El sistema de salud dominante tiende a visualizar estas reacciones emocionales como patológicas y responde ofreciendo estas drogas para “tratar la enfermedad”. Las mujeres mismas son percibidas como “el problema” por parecer débiles, dependientes, emocionalmente incontrolables y necesitadas de ayuda para afrontar sus problemas. Lo que resulta llamativo es cómo las mismas mujeres han internalizado el estereotipo de su fragilidad, vulnerabilidad, inadecuación, y de la idea de que deben acudir al médico en busca de ayuda. Y aunque oscuramente perciben que los psicofármacos no constituyen solución alguna para sus problemas, parece que solo pueden someterse a esa prescripción y conformarse con obtener repetidamente la misma receta tras cada consulta, si bien en dosis crecientes a medida que se produce la habituación a los tranquilizantes.

La mayoría de los estudios revela la actitud patriarcal con que se trata el malestar de las mujeres. Más que la búsqueda de las causas que originan los síntomas, se apunta a ofrecer una droga que rápidamente los silencie. Cabe preguntarse si compete al sistema médico atender las consultas por problemas derivados de las condiciones de vida de las mujeres, aún cuando estos problemas se expresen como trastornos de salud. Quizá no sea de incumbencia del sistema médico sino del sistema social más amplio en el cual éste se inserta. Se debería pensar en ampliar los criterios y recursos de salud mental, sin reducirlos a los estrechos límites del sistema de salud dominante.

2.b) Estados depresivos y roles de género femeninos tradicionales

Numerosos estudios realizados sobre la salud mental de las mujeres indican que la depresión es el trastorno de salud mental predominante entre ellas. A pesar de que algunos de esos estudios insisten en relacionar los estados depresivos de las mujeres con factores hormonales (Sáez Buenaventura, C., 1988), es cada vez

mayor la comprensión acerca de las condiciones de vida de las mujeres como factores depresógenos, entre ellos, el desempeño exclusivo de los roles de género femenino tradicionales como madres, esposas y amas de casa (Askenazi, M., 1988; Bart, P., 1979; Bernard, J., 1971; Burin, M., 1990; Broverman, I.K. 1972; Brown, G. Y Harris, T., 1979; Chesler, P., 1972; Eisenberg, L, 1979; Gove, W.E. y Tudor, J., 1979; Kastrup, M. 1988; Reale, E., 1988; Romito, P., 1988; Saez Buenaventura, C, 1988; Sanders, D., 1984; Wissman, M.M. y Klerman, G.L., 1979). En relación al **rol maternal**, se ha descrito la “depresión puerperal” como efecto de la pérdida de la condición de embarazada, considerada desde una perspectiva patriarcal como experiencia de máxima plenitud en la vida de una mujer, cuya pérdida ocasionaría estados depresivos. Otro fenómeno asociado a la maternidad fue el “síndrome del nido vacío”, reacción depresiva que se supone esperable en mujeres de mediana edad cuando sus hijos son grandes y se alejan del hogar. También se ha asociado los estados depresivos de las mujeres de mediana edad con la pérdida de la capacidad reproductiva, así como de la belleza y el vigor juveniles. Estas perspectivas que enfatizan los sentimientos de pérdida relacionan las reacciones depresivas con lo “esencialmente femenino” de la maternidad y la belleza juvenil. Con ello se legitima y naturaliza el fenómeno de la depresión en las mujeres, haciéndolo formar parte de la “naturaleza femenina”, invisibilizando los fenómenos que constituyen condiciones de vida depresógenas. En cuanto al **rol de ama de casa** como factor depresógeno, algunos estudios (Gove y Tudor , 1979 ; Saez Buenaventura, C., 1988) indican que, en tanto los varones desempeñan habitualmente dos roles significativos, en el hogar y en su trabajo, las mujeres tradicionales están limitadas a un único rol principal, el doméstico. Mientras los hombres tendrías dos fuentes alternativas de gratificación, su familia y su trabajo, para este grupo de mujeres sólo existiría una, la familia. Si un varón encuentra que uno de sus roles es insatisfactorio, puede centrar su interés en el otro. Pero las mujeres, si su único rol en el hogar y la familia es frustrante, habitualmente no tienen otra fuente de gratificación alternativa. Además, el trabajo de ama de casa no requiere una habilidad o entrenamiento especial, ya que prácticamente todas las mujeres de nuestra cultura participan de

una socialización temprana en la cual se les han transmitido estos conocimientos, y pueden desempeñar este rol con mayor o menor grado de eficacia. Actualmente se trata de un trabajo poco prestigioso, que al no producir bienes objetivos en nuestra cultura no supone que sea remunerado. La gratuidad del trabajo doméstico de las mujeres contribuye a que sea considerado de bajo status social, desestimable.. Por otra parte, siendo un trabajo invisible y poco estructurado, quien lo ejerce no tiene una referencia objetiva para medir si está bien realizado. La ausencia de visibilidad y de estructura del trabajo doméstico, así como su realización en condiciones de aislamiento social, provoca un tipo singular de cavilaciones que se ha llamado “neurosis del ama de casa”. Cuando las amas de casa tienen un trabajo extradoméstico, habitualmente se encuentran en una posición menos satisfactoria que sus maridos, tanto respecto del status laboral como de sus ingresos económicos y de sus posibilidades de ascender en una escala de oportunidades, manteniéndose en condiciones de inferioridad. Esto ha revelado constituir un factor de riesgo para el padecimiento de estados depresivos entre las mujeres amas de casa de sectores medios, de medios urbanos (Burin, M., et al, 1987); pero constituye un factor de protección contra los estados depresivos entre mujeres de sectores populares, para quienes el ingreso económico, aunque bajo, incrementa su autoestima (Geldstein, R., 2003). Una complejidad observada es que habitualmente las mujeres con trabajo extradoméstico igualmente mantienen su responsabilidad como amas de casa, aún cuando pueda compartir o delegar en alguien una parte de esta tarea. Por lo general, la responsabilidad y la toma de decisiones respecto al escenario doméstico permanece a su cargo , con la condición resultante de cansancio, que expresan con sensaciones de tensión, de agotamiento, a menudo identificadas como “stress” por la doble jornada de trabajo.

Otro rol de género femenino que se ha revelado como depresógeno cuando se lo desempeña en forma tradicional es el **rol conyugal**. Según las expectativas del rol de género tradicional, el rol de esposa adquiere su eficacia en tanto pueda ser maternalizado, o sea, que las mujeres lo desempeñen con características similares a las requeridas para el rol materno: contención emocional, disposición

dócil y generosa para servir al otro, sostén afectivo, actitud comprensiva, postergación de las propias necesidades en nombre de las necesidades del otro, funciones nutricias, de cuidados, de limpieza y mantenimiento de la vestimenta, etc. Los estudios sobre la conyugalidad tradicional (Bernard, J., 1971 ; Burin, M. et al, 1987, 1990) indican que, en tanto los hombres tradicionales tendrían la oportunidad, a través del matrimonio tradicional, de “encontrar una madre” (Burin, M. y Meler, I., 1998), las mujeres tradicionales sólo podrían transformarse ellas mismas en madres, imponiéndose vivencias de desamparo respecto de sus propias necesidades primarias. Así constituido el matrimonio tradicional se vuelve un factor de protección para la salud mental de los varones, y un factor de riesgo para padecer estados depresivos en las mujeres. Otros estudios indican que (Burin, M. y Meler, I., 1998, 2000) , en realidad, el factor de riesgo para las mujeres reside en la falta de relación íntima y confidencial con la pareja, debido a las específicas necesidades de intimidad y expresividad emocional que tienen la mayoría de las mujeres dentro de nuestra cultura. Este es un punto de encrucijada difícil de resolver en los vínculos conyugales tradicionales, dado que la mayoría de los hombres en nuestra cultura han padecido condiciones de socialización temprana según las cuales los así llamados “afectos difíciles”, complejos, les son ajenos. La constitución de la subjetividad masculina tradicional se afirma en el alejamiento de sentimientos tales como la ternura, la compasión, la contención emocional; en cambio se sostiene al subrayar especialmente las “emociones frías”, que le permitan acceder a una racionalidad sin compromisos emocionales que, se supone, podría perturbar su funcionamiento como “hombre de trabajo”.

Un factor que actúa como protección para esta situación lo constituye el hecho de que las esposas tengan mayor nivel de instrucción: tener menor educación está asociado con estilos matrimoniales más tradicionales e inequitativos (Geldstein, R., 2003). En términos de las relaciones de poder en la pareja, el vínculo quedaría constituido entre alguien de status superior ante alguien de status inferior, configurando diferencias jerárquicas según las cuales, quien ocupa el lugar más desjerarquizado está expuesto a la desvalorización. A menudo esto se expresa mediante juicios desvalorizantes del desempeño del rol conyugal, fenómeno que

constituye un ejercicio de violencia en la pareja. Este es una de los factores de riesgo para el padecimiento de estados depresivos. La mayor educación actúa flexibilizando los roles de género masculino y femenino en la conyugalidad, que, en el caso de las mujeres, actúa como factor de “empoderamiento” (“empowerment”) cuando se analizan las relaciones de poder en la conyugalidad tradicional.

Otro rasgo que ha sido considerado como factor de riesgo para el padecimiento de estados depresivos entre las mujeres es el destino dado a sus sentimientos hostiles. Diversos estudiosos en el campo de la salud mental de las mujeres señalan (Chesler, Ph., 1972 ; Burin, M. et al, 1990) que las mujeres tradicionales “han sido entrenadas para perder si desean ganar”. Los estados depresivos de las mujeres han sido comprendidos hasta ahora como respuesta esperable a las condiciones de pérdida (pérdida del rol maternal en la mediana edad, del rol conyugal cuando enviudan o se divorcian, de la belleza juvenil, de la capacidad reproductiva, etc.). Sin embargo, cuando se analizan en profundidad estos sentimientos de pérdida encontramos que lo que está omitido es el sentimiento de injusticia ante representaciones culturales opresivas, o ante condiciones familiares o laborales inequitativas. La hostilidad resultante de esta percepción, que debería dirigirse hacia tales condiciones familiares o laborales, se vuelve contra sí misma, bajo la forma de autorreproches, culpabilización, tristeza, etc. Parecería que son las reacciones depresivas, en lugar de las hostiles, las respuestas femeninas a la frustración .

¿Qué ocurre con aquellas mujeres cuyas vidas no responden al desempeño de los roles tradicionales de su género?

2C) Roles de género no tradicionales: el “Techo de Cristal” en la carrera laboral de las mujeres como factor depresógeno.

El rol de género femenino no-tradicional de trabajadora extradoméstica remunerada ha sido descrito como factor de protección contra los estados depresivos desde la perspectiva del género, en particular debido a que ese rol

implica para las mujeres que lo desempeñan no sólo independencia económica, sino también un proyecto a futuro, inserción social con sus pares, posibilidades de intercambio y de comunicación emocional, todo lo cual contribuye a que se incremente su sensación subjetiva de empoderamiento (“empowerment”).

Sin embargo, un estudio realizado en Buenos Aires a comienzos de la década del 90 (Burin, M., 1993) indica que en el rol de trabajadora extradoméstica remunerada existiría un factor de riesgo para la depresión en las mujeres de mediana edad: el **Techo de Cristal (“glass ceiling”) en sus carreras laborales.**

El Techo de Cristal es una superficie superior invisible difícil de traspasar, que impide a las mujeres seguir avanzando. Es un obstáculo que no permite que avancen en sus carreras laborales más allá de ciertos niveles, debido a lo cual se encuentran sub-representadas en los puestos más altos de decisión y responsabilidad en la mayoría de las organizaciones laborales. Los estudios acerca del techo de cristal en la carrera laboral de las mujeres son muy numerosos (Holloway, 1992; Davidson y Cooper, 1992; Morrison, 1992; Carr Rufino, 1991; Lynn M, 1991) y se iniciaron a mediados de la década del 80, bajo la pregunta: ¿por qué las mujeres están sub-representadas en los cargos más elevados en todas las organizaciones laborales? Esto ocurre no sólo en países subdesarrollados sino también en sociedades desarrolladas, como lo demuestran datos recientes en Francia: la tasa de actividad de las mujeres actualmente es del 47,7%, pero al considerar la franja de edad de las mujeres entre 25 y 39 años, esta tasa se eleva al 82%. Sin embargo, el 60% de ese grupo etéreo permanece estancado en los puestos menos calificados (INSEE, 2003). Este mismo informe indica que, a pesar de los avances registrados en el trabajo femenino en los últimos años, ellas dedican el doble de tiempo que sus pares varones al trabajo doméstico. En tanto las mujeres consagran 276 minutos por día al trabajo doméstico, ellos dedican 133 minutos diarios, con la observación de que esta dedicación horaria de los hombres implica ¡apenas 6 minutos más que en 1986! Las mujeres ganan un 25% menos que los varones en los puestos que desempeñan en todos los niveles ocupacionales. (INSEE, 2003).

Como no existen leyes ni códigos visibles que indiquen que las mujeres no pueden avanzar en sus carreras ocupacionales más allá de ciertos lugares, los estudios describen que el techo de cristal está constituido por diversos rasgos que, por su invisibilidad, son difíciles de detectar, pero que pueden ser hallados en el entramado visible de la carrera laboral femenina.

El estudio mencionado al comienzo, de carácter exploratorio, fue realizado sobre 35 mujeres profesionales y ejecutivas de mediana edad, de entre 48 y 55 años, de Buenos Aires y el Conurbano. Ellas habían tenido oportunidades educativas de nivel superior (eran médicas, psicólogas, odontólogas, arquitectas, economistas, biólogas, etc) y estaban trabajando con ritmo y continuidad en los últimos 20-25 años. Todas ocupaban puestos en organizaciones laborales clásicamente a predominio masculino: universidades, empresas, hospitales, etc. El objetivo de este estudio era averiguar si, a pesar de tener un trabajo extradoméstico remunerado, este grupo de mujeres padecían estados depresivos, y a qué se deberían. En el análisis de los datos hubo que descartar algunos de los factores que clásicamente se habían señalado como potencialmente depresógenos, tales como la menopausia, porque varias de las mujeres estudiadas habían tenido menopausias precoces, debido a intervenciones quirúrgicas y otros problemas, y al momento del estudio ya habían pasado más de diez años de ese evento, por lo cual ya no podía aplicarse como factor de riesgo. Con otras de las mujeres se descartó la hipótesis del “nido vacío” (“empty nest síndrome”) pues como eran mujeres de carrera (“career women”) habían tenido sus hijos tardíamente, algunas cerca de los 40 años, de modo que al momento del estudio sus hijos eran pequeños o púberes. El único rasgo común y compartido por ellas era la percepción del “techo de cristal” en sus carreras laborales, que les implicaba una detención e imposibilidades de crecimiento y de proyección hacia el futuro. Según ellas, sus principales estados emocionales asociados a la tristeza, la sensación de sin sentido, autorreproches y autoculpabilización tenían que ver con el estancamiento en sus carreras ocupacionales, a las que se habían dedicado con tanta intensidad y devoción a lo largo de los últimos 20 a 25 años de sus vidas. Las mujeres fueron categorizadas como Tradicionales, Transicionales o

Innovadoras según sus estilos de afrontamiento de los conflictos ante el Techo de Cristal.

Algunos de los **rasgos que constituyen el Techo de Cristal** son:

1) Las responsabilidades domésticas y de cuidado de los niños: La dedicación horaria de los puestos más altos en la mayoría de los espacios laborales están diseñados por lo general dentro de un universo de trabajo masculino, e incluye horarios que habitualmente no están disponibles para las mujeres -por ejemplo, horarios vespertinos o nocturnos- dado que, por lo general, este grupo de mujeres también desempeñan roles domésticos como madres, esposas y amas de casa. La atribución a las mujeres de los cuidados tempranos de los niños sigue siendo uno de los obstáculos más formidables que deben atravesar las mujeres de carrera. En esta investigación, el grupo de mujeres definidas como Tradicionales en su estilo laboral consideraban inaceptable cambiar sus modos habituales familiares, y renunciaban a seguir avanzando en sus carreras, aceptando los límites del "techo de cristal". Las categorizadas como Transicionales y como Innovadoras en su desempeño laboral realizaban enormes esfuerzos tratando de superar tales limitaciones, utilizando recursos muy diversos; uno de los efectos de tal esfuerzo consistía en padecer de stress laboral.

2) El nivel de exigencias: este grupo generacional ha encontrado que en sus carreras laborales se les exige el doble que a sus pares masculinos para demostrar su valía. Perciben que en tanto a ellas se les exige un nivel de excelencia en sus desempeños, a sus pares varones se les acepta un nivel mediano o bueno a la hora de evaluarlos.

3) Los estereotipos sociales acerca de las mujeres y el ejercicio del poder: algunos estereotipos que configuran el "techo de cristal" se formulan de la siguiente manera: "las mujeres temen ocupar posiciones de poder", "a las mujeres no les interesa ocupar puestos de responsabilidad", "las mujeres no pueden

afrontar situaciones difíciles que requieren actitudes de autoridad y poder". Estos estereotipos sociales inciden en la carrera laboral de las mujeres, haciendo que se vuelvan inelegibles para puestos que requieren autoridad y ejercicio de máxima responsabilidad. En el grupo de mujeres estudiadas, tales estereotipos habían sido internalizados por ellas mismas de modo que, que casi sin cuestionarlos, los repetían como si fuera resultado de elecciones propias, en tanto que , a lo largo del estudio, contradictoriamente, revelaban que deseaban ocupar puestos que requieran responsabilidad, reconocimiento social, prestigio y ejercicio de poder. En tanto las mujeres caracterizadas como Tradicionales se afirmaban en su supuesta elección de no ocupar tales cargos, las Transicionales y las Innovadoras aceptaban sus conflictos y contradicciones cuando se acercaban a esas posiciones laborales.

4) La percepción que tienen de sí mismas las propias mujeres: La falta de modelos femeninos con los cuales identificarse lleva a este grupo generacional a sentir inseguridad y temor por su eficacia cuando acceden a lugares de trabajo tradicionalmente ocupados por varones. Uno de los temores que suele surgir en ellas es el miedo a perder su identidad sexual. La necesidad de identificarse con los modelos masculinos que hasta ahora han ocupado las posiciones jerárquicas más elevadas en la escala laboral, lleva a estas mujeres al fenómeno del travestismo, o sea, asumir actitudes gestuales, conductuales y vestimenta más semejante a la masculina, como así también cambios en el timbre de su voz, impostando sonidos más graves y hablando en tonos más altos que su voz habitual.

Las mujeres que en su carrera laboral desean ocupar puestos hasta ahora caracterizados como típicamente masculinos deben enfrentar el doble de exigencias que sus pares varones, afrontar más riesgos -por ejemplo de acoso sexual-, soportar un mayor escrutinio de sus vidas privadas, -por ej., si piensan

embarazar, si tienen niños pequeños,- a la vez que se le perdonan menos equivocaciones. Cuando cometen errores, no se los imputa a su capacitación o formación laboral, sino al hecho de ser mujer: su pertenencia al género femenino opera como categoría que explica su incapacidad.

5) El principio de logro: Al evaluar la valía de los miembros de una empresa u organización laboral tradicionalmente masculina, en la que compiten hombres y mujeres por igual, algunos estudios describen cómo funciona un tipo de adscripción que precede al desempeño en el cargo, aun cuando esto ocurra de forma velada e imperceptible la mayoría de las veces. En el caso de las mujeres de este grupo etéreo, esto ha llevado a muchas de ellas no sólo a ser orientadas hacia el mercado de trabajo secundario, sino también a la "división secundaria" casi universal dentro de las profesiones y las ocupaciones más lucrativas. Como resultado de este proceso, incluso mujeres profesionalmente muy cualificadas se ven orientadas sistemáticamente hacia ramas de estas ocupaciones menos atractivas, poco creativas y generalmente peor pagadas.

Ocurre que no sólo se suele valorar inicialmente a las mujeres como si tuvieran un potencial más bajo para determinados puestos de trabajo y por lo tanto menor valía para quienes las empleen, sino que además suelen mostrar ellas mismas un grado inferior de "habilidades extra-funcionales" tales como planificar su carrera, demostrar intereses ambiciosos, capacitarse dirigiéndose a determinados fines. En tanto las mujeres caracterizadas como Tradicionales se agrupaban entre las que no habían desarrollado las "habilidades extra-funcionales", las Transicionales y las Innovadoras recurrían constantemente a actividades de capacitación, cursos de formación profesional y otros , que les permitieran no sólo mejores niveles laborales sino también contactos sociales, experiencias de intercambio con pares y con superiores, etc.

6) Los ideales juveniles: Muchas de las mujeres del grupo etéreo estudiado convalidaron los ideales sociales y familiares que les indicarían "asegúrense de hacer lo correcto", y sobre esta base afirmaron una ética femenina propia de las mujeres de esa generación. En el estudio realizado, muchas de ellas expresan, decepcionadas, que el mandato social actual sería "asegúrense de ganar mucho dinero y rápido". Esta noción de que el fin justificaría los medios, ya que el valor supremo sería ganar mucho dinero, entra en contradicción con sus ideales juveniles con los cuales iniciaron sus carreras laborales. Para este grupo de mujeres, los medios importan tanto como los fines: por ejemplo, la consideración por el otro, el respeto mutuo, el peso dado a los vínculos afectivos, la confianza en el prójimo, constituyen valores irrenunciables, y forman parte de los ideales con los cuales construyeron su subjetividad femenina.

Este estudio revela que para aquellas mujeres que han realizado una intensa "investidura libidinal" (Freud, S., 1915) en sus carreras laborales, dedicándose a ellas con respeto y apasionamiento, el "techo de cristal" constituye un límite que, al entrelazar rasgos de la cultura de las organizaciones laborales con aquellos propios de la construcción de la subjetividad femenina tradicional, propicia la gestación de estados depresivos en este grupo etéreo.

Debido al hallazgo de la doble inscripción del Techo de Cristal, objetiva y subjetiva a la vez, se sugiere que los recursos para enfrentarlo deberán ser dobles: por una parte requerirán de un cambio en la posición subjetiva de las mujeres, y por otro será necesaria una firme actitud de denuncia y de modificación de las condiciones inequitativas laborales que provocan efectos depresivos sobre las mujeres.

2-d) violencia en las condiciones de trabajo

Los estudios realizados acerca del techo de cristal en las carreras laborales de las mujeres abarcan tanto a las organizaciones laborales privadas como públicas. En

un estudio efectuado en la Administración Pública Nacional, en Argentina • (D.Scialpi, 1999), se incluye al techo de cristal como uno de los que componen el ejercicio de violencia de género en los lugares de trabajo. Este estudio indica que, entre las violencias ejercidas contra los miembros trabajadores de la APN se cuentan: “abierta violación de las normas vigentes; criterios irracionales de selección de personal; concursos espurios; sumarios injustificados; sistema de capacitación con “clientela cautiva” y desaliento a la excelencia profesional mediante criterios perversos de equivalencias para la capacitación externa al INAP (Instituto Nacional de Administración Pública); evaluaciones de personal con “cupos”; escandalosas desigualdades salariales aún para agentes que deben ser graduados universitarios y desarrollan funciones similares de organización, planeamiento y control, pero que pertenecen a plantas permanentes y escalafones distintos; unidades retributivas distribuidas a criterio del jefe político; desprecio y destrucción de la producción elaborada por los agentes; infrautilización de capacidades individuales y hacinamiento laboral; acoso sexual como salvoconducto para conseguir o mantener puestos de trabajo y ausencia de pronunciamiento administrativo frente a los reclamos presentados por los agentes”. La autora de este estudio se pregunta si habría que incorporar el padecimiento de estas violencias frente a los “hallazgos anómalos”[□] referidos a tasas de mortalidad y tasas de enfermedad específicas de cada sector. Estas son violencias político-burocráticas que afectan la salud de los y las trabajadores/as que constituyen verdaderos factores de riesgo para su salud mental.

Según la Dirección de Estudios e Investigaciones de la Administración Pública Nacional, hasta 1997 se desempeñaban en el Sistema Nacional de la Profesión Administrativa (SINAPA) 12.694 mujeres profesionales, que representaban el 47,8% del total de los agentes incluidos en el Sistema. “La observación del nivel educativo de hombres y mujeres permite inferir que, a similar nivel educativo, los

• la Administración Pública Nacional se desagrega en Administración Central, Organismos Descentralizados e instituciones de Seguridad Social.

□ son los que muestran que muchas explicaciones convencionales sobre los determinantes de la salud, resultan seriamente incompletas o sencillamente erróneas. (Evans y otros, 1996)

hombres ocupan mejores posiciones en el escalafón”*. Este estudio indica que al analizar el porcentaje de mujeres que ocupan cargos directivos en las jurisdicciones de la APN donde la población femenina es mayoritaria, surge la evidencia de la sub-representación de las mujeres en tales cargos directivos. El caso típico que se ofrece es el Ministerio de Cultura y Educación, donde la mayoría del personal es femenino y sólo el 25 % de los cargos ejecutivos están ocupados por mujeres. Las desventajas para las mujeres en el empleo del sector público, aún cuando posean iguales o superiores niveles educativos que los varones, son consideradas como ejercicios de violencia contra el género femenino, al imponer un techo de cristal que tiene efectos negativos sobre su salud mental. Tal como se lo ha descrito en un apartado anterior, es un factor potencialmente depresógeno para las mujeres de carrera.

Un estudio sobre las mujeres en la carrera científica del CONICET (Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas) (Maffia, D 1998) indica que la proporción entre varones y mujeres en ciertas disciplinas se invierte al pasar de investigadores a becarios. Los varones son mayoría en las categorías más altas de cada carrera y las mujeres en las categorías iniciales. Según la autora de este estudio, existe un “techo de cristal” para las mujeres, a través del cual visualizan los lugares laborales superiores pero no logran acceder a ellos debido a numerosos obstáculos que se les presentan. Este punto límite se produce a la altura de Investigador Adjunto .

Los datos relevados sobre las mujeres en la carrera hospitalaria en 2003, (Clarín, 2003.) indican que de los 33 hospitales públicos que hay en Buenos Aires, apenas tres están dirigidos por mujeres en cargos que hasta ahora han sido desempeñados exclusivamente por hombres. La cantidad de profesionales médicas en hospitales públicos va en aumento. Una de las explicaciones posibles es que la medicina, y especialmente la salud pública no es rentable, razón por la que los hombres toman otros caminos. Se cumple aquí una observación realizada

* El Techo de Cristal en el empleo público femenina: algunas características observadas en el SINAPA; Revista TEMAS Estado, Administración y Políticas Públicas” de la Dirección Nacional de Estudios y Documentación. INAP, Año 4 N° 14, Abril 1998.

por E. Sullerot en la década del 70: “cuando una profesión se desjerarquiza se feminiza; y cuando una profesión se feminiza, se desjerarquiza” (Sullerot, 1979)

En el campo académico, algunas autoras describen las actitudes sexistas y discriminatorias hacia el género femenino. Un estudio realizado entre académicas españolas (Arranz Lozano, F., 2003) destaca que la cúspide o máxima autoridad científica reconocida es el cuerpo catedrático que sigue siendo coto privado masculino. La ratio continúa manteniéndose prácticamente en un 90% a favor de éste género. Esta situación también fue hallada en las universidades mexicanas a nivel de la máxima jerarquía de dirección por la investigadora Olga Bustos Romero Destaca el concepto de “pequeñas ganancias”, bajo la premisa que hay que trabajar dentro de la organización, institución, etcétera, por cambios sostenidos y que éstos vayan en aumento, de forma tal que generen el poder de transformar positivamente las organizaciones para el bien tanto de mujeres como de hombres.

En cuanto a las mujeres en la carrera política, una investigación en curso realizada por Silvia Kamien (UCES, 2003) refiere que aunque siempre existieron algunas figuras femeninas que lograron cargos políticos relevantes, éstas fueron siempre “casos excepcionales”, habitualmente ligadas por relaciones de parentesco con hombres prominentes política o económicamente (esposas, hijas, hermanas, etc.). Estudia el fenómeno más reciente en Argentina de aquellas mujeres que eligen la política como carrera laboral significativa, y analiza los conflictos subjetivos y objetivos que deben enfrentar para avanzar en la carrera política siendo mujeres, entre ellos, el “techo de cristal”. A pesar de que Argentina ha suscripto la Convención para la Eliminación de Toda Forma de Discriminación contra las Mujeres (1993) y que se ha formalizado la Ley de Cupos, que indica que el 30% de los cargos electivos en los partidos políticos deben ser ocupados por mujeres – esto se llama “políticas de discriminación positiva” – esta legislación no siempre se cumple.

3.- MUJERES Y VARONES: TRABAJO Y SALUD MENTAL

Un estudio exploratorio que se está realizando en la Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales (UCES) en Buenos Aires (Burin, M., 2003) sobre el tema

“Género, Trabajo, Familia”, estudiando parejas entre 30 y 45 años, con hijos convivientes , procura establecer los alcances de la discriminación laboral persistente hacia las mujeres. El tema central de análisis ha sido el de la subjetividad masculina y femenina en los obstáculos para ascender en la carrera laboral.

Uno de los objetivos de este estudio era averiguar si las mujeres que tienen entre 30 y 45 años percibían la proximidad de este techo de cristal en sus carreras laborales, y si no los percibían, a que se debía eso. En caso de que sean concientes de ese fenómeno, se trataba de saber qué recursos utilizarían para resquebrajar ese techo de cristal o para procurar vencerlo. Interesaba saber también que concepción tenían sus maridos, de esos fenómenos y qué grado de acercamiento tenían a sus esposas para colaborar en su enfrentamiento, o bien en algunos casos para consolidar este techo de cristal. A veces ni ellas ni ellos lo percibían como problema.

También interesó detectar la existencia de lo que se llama **piso pegajoso (“sticky floor”)**, que aparece en aquellas mujeres que además de trabajar en trabajos extradomésticos remunerados, realizan roles como madres, esposas o amas de casa. El desempeño de esos roles requieren, para que estén suficientemente bien desempeñados, una dedicación y adhesividad que las deja “pegoteadas” a esos trabajos maternal, familiar y doméstico , y en consecuencia les es muy difícil sustraerse a estos roles de género para poder ascender en la escala laboral.

Algunas tendencias observadas en esta investigación son:

- 1) Por un lado, todavía persisten entre las parejas estudiadas muchas actitudes caracterizadas como tradicionales desde la perspectiva de género, que indican que **las mujeres siguen siendo las principales responsables del escenario doméstico y del cuidado de los niños**, especialmente cuando son pequeños. Aunque varias investigaciones realizadas en Argentina indican que las mujeres ya no abandonan sus puesto de trabajo cuando tienen hijos, sin embargo, en las parejas estudiadas, ellas disminuyen su dedicación al trabajo a favor del cuidado de los niños cuando son pequeños; o aun cuando conserven la misma dedicación horaria anterior al nacimiento de los niños, el tiempo post laboral se ve

con una intensa energía psíquica de cuidados y de atención de las necesidades de los niños.

Mientras ellas se ocupan, fuera de sus trabajos, de averiguar por contextos educativos o de salud para sus hijos, sus maridos utilizan esos horarios para desarrollar alguna otra actividad laboral, o bien a hacer cursos de perfeccionamiento. De modo que en estas parejas , mientras ellas avanzan en el desarrollo de la carrera maternal, ellos avanzan en el desarrollo de su carrera laboral.

2) En lo referido a la capacitación de varones y mujeres dentro de estas parejas, en tanto la actividad formativa de ellas se interrumpe con el nacimiento del primer hijo y generalmente es retomada después que sus hijos comienzan la escuela , para los varones el nacimiento de sus hijos no implica la interrupción de sus actividades de formación. Una vez más, mientras ellas dedican su horario post laboral a la atención de sus niños, ellos se capacitan, adquieren nuevos contactos laborales, nuevas tecnologías.

Cuando se trata de hacer viajes de especialización o de estudios , mientras ellas permanecen junto a los niños y suelen renunciar a estas oportunidades, considerando que esta renuncia será beneficiosa para la familia, los maridos aceptan estas oportunidades de viajes, considerando que serán beneficiosas para sí y para sus familias.

3) Otra cuestión que llama la atención es que aquellas mujeres que han logrado altas calificaciones en sus trabajos, gracias a estar sobrecalificadas profesionalmente, -por ejemplo porque tuvieron actividades educativas que les permitieron obtener títulos y conocimientos avanzados antes de que nacieran sus hijos- sin embargo cuando tienen niños, estos niveles de sobrecalificación no son sostenidos, y a menudo renuncian a puestos de trabajos de nivel superior porque no coinciden con la dedicación que deben dar a sus hijos pequeños.

Cuando igualmente intentan sostener estas posiciones laborales, el sentimiento de culpa, el sobre esfuerzo y la frustración es de tal índole que pueden llegar a desarrollar enfermedades psicosomáticas. La tensión que resulta de este tipo de conflictos es resuelta a menudo postergando sus carreras laborales y sus

actividades de formación profesional, o bien reduciendo estas últimas a un mínimo. En algunos casos, el esfuerzo y sacrificio personal que hacen para sostener la tensión entre el cuidado de los niños pequeños y las necesidades de seguir estudiando o de trabajar en puestos que suponen altas calificaciones, las resuelven restando horas al sueño, con el consiguiente estado de fatiga e irritabilidad.

Un resultado de esta condición, promovido también por las escasas oportunidades laborales que existen actualmente en nuestro país y por la disminución de los salarios, es que este grupo de mujeres a menudo se sienten desalentadas para seguir adelante en sus carreras laborales. Sin embargo, aquellas que tienen hijos un poco más grandes, que no requieren tantos cuidados personales, que pueden ser atendidos por otras personas -vecinos, abuelos, padres- y que además que tienen rasgos de personalidad que les permite sostener actitudes de empuje, de iniciativa conservando sus inserción laboral, desarrollan los llamados “deseos ambiciosos”, lo cual las alienta a buscar nuevos recursos o a mejorar los anteriores. Cuando a esto se le suma alguna situación de crisis vital, por ejemplo migración o divorcios, estos deseos ambiciosos pueden llegar a potenciarse, dejando de lado otras condiciones subjetivas, quizás más pasivas, que habían sostenido hasta el momento anterior.

4) Otro aspecto que merece destacarse es que mientras ellas buscan tradicionalmente estilos laborales que preserven su calidad de vida, debido a su percepción todavía tradicional de que realizan un trabajo como ingreso secundario a los de sus maridos, los varones por el contrario, aceptaban condiciones laborales mas exigidas, porque siguen considerándose el proveedor económico principal , y orientados hacia la remuneración y el ascenso laboral aceptan a menudo climas laborales tóxicos .

El concepto de **contextos laborales tóxicos**, (Maldavsky, D., 1992) tomado de una hipótesis psicoanalítica freudiana, aquí se aplica en el sentido que la toxicidad se produce como consecuencia de la dificultad para procesar psíquicamente algunos movimientos emocionales que resultan desbordantes, en cuyo caso se produce lo que en psicoanálisis se llama “toxicidad pulsional”. En el

caso de los contextos laborales tóxicos, se aplica este concepto a situaciones laborales donde circulan los así llamados “afectos difíciles” de elaborar. Los más típicos son el miedo –trabajar con miedo-, el dolor como consecuencia de circunstancias inequitativas, así como la ira por el sentimiento de injusticia. Estos son contextos laborales que promueven magnitudes emocionales a veces difíciles de procesar psíquicamente, que pueden tener como consecuencia conductas violentas especialmente entre los varones. En otros casos estos “afectos difíciles” provocan en los sujetos que los padecen manifestaciones psicósomáticas, trastornos gástricos, respiratorios, cuadros dermatológicos, o bien contracturas musculares que constituyen verdaderas corazas tónicas musculares. Son situaciones en que se refuerza la tonicidad muscular para poder soportar la situación de contextos laborales tóxicos.

Algunas **conclusiones provisionarias** en el aspecto de la vida familiar y de la inserción laboral de las mujeres de este estudio refieren que:

a.- Existe una separación entre los discursos que se enuncian por un lado y las prácticas laborales y familiares concretas, por otro. Entre las familias de sectores medios urbanos observadas , si bien los enunciados acerca de la igualdad de oportunidades laborales y educativas para las mujeres se sostienen muy vigorosamente por parte de ellos y ellas, en las prácticas se observan actitudes tradicionales: las mujeres son las principales proveedoras de cuidados tempranos a los hijos y siguen postergando su avance laboral y su formación educativa en función de las necesidades específicas de los vínculos de apego necesarios para criar niños pequeños Pero esos vínculos de apego no son igualitarios con los varones, no porque ellos no perciban estas necesidades, sino porque ellos y ellas consideran todavía que son las mujeres las principales sostenedoras de estos vínculos mientras los niños son pequeños. La idea es que los padres podrían incorporarse a la crianza en momentos posteriores del desarrollo.

Cuando las madres no pueden ocuparse , por sus condiciones de trabajo, del cuidado temprano de los niños, esta actividad de apego se delega preferentemente en otra mujer, que en los sectores medios urbanos puede ser una empleada doméstica, una maestra de guardería, una abuela, una vecina. Solo en ocasiones límite se delega en el padre y generalmente en forma puntual y para circunstancias específicas. Esto también ha sido motivo de una investigación realizada para España, Italia y Francia, cuyos resultados fueron presentados en un congreso sobre “Mujer, salud y trabajo” en Barcelona , 1996 (Barcelona, 1996).

b.- Este grupo de mujeres hace también un esfuerzo considerable por diferenciarse de sus madres. Algunas de ellas , hijas de madres exitosas profesionalmente, percibían que no iban a poder superar a sus madres, -y en muchos casos ni siquiera iban a poder asemejarse debido a la crisis de trabajo actual- Este grupo de mujeres tiende a abandonar sus esfuerzos, desalentadas por esta dura realidad de que las oportunidades laborales para ellas no son las que tuvieron sus madres en los '70. Muchas de ellas estaban decepcionadas por el fracaso de antiguos valores como la **meritocracia**, un tipo de valoración que les indicaba que si ellas eran talentosas y si se esforzaban suficientemente en su capacitación, iban a lograr una inserción laboral acorde con sus méritos. Estos valores, que habían sido posibles para sus madres, mujeres de los '60 y '70, no están vigentes en la actualidad.

En términos de relaciones de poder entre los géneros el problema que puede presentarse es que este grupo de mujeres llegue a la mediana edad con estados depresivos por la falta de ejercicio de otras áreas de poder, más allá del tradicional **poder de los afectos** en el ámbito familiar y doméstico. Caracterizamos los estados depresivos en este grupo de mujeres por efecto del techo de cristal, o sea, por el déficit en el ejercicio de un área de poder para el cual se han capacitado.

Es probable que las actuales condiciones de trabajo contribuyan a este posicionamiento subjetivo, dado que la mayoría de las organizaciones laborales están diseñadas dentro de un universo de trabajo típicamente masculino y no

contemplan las necesidades específicas de las mujeres en tanto trabajadoras; por ejemplo contar con horarios flexibles, o con media jornada de trabajo, que parecerían ser condiciones laborales más acordes con la crianza de los niños pequeños. Pero estos son los puestos de más baja calificación, mal pagados y sin perspectiva de futuro. Esta situación es observable no sólo en Argentina sino que también forma parte de un informe realizado por J. Astelarra referido a una evaluación de políticas acerca del trabajo femenino, presentado en la Universidad de Valencia en mayo 2001 (Astelarra, J., 2001).

Si esta situación se mantiene es posible interpretarla en términos de “*backlash*”, un concepto que implica reacción, una reacción conservadora y de retroceso en cuanto al progreso de las mujeres en su inserción laboral. Este “*backlash*”, descrito a principios de los ‘90 por la autora norteamericana Susan Faludi. (Faludi, S., 1993), se refiere a que las únicas posibilidades de igualación en el avance de las carreras laborales de las mujeres con los varones serían bajo condiciones de trabajo ya no “*full time*”, sino “*full life*”, como dijo uno de las entrevistadas en la investigación mencionada al principio. Esto implicaría condiciones contrarias a la formación de familias donde la crianza de los niños pequeños se realice del modo que lo hemos conocido hasta ahora. Para las nuevas generaciones de parejas jóvenes, una de las opciones es la decisión de no tener hijos, al menos hasta bien entrada la edad reproductiva, por ejemplo, entre los 35 y los 40 años, bajo el supuesto de que se está afianzando la carrera laboral de la pareja. En los estudios realizados en Argentina, pervive todavía en forma mayoritaria la representación social tradicional de que una pareja ha de completarse con hijos. Esta representación social coexiste con la representación subjetiva de las mujeres asociada a la maternidad, aunque ésta ya no sea la representación única ni predominante para todas las mujeres jóvenes (Tajer, D., 2002)

Sigue en pie el desafío de hacer compatible el desarrollo laboral de mujeres y de varones con la crianza de niños pequeños. ¿Podremos responder a este reto con recursos creativos, inteligentes, que no impliquen un sacrificio necesario de

algunos de los términos del conflicto trabajo-familia, con su altísimo costo en la salud mental?

4.- GÉNERO MASCULINO: TRABAJO Y TRASTORNOS DE SALUD MENTAL. ADICCIÓN A DROGAS, ADICCIÓN AL TRABAJO.

Respecto del género masculino, existen algunos estudios en Argentina que asocian el género con la construcción del riesgo en enfermedades cardiovasculares (Tajer, D., et al). Uno de ellos, realizado entre hombres de 35 a 55 años indica que la proporción es de tres hombres por cada mujer para sufrir este trastorno. Entre la multideterminación etiológica de esta patología se señalan los factores psicosociales y las condiciones de vida, así como la construcción de la identidad masculina tradicional como factor predisponente.

Uno de los rasgos que se destacan en la construcción de la identidad masculina tradicional es la representación psíquica del cuerpo entendido como una máquina que debe estar en perfecto funcionamiento, desatendiendo las señales preventivas de atención. Estas apreciaciones son coincidentes con una investigación realizada por el sociólogo argentino J.J.Llovet (Llovet, 1996) quien describe que en tanto las consultas por salud de las mujeres suelen ser preventivas, las de los varones suelen ser “post-fácticas”, o sea, que se realizan una vez que la patología está avanzada y es a menudo irreversible. En términos de relaciones de poder, la hipótesis explicativa sugiere que los hombres con una identidad de género tradicional suponen que la consulta médica los coloca en posición dependiente y desjerarquizada respecto de alguien en posición superior, y no aceptan esa condición que perciben como subordinada, aunque a menudo recurran a diversos pretextos y explicaciones para evitar la consulta a término.

Una investigación realizada en Buenos Aires en la Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales (UCES) por Irene Meler (Meler, I., 2003) explica que el desempeño laboral de los varones resulta afectado de forma significativa por el estado de su salud mental. Los problemas emocionales se relacionan en muchos

de los casos estudiados con hombres con conflictos con su sexualidad y su identidad masculina. Esta situación no es simétrica a lo que se observa con las mujeres. Si bien los trastornos emocionales también interfieren con el desarrollo laboral femenino, su fracaso laboral o económico lesiona la imagen de adultez de las mujeres, pero no afecta su sentimiento íntimo de femineidad, pues ésta está asociada tradicionalmente con la dependencia económica respecto de un hombre. Pero en el caso de los varones los logros laborales constituyen tradicionalmente un emblema identificador central para la masculinidad. Por lo tanto, las claudicaciones en el trabajo pueden implicar conflictos inconscientes relacionados con la sexualidad y la identidad masculina. Sus fracasos laborales afectan de modo más grave su autoestima, pues pone en dudas su representación como miembros del género dominante en las relaciones de poder entre los géneros.

Un fenómeno observado con insistencia en los últimos años en Buenos Aires y el conurbado, denunciado por la Academia Argentina de Medicina del Trabajo y la Sociedad Argentina de Medicina del Trabajo (Clarín, 2003) es que el 14 % de los trabajadores empleados consume drogas, principalmente cocaína y marihuana. Esto incluye a obreros de la construcción, cajeros de bancos, gerentes de multinacionales, médicos, vendedores o empleados de oficinas. Las causas del aumento del consumo de drogas ilegales entre hombres con tan diversa inserción laboral tienen que ver con el **stress** que los trabajadores viven a diario, al mayor nivel de competitividad que se plantean en las empresas y a las malas condiciones laborales que enfrentan los asalariados. El estudio, realizado sobre 5.000 trabajadores, revela que 700 de ellos, o sea el 14%, consume drogas ilegales. El Informe señala que no hay profesión u ocupación que escape a la droga, ni diferencia entre ámbitos públicos o privados: su consumo está generalizado. Lo que lleva a los trabajadores a consumir drogas es un conjunto complejo de factores: hay más pobreza y marginalidad, las condiciones de trabajo empeoraron, así como la continuidad y la seguridad laboral. Además las remuneraciones bajaron y la competitividad es mucho mayor. Según este Informe, estas condiciones provocan stress, taquicardias, hipertensión, que se busca aliviar con el consumo de drogas. Pero el consumo de estas drogas, lejos de aliviar el

cuadro, lleva a producir en forma creciente un deterioro físico y psíquico, con rasgos de desorganización del Yo que los lleva a pérdida de la memoria, emociones desbordantes o incontrolables de agresividad o de tristeza, aislamiento social y familiar.

Estos datos relativizan la idea de que el consumo de drogas está más vinculado a la marginalidad y el desempleo y de manera acotada a los excluidos del mundo laboral.

A veces esta problemática se combina con la **adicción al trabajo (“workaholic”)**, como trastorno en la subjetividad masculina. Esta adicción muestra un panorama que puede confundir a quienes la observan inadvertidamente, y consideren que esta actitud está hecha de valores tales como el anhelo de ocupar posiciones de poder, de control, de éxito y prestigio, combinadas con rasgos de personalidad ambiciosos y autoexigentes. Estos parecerían ser valores que están en consonancia con los ideales de un amplio grupo de personas en esta transición de siglo, especialmente aquellos caracterizados como “los que llegan”. Para los sujetos inmersos en ese universo de valores, otros rasgos tales como la libertad, la espontaneidad, la humildad, la preocupación por el bienestar del prójimo, son ajenos a sus modos de vivir y de trabajar. Estas personas denotan algunos síntomas tales como la preocupación constante por el propio rendimiento -que tiene que ser siempre al máximo-, el esfuerzo por tratar de dedicar cada vez más tiempo a la jornada laboral -restándolo a la vida familiar o a otros afectos-, acompañado de una sensación subjetiva de urgencia, de perentoriedad en lo que hacen. Entre las explicaciones que justifican su adicción, la más frecuente suele ser la escasez de dinero; otro de los argumentos más frecuentes es el convencimiento de que se está forjando un futuro mejor para sí mismo o para su familia, con argumentaciones que borronean algunos déficits subjetivos más profundos que están en la base de tal adicción -como sucede con todas las adicciones-. Pero a diferencia de otras adicciones, a menudo ésta logra consenso familiar y social, porque se supone que sus fines ulteriores son generosos y altruistas, ya que se trataría de un sacrificio actual que en algún momento terminará. Por supuesto, no todas las personas que trabajan muchas horas al día

son adictas al trabajo: el trabajo es esencial para nuestro bienestar, especialmente si nos gusta y encontramos placer en él.

Hoy las dramáticas condiciones laborales, al menos en Argentina, hacen que el trabajo sea un **bien escaso**, disponible sólo para unos pocos. Quienes lo poseen se ven forzados, en muchos casos, a condiciones laborales extremas en cuanto al cumplimiento de horarios y tareas que exceden las condiciones conocidas hasta ahora.

Sin embargo la problemática de la adicción al trabajo tiene una doble inscripción: objetiva y subjetiva a la vez. Las condiciones laborales actuales forman parte de la realidad objetiva a que nos vemos sometidos en épocas de escasez de trabajo, pero también existen realidades subjetivas que a menudo hacen posible y sostienen semejante imposición social.

Esta adicción por lo general se observa en hombres de sectores medios y de medios urbanos, para quienes el apremio económico no es la motivación principal para semejante dedicación al trabajo, sino sólo un justificativo. En la adicción al trabajo hay -como en tantas otras adicciones- un esfuerzo considerable por huir de realidades subjetivas que resultan inaprensibles, desbordantes, o bien que le provocan un gran vacío psíquico, y de las cuales quieren alejarse, aturdiéndose, procurando escapar de ellas y precipitarse en el universo laboral. Para este grupo de adictos, su trabajo es meramente un medio que les permite realizar tales movimientos de alejamiento, con la ilusión de que así se apartan de sentimientos dolorosos que les provocan temor, culpa o frustración, o bien ira y resentimiento, todos ellos configurando una serie de afectos difíciles de procesar subjetivamente y que les resultan muy arduos afrontar con otros recursos. Precipitarse en la esfera laboral les significaría un procedimiento autocalmante para aquellas complejidades subjetivas.

En este tipo de personalidad los fines de semana pueden ser dramáticos, los horarios de regreso al hogar pueden volverse catastróficos, así como las vacaciones pasan a ser incómodos trámites que se trata de evitar. En estas circunstancias suelen comportarse como personas físicamente presentes pero mentalmente ausentes, que sienten que tienen que hacer esfuerzos notables para

conectarse afectiva y socialmente, con su familia y amigos íntimos. El síndrome de abstinencia suele aparecer en estos casos, con sus rasgos característicos de irascibilidad, impaciencia, ansiedad psicomotora, que suelen resolver procurando, por ejemplo, leer compulsivamente, jugar incesantemente algún deporte –tenis, golf, fútbol- o tener una hiperactividad sexual que compense los estados de ansiedad o bien la apatía, estados provocados por el alejamiento de sus trabajos. El verdadero sentido de la adicción al trabajo es la huida de los vínculos de intimidad, y de los sentimientos de vacío que ponen en riesgo la vida familiar.

Un análisis desde la perspectiva del género nos permite comprender que se trata de una adicción predominantemente masculina. Entre las mujeres sería una adicción difícil de sostener, especialmente para aquellas que tienen niños pequeños u otras personas a su cuidado (ancianos, enfermos, y otros) porque semejante adicción entraría en severo conflicto con el Ideal Maternal, un tipo de ideal particularmente presente en las mujeres categorizadas como de subjetividades femeninas tradicionales. Pero para aquellas de subjetividades femeninas transicionales o innovadoras, con estilos de inserción laboral tipificados como clásicamente masculinos, esta adicción podría ser observable a partir de las nuevas condiciones de trabajo impuestas por las crisis de empleo actuales.

Es necesario estar atentos a las nuevas configuraciones laborales que impliquen transformaciones a los tradicionales modos de constitución de lo que llamamos la **identidad de género laboral**, tanto masculina como femenina. Mientras se procesan estas condiciones de la transición entre los tradicionales modos de posicionamiento en el género para varones y mujeres según su inserción laboral, y se analizan las tensiones y conflictos provenientes tanto de la asunción de identidades de género laborales transicionales o innovadoras, debemos prestar especial atención a los rasgos del malestar que provoca esta situación, procurando ofrecer mejores modos de comprensión para el mismo. El malestar de los varones, al no poder hacer compatibles su vida laboral con sus vínculos en la intimidad familiar, buscará formas de resolución que, como la adicción al trabajo aquí descrita, pueden poner en riesgo su vida psíquica. Es tiempo de ampliar las

bases de la subjetividad masculina para que la vida de los hombres sea más saludable.

5- RECOMENDACIONES

- Realizar estudios más refinados sobre las nuevas condiciones de trabajo para varones y mujeres, atendiendo a la tendencia hacia una progresiva desgenerización de las clásicas posiciones laborales
 - Formular políticas activas de discriminación positiva hacia las mujeres, que permitan vencer los obstáculos actuales para que el género femenino no permanezca postergado en las oportunidades laborales.
 - Atender a las relaciones de poder entre los géneros femenino y masculino que promueven condiciones inequitativas de trabajo, cuyo resultado afecta la salud mental de mujeres y de varones.
 - Formular estudios y proyectos de investigación acerca de la construcción de la subjetividad femenina y masculina, y cómo ésta incide como factor de riesgo para su salud mental.
 - Propiciar cambios en la currícula educativa, incluyendo la perspectiva del género, de quienes se forman en el campo de la salud mental, en los planes de formación de Medicina, Psicología, Trabajo Social, etc.

6- BIBLIOGRAFÍA

Arranz Lozano, F: “Las mujeres y la universidad española: estructuras de dominación y posición de las mujeres en el profesorado universitario”. Revista Subjetividad y Procesos cognitivos: Estudios de Género. Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales (UCES) En prensa, 2003.

Askenazi, M. y Casullo, M.M. : “Factores socioculturales y presencia de psicopatologías en poblaciones de distintas localidades argentinas”. En Acta Psiquiátrica Psicológica. América Latina 1984.

Askenazi, M., “ La evaluación de acontecimientos del ciclo vital o sucesos de vida y las sintomatologías psicopatológicas”. Casullo y otras: Las técnicas psicométricas y la evaluación psicológica. Ed. Tekné, Buenos Aires, 1988.

Astelarra, J.: " The evaluation of policies in relation to the division of paid and unpaid work in Spain". Presentado en el Seminario Interdisciplinario Internacional “ *De la discriminación a la igualdad: ¿un proceso reversible?*” Universidad de Valencia, España, Mayo de 2001

Bart, P., : Depresión en mujeres de mediana edad, en *Mujer, Locura y Feminismo*, Dédalo Ed., Madrid, 1979.

Bernard, J. "The paradox of the Happy Marriage", en Gornick, B. y Morán, B.K. (comps) *Woman in sexist society*, New York: Basic Books, 1971

Broverman, I.K. y otros : “Sex role estereotipes and clinical judgements of mental health” , *Journal of consulting and clinical psychology*, 34 (1970) citado por Chesler en *Women and Madness*, Avon Books, Nueva York, 1972.

Brown, G. Y Harris, T: Social origins of depresión: a study of psychiatric disorders in women. Tavistock Publ. Londres, 1979

Burin, M. y col.: Estudios sobre la subjetividad femenina. *Mujeres y salud mental*. Grupo Editor Latinoamericano, Buenos Aires, 1987.

Burin, M. y Meler, I., *Género y Familia. Poder, amor y sexualidad en la construcción de la subjetividad*, Buenos Aires, Paidós, 1998.

Burin, M., y Meler, I.: ***Varones. Género y subjetividad masculina*, Buenos Aires, Paidós, 2000.**

Burin, M., 1990. ***El malestar de las mujeres. La tranquilidad recetada*. Buenos Aires, Paidós, 1990.**

Burin, M.; Moncarz, E.; y Velázquez, S.; “**Mujeres y psicofármacos: de los viejos criterios a los nuevos recursos**” en ***El malestar de las mujeres. La tranquilidad recetada*. Buenos Aires, Paidós, 1990.**

Burin, M: “Roles personales y profesionales según género” en Kaufmann, A. (comp.) : *Construir equipos de trabajo en la era de la conexión*. Universidad de Alcalá, España, 2003.

Carr- Rufino, N.: “US Women: breaking through the glass ceiling”. En *Women in Management Review & Abstracts*, vol 6 nº5, M.C.B. University Press, USA, 1991

Casullo, M.M. y Erbstein, P.: "Prevalencia de síntomas psiquiátricos en la ciudad de Buenos Aires y Conurbano", Consejo Nacional de Investigaciones científicas y técnicas. Año 1, N°4, Buenos Aires, 1981.

Chesler, P: "Women and Madness" Avon Books, Nueva York, 1972.

Davison, M., y Cooper, C.: Shattering the glass ceiling, Londres, Paul Chapman Publ. 1992.

Diario Clarín: "Hospital Público". Artículo publicado en el matutino Clarín, día 8 de Julio de 2003. Buenos Aires, Argentina.

Diario Clarín : Drogas en los lugares de trabajo. Artículo publicado en el matutino Clarín, día 28 de Julio de 2003. Buenos Aires, Argentina.

Dirección Nacional de Salud Mental, Buenos Aires, Argentina, 1985

Eisenberg, L.: "La distribución diferencial de los trastornos psiquiátricos según el sexo" en Sullerot, E (comp..) El hecho femenino, Argos Vergara, Madrid, 1979.

Faludi, S.: *Reacción*, Barcelona, Anagrama, 1993.

Freud, S., (1915) "Las pulsiones y sus destinos", en *Obras Completas*, Buenos Aires: Amorrortu editores (AE), 24 vols., 1978-85.

Geldstein, R., 2003: En "De 'buenas' madres y 'malos' proveedores. Género y trabajo en la reestructuración económica" Revista de la Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales (UCES) En prensa, 2003.

González García, G., Abadie, P.; Llovet, J.J. y Ramos, S.: El gasto en salud y medicamentos. Estudios CEDES, Buenos Aires, 1987.

Gove, W.R. y Tudor, J.: "Roles sexuales adultos y enfermedad mental" en *Mujer, locura y feminismo*; Dédalo Ed., Madrid 1979.

Hill, J.: "Tranquilizantes menores" en "*Depending on Ourselves. Proceedings of the National Consultation on Women and Drugs*". Toronto, Canadá, Mayo 1986. Informe sobre Drogas en los lugares de trabajo, diario Clarin, 28-7-03

Holloway, M.D.: "A lab of her Own", Scientific American, Noviembre 1992.

Informes presentados en el Congreso sobre Mujer, Salud y Trabajo, Barcelona, 1996

INSEE, Chiffres, París, 2003

Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (I.N.D.E.C.) , Buenos Aires, Argentina, octubre 2002

ISIS Internacional –Red de salud de mujeres: “Tranquilizantes menores: ¿solución o problema?”, Santiago de Chile, Chile, 1988.

Kamien, S. “Género, trabajo y política. La mujer y el poder.” Investigación en curso dirigida por Burin, Mabel. Programa de Estudios de género y subjetividad, Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales (UCES). 2003.

Kastrup, M.: (OMS) Mental Health of Women: and Overview of the European and Extraeuropean Situation” Atti del 1° Seminario Internazionale sul “Disagio Psicologico della donna”. Unitá Operativa USL 39 Napoli. Resp.: Dott. E. Reale, 1988

Lynn, M.: “A report on the glass ceiling initiative”. US Department of Labor, Washington, 1991.

Llovet, J.:Comunicación personal, Buenos Aires, 1996

Maffia, D.: “Género y ciencia en la Argentina” en Mujeres en los 90 –volumen II- Centro Municipal de la Mujer de Vicente López, Buenos Aires, 1998.

Maldavsky, D.: *Teoría y clínica de los procesos tóxicos*, Buenos Aires, Amorrortu, 1992

Meler, I: Género, trabajo y familia: varones trabajando_Revista Subjetividad y Procesos cognitivos: Estudios de Género. Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales (UCES) En prensa, 2003.

Ministerio de Salud y Acción Social. Buenos Aires, Argentina, Noviembre 1998

Morrison, A.: “New solution to the same old glass ceiling”. Women in Management Review, vol 7 nº 4. M.C.B. University Press, 1992.

OMS. Evaluación de los problemas sociales y de salud pública relacionados con el uso de sustancias psicotrópicas. Serie de informes técnicos 656, Ginebra, 1981.

Reale, E.: “I fattori di rischio per le donne rispetto alla ‘malattia mentale’,” Atti del 1° Seminario Internazionale sul “Disagio Psicologico della donna,” Unitá Operativa USL 39 Napoli. Resp.: Dott. E. Reale, 1988

Romito, P.: "Donne e depressione: la Medicalizzazione della sofferenza" Atti del 1° Seminario Internazionale sul "Disagio Psicologico della donna," Unità Operativa USL 39 Napoli. Resp.: Dott. E. Reale, 1988

Sáez Buenaventura, C.: Sobre mujeres y salud mental. Edic. La Sal, Barcelona 1988.

Sanders, D.: Women and Depresión, Sheldon Press, Inglaterra, 1984.

Scialpi, D.: Violencias en la Administración Pública. Catálogos editora. Buenos Aires, 1999.

Sinclair, A. y Gojak, M. "Women and minor tranquilizers. An Information and resource manual" The Women's community Health Centre of South Australia, South Australia 5006, Australia.

Sullerot, E.: El hecho femenino, Editorial Argos Vergara, Barcelona 1979

Tajer, D. y otros: "Género y Construcción del Riesgo en Enfermedades Cardiovasculares en adultos jóvenes" en Evidencias en Medicina Interna. De la evidencia científica al arte de la consulta" Reussi R., Mercado J. y Tajer C. Comp, Ediciones Fundación Reussi y Editorial Atlante, Buenos Aires, 2002.

Tajer, D.: "Varones, mujeres, generación y género en el trabajo en salud mental" En Revista de estudios de género: La Ventana. Universidad de Guadalajara, México 2002.

Trucco, M.:" Promoción de la salud mental en el ámbito laboral" OPS, Washington D.C. Junio, 1998.

Wainerman, C. (comp.) Familia, trabajo y género. Un mundo de nuevas relaciones. Fondo de Cultura Económica de Argentina, Buenos Aires, Argentina, 2002.

Wissman, M.M. y Klerman, G.L.: "Sex difference and the epidemiology of depresión" en Sullerot, E (comp.), El hecho femenino, Ed. Argos Vergara, Madrid, 1979.