

II Jornadas de Salud Mental y Género

*Madrid,
9 y 10 de octubre
de 2000*

32

*II Jornadas de
Salud Mental
y Género*

*Madrid,
9 y 10 de octubre
de 2000*

32



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE IGUALDAD

SECRETARÍA
GENERAL
DE POLÍTICAS
DE IGUALDAD

INSTITUTO
DE LA MUJER

Catálogo general de publicaciones oficiales
<http://www.060.es>

Coordinación del texto:

CARLOS MINGOTE ADÁN
Jefe de Servicio de Psiquiatría
Hospital Universitario 12 de Octubre

BEGOÑA LÓPEZ- DÓRIGA ALONSO
Programa de Salud y Servicios Sociales
Subdirección General de Programas
Instituto de la Mujer

© Instituto de la Mujer
(Ministerio de Igualdad)

Edita: Instituto de la Mujer (Ministerio de Igualdad)
C/ Condesa de Venadito, 34
28027 MADRID
Correo electrónico: inmujer@migualdad.es
www.migualdad.es/mujer
NIPO: 803-08-005-6
Dep. legal: M-32508-2008
Producción: AZIERTA COMUNICACIÓN, S.L.
Imprime: ATIG, S.L.
Primera edición, 2001
Segunda reimpresión, 2008

Índice

.....

1. Introducción	7
2. La medicina psicosomática desde una perspectiva de género	15
Carlos Mingote Adán	
3. El ideal maternal y el sufrimiento psicosomático en las mujeres	31
Asunción González de Chávez Fernández	
4. El superyó femenino	45
Nora Levinton Dolman	
5. El yo ideal femenino	59
Eloísa Castellano-Maury	
6. Factores de protección y de riesgo cardiovascular en las mujeres	69
Pilar Escribano Subias	
7. Factores psicosociales que influyen en el desarrollo de la enfermedad coronaria (EC) en la mujer	77
Francisca Denia Ruiz	
Carlos Mingote Adán	
8. Experiencias de psicoterapia individual en mujeres con cáncer de mama	91
Carmen Alonso Fernández	
9. Intervención psicológica grupal en mujeres con cáncer de mama	103
Julia Sebastián Herranz	
10. Intervención psicosocial en fibromialgia	117
Yvonne Arigita Le Saos	

Introducción

Esta publicación contiene las ponencias presentadas en la II Jornada de Salud Mental y Género, realizada con el objetivo de mantener un espacio de reflexión entre profesionales de la salud y difundir conocimientos en el ámbito psicosocial que afectan a la salud mental de las mujeres, así como analizar desde una perspectiva de género distintos aspectos del malestar de las mujeres y diferentes formas de enfermar.

Este libro se inicia con el capítulo «*La medicina psicosomática desde una perspectiva de género*», donde se plantea que la medicina psicosomática es un área de investigación científica que se ocupa del estudio de las relaciones entre factores psicológicos y fenómenos fisiológicos en general, de su influencia en el enfermar humano y de los aspectos psicosociales de la asistencia médica.

Las mujeres perciben mejor que los hombres sus estados emocionales y las sensaciones corporales, con un mayor índice de sensibilidad a la ansiedad y buscan ayuda médica más frecuente para síntomas comparables. Además las mujeres se benefician más de las relaciones sociales, que mantienen de forma estable y satisfactoria, aunque también padecen más estrés interpersonal derivado de sus roles de cuidado y ayuda. Mantener relaciones emocionales estables sanas ayuda a lograr una buena regulación de la autoestima y del autoconcepto, además de facilitar un afrontamiento más eficiente de los problemas.

Aunque se plantea que los hombres y las mujeres tienen diferentes riesgos para numerosas enfermedades, las mujeres sufren más a menudo enfermedades autoinmunes, mientras que los varones son más propensos a sufrir enfermedades coronarias o enfermedades infecciosas. Varias de estas enfermedades se asocian con respuestas de estrés alteradas, que parecen mediar en su producción.

Finalmente, el autor desarrolla determinados mecanismos que explican estas diferencias: las conductas de salud y enfermedad, diferencias de género en el proceso de sociali-

zación, la violencia contra la mujer, la yatrogenia médica, diferencias de género en la respuesta de estrés, factores inconscientes, diferencias de personalidad

En el segundo capítulo, titulado «*El ideal maternal y el sufrimiento psicosomático en las mujeres*», plantea que en la historia de las mujeres abundan las normas y restricciones que evidencian la necesidad social (masculina) de controlar lo que es vivido como potencial peligrosidad femenina.

El conjunto de exhortaciones morales asociadas a las mujeres a lo largo de la historia, presenta como presuntas virtudes de la feminidad: la dulzura, la ternura, la paciencia, la docilidad, la humildad, la tolerancia, la compasión, la disponibilidad absoluta, la pureza, el servicio... Tal modelo de feminidad-maternidad ha sido interiorizado como un Ideal del Yo tan inalcanzable que esclaviza a las mujeres, llenándolas de sentimientos de culpabilidad y, en consecuencia, haciéndoles recurrir a una búsqueda permanente del perdón en un proceso sin fin de perpetuación del sometimiento y del sufrimiento psíquico y/o somático.

La prohibición/censura de la asertividad, la agresividad, la sexualidad han caracterizado el modelo de mujer-madre vigente. El amor-servicio –pues es tal la condición que caracteriza el amor materno, el amor femenino en general– se obtiene, como contrapartida, la dependencia/apego del otro, constituyendo ésta, en tantos casos, la única forma de «reciprocidad» que las mujeres reciben a cambio de tanta entrega y sacrificio. Por otra parte, al tener prohibida la mujer toda expresión de ira, descontento, asertividad... su necesidad y sentimientos sólo pueden expresarse a través de la agresividad «pasiva» y/o de comportamientos compensatorios. Por lo que da de más o por lo que da de menos, la culpabilidad acompaña siempre a la maternidad.

La «realidad» vivida por las mujeres en la relación con la madre parece estar marcada por la carencia, la indiferenciación/no separa-

Introducción

ción, la (auto) desvalorización, la negación de sí misma en tanto sujeto (de deseo y de derechos). Todo ello parece estar en la base de los sentimientos de vacío, el ansia por la fusión/la intimidad; la represión de los impulsos hostiles, de los comportamientos asertivos y de los deseos sexuales; el déficit narcisístico...

Tales sentimientos e impulsos, conscientes y/o inconscientes, constituyen el sustrato de la omnipresente/inconsciente culpabilidad femenina y están en estrecha relación con las formas en que se manifiesta el sufrimiento, la psicopatología, la psicósomática de las mujeres.

Por otra parte, la rebelión/expiación inconsciente femenina tendrá la vía somática como medio privilegiado de expresión, en sustitución de la conciencia, de la palabra, de la demanda/la ira prohibida. El alimento, de modo especial, será revestido con la simbología de la incorporación/expulsión de la Otra (la Madre) –la bulimia, la anorexia–, y el aparato digestivo, junto con el sistema músculo-esquelético, constituyen los escenarios principales en que se manifiestan tantos conflictos femeninos, en relación especialmente con las carencias, la agresividad...

Pueden entenderse algunas de las manifestaciones del sufrimiento femenino. El ordenamiento social masculino, de una parte, que ha cogido para sí todos los privilegios y derechos, entre ellos y de modo especial, el de conservar/recuperar a la Madre a través de la obligada conformación de la mujer como madre buena, siempre disponible y nutricia; de la otra, las propias dificultades internas femeninas para rebelarse y cambiar el estado de cosas han hecho que la vida de las madres, de las mujeres, esté, ante todo, caracterizada por un exceso de demandas, que se ven compelidas a satisfacer, y una escasez de gratificaciones: dar demasiado a cambio de muy poco.

La configuración de un modelo ideal de comportamiento inalcanzable ha llenado a la mujer de culpabilidad, dificultándole toda rebelión y haciendo que sólo le sea posible

manifestar su malestar, su sufrimiento y expiar su rebelión, sofocada o parcial, a través de la vía psíquica.

En el siguiente capítulo, titulado «*El Superyó femenino*», se revisa la construcción de la subjetividad femenina desde la perspectiva que privilegia la modalidad de internalización de las normas, mandatos e ideales, a través de la configuración de un modelo frente al cual se debatirá en permanentes comparaciones que revelan fallos, desajustes entre lo idealizado y lo percibido, y es causa fundamental de dolorosos conflictos acompañados del casi omnipresente sentimiento de culpa e inseguridad. En el marco del psicoanálisis, estas problemáticas sobre el conjunto de normas e ideales atañen a lo que se define conceptualmente como superyó.

Resulta innegable que muchas de las afirmaciones sobre la feminidad se asentaron sobre ideas preconcebidas en torno a un «ideal femenino» imbuido de categorías especialistas sobre la mujer derivadas de su rol tradicional como esposa y madre.

Se plantea que al referirse al género se está aludiendo a la construcción social de las diferencias anatómicas, a las creencias, rasgos de personalidad, actitudes, sentimientos y valores, conductas y actividades que diferencian a hombres y mujeres. Es decir a poder pensar la constitución subjetiva de la identidad no como algo neutro, sino emergiendo lo femenino o lo masculino, el género como identidad inconsciente y/o preconsciente que conformará uno de los pilares del sistema ideal del yo/superyó, implantado a partir del adulto en la relación intersubjetiva, y con una condición prescriptiva y normativa.

Las normas, en tanto que fijan lo aceptable y lo reprochable en el orden moral, impondrán como mandato de género privilegiado el cuidado de la vida y las relaciones, la entrega, la empatía como capacidad para la comprensión del estado anímico de otro, un proceso que requiere una compleja coordinación de componentes psicológicos y cognitivos. Rasgos

todos ellos que condicionan estrictamente el comportamiento en relación a los otros sujetos.

Sin duda es la madre quien se ocupa de forma privilegiada de señalar las pautas ligadas fundamentalmente a marcar limitaciones, restricciones, prescripciones... es decir a producir frustración.

Las normas se transforman en ideales vehiculizados a través de deseos. En otros términos la norma o imperativo externo pasa a ser idealizada en la subjetividad, convirtiéndose en ideal que moldeará al deseo. De allí que la transgresión del sistema normativo en el orden moral produzca la culpabilidad y su cumplimiento alivio de la persecución interna. La fuerza o severidad del juez interno caracterizado como Superyó estará condicionado por el margen de permisividad con que la mujer se pueda apartar del cumplimiento de estas normas y no exclusivamente por la temática de los contenidos.

Los rasgos contenidos en el formato de feminidad remiten así a la abnegación, a ponerse al servicio de otros, a la capacidad de entrega, a la postergación y renuncia de los deseos y proyectos personales, a la sobrevaloración de la pareja y la familia como la empresa principal a salvaguardar, a tratar de contener las ansiedades y tensiones del entorno donde se circula, etc. Al ser éste el contenido internalizado como ideal, la dificultad para alcanzar la meta deseada es vivida como incapacidad y acarrea el sentimiento de imposibilidad de realización del deseo, que desemboca tan frecuentemente en la depresión, como manifestación recurrente del ataque interno a la propia autoestima. Es un sentimiento ligado a la impotencia para modificar la situación. No puede lograr que su deseo (ideal de pareja, de familia) se realice, ni dejar de desearlo.

El cuarto capítulo trata sobre «*El Yo ideal femenino*», donde se señala que la mujer parece no poder permitirse el realizar las cosas mal o a medias. No tiene derecho a equivocarse y eso acaba por convertirse en un man-

dato mortífero. En su profesión no puede contentarse con ser tan competente como el hombre, eso no basta, tiene que ser mejor.

Al referirse al Yo ideal aporta la visión del autor Nunberg quien presenta esta instancia psíquica como una formación genética y cronológicamente anterior al Superyó: «El Yo que todavía no está organizado, que se confunde con el Ello, corresponde a una condición ideal y es por eso por lo que se le denomina Yo ideal. Es probablemente el ideal del niño hasta que encuentra la primera oposición a la satisfacción de sus necesidades».

La autora resume los tres conceptos de la forma siguiente: *a)* El Superyó es fuente de prohibición severa, frustrante, pero protectora; *b)* El ideal del Yo persigue aspiraciones humanamente accesibles de tipo sublimatorio e identificador; *c)* El Yo ideal sería una caricatura del ideal del Yo. Si el Superyó es fuente de prohibiciones, el Yo ideal crea obligaciones imposibles de cumplir.

A continuación se abordan los «*Factores psicosociales que influyen en el desarrollo de la enfermedad coronaria (EC) en la mujer*». La autora señala que la enfermedad coronaria se produce por la interacción de factores fisiológicos, ambientales y conductuales, muchos de los cuales dependen del estilo de vida de cada persona, y en consecuencia pueden ser modificados por ella. Estos factores pueden dividirse en dos grandes categorías: los denominados factores de riesgo clásicos (sexo, edad y antecedentes familiares de patología cardiovascular, alto nivel de colesterol en sangre, hipertensión arterial, consumo de tabaco, obesidad, falta de ejercicio físico e ingesta de alcohol superior a 40 g./día), y los factores de riesgo relacionados con el estrés.

Las variables psicológicas que constituyen factores de riesgo coronario se pueden clasificar entre las siguientes categorías: estímulos ambientales estresantes, características personales de riesgo, hábitos comportamentales nocivos, trastornos emocionales y estilo de vida antes del infarto.

Introducción

El grupo sueco de M. Frankenhaeuser ha podido demostrar que la sobrecarga de trabajo de la mujer empleada, una baja capacidad para tomar decisiones, y malas relaciones sociales constituyen los principales factores de riesgo para su salud. Como principales mediadores destacan mecanismos neuroendocrínicos, cardiovasculares y comportamentales, como el Patrón de Conducta Tipo A (PCTA) y las conductas adictivas asociadas al estrés laboral.

Todo ello no significa que la incorporación de la mujer al mundo laboral sea negativo para su salud. Si observamos la incidencia de enfermedades coronarias entre las mujeres que tienen un empleo y las que no acceden a un trabajo remunerado, no hay una diferencia significativa. Por el contrario, la influencia de la conducta tipo A parece ser más decisiva entre las mujeres con empleo. Tanto para hombres y mujeres, el riesgo de infarto de miocardio es mayor en trabajos caracterizados por la monotonía, con alta carga de trabajo, pocos recursos y urgencia de tiempo, independientemente de la edad.

Aunque no suelen incluirse los trastornos emocionales como factores directos para el desarrollo de EC, algunos estudios han encontrado relaciones positivas entre puntuaciones elevadas en escalas de *ansiedad/depresión* y la presencia de este tipo de trastornos (Jenkins, 1976).

También es importante tener en cuenta los estilos de vida pre y postinfarto, ya que la propia reacción de la paciente tras el evento cardíaco puede convertirse en un importante factor de riesgo de recaída una vez superado un primer episodio, por ello es importante considerar el estilo de vida anterior analizando aquellos aspectos que hayan podido contribuir al deterioro de su salud con el fin de modificarlos convenientemente, y por otra parte, aquellos que puedan ayudar a la rehabilitación para reinstaurarlos lo antes posible.

En el siguiente capítulo, titulado «*Experiencias de psicoterapia individual en pacien-*

tes con cáncer de mama», se plantea que, en los últimos años ha aumentado considerablemente el interés por los estudios psicológicos relacionados con el cáncer. Este interés se debe a que esta enfermedad ha dejado de ser una enfermedad mortal a corto plazo para convertirse en una enfermedad crónica para una gran parte de los y las pacientes, lo que da lugar a que la persona tenga que convivir durante mucho tiempo con ello y esto en muchas ocasiones no resulta fácil.

Al ser el cáncer de mama una enfermedad tan frecuente en la sociedad actual, ha originado un gran interés por los aspectos cualitativos de la vida de la mujer que padece dicha enfermedad, existiendo un gran número de trabajos que se han ocupado de estudiar las reacciones emocionales ante la misma. Entre las que cabe destacar: *a)* el impacto del diagnóstico de cáncer de mama asociado a la subsiguiente cirugía (mastectomía), es considerado como el que mayores trastornos psicológicos ocasiona en la mujer; *b)* temor, miedo e incertidumbre acerca del futuro si la enfermedad no responde al tratamiento; *c)* *distress* psicológico ocurre en el 20-25%; *d)* problemas sexuales en el 30%, *e)* depresión, que junto a la ansiedad, son las reacciones emocionales más comúnmente aceptadas por casi todos los autores; *f)* vulnerabilidad que en términos de Lazarus y Folman puede entenderse como la relación entre las metas del sujeto y sus recursos para preservarlas de las amenazas, cuanto más importantes sean las metas y más escasos los recursos más vulnerable será el sujeto y viceversa.

La intervención psicológica con pacientes de cáncer de mama requiere un tipo de intervención diferente, al tener unas características especiales, como son: la naturaleza de la enfermedad crónica, sentimientos de incertidumbre por etiología desconocida, los tratamientos habitualmente utilizados son agresivos y con muchos efectos secundarios, y por otro lado está el significado social del cáncer, con connotaciones de muerte, desfiguración,

dolor, etc., que se asocian en nuestra sociedad con esta enfermedad. También se expone la utilidad de la psicoterapia individual de pacientes con cáncer de mama.

En el capítulo titulado «*Intervención psicológica grupal en mujeres con cáncer de mama*», la autora considera que las investigaciones psicooncológicas se han llevado a cabo en dos direcciones básicas: *a)* el estudio del papel que las variables psicológicas pueden jugar como agentes de influencia directa o indirecta en el cáncer y *b)* el estudio de las consecuencias psicológicas que el cáncer y sus tratamientos tienen para el individuo.

Asimismo, se exponen los principales trabajos que sientan las bases de la investigación realizada por la autora, y expone los objetivos concretos y la descripción del programa de intervención psicológica para mujeres con cáncer mama puesta en práctica por ésta.

Este programa es de naturaleza preventiva ya que ha sido concebido para ser aplicado en cuanto la enferma se ha recuperado de la cirugía y está comenzando con los tratamientos (quimioterapia y/o radioterapia).

El objetivo principal es mejorar la calidad de vida y favorecer la adaptación a la enfermedad desde una óptica multidimensional (física, social, psicológica, laboral, etc.).

Comprende 14 sesiones de dos horas de duración cada una. Las sesiones tienen lugar con una periodicidad semanal. El contenido se divide en cinco bloques: preparación para la quimioterapia, educación para la salud, imagen corporal, manejo de estrés y habilidades de afrontamiento personal, habilidades de comunicación y establecimiento de metas.

Finalmente, se presenta la aplicación de dicho programa y algunos de los resultados, en los que se constata la efectividad del programa en las diferentes etapas en las que se trabaja.

En el último capítulo sobre la «*Intervención psicosocial en fibromialgia*» se considera que la fibromialgia es un mal probablemente psicosomático, que afecta hoy a la

mujer en mayoritariamente y tiene relación con ciertas condiciones de vida y con actitudes femeninas. Es una enfermedad que suscita muchas preguntas. No encaja totalmente como enfermedad reumatológica, si bien es llevada por reumatólogos que, al decir de algunos de ellos, no saben muy bien cómo tratar.

Los datos epidemiológicos revelan que la fibromialgia afecta a la población general mayor de 18 años, en proporciones que oscilan entre el 1 y el 3%. En cuanto al reparto de sexos, entre un 75% al 90% del los fibromiálgicos son mujeres, según las distintas fuentes consultadas, cuyo pico de prevalencia se sitúa entre los 35 y los 55 años.

A nivel psicológico, no está clara la existencia previa de depresión, ni de rasgos de ansiedad, pero el estado general de las pacientes afecta sobre su estado de ánimo, siendo muy frecuente la asociación con depresión cuando la sintomatología está muy instalada. Existe suficiente evidencia de ocurrencia de situaciones estresantes en la vida de las pacientes.

La escuela psicosomática de Pierre Marty entiende que la enfermedad física se produce cuando un exceso de excitación tiene lugar, rompiendo las barreras para excitadoras. La estimulación acumulada se puede aliviar por la vía mental o por la vía de los comportamientos (juegos, ejercicio físico, tareas en las que intervenga la actividad física). Si ninguna de estas vías está disponible, será el cuerpo quien reciba estos excesos en forma de síntoma nosológico.

Se ha descrito como factor un favorecedor de la aparición de la enfermedad el abuso en la infancia. Se entiende por tal tanto el trabajo temprano como el abuso sexual.

La fibromialgia se presenta como una enfermedad psicosocial. Una enfermedad condicionada por los ideales femeninos, sea el que fuere el sexo de la persona. Basta con que la sujeción y la obligación de servicio y ayuda se establezca. Parece una enfermedad del deber hacia el otro. Los pocos casos que se han aten-

Introducción

dido de fibromialgia en varones avalan esta hipótesis. No se sabe que personas que hayan dedicado su vida a los demás hayan padecido necesariamente fibromialgia. Si bien, hay quien decide dedicar su vida a los necesitados pero no por eso tiene que carecer de ese superyó maduro que asegurará su propia protección. Sin embargo, cuando es el superyó arcaico, o el ideal del yo, con su carga narcisista, quien preside el comportamiento de una persona, la libertad de elección está muy condicionada.

La psicoterapia es delicada en la fibromialgia porque, además de tratar los aspectos individuales que a cada caso corresponda, es muy difícil transmitir la necesidad de un cambio de actitud ante la vida sin dañar el narcisismo de cada paciente. No hay que olvidar que han basado su vida en un ideal que no es nada ideal. En la medida en que el superyó benévolo no está presente el narcisismo ocupa un lugar destacado y éste debe ser tratado con mucha delicadeza, pues una quiebra narcisística puede conducir a una enfermedad más grave.

*La medicina psicosomática
desde una perspectiva
de género*

Dr. *Carlos Mingote Adán*

*Psiquiatra y Psicoanalista
Hospital 12 de Octubre de Madrid
Profesor Asociado de la Facultad de Medicina
de la Universidad Complutense de Madrid*

2

Introducción histórica y conceptual

El término «psicosomático» se empleó por primera vez en 1818 por Heinroth para referirse al insomnio, pero la expresión «enfermedad psicosomática» fue introducida por Félix Deutsch en 1922, para designar a las enfermedades que Sigmund Freud denominó «órgano-neurosis» o «neurosis viscerales», en oposición a las «psiconeurosis». Según Deutsch, en el curso del desarrollo se establecen «relaciones entre perturbaciones en las funciones de diversos órganos y determinados conflictos psíquicos, creándose así unidades psicosomáticas. Posteriormente, la estimulación de la unidad en el polo psíquico tenderá a reactivar el componente somático y viceversa» según Jaime Tomás Iruretagoyena (1).

Pero realmente se considera que fue Helen Flanders Dunbar (2) la fundadora de la moderna medicina psicosomática, la que consolidó el término y legitimó este área de investigación científica. En 1943 publicó los resultados de una ingente investigación realizada sobre los «perfiles de personalidad» que de forma característica se asocian a las «siete grandes» enfermedades psicosomáticas clásicas. Así, por ejemplo, propuso la primera formulación sobre «la personalidad coronaria», que luego se denominó Patrón de Conducta Tipo A por Friedman y Rosenman.

Otra psicoanalista, Helen Deutsch (1939), propuso por primera vez la teoría de que los traumas experimentados durante la infancia predisponen a padecer enfermedades psicosomáticas y otros trastornos mentales a lo largo de la vida adulta de esas personas (3).

La aproximación neurobiológica a la medicina psicosomática fue iniciada por Iván Pavlov con sus estudios sobre el condicionamiento de las respuestas corporales, pero fue Walter Cannon el primer autor que en 1911 empleó la palabra «estrés» como respuesta básica del organismo a las situaciones de peligro. Además, descubrió la influencia de los

estados emocionales en la secreción de adrenalina, de forma que la intensidad de la experiencia emocional correlaciona de forma significativa con el grado de activación adrenérgica. Posteriormente, Hans Selye (1950) propuso el nombre de «enfermedades de adaptación» para referirse a los trastornos relacionados con las reacciones características del «Síndrome general de adaptación»; dichas enfermedades suponen el fracaso del afrontamiento o la incapacidad para adaptarse al estrés percibido (4).

En los últimos años se han propuesto varias teorías psicosomáticas integradoras de los diferentes factores involucrados en el enfermar humano, como los de Engel (1977) y Weiner (1977), quienes consideran la enfermedad psicosomática como un proceso complejo que depende de diferentes vectores, como el genoma, los numerosos neurotransmisores y neuropéptidos, las experiencias vitales estresantes desde la primera infancia, y las características de la personalidad individual. Como consecuencia de estos trabajos la Academia Norteamericana de las Ciencias ha propuesto el modelo X-Y-Z del enfermar, en el que X es el activador o acontecimiento interno o externo que perturba el equilibrio psicobiológico de una persona. El factor Y es la respuesta de estrés, y Z representa a las consecuencias biológicas, psicológicas o sociales resultantes. Además, se reconoce la existencia de diferentes mediadores y moderadores personales que determinan la elevada variabilidad de la respuesta psicosomática (5, 6).

Las distintas teorías psicosomáticas actuales destacan la importancia del sistema nervioso central, extraordinariamente sensible a diferentes fuerzas biológicas y sociales que le «construyen» de forma interactiva dinámica desde el origen del desarrollo individual hasta su final.

La medicina psicosomática es un área de investigación científica que se ocupa del estudio de las relaciones entre factores psicológicos y fenómenos fisiológicos en general, de su

influencia en el enfermar humano, y de los aspectos psicosociales de la asistencia médica.

Por varios problemas y limitaciones conceptuales con el término «enfermedades psicosomáticas», se han propuesto otras denominaciones, como «trastornos psicofisiológicos», en el *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (DSM-II) de 1968, o «factores psicológicos que influyen en las enfermedades médicas» (1980) desde el DSM-III.

La *Clasificación Internacional de las Enfermedades* (1992) define los trastornos psicosomáticos como «aquellos en los que los factores psicológicos y conductuales se asocian con alguna de las enfermedades clasificadas», sea por influir en su desencadenamiento o en su curso evolutivo.

En el DSM-IV (1994) se incluyen en el Eje I los distintos «factores psicológicos que afectan al estado físico», sean síntomas psicológicos, trastornos mentales, rasgos de personalidad o estilos de afrontamiento, comportamientos desadaptativos, respuestas fisiológicas relacionadas con el estrés, y otros factores psicológicos que afecten a cualquier enfermedad médica (7)

El ser humano es una compleja unidad psicosomática muy dependiente de su medio ecológico, con el que interactúa de forma continua desde su nacimiento. Además, se nace hombre o mujer, se desarrollan cualidades masculinas y femeninas, y se asumen unos roles sociales por determinadas identificaciones con una serie de valores y de norma, de expectativas y de creencias, diferenciadores de hombres y mujeres. Así, por ejemplo, en la sociedad tradicional se han desvalorizado las categorías femeninas frente a la dominancia social masculina, lo que ha supuesto que las mujeres hayan sufrido fuertes inhibiciones conductuales que se asocian con diferentes respuestas emocionales negativas, tales como ansiedad, miedo o ira, generadoras de malestar personal.

Desde la teoría psicosomática-psicoanalítica de Pierre Marty se han estudiado las dife-

rencias en la «estructura psicosomática» de hombres y mujeres. Esta noción se refiere a la estructura mental que se establece a lo largo del desarrollo individual por la integración dinámica de sus particularidades psíquicas y somáticas (8).

La organización psicosomática que una mujer sana, la que ha podido hacer un desarrollo afectivo cohesivo y armonioso, tiene con respecto a la que no ha podido conseguirlo, unas peculiares capacidades funcionales tales como una mayor plasticidad estructural, una mayor capacidad de investimento emocional, de tolerancia a la frustración, de satisfacción libidinal, de comunicación, y de sublimación.

Por sus características neurobiológicas propias, la organización psicosomática de la mujer cuenta con una mayor variabilidad organizada de forma cíclica, con mayores potencialidades adaptativas y regresivas, y para la comunicación emocional, todo lo cual la permite desempeñar eficazmente las funciones maternas propias del rol femenino. Estas funciones suponen la activación de varios sistemas neurofisiológicos, viscerales y emocionales, que entrelazados permiten el logro de la experiencia de satisfacción en las madres y en los hijos y la adquisición de una identidad personal diferente. La regresión psicosomática característica de la mujer embarazada y de la madre de un bebé supone un intenso trabajo de elaboración emocional, en su calidad de Yo-auxiliar, de un verdadero continente organizador del psiquismo del hijo. Esta sobrecarga de trabajo emocional hace a la mujer más vulnerable ante las agresiones y privaciones externas, con un considerable potencial traumático inherente a estas situaciones, sobre todo si no cuenta con un suficiente soporte familiar: es entonces cuando madre e hijo tienen un mayor riesgo de sufrir desorganizaciones somáticas. Si la frustración supera su umbral de tolerancia individual, la insatisfacción y la agresividad liberadas se vuelven hacia la integridad del organismo femenino o se evacúan a través del comportamiento.

En los últimos años están recibiendo mayor atención las especiales necesidades que requiere la salud de la mujer, tanto por diferencias en prevalencia, factores de riesgo, síntomas, curso y tratamiento de muchas enfermedades. En este sentido, deseo facilitar a la Sociedad Española de Neurología por la reciente publicación del libro *Epilepsia y mujer*, coordinado por la Dra. Mariscal Forcadad y la Dra. Meritzell Martínez.

La salud de la mujer incluye trastornos específicos de ella, así como diferencias de género en la salud y en la enfermedad de las mujeres en comparación con los varones.

La salud de las mujeres tiene muchos puntos en común con la medicina psicosomática, ya que ambas tratan de estudiar las complejas interacciones entre cuerpo, mente y contexto social que intervienen en la promoción de la salud y en la producción de la enfermedad.

La salud de las mujeres

Salvo excepciones, tenemos poca información fiable sobre las actividades de las mujeres a lo largo de la historia, y se suelen repetir creencias estereotipadas relacionadas con prejuicios y discriminaciones seculares que en definitiva se basan en una intensa ambivalencia hacia las mujeres.

Es sólo desde los años setenta que se desarrolla en el ámbito anglosajón una nueva disciplina, la Psicología de las Mujeres o de Género, que se asocia al progresivo aumento de psicólogas, la feminización de la Psicología, la Medicina y de las profesiones del sector servicios.

Las mujeres blancas occidentales viven, aproximadamente, seis o siete años más que los hombres (78 frente a 71 años), y a lo largo de su vida padecen menores tasas de enfermedades y accidentes graves, tales como arteriosclerosis, enfisema y enfermedad coronaria, a la vez que realizan menos conductas de riesgo para su salud que los hombres (9).

Las mujeres perciben mejor que los hombres sus estados emocionales y las sensaciones

corporales, con un mayor índice de sensibilidad a la ansiedad y buscan ayuda médica más frecuente para síntomas comparables. Además, las mujeres se benefician más de las relaciones sociales, que mantienen de forma estable y satisfactoria, aunque también padecen más estrés interpersonal derivado de sus roles de cuidados y ayuda. Participar en relaciones emocionales estables sanas ayuda a lograr una buena regulación de la autoestima y del autoconcepto, además de facilitar un afrontamiento más eficiente de los problemas. Como advierte Belle (1982): «No se puede recibir apoyo sin arriesgarse también a pagar el precio del rechazo, la traición, el peso de la dependencia y del dolor potencial por la pérdida del otro» (10).

Existen importantes diferencias entre hombres y mujeres en cuanto a sus formas de participar en las relaciones sociales: las mujeres tienen mayores habilidades sociales que los hombres, a los que desde pequeños se estimula para ser más autosuficientes e inhibir la expresión de emociones, por lo que tienen peor calidad de relaciones interpersonales que las mujeres. A éstas se las prepara desde niñas para reconocer y satisfacer las necesidades de los demás en primer lugar, antes que promover su propio desarrollo personal. La mayor competencia social de las mujeres las reporta sus beneficios, pero a expensas de ciertos costes, como los derivados del contagio del estrés de sus parejas y otras personas a su cargo. Los hombres son menos sensibles a los problemas de los demás que las mujeres, mientras que las mujeres se sienten más concernidas por los problemas de un mayor número de personas allegadas, lo que también las puede hacer más vulnerables a las experiencias de pérdida de relación.

Descontando los trastornos ginecológicos, la incidencia estimada de padecimientos agudos (menos de tres meses) es menor para los hombres que para las mujeres, e igualmente la prevalencia de trastornos crónicos es mayor para las mujeres, sobre todo para migraña, varices, enfermedades reumáticas y gastroin-

testinales. Proporcionalmente, los hombres sufren menos enfermedades y menos síntomas, y tienen también una menor utilización de servicios ambulatorios y de hospitalizaciones médicas, pero padecen más patologías graves, como neoplasias malignas y enfermedades cardiovasculares. Además, los hombres tienden a realizar más conductas de riesgo (adictivas, hostiles, circulatorias, etc.), que se ha explicado por su mayor exposición a riesgos ocupacionales, por su menor percepción del riesgo y por su peor afrontamiento de los riesgos para la salud. Independientemente, las mujeres tienen mayor resistencia a las infecciones, y hasta la menopausia están protegidas para las enfermedades cardiovasculares.

Sobre las principales diferencias sobre la prevalencia, curso y tratamiento de las principales enfermedades entre hombres y mujeres, aparte de algunas enfermedades que se producen exclusivamente en ellas, destacan los siguientes aspectos fundamentales:

1. Aunque cada vez más las mujeres comparten los mismos factores de riesgo que los hombres, como son el estrés laboral y el tabaco, otros son propios de ellas, como es el uso de anticonceptivos orales, que aumenta de dos a cuatro veces el riesgo de infarto de miocardio. Quizá por estas y otras razones, la diferencia de longevidad entre hombres y mujeres se está reduciendo actualmente
2. La mujer desarrolla la enfermedad coronaria diez años más tarde que el hombre, sufre infarto de miocardio y muerte súbita veinte años después que él.
3. La prevalencia de hipertensión arterial es la misma para mujeres y hombres blancos, aunque se controla en mayor proporción en ellas por su mayor adherencia al tratamiento y mejor capacidad para el cuidado propio y de los demás allegados.
4. La prevalencia diferencial de la úlcera péptica a lo largo del último siglo refle-

ja la fluctuación de las tensiones psicosociales de la mujer occidental: desde una proporción mujer/hombre de 4 a 1 a finales del siglo XIX, hasta igualarse a mediados del siglo XX, y aumentar en las últimas décadas a medida que la mujer se incorpora a ocupaciones no tradicionales femeninas.

5. La mortalidad por cáncer es mayor entre hombres que entre mujeres para la mayor parte de los tipos de cáncer, sobre todo para los de aparato respiratorio y los asociados a tabaquismo, aunque esta razón de género favorable a las mujeres ha cambiado en los últimos años hacia una mayor igualdad en las tasas morbi-mortalidad por cáncer, a medida que ambos géneros comparten los mismos factores de riesgo. Así, el cáncer de pulmón ha sobrepasado al cáncer de mama como la principal causa de muerte por cáncer en las mujeres de Norteamérica.
6. Sobre las enfermedades inmunitarias, se aprecia una mayor prevalencia en las mujeres que en los hombres, como en otras especies animales; así las mujeres padecen enfermedades tiroideas cinco o siete veces más frecuentemente que los hombres.
7. Los trastornos relacionados con el alcohol y sus diferentes complicaciones son más precoces e intensos en la mujer que en el hombre, aunque el uso de bebidas alcohólicas es más frecuente entre hombres, sobre todo a medida que aumentan los niveles de consumo etílico, en proporción de tres, cuatro o cinco a uno, según aumentan las edades.

Los principales problemas de salud de las mujeres adultas son el cáncer de mama, las enfermedades cardiovasculares y la osteoporosis, enfermedades de etiología multifactorial en las que se reconoce la importancia de los factores psicosociales en un modelo interactivo multifactorial.

Diferencias de género en la salud y en la enfermedad

Los hombres y las mujeres tienen diferentes riesgos para numerosas enfermedades. Así, las mujeres sufren más a menudo de enfermedades autoinmunes tales como el lupus eritematoso, la esclerosis múltiple o la diabetes mellitus tipo I, mientras que los varones son más propensos a sufrir enfermedades coronarias o enfermedades infecciosas. Varias de estas enfermedades se asocian con respuestas de estrés alteradas, que parecen mediar en su producción. Así, por ejemplo, la depresión mayor, la susceptibilidad a las infecciones y las enfermedades cardiovasculares se asocian con un eje hipotálamo-hipofiso-adrenal (H-H-A) hiperactivado, mientras que en las enfermedades autoinmunes se asocia un eje H-H-A hiporreactivo.

A nivel subjetivo, varios estudios concluyen que las mujeres experimentan más estrés que los varones. Este resultado parece depender tanto de su mayor exposición a acontecimientos vitales estresantes, como de su mayor vulnerabilidad al estrés. Estos resultados son concordantes con numerosos estudios, en los que se aprecia que las mujeres tienen una menor autoestima, una menor autoeficacia y un peor estilo atribucional que los hombres, a pesar de que alcancen un nivel de logro similar.

A nivel fisiológico, la corteza adrenal de las mujeres es más sensible al ACTH que la de los

varones, seguramente como consecuencia de los estrógenos. Al contrario, los aumentos de adrenalina inducidos por el estrés son mayores en los varones en relación con las mujeres, mientras que los estrógenos reducen los niveles de catecolaminas producidas por el estrés.

Sobre las respuestas cardiovasculares, las mujeres tienen en reposo un ritmo cardíaco más rápido, y mayores aumentos con el ejercicio, mientras que los varones tienen mayores aumentos de la tensión arterial sistólica. Los estrógenos tienen un importante efecto cardioprotector en la mujer, aunque su administración puede tener una influencia negativa sobre la coagulación.

En cuanto a la función inmunológica, las mujeres tienen una mayor actividad inmune en reposo en comparación con los hombres. Los estrógenos ejercen un efecto inmunosupresor sobre la inmunidad celular, aunque también pueden aumentar el título de anticuerpos para antígenos dependientes de los linfocitos T. La testosterona puede aumentar el riesgo de infecciones, pero previene el desarrollo de enfermedades autoinmunes. No obstante, hasta el momento presente hay pocos datos disponibles sobre si los hombres y las mujeres difieren en su respuesta inmunológica al estrés según Kudielka, Hellhammer y Kirschbaum (11).

En las siguientes siete tablas se resumen algunos recientes avances en Medicina Psicosomática, con especial referencia a las

TABLA 1
ACTUALES AVANCES EN MEDICINA PSICOSOMÁTICA

- La **HTAE** está asociada con algunos rasgos de personalidad, tales como sumisión y la expresión distorsionada de la hostilidad, sea por exceso o por inhibición, así como con un estilo activo de afrontamiento en situaciones ambientales que hacen imposible el éxito.
- La **enfermedad coronaria** se asocia con hostilidad e impaciencia, principales componentes enfermantes del PCTA tanto en mujeres como en varones. Así como con enfermedad depresiva y con trastornos de ansiedad, sobre todo en mujeres, es muy importante el tratamiento «agresivo» de la depresión en pacientes coronarios.
- El estrés emocional agudo puede estimular la producción de **arritmias**, y altos niveles de ansiedad triplican el riesgo de muerte cardíaca súbita.

TABLA 2

ACTUALES AVANCES EN MEDICINA PSICOSOMÁTICA

- **Estados de inmunosupresión** se han asociado de forma consistente, con falta de apoyo social y con estados depresivos, duelos patológicos (el 15-20% de ellos) y estrés del cuidador, medida por menor actividad de los linfocitos «natural Killer» y menor respuesta linfoproliferativa a la estimulación antigénica; inmunosupresión mediada por la inhibición que el cortisol ejerce sobre la interleukina-1. Además, el efecto anticolinérgico de los antidepresivos tricíclicos aumenta la inmunosupresión. Por el contrario, varias intervenciones psiquiátricas y psicoterapias estructuradas mejoran el pronóstico de diferentes enfermedades oncológicas y ciertos parámetros inmunes.

TABLA 3

ACTUALES AVANCES EN MEDICINA PSICOSOMÁTICA

- **Enfermedades autoinmunes:** las hormonas sexuales femeninas, por razones desconocidas y mecanismo que se empiezan a conocer, intervienen favoreciendo la aparición de enfermedades autoinmunes, con **altísimo predominio de la mayoría de estas enfermedades en las mujeres sobre los varones**. La relación mujer/varón llega a ser de 50:1 en la hepatitis autoinmune y la cirrosis biliar primaria, de 9:1 en el lupus eritematoso sistémico y la enfermedad de Graves, y de 4:1 en la diabetes mellitus tipo I y la artritis reumatoide. Además, la castración aumenta la respuesta inmune, y los estrógenos exacerban algunas enfermedades autoinmunes, como durante el embarazo.

TABLA 4

ACTUALES AVANCES EN MEDICINA PSICOSOMÁTICA

- **Asma:** más del 30% de pacientes sufren también trastornos de pánico o agorafobia, aunque sean infradiagnosticados y con frecuencia se confunden con una exacerbación de asma. Como la depresión, empeora también el curso de la enfermedad, tanto como algunos rasgos característicos de personalidad: sensibilidad al rechazo, inestabilidad emocional y rasgos fóbicos.
- **Enfermedades tiroideas:** el hipertiroidismo es cuatro veces más común en mujeres que en hombres, y el hipotiroidismo también predomina en ellas como enfermedades autoinmunes, que en general aumentan con la edad, como consecuencia de las hormonas sexuales femeninas.
- **Otras enfermedades:** existe una enorme literatura que relaciona los estresores con todas las enfermedades a través de múltiples enlaces cada vez mejor conocidos, tales como las conductas de riesgo para la salud.

TABLA 5
ACTUALES AVANCES EN MEDICINA PSICOSOMÁTICA

- Las personas que padecen **colon irritable** tienen mayor reactividad al estrés que los controles con dolor abdominal sin colon irritable. Las mujeres presentan con mayor frecuencia trastornos gastrointestinales, como el colon irritable, con una elevada comorbilidad psiquiátrica, sobre todo con trastornos depresivos, trastornos de ansiedad, fobias y somatización. La **úlcera duodenal** era tres veces más frecuente en los varones que en las mujeres, pero actualmente su incidencia es similar en ambos sexos, con una disminución de la incidencia en los varones a la vez que aumenta en las mujeres; estas modificaciones se explican por cambios en la exposición a factores de riesgo, como el aumento del hábito de fumar en las mujeres.
- La incidencia de enfermedad inflamatoria intestinal está aumentando en los últimos 50 años, con una incidencia similar en hombres y mujeres, y una consistente evidencia acerca de la influencia de factores genéticos e inmunológicos.

TABLA 6
EJEMPLOS DE CORRELACIONES PSICOSOMÁTICAS

1. En la respuesta de estrés, el incremento sistémico de catecolaminas aumenta los corticoides adrenales, que disminuyen el número y la actividad de los linfocitos T, de modo que un sujeto crónicamente estresado está lo suficientemente inmunodeprimido como para padecer mayor riesgo de enfermedades infecciosas y tumorales que el no estresado.
2. La depresión es un poderoso factor de riesgo del IAM.
3. Se ha constatado la noción de «personalidad vulnerable a la enfermedad» con elevada hostilidad.
4. La psicoterapia de grupo mejora la supervivencia de mujeres con cáncer de mama una media de 18 meses más que el grupo control, efecto más beneficioso que el de cualquier agente QT.

TABLA 7
GÉNERO Y SOMATIZACIÓN

- Los trastornos somatoformes son mucho más prevalentes en las mujeres que en los hombres, con una relación mujer/varón de 5 a 1 en los trastornos (T) conversivos, de 20 a 1 en el T. por somatización, y de 2 a 1 en T. de dolor, con una fuerte comorbilidad de trastornos depresivos, de ansiedad, y con diferentes tipos de T. de personalidad.
- Existen unas consistentes diferencias de género en el grado de sensibilidad a sus cuerpos: las mujeres están más atentas a sus cuerpos que los hombres y además reconocen y comunican más síntomas corporales (Kirmayer y Robbins, 1991).

diferencias de género existentes, y algunos ejemplos bien establecidos de correlaciones psicosomáticas (12-15). A continuación presentamos el patrón cognitivo-afectivo-conductual característico de la fibromialgia (PCTF), con efe también de femenino, porque esta enfermedad afecta a las mujeres de modo predominante y que denominamos PCTF: se trata de personas muy exigentes consigo mismas, muy cumplidoras, trabajadoras y concienzudas (no les gusta dejar nada a medias, les cuesta lo que les cueste), meticulosas, con conciencia de hacer bien lo que hacen (en algunas cosas creen que, probablemente, mejor que quienes les rodean), serviciales, abnegadas si es preciso, incluso cuando sabían que iban a salir perjudicadas, con firme sentido ético, protectoras, leales, respetuosas con la autoridad, cuidadosas de la propia dignidad, con mayor amor propio, responsables y con sólido sentido de la amistad.

¿Cómo se explican estas diferencias?

Las diferencias de salud entre hombres y mujeres se explican por diferentes mecanismos, tales como:

- 1.º Conductas de salud y de enfermedad.
- 2.º Diferencias de género en el proceso de socialización.
- 3.º La violencia contra la mujer.
- 4.º La yatrogenia médica.
- 5.º Diferencias de género en la respuesta de estrés.
- 6.º Factores inconscientes.
- 7.º Diferencias de personalidad.

A continuación desarrollamos estos aspectos, aunque sea brevemente:

1.º Diferencias de género en cuanto a conductas de salud

Las conductas de salud son las actividades que condicionan el estado de salud y el riesgo

de enfermar, e incluyen actividades tales como el consumo de tabaco, los hábitos alimentarios y la participación en programas de inmunización. Al contrario, las conductas de riesgo para la salud son las actividades realizadas por las personas que aumentan el riesgo de accidente o de enfermedad. Las conductas de riesgo más comunes son el consumo de tabaco, el abuso de bebidas alcohólicas, el consumo de otras sustancias adictivas, ciertas prácticas sexuales y la conducción imprudente. Entre las conductas saludables destacan el ejercicio físico regular, la dieta mediterránea, y el uso del cinturón de seguridad, todas ellas muy condicionadas por una compleja matriz de factores socioculturales. En general, las conductas de riesgo para la salud y las conductas que promueven la salud forman parte de la respuesta de estrés y de las conductas de afrontamiento. Así, por ejemplo, las personas que experimentan mayor estrés personal fuman con más frecuencia que los que no lo sufren. Los principales factores psicosociales que influyen en el consumo de tabaco son: algunos rasgos de personalidad como neuroticismo, impulsividad, búsqueda de sensaciones y el ser también caso psiquiátrico, que están condicionados por factores genéticos.

2.º Diferencias de género en el proceso de socialización

Las mujeres aprenden a mantener vínculos caracterizados por una disponibilidad incondicional hacia las necesidades de los demás, sean hijos o bien otros familiares, en vez de desarrollar relaciones de respeto mutuo y de reciprocidad. Esta disponibilidad incondicional es un derivado narcisístico de la omnipotencia infantil, producida por identificación con una madre idealizada, que niega sus propias necesidades y deseos, igual que su malestar personal.

Con frecuencia estas mujeres mantienen vínculos afectivos insatisfactorios caracterizados por el predominio y la negación del some-

timiento al poder de los hombres. Éstos, con frecuencia logran la separación-diferenciación por medio del antagonismo hostil a lo femenino. El llamado «rechazo de lo femenino» en los dos sexos, que en definitiva se debe al rechazo del estado de dependencia y desamparo, al temor de aniquilación. Escasas de autoconfianza, las mujeres tienden a sobreadaptarse al medio y al conformismo social, con tendencia a la pasividad, la percepción de falta de control personal sobre las consecuencias del conflicto, la evitación general de conflictos interpersonales, y al control emocional para ocultar los sentimientos propios.

Desde la perspectiva del constructivismo emocional se ha destacado que el aislamiento social-productivo tradicional de la mujer es un significativo factor de riesgo en el desarrollo de la enfermedad y el deterioro de la salud, mientras que la integración social refuerza el bienestar y la salud general a lo largo de la vida. Así, por ejemplo, el tener un empleo de calidad (con autonomía, variedad, claridad, valoración social, etc.) proporciona numerosos refuerzos personales que refuerzan la autoeficacia y la autonomía de la mujer trabajadora.

El resultado positivo o negativo del trabajo sobre la salud de la mujer va a depender de su percepción del mismo, de la calidad del rol laboral y de otros factores contextuales (situación familiar, valores sociales, etc.).

Las diferencias de estatus y de prestigio social condicionan el desarrollo emocional de hombres y mujeres: los primeros experimentan más sentimientos autoevaluativos positivos, mientras que las segundas sienten más sentimientos autoevaluativos negativos, como ira, miedo, vergüenza y culpa, en todos los grupos de edad. Así, aunque la expresión de ira se asocie de forma estereotipada con el varón, lo cierto es que las mujeres reconocen estar enfadadas con mayor intensidad que los varones. Lo que ocurre es que los varones adultos tienden a actuar sus emociones con más frecuencia a través de estrategias más directas, mientras que las mujeres lo evitan,

vuelven la agresividad contra ellas mismas, o la expresan de forma verbal según Kavanaugh, Zimmerberg y Frein (16).

Las relaciones de poder, es decir, la dominación masculina, y la subordinación-resistencia de la mujer, tienen fuertes implicaciones en el desarrollo afectivo de ambos. Así, desde niñas aprenden las mujeres a hacerse responsables del bienestar de los demás, mientras que los niños crecen esperando ser cuidados por las distintas mujeres que hay a lo largo de su vida. Además, los límites sociales y morales son más rígidos y estrictos para ellas que para ellos, por lo que tienden a replegarse al ámbito doméstico, aunque la mayor parte de la violencia de género tiene lugar en el espacio interior.

3.º La violencia contra la mujer

Actualmente se reconoce que la violencia contra las mujeres en el medio familiar es el crimen encubierto más frecuente en el mundo, ya que sólo se denuncian entre un 5 y un 10% de las agresiones contra las mujeres.

Si el siglo XX se inició con la «rebelión de las masas» contra unos sistemas políticos inhumanos, el siglo XX acaba con la «revolución sutil» de la mujer, en tanto que sujeto activo de su propio desarrollo, en vez de objeto sumiso y dependiente del hombre. Por desgracia, aún hoy ser mujer es factor de riesgo para padecer las distintas formas de agresión de género y sus consecuencias patológicas, como el trastorno de estrés postraumático. Además, hay que seguir denunciando la persistente negligencia de la comunidad científica internacional frente a este grave problema de salud pública asociado a pobreza, incultura, desempleo y alcoholismo.

4.º La yatrogenia médica

El perfil característico de los pacientes «difíciles» y «odiosos» para los médicos son mujeres, divorciadas, pertenecientes a familias numerosas, que tienen una historia clínica voluminosa con numerosas exploraciones y

elevado consumo de psicotropos, que no presentan trastornos psiquiátricos clínicos, pero sí alteraciones subclínicas de personalidad, o una crónica problemática socio-familiar no bien afrontada. Los médicos actúan agresivamente hacia estas pacientes, sea de forma consciente o inconsciente, como expresión de sus sentimientos de impotencia, de inseguridad y de ambivalencia.

5.º Diferencias sexuales en la respuesta de estrés

En la respuesta de estrés se activan diferentes sistemas reguladores, tales como el eje hipotálamo-hipofiso-adrenal y el sistema adrenal-medular, además de producirse cambios hemodinámicos e inmunológicos.

En relación con el eje hipotálamo-hipofiso-adrenal, no existen claras diferencias sexuales en la secreción de cortisol total, pero las mujeres presentan mayor sensibilidad de la corteza adrenal al ACTH, de forma que en las situaciones estresantes las mujeres alcanzan niveles de cortisol que son dos veces mayores que en los hombres, al igual que ocurre en otros mamíferos: la testosterona inhibe la actividad adreno-cortical, mientras que el estradiol la estimula. Las mujeres tienen también una mayor activación del eje H-H-A, con mayores concentraciones de CRF, vasopresina y ACTH, mientras que tienen menor número de receptores para glucocorticoides y mineral corticoides en muchas regiones cerebrales, seguramente como fenómeno compensador de regulación a la baja. Al contrario, los hombres muestran mayores aumentos de adrenalina como respuesta al estrés en comparación con las mujeres. Además, como en otras especies animales, las mujeres son menos sensibles al estrés agudo, con menor expresión de miedo: *el grado de adaptabilidad se asocia con los niveles de cortisol*, que también dependen de la experiencia temprana. Además, estas respuestas conductuales están reguladas por los efectos de las hormonas gonadales sobre la

diferenciación neuronal. En los seres humanos el estrés social, como cuidar de un padre anciano, tiene un mayor impacto sobre la reactividad del eje H-H-A en mujeres que en hombres, dependiendo de sus mayores niveles de estrógenos. Este efecto no es específico del género femenino, porque administrando estrógenos a hombres normales también presentan mayor actividad del eje H-H-A.

Nuestra hipótesis es que estas diferencias de género en la respuesta de estrés están asociadas a diferencias en cuanto a la vida emocional de hombres y mujeres. En los primeros predominan las emociones relacionadas con su hegemonía y su mayor protagonismo social productivo, mientras que en las mujeres que viven según el modelo tradicional de género, predominan emociones asociadas a su rol dependiente del varón y cuidador, y ambas respuestas psicosomáticas se asocian a un diferente patrón de activación neuroendocrinológica. Esta hipótesis se apoya en estudios propios y de otros autores, como los de Frankenhaeuser (17, 18).

6.º Factores inconscientes

Freud señala en el caso Dora: «El conocimiento de las vías no hace superfluo el conocimiento de las fuerzas que pasan por esas vías». La feminidad conjuga dos verbos principales: «ser» y «dar». El orden femenino tiene una estructura relacional específica, en la que «dar vida» se desplaza a numerosas «entregas» o donaciones de sí misma. Así, por ejemplo, las mujeres tienen una carga total de trabajo que supera en quince horas a la de los hombres. Esta sobrecarga crónica de trabajo produce mayores niveles de estrés psicofisiológico y de trastornos relacionados con el estrés.

En mayor medida las mujeres presentan más dependencia interpersonal y menos autonomía y maestría personal, con utilización de más estrategias de afrontamiento orientadas a la regulación de los afectos y predominio de mecanismos de defensa de tipo introyectivo,

mientras que en los hombres predominan los de tipo proyectivo y externalizador. Estas diferencias de personalidad se asocian claramente a la activación preferencial de distintos mecanismos neurobiológicos. Durante el embarazo la mujer sana hace una regresión, más o menos adaptativa, según la calidad de la identificaciones profundas con su propia madre, al servicio del cuidado del hijo, con el que también se identifica de forma narcisista. A lo largo del embarazo la mujer realiza un intenso trabajo de elaboración emocional, por lo que es también más vulnerable para presentar trastornos psicósomáticos, dependiendo de variables individuales, socioculturales y familiares.

7.º Diferencias de personalidad

Se ha demostrado que algunas características de personalidad se asocian con un mayor riesgo de padecer trastornos psicósomáticos, y entre ellas se encuentran las recogidas en la siguiente tabla, que en buena medida coinciden con los rasgos de carácter del estereotipo de género tradicional femenino y que se esquematizan en la tabla 8.

Rasgos que en gran medida coinciden con los rasgos de personalidad del estereotipo de género femenino: dependencia, sumisión, ser agradable e influenciable, preocupación por la

apariencia, pasividad y gran adaptabilidad al medio.

Aunque Leona Tyler concluyó en su libro *Diferencia entre los sexos* (1965) que: «*La principal diferencia entre hombres y mujeres se debe encontrar en la manera en que los rasgos que manifiestan se organizan o combinan. Así, incluso cosas que parecen como la misma clase de conducta en hombres y mujeres, pueden tener diferentes orígenes e implicaciones. Es el problema al que se dirigen las discusiones teóricas y la investigación actual. En los estudios sobre la personalidad, el sexo se ha convertido en una importante variable moderadora*». Lo cierto es que se reconoce la existencia de algunas diferencias de personalidad entre hombres y mujeres, como son:

1. Los hombres son más agresivos y dominantes que las mujeres, sobre todo en agresividad física, que se explica por la combinación de efectos hormonales y de diferencias en los procesos de socialización.
2. No hay diferencias sexuales en la dimensión actividad, ni en la de miedo, hasta la escolaridad. Luego las mujeres adultas son más temerosas que los hombres, lo que se atribuye a los procesos de socialización.

TABLA 8
ALGUNAS CARACTERÍSTICAS DE PERSONALIDAD COMO FACTORES DE RIESGO PARA LAS ENFERMEDADES PSICOSOMÁTICAS

- Elevada dependencia emocional con alta deseabilidad social.
- Falta de asertividad con baja expresión de emociones negativas y alta expresión de emociones positivas.
- Tendencia a la evitación de conflictos con predominio del uso de un afrontamiento represivo y reacionalizador.
- Mala regulación de la autoestima con tendencia a la desesperanza y a la indefensión.
- Mala capacidad para elaborar los duelos por pérdida de personas significativas.
- Percepción de escaso o insatisfactorio apoyo social: soledad no deseada.
- Rasgos de personalidad depresivos y masoquistas, hipercritismo e insatisfacción personal.

3. No hay diferencias de sociabilidad entre niños y niñas preescolares, pero luego las mujeres son más sociales y altruistas que los hombres, quienes son menos empáticos que ellas y más competitivos para actividades instrumentales. Las mujeres tienen mayor sensibilidad a las relaciones interpersonales que los hombres.
4. No hay diferencias sexuales en impulsividad, aunque el predominio masculino del trastorno por déficit de atención sugiere la existencia de un factor genético sexual.
5. No hay diferencias sexuales por cuestionario en autoestima, autoconciencia, timidez, ni en la fuerza de la identidad, salvo en aspectos particulares.

Conclusiones

La salud de las mujeres y la medicina psicosomática tienen muchos aspectos en común, como el énfasis en el contenido en el contexto de la salud y de la enfermedad, el estudio y mejora continua de la calidad asistencial, y la importancia de la educación para la salud.

La medicina psicosomática y la medicina conductual también están muy relacionadas, pero no son concepciones idénticas. Mientras la primera está especialmente interesada en el estudio de los fenómenos intrapsíquicos y psicosociales, la segunda tiene que ver principalmente con fenómenos fisiológicos que es posible registrar de forma objetiva. La medicina psicosomática está inspirada en el psicoanálisis, mientras que la medicina conductual se basa en conductismo y en la teoría cognitiva. Existe un claro dimorfismo de género con respecto a las enfermedades somáticas y mentales, que se asocia con diferentes patrones en la activación de la respuesta de estrés que median en su génesis o en su desarrollo, además de la fuerte comorbilidad médico-psiquiátrica que existe entre ellas. En consecuencia, al menos algunas diferencias de género en el

estatus de salud/enfermedad pueden explicarse por diferencias sexuales en la respuesta de estrés. Estas diferencias sexuales se asocian con diferencias de género tales como la evaluación de la situación y la estimación de los recursos disponibles para afrontarla, así como sobre la anticipación del resultado.

El constructo «estrés» es una construcción cognitivo-afectiva y motivacional del siglo XX, una reacción psicosomática a estímulos significativos del medio y a necesidades y deseos propios, que tiene funciones de autorregulación, de comunicación y de adaptación al medio. Una mala gestión de las emociones media en alteraciones psicosomáticas y del comportamiento que algunas de ellas son diferentes en hombres y mujeres, mientras que otras son comunes a ambos. Entre estas últimas destacamos las conductas de riesgo para la salud, como el consumo de tabaco y alcohol, que aumenta con la incorporación de la mujer al trabajo. Además, las mujeres toleran la mitad del alcohol que consumen los varones. Incluso, cuando la mujer alcanza posiciones directivas, tienen con frecuencia un «perfil andrógino», que incluye rasgos de personalidad considerados típicos de los hombres tanto como características típicas de la mujer. Las puntuaciones de masculinidad en el cuestionario de rol de Bem fue tan alto como el de sus colegas varones, y mayor también que el de varones administrativos. Igualmente, las directivas alcanzaron puntuaciones mayores de PCTA que directivos y administrativos de ambos sexos (17). Estos resultados nos deben alertar de los riesgos que tiene para la mujer su incorporación al trabajo, y desarrollar medidas eficaces de prevención y control de los mismos.

En la actualidad, lo fundamental de la perspectiva psicosomática es la actitud bifocal hacia la enfermedad y hacia el paciente, al que se entiende como una compleja unidad psicosomática que intercambia información con su medio de forma interactiva. Más allá de los trastornos del sistema reproductivo, las muje-

res presentan numerosas características diferentes de los hombres, por lo que es esencial seguir desarrollando el campo de la medicina psicosomática de la mujer.

Estas diferencias pueden explicarse en parte por factores biológicos (genéticos, neurológicos, etc.), y en parte pueden comprenderse por diferencias de estatus socioeconómico, que a lo largo de las generaciones han cristalizado como estereotipos de género, que condicionan la identidad de género y la salud personal.

Hasta estos últimos años el rol tradicional masculino era socialmente más valorado que el femenino, aunque en la actualidad ambos roles tienden a ser más parecidos y menos discriminativos, de forma que todas las personas tengan iguales oportunidades para desarrollar las capacidades latentes que todos tenemos, incluso sin saberlo, de forma creativa y solidaria, y hacer una sociedad más justa e igualitaria, que falta nos hace.

Bibliografía

1. **Tomas Iruetagoiena, J.:** «El Psicoanálisis». En: J. L. G. de Rivera, A. Vela, J. Arana. *Manual de Psiquiatría*. Ed. Karpos. Madrid. Cap 14: 293-334. 1980.
2. **Dunbar, HF.:** *Emotions and Bodily Changes*. Columbia University Press. New York, 1954.
3. **Deutsch, H.:** *Psychoanalysis of the neurosis*. Hogart Press. London, 1933.
4. **Selye, H.:** *The psysiology and pathology os exposure to stress*. Medical Publishers, Acta Inc. Montreal. Canadá, 1950.
5. **Engel, GL.:** *Psychological development in health and disease*. Philadelphia. Saunders, 1962.
6. **Weiner, H.** *Psychobiology and human disease*. Elsevier. New York, 1077.
7. **DSM-IV.:** *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Msson. Barcelona, 1995.
8. **Marty, P.:** *La psychosomatique de l'adulte*. P.U.F. Paris, 1990.
9. **Waldron, I.:** «Sex differences in illness incidence, prognosis and mortality: issues and evidence». *Social Science and Medicina*, 17: 1107-1129, 1983.
10. **Verbrugge, LM.:** «Gender and health update on hyphotesis and evidence». *Journal of Health and Social Behavior*, 24: 16-30, 1985.
11. **Kudielka, B.; Hellhammer, J.; Kirschbaum, C.:** «Sex differences in Human Stress Response». En: *Encyclopedia of Stress*. Ed. George Fink. 3: 424-429. Academic Press, 2000.
12. **Theorell, T.:** «Psychosomatic Medicine». En: *Encyclopedia of Stress*. Ed. Gearge Kink. 3: 304-309. Academic Press 2000.
13. **Weiner, H.; Florin, I.; Morison, R.; Hellhammer, D.:** *Frontiers of Stress Researcha*. Hans Hyber Publishers. Toroto, 1987.
14. **Adesso, VJ; Reddy, DM; Fleming, R.:** *Psychological perspectives on women's health*. Taylor & Francis. London, 1994.
15. **Steptoe, A; Appels, A.:** *Stress, personal control and health*. Wiley. New York, 1989.
16. **Klavanaugh, RD; Zimmerberg, B; Fein, S.:** *Emotion: Interdisciplinary Perspectives*. Lawrence Erlbanm Associates Publishers. Malwah. New Jersey, 1996.
17. **Frankenhaeuser, M.; Lundberg, LL.; Chesney:** *Women, work and Health*. Plenuun Press, 1991.
18. **Mingote, C; Gozalo, A; Fernández Salas, MA,** y cols.: Ponencia en el XXXII Congreso de la Sociedad Española de Medicina Psicosomática: Diferencias de género en la respuesta de estrés. Madrid, 1996.

*El ideal maternal
y el sufrimiento psicosomático
en las mujeres*

Dra. Asunción González de Chávez Fernández

*Doctora en Psicología
Profesora Titular de la Facultad de Ciencias
de la Salud de la Universidad de
Las Palmas de Gran Canaria*

1. El imaginario entorno a la mujer: el sustrato inconsciente (la contra-imagen) en la construcción del ideal maternal. Algunas figuras míticas de la antigüedad.
2. La configuración del ideal maternal: el «deber-ser» femenino.
 - 2.1. Sustrato socio-cultural: El modelo ideal de la mujer-madre. Prescripciones y prohibiciones.
 - 2.2. La internalización del modelo: el vínculo madre-hija. La transmisión del (no) ser-mujer.
3. Las consecuencias de la obediencia al modelo de mujer (=madre buena) en la vida cotidiana de las mujeres:
 - 3.1. En la relación con los hijos.
 - 3.2. En la relación con la pareja.
 - 3.3. En el trabajo (asalariado y doméstico).
 - 3.4. En la salud.
4. Principales problemas físico-psíquicos en las mujeres. Sus conexiones con los factores enunciados.

* * *

La historia de las mujeres está plagada de normas y restricciones que evidencian la necesidad social (masculina) de controlar lo que es vivido como potencial peligrosidad femenina. Tales normas abarcan innumerables aspectos de la vida de las mujeres y pueden atañer a la libertad de movimiento, posesión, posición, elección..., ubicándolas como meros «objetos de intercambio» (según la feliz expresión de Levi-Strauss) y no como sujetos sociales. De entre todas las normas prescritas, el modelo de feminidad (que constituye a la vez el sustrato/contrapartida/apoyo del modelo de mas-

culinidad) ha constituido la garantía fundamental del sometimiento de las mujeres al dominio del varón, a través de la configuración de una estructura psíquica que constituye el cimiento básico de la obediencia al orden masculino y al mantenimiento del *statu quo*.

Para analizar las raíces intrapsíquicas de la configuración de tal modelo de feminidad, resulta enormemente ilustrativo seguir la trayectoria de las imágenes femeninas de la mitología antigua, partiendo de las llamadas «grandes diosas», deteniéndonos principalmente en las figuras femeninas «animalizadas», hasta llegar al paradigma de modelo femenino por excelencia del mundo católico occidental: la Virgen María.

Las grandes diosas representan la conexión de las mujeres con la Naturaleza. Por ello, la Luna, la Tierra, las aguas, los árboles, los animales (y la serpiente de modo particular) aparecen siempre asociadas a las divinidades femeninas, a las mujeres. Pero el significado que más las asocia con la naturaleza y que está en la raíz de todas las demás simbolizaciones es el del poder de dar la vida y la muerte, que vincula a las mujeres con el origen y el Más Allá.

La capacidad reproductiva de la mujer la ha vinculado al misterio fundamental del universo, al misterio de la vida, de la muerte y de la vida después de la muerte.

Pero, además, la capacidad de dar vida es dotada de significaciones ambivalentes, en cuanto es vida hacia-para la muerte y en cuanto el amor a la madre/la mujer ha sido representado por el hombre como parálisis de vida, al haber asociado sólo lo masculino (lo racional, lo controlable) con la cultura y el ser superior, en oposición a la condición «inferior», «temible» de la naturaleza y de lo instintivo, emocional, inconsciente.

Así, menos controlable era la naturaleza, más peligrosas y temibles aparecían las imágenes de las diosas: diosas creadoras (muchas partenogénicas) y malélicas/mortíferas a un tiempo. Las grandes diosas constituyen una

El ideal maternal y el sufrimiento psicosomático en las mujeres

proyección de la insignificancia e inseguridad masculina en medio del cosmos, frente a una naturaleza impredecible e incontrolable.

Y es la asociación de las mujeres con la Naturaleza y su ser diversas (las Otras), lo que las convierte en sede de proyección de los mismos temores que aquella despierta, dando origen así a los diversos mecanismos masculinos de protección (=opresión) para ahuyentar/negar/controlar dichos temores frente a las mujeres. Los tabúes del embarazo y parto, de la virginidad y la menstruación, la prescripción de la virginidad, la monogamia, la segregación en el lugar del hábitat... han sido/son algunas de las manifestaciones culturales primitivas y actuales en que se concreta la necesidad masculina de exorcizar los temores que el (vivido como potente) ser/cuerpo femenino les genera.

La evolución posterior de las divinidades femeninas da cuenta de una escisión de la ambivalencia primordial que éstas encarnaban, como diosas de la vida y de la muerte, creadoras y mortíferas a la vez, generadoras simultáneamente de veneración y temor. En la cultura clásica, las imágenes femeninas veneradas son desprovistas poco a poco de sus potencias amenazadoras, hasta quedar completamente desexualizadas, privadas de su capacidad creadora, despojadas de su inmenso poder y asimiladas a madres buenas, protectoras benéficas, muchas de las cuales reciben su prestigio por estar vinculadas a dioses importantes. La representación más tardía de esta evolución es la Virgen María, venerada sólo en cuanto Madre de Jesús-Dios, no como diosa, aunque herede algunos de los atributos y figuraciones de las grandes diosas.

La negatividad paulatinamente pasa a ser proyectada en otras figuras mitológicas malélicas, ambiguas y frecuentemente animalizadas, tras cuyas características pueden entreverse los temores ocultos de los hombres en relación a las mujeres.

Así, a las imágenes benevolentes femeninas que crean, nutren, protegen, curan, salvan... se yuxtaponen siempre las imágenes

malignas/demoniacas que pueden utilizar su poder para seducir, dañar, paralizar, anular, matar... (poderes que se le atribuyen también a la sangre menstrual). Este proceso de escisión de la ambivalencia primordial puede observarse claramente no sólo en las religiones y los mitos, sino también en la historia, las fábulas, las leyendas, los cuentos de hadas (con sus antítesis correspondientes de brujas y madrastras). Ambos aspectos, positivos y negativos, constituyen las dos caras posibles de la omnipotencia: del poder atribuido a (¿detentado por?) las mujeres.

Estas figuras malélicas de la época clásica (la Esfinge, la Medusa, las Sirenas, las Harpías, las Erinias...) tienen sus antecesoras en otras figuras mitológicas anteriores (la asirio-babilónica Astarté-Istar o incluso la diablesa hebraica Lilith), compartiendo con ellas muchas características y atributos: la asociación con la serpiente, por ejemplo. Unas veces la serpiente acompaña a la mujer, otras se fusionan en un solo ser; en cualquier caso, ambas asumen significados afines: la perversidad, la sensualidad, la seducción destructora, la transgresión..., pues la serpiente (la mujer) aparece como sinuosa, engañosa, seductora, venenosa, cambiante, escurridiza...

Estas imágenes femeninas animalizadas y terroríficas son perpetradoras de las acciones más abyectas y temibles para el varón: son descritas como ávidas y rapaces; ogresas robaniños o arrancadoras de sus entrañas; chupadoras de sangre; seductoras y posteriormente devoradoras, aniquiladoras o paralizadoras de los hombres (nunca mujeres) a quienes seducen...

El deseo de devorar/el temor de ser devorado; el deseo de poseer, dominar, controlar/el temor de ser poseído, oprimido, aplastado, demandado, aprisionado; el deseo de seducir/el temor de ser seducido, dañado, abandonado... son los sentimientos/atribuciones proyectados en estas figuras míticas, que representan el misterio, el peligro, el engaño, la fascinación que despierta el deseo de fusión o de desvelamiento.

La representación de los hombres seducidos en posición desvalida o durmiente, destacando, por tanto, su fragilidad, resalta el poderío, la lascividad, la ávida sexualidad y la perversidad que la mente masculina proyecta (teme) en estas imágenes femeninas animalizadas que, paradójicamente, carecen de órganos sexuales propiamente dichos: sólo el rostro con cabellera –y los pechos en algunos casos– pueden ser indicativos de la «diferencia» sexual. Su sexualidad aparece como exuberante, insaciable, incontrolable, antropofágica incluso: peligrosa. Tal temible representación parece destinada a exorcizar la sexualidad en las mujeres «terrenales», tal como se refleja incluso en algunas otras divinidades del mismo período (Atenea, Hestia...) o en la que devendrá posteriormente imagen monolítica de la feminidad-maternidad: la Virgen María, cumplidora de la difícil misión de aunar maternidad y virginidad.

En efecto, la Virgen María viene a condensar, sintetizar, todas las características femeninas «deseables», es decir, previamente desprovistas de poder. Es madre «por encargo» y virgen por exigencia filial. Su función es **obedecer** y **servir** («soy la sierva del Señor»). Alejada de la omnipotencia de las grandes diosas ella viene a representar el ideal de **madre buena** benevolente, protectora y disponible. Su imagen representa el triunfo del deseo masculino: **madre asexuada** al servicio exclusivo de su hijo (del varón). No es ya la maternidad biológica, la capacidad creadora, la que sustenta su culto (como en las grandes diosas), sino las «cualidades» que impregnarán su imagen maternal: su pureza, su sacrificio, su disponibilidad.

María (la madre, las mujeres...) es requerida no sólo a niveles físicos como cuidadora, curadora... sino, sobre todo, a niveles psicológicos, como dadora de amor, protección, seguridad y apoyo. Su culto se afianza y extiende porque entronca con los sentimientos más profundos de los seres humanos: su imagen remite a la deseada/fantaseada fusión primaria y se

nutre de las demandas de amor y disponibilidad absoluta que todo hijo reclama. En tanto símbolo, está configurada en correspondencia a los deseos y fantasmas de sus hijos. Su imagen de madre fiel, sufriente (la Dolorosa); su virginidad exaltada (antes y después del parto) está modelada para contrarrestar los sentimientos de impotencia, frustración, dolor, exclusión, rivalidad, abandono, rechazo... que constituyen las vivencias reales de todos los hijos con sus madres y que serán revividas en muchas otras situaciones a lo largo de la vida.

Paradójicamente, María, exaltada como Madre por excelencia, representa la negación de las madres reales, en tanto es sólo el aspecto dadivoso, asegurador, consolador, el que aparece figurado en ella. María es representada como la madre que existe sólo por y para el Hijo (único), que carece de otros deseos (por algún Otro...), es decir, sin rivales ni abandonos posibles y sin otros sentimientos que el Amor/Entrega absoluto, sin ambivalencia alguna. En la imagen de María, en la imagen mítica de la maternidad, han sido cancelados todos aquellos aspectos que en la realidad causan sufrimiento en los hijos: la posibilidad materna de negar/se, de mostrar ira, de prohibir, de rechazar, excluir y abandonar, de ser exigente, demandante, no tolerante...

El mito de la Virgen María se ha convertido en un conjunto de exhortaciones morales para las mujeres en el que se exaltan, como presuntas virtudes de la feminidad, la contrapartida de tales manifestaciones: la dulzura, la ternura, la paciencia, la docilidad, la humildad, la tolerancia, la compasión, la disponibilidad absoluta, la pureza, el servicio... Tal modelo de feminidad-maternidad ha sido interiorizado como un Ideal del Yo tan inalcanzable que esclaviza a las mujeres, llenándolas de sentimientos de culpabilidad y, en consecuencia, haciéndolas recurrir a una búsqueda permanente del perdón (de sí misma, del Otro, de los otros...), en un proceso sin fin de perpetuación del sometimiento y del sufrimiento psíquico y/o somático.

El ideal maternal y el sufrimiento psicosomático en las mujeres

El único modelo ideal y positivo para las mujeres quedó circunscrito al ejercicio mistificado de la maternidad, que ha supuesto representar como transgresión todo aquello que no estaba acoplado a una imagen materna benefactora, de la que quedaron escindidos los aspectos temibles: su poder, su posible ira, sus sentimientos hostiles, su sexualidad.

La prohibición/censura de la asertividad, la agresividad, la sexualidad, han caracterizado, pues, el modelo de mujer-madre vigente.

Las prohibiciones, a su vez, han ido acompañadas de las correspondientes prescripciones. Veamos el modo en que se han concretizado tales preceptos y exigencias y sus consecuencias para la salud de las mujeres.

Según tal ideal maternal, una madre «debería»:

- Sentir constantemente sólo amor por sus hijos/as.
- Sentir una ternura protectora en toda circunstancia y momento.
- Entenderles siempre y satisfacer todas sus necesidades, mostrando una incondicionalidad absoluta y constante.
- Hacerles dejar de llorar, calmarles y ponerles contentos/as.
- Ser capaz de adaptarse a los cambios de los hijos/as a medida que crecen.
- Ser pacientes, tolerantes y afectuosas.
- Mostrarse serenas y sonrientes
- Ser autosuficientes, fuertes y capaces, manifestándose satisfechas y felices de «su» función.

Pero, junto a tales preceptos en torno a las cualidades a poseer por toda «buena madre», se incluyen los «defectos» que se han de eliminar, estando obligada, pues, a:

- Suprimir todo rasgo de egoísmo, erotismo y hostilidad.
- No dejar transparentar sus ansiedades, necesidades, preocupaciones y conflictos.
- Cancelar todos los sentimientos negativos, las manifestaciones de cansancio,

de hastío, descontento o tristeza, los síntomas de sufrimiento.

Según este modelo, las necesidades de dependencia, de apoyo, de ayuda, son inconcebibles y vistas como debilidad, resultando paradójico que se le exija a la mujer ser nutricia, sin que le sea ofrecido a ella ningún tipo de soporte, de maternaje. Por ello, algunas autoras se han referido a esta condición con diversos epítetos. Así, para Chesler (1972), «las mujeres son niñas sin madre». Franca Bagnaglia (1977) las define como «madres sin madre» o «madres sin refugio», y Lombardi (1988) alude también a la «orfandad de las madres».

Y, paradójicamente también, las mujeres madres de varios hijos, especialmente si son pequeños, constituyen el grupo social de mayor riesgo a la hora de tener problemas de salud mental. Ello pondría en evidencia las dificultades para cumplir con un ideal tan inalcanzable y tan poco ajustado a las condiciones reales de las mujeres, que acaba haciendo sentir inadecuada, incapaz como madre y culpable a la mujer que experimenta (hace conscientes) sentimientos contrarios a tal Ideal.

De modo especial, deben ser cercenados los sentimientos de cólera y agresividad materna, sentimientos que, sin embargo, tienen un papel muy importante en la formación de la independencia y en la capacidad de devenir autónomos. De este modo, si la madre no se tolera esos sentimientos a sí misma, difícilmente podrá hacerlo con los de sus hijos. Tales sentimientos forman parte de la vida: preservar la identidad, tanto la de la madre como la del hijo, requiere que no sean reprimidos. Es pues, necesario, aceptar el lado negativo de la ambivalencia, ya que tolerar/se los sentimientos negativos permite a la madre romper la simbiosis inicial y consiente al niño separarse de ella, haciendo posible la individualidad, la de la madre y la del hijo.

La obligación de dar/darse siempre y la prohibición de negar/negarse y de pedir ayuda

constituyen las dos imágenes de una misma moneda y remiten a una característica común que subyace en este inaccesible ideal maternal: la **omnipotencia adosada** a la madre/la **omnipotencia detentada** por la madre. Poderío inmenso que se genera/se cimenta con la dependencia de los hijos (de todos los otros, empezando por la propia pareja) y que constituye el sustrato básico, la gratificación sustancial (el inmenso goce) por el que las mujeres se aplican al cumplimiento del Ideal y toleran los inmensos costes que éste conlleva.

El **Amor-Servicio** –pues es tal la condición que caracteriza el amor materno, el amor femenino en general– obtiene, como contrapartida, la **dependencia/apego del otro**, constituyendo ésta, en tantos casos, la única forma de «reciprocidad» que las mujeres reciben a cambio de tanta entrega y sacrificio. Es esta «recompensa», a mi juicio, la mayor resistencia al cambio que experimentan las madres, las mujeres, a la hora de negarse a las demandas de los otros o de hacerlas para sí misma.

Por otra parte, al tener prohibida la mujer toda expresión de ira, descontento, asertividad..., sus necesidades y sentimientos sólo pueden expresarse a través de la agresividad «pasiva» y/o de comportamientos compensatorios. De este modo, el hipercontrol, la hiperalimentación, las hipere exigencias, las culpabilizaciones..., a la par que constituyen mecanismos indirectos para expresar tales sentimientos, se erigen también en instrumento materno privilegiado para mantener su (único o principal) poder: el control de los hijos y, en modo especial, el de las hijas.

Las mujeres, en efecto, son expertas no sólo en sentir, sino en crear culpabilidad. No en vano la culpabilización hacia la madre es quizá el mejor recurso que también se ha utilizado para obligarla a obedecer (externa e internamente) con las normas y obligaciones que han tipificado el rol materno.

De este modo, sea por lo que da de más o por lo que da de menos, **la culpabilidad acompaña siempre a la maternidad**. En

razón de ello, las mujeres no sólo deben interrumpir su vida profesional y perder su independencia, o si deciden trabajar fuera de casa asumir los dos trabajos, con un esfuerzo y cansancio excesivos y renunciado frecuentemente a toda mejora laboral, sino que, además, si algo relacionado con los niños, la familia... va mal, ella será considerada culpable. En virtud de tales renunciadas obligadas, la maternidad ha representado para muchas mujeres y por diversas circunstancias (externas e internas) más una «sustracción», una resta, que un «crecimiento», un plus.

Pues existe una doble norma moral que permite, en todos los terrenos, más libertad a los hombres que a las mujeres, norma que la sociedad entera aplica en relación con lo que esperan de una madre y un padre en su relación con los hijos, de modo que mientras se respetan los *hobbies* y actividades de tiempo libre paterno y no se cuestiona su dedicación al trabajo, comportamientos similares en las mujeres son duramente criticados y considerados (incluso por ella misma) como «un abandono de sus deberes y de su familia».

Las mujeres se hallarían así inmersas en la contradicción entre sus deseos como madre y sus deseos como mujer, existiendo una ruptura entre identidad femenina y experiencia de la maternidad

Y, por ello, la agresividad hacia los hijos, las angustias de la maternidad, no proceden sólo de una ambivalente relación con la madre, como muchos psicoanalistas intentarían hacer ver de modo reductivo, sino que, como señala Rich (1976), remiten también a la **«violencia invisible de la institución maternal»**, generadora de culpabilidades sin límite.

Culpas que tienen, asimismo, un origen inconsciente, relacionado con la historia infantil de cada mujer, pero que se ven reforzadas socialmente por las normas en torno al Ideal maternal. Y en la historia de cada mujer, la relación con la propia madre juega un papel fundamental. Veremos ahora qué peculiaridades caracterizan este conflictivo vínculo.

El ideal maternal y el sufrimiento psicosomático en las mujeres

Ya, hace ahora un siglo, Freud señalaba la mayor ambivalencia que existiría en la relación de la madre con la hija. Después de él, muchos psicoanalistas y diversas investigaciones aludirán a este conflictivo vínculo, señalando en todos los casos el aspecto **carencial** que marcaría la relación primaria con la madre. Para los diversos psicoanalistas, ello estaría basado en que el deseo materno estaría más orientado hacia el hijo varón, sea porque éste tendría lo que ella no posee (el atributo fálico), sea porque el hijo varón sería un objeto materno más apropiado, en virtud de la presunta heterosexualidad materna.

En cualquier caso, otros investigadores de orientación empírica habrían destacado el vínculo/trato «preferencial» de la madre con el hijo varón, puesto de manifiesto no sólo en el deseo expresado antes del nacimiento, sino también en el tipo de relación mantenida desde el inicio, «medida» por la duración de la lactancia (mucho más prolongada en el tiempo y más larga cada tetada), por el tiempo de tenerlo en brazos, de dirigirse al bebé...

La mayor cantidad en la alimentación y la mayor calidad de los cuidados también sería una característica destacada en los países subdesarrollados, en los que se ha constatado la mayor desnutrición y la menor atención sanitaria prestada a las niñas. Igualmente la prohibición de realizar ecografías en algunos países orientales estaría orientada a evitar los abortos «selectivos» cuando los fetos son de sexo femenino. En algunos países ello podría estar estrechamente vinculado con la costumbre de la obligación de entregar una dote en el matrimonio de las hijas, lo que deja muy empobrecidas a las familias con grandes dificultades de subsistencia, y, por el contrario, favorece el enriquecimiento o la mejora económica de las familias con hijos varones.

En cualquier caso, por diversas circunstancias, que remiten en definitiva a una raíz común, en los países del Tercer Mundo de modo llamativo y con mayor heterogeneidad

en el mundo desarrollado occidental –en virtud de los mayores cambios habidos en la condición de las mujeres, que parece aumentar la preferencia expresada de tener hijas– un menor o más ambivalente deseo materno podría estar en el origen de una primitiva relación madre-hija más carencial.

Paralelamente, también se ha destacado el mayor impedimento materno a las necesidades de separación e individuación de la hija, que, en muchos casos, queda constituida para la madre en un objeto de prolongación narcisística, destinada a la satisfacción de las necesidades de apoyo y de control materno, objeto de una mayor coerción, demanda, sobreprotección e hiperexigencia que el varón.

Todo ello contribuiría al déficit narcisístico que caracteriza la identidad femenina y dificultaría la identificación secundaria de la hija con la madre, quien aparece ante la hija, además, marcada también por una carencia esencial: la de una identidad como mujer.

En efecto, la no simbolización del órgano sexual femenino y la no narcisización de su deseo sexual, que es (auto)censurado/reprimido; la ubicación de la mujer sólo como Objeto (del deseo del hombre) y la consiguiente negación de su deseo y de sí misma en tanto Sujeto; la (auto)desvalorización de la madre, de la mujer, por su pertenencia al género devaluado; la rivalidad por el amor/el reconocimiento del Padre, el Hombre, cuyo género y cuyos valores son considerados socialmente superiores, constituyen los otros aspectos que marcan la difícil ambivalente relación/identificación de la hija con la madre y la conflictiva relación de las mujeres entre sí.

La «realidad» vivida por las mujeres en la relación con la madre –en mayor o menor medida y acentuándose unos aspectos u otros según los casos– parece estar marcada por la carencia, la indiferenciación/no separación, la (auto)desvalorización, la negación de sí misma en tanto Sujeto (de deseo y de derechos) y la (auto)censura de la propia sexualidad. Todo ello parece estar en la base de los sentimientos

de vacío, el ansia por la fusión/la intimidad; la represión de los impulsos hostiles, de los comportamientos asertivos (necesarios, en cambio, para la separación/individuación) y de los deseos sexuales; el déficit narcisístico...

Tales sentimientos e impulsos, conscientes y/o inconscientes, constituyen el sustrato de la omnipresente/inconsciente culpabilidad femenina y están en estrecha relación con las formas en que se manifiesta el sufrimiento, la psicopatología, la psicósomática de las mujeres.

El hambre de amor que se manifiesta en forma de hambre de alimentos, de objetos, de relaciones confirmantes, de reconocimiento y aceptación generalizada, de vínculos simbióticos... La autodepreciación, el sentimiento de vacío incolmable, la nostalgia por la unidad soñada/perdida con una Madre frecuentemente idealizada, que no puede encontrar paliativo en la relación con un hombre habitualmente no disponible para ser nutricio con la mujer, están en la base de la predominancia depresiva en las mujeres.

El deseo/temor de diferenciación, con las consecuentes ambivalencias/culpabilidad ante la separación (los conflictos respecto a las manifestaciones hostiles y asertivas) que hacen necesarios los comportamientos de sometimiento/expiación, para aplacar al Otro y hacerse perdonar/perdonarse, constituyen el sustrato de la conducta oblativa, servil y renunciataria, de las dificultades para negarse o pedir, del «miedo al éxito»: la obligación de responder siempre a las demandas del Otro, con la consiguiente trampa de la omnipotencia.

Por otra parte, la rebelión/expiación inconsciente femenina tendrá la vía somática como medio privilegiado de expresión, en sustitución de la conciencia, de la palabra, de la demanda/la ira prohibida. El alimento, de modo especial, será revestido con la simbología de la incorporación/expulsión de la Otra (la Madre) –la bulimia, la anorexia–, y el aparato digestivo, junto con el sistema músculo-esquelético, constituyen los escenarios principales

en que se manifiestan tantos conflictos femeninos, en relación especialmente con las carencias, la agresividad...

Las dificultades para reconocer/aceptar/valorar la propia identidad sexual y para legitimar/narcisizar su deseo, para reconocerse, en definitiva, en tanto Sujeto, para demandar respeto y reciprocidad en la relación de pareja, para ser capaz de afirmar y satisfacer las propias necesidades, para establecer relaciones independientes y paritarias... constituyen el trasfondo del desencuentro, la insatisfacción en la relación con el hombre, quien se ha autoerigido en el único **Sujeto de deseo y de derechos**. Todo ello está en el sustrato de los sentimientos de autodevaluación, frustración, rabia, decepción y tristeza, que intensifican las carencias primitivas y que se canalizan frecuentemente en los síntomas conversivos (la histeria), los estados depresivos, las somatizaciones diversas...

Son enormes las consecuencias de esta configuración psíquica en la vida cotidiana de las mujeres.

En la relación con los **hijos**, como ya se ha mencionado, las madres se sienten compelidas a estar siempre presentes y a su servicio, a mostrar una constante disponibilidad tanto a sus necesidades emocionales como de cualquier otro tipo (de ocio, de descanso, de prestaciones de diversa índole, de consumo...) a costa de las propias necesidades en todos esos ámbitos. Les es difícil negarse a cualquier demanda, aunque su ayuda no sea ya estrictamente necesaria porque el hijo/a está en condiciones de hacerlo por sí mismo/a, y tienen enormes dificultades para hacer una repartición equitativa de deberes y tareas cuando los hijos son ya mayores, aunque frecuentemente acaban demandando alguna ayuda sólo a las hijas y recriminando/culpabilizando solamente a ellas si se niegan o protestan.

Las renunciaciones a una propia identidad hace que vivan más intensamente a los hijos/as (varía a menudo según el sexo) como una proyección/prolongación narcisística,

El ideal maternal y el sufrimiento psicossomático en las mujeres

como el espejo en que mirarse, un *alter ego* (deben realizar lo que ella no pudo ser/hacer como mujer, reflejan su buen hacer como madre...) y, en la misma medida, se sienten insatisfechas/cuestionadas/culpables si los hijos/as presentan algún tipo de problema o decepcionan sus expectativas.

Viven con malestar el tiempo que dedican a sí misma (ocio, amigos/as, perfeccionamiento, incluso trabajo remunerado...), porque puede considerar/ser considerado que «roba» tiempo/dedicación a su obligación principal (no sólo los hijos, también el marido, la casa, el cuidado de otros familiares...). Por ello deben hacer notables méritos para justificarse/hacerse perdonar, en el orden de la perfección, tal como se señala en el siguiente párrafo:

Suele desear/esforzarse en que todo en el hogar esté siempre impoluto y en perfecto estado, «recogido» desde muy temprano –un piso piloto–, de modo que todos los de adentro y los de afuera puedan apreciar su «buen hacer» como mujer/madre ama de casa y/o trabajadora remunerada. Los esfuerzos en las habilidades culinarias, decorativas, en el lavado/planchado de la ropa... constituyen variantes del mismo tipo.

No puede demandar ayuda, mostrar insatisfacción, hastío, cansancio... sin vivir sentimientos de inadecuación y malestar, porque supone sentir/mostrar su «debilidad» y el hecho de que los hijos, la familia, no constituyen la plenitud soñada.

En relación al **marido**, los comportamientos y las vivencias son muy semejantes a las experimentadas en relación a los hijos, ya que con frecuencia es vivido al mismo nivel: como Otro Hijo, privilegiado, además, en muchas cosas y exento de muchas demandas que frecuentemente van a parar a las hijas mayores (ayuda doméstica, compañía para las compras, los médicos, en problemas de salud...).

Se le suelen reconocer los mismos derechos que a los hijos (descanso, ocio, perfeccionamiento, *hobbies*, apoyo emocional, ser escuchado...) añadiéndole, además, el de cui-

dar/sostener su imagen y, sobre todo, su satisfacción sexual. Las mujeres tienen, muy a menudo, dificultades para negarse a las demandas sexuales o para pedir ellas el tipo de relaciones que desean, no necesariamente coincidente, en los tiempos y los modos, con las que desean los varones. Las dificultades para negarse o protestar por el tipo de relación impuesto pueden ser enmascaradas con diversas excusas-síntomas, que evitan la comunicación clara en torno a la problemática y el cuestionamiento narcisístico del marido.

Toleran que ellos escojan/acepten actividades o cargos que les exigen pasar mucho tiempo fuera de casa, en viajes constantes e imprevistos, aunque ello les supone a ellas un plus de soledad, sobrecarga, responsabilidad..., dependiendo de los casos (la edad propia y de los hijos, si se trabaja también fuera de casa...) y aunque ella, ante oportunidades semejantes, habría renunciado «para no estar separada de los niños, para atender a la familia...».

Muchas evitan a menudo los enfrentamientos directos y las muestras abiertas de desacuerdo, o la realización de demandas. Ello conduce a que la agresividad pueda ser contenida hasta estallar en explosiones de ira intermitentes, o en forma de quejas continuadas, o bien se mantenga censurada acompañándose de comportamientos aplacatorios y utilizándose, a veces, recursos sutiles o menos sutiles para socavar la autoestima de él. En cualquier caso, el malestar (la rabia) ante el maltrato, los abandonos, las insatisfacciones... suele manifestarse a través de diversos síntomas somáticos y, a menudo, también psíquicos.

No solicitar colaboración/no «permitir intromisiones» en la relación con los hijos –que son las dos caras de la misma moneda– constituyen mecanismos frecuentes en algunas mujeres para mantener un vínculo exclusivo y privilegiado con aquellos, quienes, a su vez, suelen entronizar a su Madre, manteniendo, con frecuencia, una relación de dependencia prolongada con ella que es, en

definitiva, la meta perseguida con tales comportamientos.

La hipertrofia de la importancia concedida a la relación/la responsabilidad con los hijos, el marido, o ambos, puede llevar a que la mujer abandone sus otros vínculos anteriores (la familia de origen, las amistades...) y todo tipo de relaciones o actividades extrafamiliares, lo que supone un factor de riesgo en caso de que se malogren, se pierdan... los vínculos con marido y/o hijos en determinadas circunstancias de la vida (divorcios, muertes, alejamiento físico o psíquico de los hijos mayores...), ya que carecerá entonces de recursos suficientes para afrontar tales situaciones.

En relación al trabajo, las mujeres oscilan entre el «miedo al éxito» (miedo a destacar, a asumir responsabilidades importantes, al ejercicio de la autoridad y el poder...) y la sobrevaloración/sobreactuación de comportamientos y objetivos tradicionalmente «masculinos»: el triunfo, la competencia descarnada, las relaciones frías y calculadas, el ascenso a cualquier precio, con el riesgo de desvalorizar todo lo considerado «femenino» (la maternidad, la disponibilidad y afabilidad, el cuidado de las relaciones personales).

Las mujeres se acercan a uno u otro polo, o asumen aspectos de los dos simultáneamente, pero generalmente con conflictos en ambos, porque perciben claramente, en ambos casos, la violencia implícita en un mundo que está diseñado para los hombres (sanos, jóvenes, fuertes) y que no tiene en cuenta las necesidades de las mujeres y de los colectivos que normalmente han estado a su cargo (niños, ancianos, minusválidos, enfermos...), sectores que han permanecido socialmente invisibles (como las propias mujeres) gracias al tiempo/cuidado que ellas le han dedicado/le dedican aún hoy.

El trabajo remunerado, tan valorado hoy por la mayoría de las mujeres y que, como muestran las investigaciones, constituye un factor de protección para la salud mental (fundamentalmente para la depresión), está siendo

asumido con un enorme coste físico y psíquico por el colectivo femenino y, en ambos casos, ello guarda mucha relación con nuestro Ideal maternal.

Coste físico, porque normalmente va acompañado de la asunción mayoritaria de la responsabilidad familiar y doméstica, con realizar tareas no apropiadas a sus condiciones físicas..., lo que conlleva un aumento del cansancio y un deterioro de la salud física (lesional y funcional).

Coste psíquico, porque suele ir acompañado de sentimientos de inadecuación laboral (no poder rendir, aprender... cuanto se quisiera, sentir que debe hacer dobles méritos y esfuerzos para ser valorada), de culpabilidad (por el tiempo que «quita» a las relaciones y ocupaciones familiares), de insatisfacción (por ocupar mayoritariamente puestos de baja cualificación y poco creativos, mal remunerados, precarios, de trabajo negro, con poca protección social y sanitaria, con tareas rutinarias o de cuidadora...), con prisas continuas, sensación de agobio y sobrecarga... y, lo que es peor, sentir que no puede protestar porque, a fin de cuentas, ella lo ha «escogido», aunque en muchos casos, por motivos económicos, esto sea un eufemismo: tanto por el hecho de trabajar fuera de casa, como por el trabajo «elegido».

A pesar de todo ello, las mujeres prefieren, preferimos, trabajar, pero el precio que se paga es demasiado alto. El hecho de que las cosas vayan cambiando tan despacio en este terreno y las mujeres españolas toleren, por ejemplo, bajas maternales tan cortas, llenándose de culpabilidad cuando, cada vez mayores, deciden ser madres con temores/conflictos en relación a su futuro profesional, y no exigiendo, a la vez, que se hagan obligatoriamente extensivas a los padres por algún período, está muy relacionado, paradójicamente, con el Ideal femenino-maternal. Tiene, en efecto, mucho que ver con el hecho de no considerarse **sujeto de deseo y de derechos** y con, en consecuencia, verse/sentirse obligadas a expiar su acceso al mundo masculino (su rup-

El ideal maternal y el sufrimiento psicossomático en las mujeres

tura con el modelo materno-femenino) con doble culpa y doble trabajo.

El esfuerzo que las mujeres deben, pues, hacer, en todos los ámbitos, para hacerse valorar primero, perdonar después, es ingente. Sin embargo, desde todas las tribunas se pregona cuánto han avanzado las mujeres en el último siglo..., pero de los costes se habla mucho menos.

A tenor de todo lo descrito, pueden entenderse algunas de las manifestaciones del sufrimiento femenino. El ordenamiento social masculino, de una parte, que ha cogido para sí todos los privilegios y derechos, entre ellos, y de modo especial, el de conservar/recuperar a la Madre a través de la obligada conformación de la mujer como **madre buena**, siempre disponible y nutricia; de la otra, las propias dificultades internas femeninas para rebelarse y cambiar el estado de cosas han hecho que la vida de las madres, de las mujeres, esté, ante todo, caracterizada por un **exceso de demandas**, que se ven compelidas a satisfacer, y una **escasez de gratificaciones**: dar demasiado a cambio de muy poco.

Como ha podido observarse, el sometimiento a un orden social tan absolutamente dispar y cercenador de toda identidad como sujeto-mujer ha sido, pues, perpetrado y cimentado mediante la conformación de una estructura psíquica femenina que le ha servido de sustento. La configuración de un modelo ideal de comportamiento inalcanzable ha llenado a la mujer de culpabilidad, dificultándole toda rebelión y haciendo que sólo le sea posible manifestar su malestar, su sufrimiento y expiar su rebelión, sofocada o parcial, a través de la vía psíquica y/o somática.

Bibliografía

- Argentieri, Simone:** «Postfazione». En *Nel segno della madre*, a cura di Anna Maria Mori. Edizioni Frassinelli, Como, Italia, 1992.
- Aries, Elizabeth J.; Olver, Rose:** «Sex differences in the development of a separate sense of self during infancy: Directions for future research»,

en *Psychology of women quarterly* (9), U.S.A., 1985, pp. 515-532.

Aulagnier-Spairani, Piera: «Observaciones sobre la feminidad y sus avatares». En *El deseo y la perversión* de Clavreu, J.; Rosolato G.; Valabrega, G.P. (1967), E. Sudamericana, Buenos Aires, 1984, pp., 69-97.

Badinter, Elisabeth (1992) (1980):

– «*L'amore in più*» (1980), Milán, Longanesi, 1981, 277 págs.

– «*La identidad masculina*». Ed. Alianza. Madrid, 1993.

Baker Miller, Jean: *Hacia una nueva psicología de la mujer (T. Orig: Toward a new psychology of women)* (1976), Ed. Argos Vergara, Barcelona 1978, pp. 188.

– «Women's mental health issues: Moving Forward with awareness program alternatives» (1984). En *Women and Mental Health. New Directions for change* a cargo de Mowbray, Lanir y Hulce, Ed. The Haworth Press, Inc., New York, 1984, pp. 29-36.

– «The effects of inequality on psychology». En *The gender gap in psychotherapy* (CX P.P, Rieker and E, Carmen), Ed. Plenum Press, New York, 1984, pp. 45-52.

– «Women's Psychological Development: Connections, Disconnections and Violations». En *Women beyond Freud. New concepts of feminine psychology*. Editado por Milton M. Berger, Brunner/Mazel, New York, 1994.

Burin, Mabel: *Estudios sobre la subjetividad femenina*. Ed. Grupo Editor Latinoamericano, Argentina, 1987, 403 págs.

Bornay, Erika: *Las hijas de Lilith*. Madrid, Cátedra, 1990.

Buzzatti, Gabriella: «Il «corpo a corpo» con la madre la scena psicoanalitica e la cultura delle donne». En *Corpo a corpo. Madre e figlia nella psicoanalisi*, G. Buzzatti y A. Salvo (Comps.), Roma, Bari, Editori Laterza, 1995, págs. 83-126.

Caïn, Jacques: «Magna Mater». En *Maternité Féminité. Revue française de psychanalyse*, tomo LI, Noviembre-Diciembre de 1987, págs. 1519-1530.

Canedo, Ana: «Sexualidad femenina y superyó». En *Cuadernos de Psicoanálisis. La falla fecunda: el inconsciente y las mujeres*. Ed. Eolia, España, 1995, pp. 35-37.

Chesler, Phyllis (1972): *Le Donne e la pazzia*, Ed. Einaudi, Torino 1977, traducido de «Women

- and madness-Doubleday & company». Inc Garden City, New York. 1972, p. 188.
- Chesler, Phyllis:** *Diario de una maternidad*. Ed. Martínez Roca, S.A. Barcelona, 1981. [Ed. Thomas Y, Crowell, Publisher, New York, 1979].
- Chodorow, Nancy:** *El ejercicio de la maternidad*. Barcelona, Gedisa, 1984 (1978).
- Corral, Natividad:** *El cortejo del mal*. En TALASA Ediciones, S.L., Madrid, 1996.
- Dini, Vittorio:** «Le madri del parto, delle acque, della terra. Continuità protettiva e santuarii terapeutici». En *Le grandi Maddri*, Giani Gallino (comp.), Milán, Feltrinelli Editore, 1989, págs. 84-92.
- Dio Bleichmar, Emilce:** *El feminismo espontáneo de la histeria. Estudio de los trastornos narcisistas de la feminidad*. Ed. Adotrap, Madrid, 1985, pp. 218.
- «Espacio privado-trabajo remunerado. factores protectores y de riesgo para la salud mental». En *Mujer, trabajo y maternidad*. Compilado por María José Carrasco y otros. UPCO, Madrid, 1995.
- Fezler, William; Field, Eleanor** (1985): *La mujer que lo da todo (y aun así se siente culpable)* (1987), Ed. Javier Vergara. Argentina, 1987.
- Flax, Jane:** *The conflict between murturance and autonomy in mother-daughter relationships and within feminism*. «Feminist Studies» Jun. 1978, Vol 4 (2), pp. 172-184.
- *Psicoanálisis y feminismo. Pensamientos fragmentarios*. Ediciones Cátedra. Madrid, 1995, 384 págs.
- Forst Lowery, Ellen:** *Sublimation and feminine identity*, 1985. «The Psychoanalytic Review» vol. 72, número 3, pp. 441-455.
- Freud, Sigmund:** Biblioteca Nueva, Madrid 1993
- *Estudios sobre la histeria* (1895).
- *Tres ensayos para una teoría sexual* (1905, 1909...).
- *Sobre la sexualidad femenina* (1931).
- *La feminidad* (1933).
- Graschinsky, Yudith & Lombardi, Alicia:**
- *El ideal maternal*, 1982. Documento mecanografiado, Centro de estudios de la mujer, Buenos Aires, número 22, 17 págs.
- Grasso, Laura:** *Madri e figlie. Specchio contro specchio*. Ed. Guaraldi, Firenze, 1979, pp. 212.
- Iriarte, Ana:** *Las redes del enigma*. Voces femeninas en el pensamiento griego, Madrid, Taurus, 1990.
- Kitzinger, Sheila:** *Donne come madri*. Ed. Bompiani, Milano, 1980 (Tit Orig: «Women as mothers», 1978), pp. 230.
- Krueger, David:** *Success and fear of success in women*. The Free Press, New York, 1984, 175 págs.
- Lombardi, Alicia:** *Entre madres e hijas. Acerca de la opresión psicológica*, Paidós, 1988, Barcelona, 231 págs.
- Loroux, Nicole** (1991):
- *Les Mères en Deuil*. París, Éditions du Seuil, enero, 1990.
- ¿Qué es una diosa? En *Historia de las mujeres, la antigüedad*, tomo 1 (bajo la dirección de Pauline Schmitt Pantel. Comp. por Georges Duby y Michelle Perrot), Madrid, Ed. Taurus, 1991, págs. 29 a 69.
- Loriga Gambino, M.:** «Terapie del disagio femminile. Madri e figlie: conflitti d'amore». En *Curare nella differenza*, Paola Leonardi (comp.), Milán, Franco Angeli, 1994, págs. 67-72.
- Martínez Benlloch, Isabel:** «Subjetividad y género: más allá de la ecuación simbólica». 7017/6. *Feminismo y Psicoanálisis*. Jornadas celebradas en Valencia en julio de 1995. Texto mecanografiado. Tomo III.
- Meler, Irene:** Identidad de género y criterios de salud mental, «*Estudios sobre la subjetividad femenina*» (comp.. Burin, Mabel), Ed. Grupo Editor Latino Americano, Argentina, 1987, pp. 349-374.
- Millot, Catherine** (1983): *Exsexo, Ensayo sobre el transexualismo*, Ed. Paraiso, 1984, Barcelona, págs., 142.
- Minetti, María Grazia:** *Il masochismo e l amore romantico: ovvero il complesso di Cenerentola*, 1985, Documento mecanografiado, Seminario «Freud e le Altre» Pordenone, 12 págs.
- Mitscherlich** (1985): «L'assenza del padre», 1970. *Dialettica della Famiglia*. Primera edición en 1974, Ed. Savelli, Roma, 1976, pp. 254-264.
- Muehlenhard, Charlene L.:** «Women's assertion and feminine sex-role stereotype». En *Stereotyping of women. Its Effects on Mental Health*, A C. de Franks y Rothblum, Ed. Springer Publishing Company, Inc, New York, 1983, pp. 153-171.
- Neri, Nadia:** «Madre e figlia: percorsi di donne nel processo analítico». En *Identità genere differenza*, Milán, Ed. Franco Angeli, 1991, págs. 11-16.
- Nicholson, Joyce:** *Las angustias de la maternidad*. Ed. Plaza y Janés, 1987, Barcelona. Págs, 126.
- Olària, Carme:** «La imagen femenina del paleolítico, 15.000 años de historia: mujer, madre y diosa».

El ideal maternal y el sufrimiento psicossomático en las mujeres

- En *Asparkia. Investigació feminista*. Castellón: Publicacions de la Universitat Jaume I, 1994 (1993).
- Paludi, Michele A.** (1984): «Psychometric properties and underlying assumptions of four objective measures of fear of success». En *The psychology of women* (Comp. Roth, Walsh, Mary). Ed. Yale University Press, New Haven and London, 1987, pp. 185-202.
- Pascale Langer, Fiorella:** «La qualità della relazione madre-bambino alla luce delle vicissitudini in gravidanza». En *Lo spazio cavo e il corpo saturato*, a cargo de Ferraro, F. & Nunziante-Cesaro, A. Editori Franco Angeli. Milano, 1985, págs. 177-224.
- Pedraza, Pilar:** *La bella, enigma y pesadilla*. Barcelona, Liberaf, 1991.
- Percovich, Luciana:** «Posizioni amorali e relazioni etiche». En *Verso il luogo delle origini*. La Tartaruga Edizioni, Milano, 1992.
- Philipson, Ilene** (1985): «Gender and narcissism». En *Psychology of women quarterly* (9) U.S.A., pp. 213-228.
- Pi-Sunyer, M. Teresa; Nuria Vendrell Cadena:** «Maternidad y crisis de identidad: carencias y recursos en la atención de la salud femenina». En *Mujer y calidad de vida*. Barcelona: C.A.P.S. 1991, págs 136-49.
- Pomeroy, Sarah B.:** *Diosas, Rameras, Esposas y Esclavas*. Madrid, Ed. Akal, 1987.
- Ranke-Heinemann, Uta:** *Iglesia católica y sexualidad. Eunucos por el reino de los cielos*. Hamburgo: Trotta, 1994 (1988).
- Rich, Adriene** (1976): *Nato di Donna* (1976, W.W. Norton and company, Inc.). Ed. Fonzanti, Italia, 1977.
- Ruiz, Piedad** (1981): «Mujer, ideal u objeto». En *Lo masculino y lo femenino*. Jornadas de psicoanálisis, Madrid, Consejo Superior de Investigaciones Científicas, 1989, pp. 58.
- Selingheri Pes, Fulvia:** «Ri flessioni su narcisismo e masochismo nel l'identità femminile». En *Rivista di psicologia analítica. Monográfico «Esistere come donna»* N° 16. Ed. Marsilio Editore, Venecia, 1977, pp. 47-64.
- Tubert, Silvia:**
- *La sexualidad femenina y su construcción imaginaria*. Fundación José Ortega y Gasset, Madrid, E. El Arquero, 1988, pág. 246.
 - *Mujeres sin sombra*. Maternidad y tecnología. Madrid: Siglo XXI de España, 1991.
 - «Los monstruos femeninos de la cultura europea». En *Enciclopedia Iberoamericana de Psiquiatría*, G. Vidal, R. Alarcón, F. Lolas (Comps.), Buenos Aires, Editorial Médica Panamericana, 1995, págs. 976-979.
- Vegetti Finzi, Silvia:**
- «Melusina, malia e fobia del femminile» En *Melusina. Mito e leggenda di una donna serpente*, de Barina, Chirassi Colombo, Fuser y cols., Roma, Utopía, 1986, págs. 117-133.
 - *Il bambino della notte*. Divenire donna divenire madre, Arnoldo Mondadori Editore, Milán, 1990, págs. 278.
- Vegetti Finzi, Silvia:** «Paradossi della Maternità e costruzione di un'etica femminile». En *Corpo a corpo*. A cura di Gabriella Buzzatti e Anna Salvo. Editori Laterza, Roma-Bari 1995.
- Wasserziehr, Gabriela:** «La muerte de lo femenino en la mitología griega». En *Asparkia: Investigació feminista*, núm. 2, Castelló, Ed. Publicacions de la Universitat Jaume I, 1993.
- Zanardi, Claudia; Pacentini, Teresa:** «Corpo/Mente: un linguaggio di donna?». En *Curare nella differenza*. A cura di Paola Leonardi. Editori Franco Angeli, Milano, 1994.

El superyó femenino

Dra. Nora Levinton Dolman

*Doctora en Psicología. Psicoanalista
Miembro de la Sociedad FORUM
de Psicoterapia Psicoanalítica*

La propuesta de este artículo es revisar algunos temas en el marco de la construcción de la subjetividad femenina desde la perspectiva que privilegia la cuestión de la modalidad de internalización de las normas, mandatos e ideales.

Se trata de profundizar en el complejo entramado que regula la relación de la mujer consigo misma y con su entorno, a través de la configuración de un modelo frente al cual se debatirá en permanentes comparaciones que revelan fallos, desajustes entre lo idealizado y lo percibido, y es causa fundamental de dolorosos conflictos acompañados del casi omnipresente sentimiento de culpa e inseguridad.

En el marco del psicoanálisis, estas problemáticas sobre el conjunto de normas e ideales atañen a lo que se define conceptualmente como superyó, instancia que a la manera de un organizador intrapsíquico queda ilustrada con la definición de «juez interno» cuya función se definirá como de autoobservación, censura, control de pulsiones, e ideal del yo. Se la describe así como una división del psiquismo, donde una parte observa críticamente a la otra, a la cual intenta reglamentar mediante restricciones. Representa esa instancia crítica, censuradora, encargada también de la forja de los ideales y de las aspiraciones que los sostienen. Toda una superestructura al servicio del moldeamiento para la adecuación al funcionamiento social.

La teoría psicoanalítica clásica plantea la estructuración de la subjetividad femenina a partir de la psicosexualidad, en la que el componente psíquico está significativamente determinado por un predominio de la sexualidad. Esto supone que se otorga a la condición biológica un rango privilegiado, y sus consecuencias, incluidas las psíquicas, serán descritas tomando como referencia el modelo masculino –es decir, el desarrollo del niño varón aparece como prototípico– frente al cual la caracterizada como feminidad de la niña ofrece el carácter de la desviación, carencia, insuficiencia.

De modo que sus alcances planteados en términos de acceder a unas metas predeterminadas presentan, asimismo, la cualidad del desvío, inferioridad, descalificación, en suma, respecto del patrón privilegiado: el masculino. Así se categoriza en el hombre un mayor sentimiento de justicia, y en la mujer un menor sentido ético, o incapacidad para la sublimación o mayor labilidad emocional a la hora de tomar decisiones.

Todo ello sin incluir que los parámetros desde los que se evalúan estas disposiciones revelan una valoración marcadamente sesgada sobre lo que se pretende considerar. Hoy resulta innegable que muchas de las afirmaciones sobre la feminidad se asentaron sobre ideas preconcebidas en torno a un «ideal femenino» imbuido de categorías esencialistas sobre la mujer derivadas de su rol tradicional como esposa y madre.

Es esta consideración la que me ha orientado a intentar una propuesta que ampliase los límites de la cuestión del superyó más allá de lo que se articula respecto de la sexualidad en torno al complejo de Edipo, y un intento para salir del *impasse* y establecer la hipótesis de un superyó femenino que pueda ser pensado no como variación del modelo masculino.

En esta búsqueda me adscribo a la línea que plantea Emilce Dio Bleichmar y su articulación teórica entre psicoanálisis y género; sus ideas son el germen de este trabajo.

Por tanto, será necesaria otra formulación tanto para describir el funcionamiento del sistema normativo en la mujer como para valorar los criterios con que se piensan sus efectos sobre la subjetividad femenina. Una formulación que otorgue un valor fundamental a la interacción recíproca con otros sujetos definiendo el principio básico de la intersubjetividad como fundamento de constitución de la mente y considerando el apego como el trabajo psíquico que surge en la relación primordial con la madre, como el punto de partida que pone en marcha este proceso.

El superyó femenino

Otorgar al superyó esta condición de génesis preeminente nos ayuda a entender la repercusión emocional que para ambas –madre e hija– tendrá la pertenencia al mismo género y la pregnancia de esos imperativos categóricos transmitidos y adquiridos como efecto de la relación intersubjetiva transgeneracional.

Como plantea Dio Bleichmar:

«La feminidad/masculinidad se construye en la intersubjetividad y en la interacción. No hay fantasma sin gesto, ni gesto que no se genere en una representación. La feminidad/masculinidad son representaciones de la mente de los adultos, significados conscientes y preconscientes como los de la madre y la abuela de ese niño, y contenidos inconscientes –fantasmas de feminidad/masculinidad– recluidos en estratos más inaccesibles. Pero los fantasmas inconscientes también se transmiten de generación en generación a través del discurso o de la acción» (1997: 72).

De este modo, nos referimos al género como la construcción social de las diferencias anatómicas, red de creencias, rasgos de personalidad, actitudes, sentimientos y valores, conductas y actividades que diferencian a hombres y mujeres, y también como la reacción diferencial dicotómica del adulto frente a la cría humana. Es decir, a poder pensar la constitución subjetiva de la identidad no como algo neutro sino emergiendo femenino o masculino, el género como identidad inconsciente y/o preconsciente que conformará uno de los pilares del sistema ideal del yo/superyó, implantado a partir del adulto en la relación intersubjetiva, y con una condición prescriptiva y normativa.

Nos interesa especialmente la cuestión sobre cómo el género influye en la organización superyoica, siendo algo que le preexiste, donde todo niño/a va a estar inmerso: un mundo lingüístico y de relaciones humanas impregnadas de distinciones de género de toda clase: vestimenta, actitudes, gestos, fun-

ciones, roles. Es decir, el género descrito como sexo asignado, construido y configurado por la fantasmática parental, que lo implanta instituyendo el yo del sujeto (Dio Bleichmar, 1997: 79).

Por tanto, el género constituirá el fundamento de la identidad: del sentimiento y noción de ser niña o varón, femenino o masculino, haciéndose extensivo el concepto de feminidad a la identidad temprana que tiene toda niña como igual a la madre y diferente del padre, lo mismo que a la inversa en el varón. Es decir, que su feminidad comienza en un proceso de reconocimiento del sí mismo, en un sentimiento del ser, proceso de identificación originaria que se conformará como núcleo de la identidad de género que, con posterioridad, adquirirá el atributo de la sexualidad. De igual forma a como los niños/as pueden reconocer a sus padres como seres separados y distintos aun cuando el contenido sexual no está constituido.

Pero la pertenencia al mismo género incidirá en la tendencia de la madre a experimentar a su hija como una continuación de sí misma, reforzando los aspectos de apego y dependencia recíproca y obstaculizando la separación y la autonomía. Condición que a posteriori potenciará la mayor dificultad de las mujeres para separarse-discriminarse en el sentido de individuación y que además tendrá el valor añadido de ser interpretada, por definición, como una falla en su desarrollo. En contraposición, como lo plantearemos más adelante, la masculinidad se verá facilitada en estos mismos aspectos de separación/discriminación por la propia madre.

A través de la relación temprana con la figura materna proveedora de significaciones, podemos vislumbrar de qué manera la niña internaliza un superyó asociado a las prescripciones de género que su madre, en primer lugar, transmitirá, y que, a posteriori, quedarán reforzadas, intensa y coercitivamente, con infinitas variaciones desde las instituciones de lo simbólico, canales de intervención prove-

nientes de la esfera de lo público. La cultura a través de la escuela, la religión, los medios de comunicación, serán una duplicación insistente del arcaísmo que repite algo más de lo mismo sobre la feminidad. Incluso desde el propio modelo teórico del psicoanálisis, tal como hemos señalado, lo cual nos ha orientado a buscar otras categorías en torno a cómo se instituye el sistema del superyó que no quede circunscrito al fundamento que privilegia exclusivamente la legislación de la sexualidad.

De modo que la forma en que se inscriba en la hija la relación con la madre, y las consecuencias que promueven en la madre el sexo y el género de su hija, serán el patrón de la primera identidad femenina. Dependerá en este sentido de lo que la relación entre ambas como identificación originaria facilite, conformándose como núcleo de identidad de género, sobre el cual se irán sumando, en las sucesivas etapas, las representaciones «cargadas» de sesgos que marcarán su feminidad. Sus contenidos son implantados, proyectados, desde los adultos a la niña. La especificidad de compartir el mismo sistema sexo/género tiene una importancia capital en el caso de la mujer porque instituye un contenido particular al psiquismo con el valor de un imperativo categórico del tipo «serás madre y te preocuparás por la vida y las relaciones». La madre representa para la niña un paradigma que valoriza como propio del género el cuidado de la vida y de las relaciones, condición que gozará del protagonismo en la jerarquía motivacional. Este proceso se inicia en la infancia temprana y se reinvierte a lo largo de todo el ciclo vital.

Paralelamente las diferencias de género imponen una socialización que se organiza sobre la base de la legitimación de la agresividad masculina como un rasgo incorporado al carácter y, como contrapartida, en la mujer el favorecimiento de la tolerancia a la frustración, a la renuncia y al «sí mismo en relación» enraizada en la poderosísima motivación de apego.

La madre se erige como primera figura de apego, fuente de identificación, así como la gran proveedora. Y lo que ella transmite tanto a través de conductas preverbales como de mensajes explícitos es un modelo de feminidad, o sea, de lo que para ella es ser una mujer. Modelo prescriptivo por excelencia: sobre la niña, sobre sus hábitos y reacciones emocionales, sobre lo que está permitido o censurado hacer, pensar, decir, legislando no sólo lo que es bueno o malo, sino lo que corresponde ser para ser mujer. Contenidos implantados desde los adultos a la niña y también por oposición complementaria al género masculino, ya que en el discurso parental es donde se halla más constituido el género como creencia matriz, o sea, como idea latente con un fuerte contenido emocional.

Es decir, que las normas, en tanto fijan lo aceptable y lo reprobable en el orden moral, impondrán como mandato de género privilegiado el cuidado de la vida y las relaciones, la entrega, la empatía como capacidad para la comprensión del estado anímico de otro, un proceso que requiere una compleja coordinación de componentes psicológicos y cognitivos. Rasgos todos ellos que condicionan estrictamente el comportamiento en relación a los otros sujetos.

La madre transmitirá un discurso normativo a través de censuras y limitaciones sobre el que se asientan posteriores restricciones y determinaciones y más tarde las instituciones de lo simbólico redoblan la prescripción del imperativo, que enfatiza el papel de la mujer homologado con la figura de la madre incondicional.

Asimismo, la equivalencia entre los usos que componen el sistema normativo y su correspondencia con la moral parte del presupuesto de que las normas de crianza y la relación madre-hija no se hallan legisladas o regladas por ningún código consensuado o legítimo que no sea el propio uso.

Pero, ¿qué moral? O dicho de otra manera, ¿cuál es el contenido de estas normas?

El superyó femenino

¿Cómo se convierten en prescriptivas? Y ¿cómo se valoran las desviaciones frente a lo estipulado?

En relación al tema de las normas, plantea Jane Flax (1990: 377) que «es difícil separar el discurso normativo de los ejercicios de poder potenciales o conceptuarlo de otro modo que no sea dominación». Afirmación que nos lleva a plantearnos el origen del discurso normativo.

Si pensamos en su ordenamiento cronológico: ¿cómo comienzan a instituirse estas normas de uso doméstico? ¿Quién sanciona y reprime –en el sentido más amplio del término– a la niña para promover estas normas? Sin duda, es la madre quien se ocupa de forma privilegiada de señalar las pautas ligadas fundamentalmente a marcar limitaciones, restricciones, prescripciones..., es decir, a producir frustración. La madre sanciona lo que no se puede hacer, tocar, comer, impone horarios, normas de aseo, orden y disciplina. Y, más tarde, en la pubertad, se responsabilizará de la represión y control de la sexualidad de sus hijas.

De modo que lo que la niña percibe es la figura de una mujer transmisora de unas normas más o menos estrictas conforme a los usos sociales de su medio y que no vacilará en atribuir una valoración específica al cumplimiento de las mismas. Por tanto, si el cumplimiento de las normas es premiado, la niña incorpora no sólo el contenido sino el valor de que obedecer es «ser buena» y que cuando «es buena» se la recompensa expresándole aprobación/amor.

Así, el incumplimiento de la normativa que opera como prescriptiva tendrá consecuencias tanto en lo intersubjetivo, en la medida que la madre castiga a la niña desobediente con miradas cargadas de reprobación o frases descalificadoras y/o castigos más concretos, como en lo intrapsíquico, ya que la significación que corresponde al incumplimiento de las normas es el sentimiento de «ser mala»/no querida. Contenido de diferente valoración en

niñas y varones, al presuponerse para la niña que **debe** ser buena, es decir, dócil, como un atributo natural de su pertenencia al género femenino. Eso es lo que se espera de ella en tanto niña, a diferencia de lo que sucede en el caso de los varones.

Abundando en la propuesta a la que nos referimos, las normas concretas de la vida cotidiana quedan localizadas privilegiadamente en la esfera doméstica y, sobre todo, planteadas en un mundo de relaciones interpersonales significativas. Repercuten especialmente por ser la caja de resonancia de las emociones propias de la subjetividad femenina. Lo que se va consolidando es ese «para qué debo hacer lo que debo» tan indisolublemente ligado, por ejemplo, a evitar la culpa que surge con el incumplimiento de los mandatos de género. Posteriormente será para no ser censurada, excluida, calificada de fálica, de usurpadora, para no ser la mala madre, amiga, esposa, nuera, etc., para no ser abandonada, desaprobada, para no sentirse responsable del posible daño cometido.

Pero, si nos alejamos del ámbito de lo doméstico, y en lo concerniente a sí mismas como sujetos, ¿las mujeres no tienen normas? ¿Puede hacerse esa aseveración? O, como proponíamos anteriormente, ¿lo que queda en entredicho es el espacio de legitimación de sus normas? Este es el argumento central que nos interesa reformular. Dicho de otro modo: ¿por qué el contenido de esas normas acaba circunscribiéndose a la sobrevaloración de la vida emocional y desligándose del ámbito de lo público?

Restringida a la esfera doméstica, al ámbito de lo privado, las normas y su sanción tendrán efectos de especial repercusión en el área de influencia específica: cómo se significan las relaciones y su incidencia amplificada sobre el mundo emocional. La dificultad de circulación de las mujeres por el espacio público responde tanto a la exclusión a la que se han visto sometidas como a la propia inhibición que obstaculiza su incorporación a un univer-

so que requiere unas habilidades instrumentales para las que se sienten poco capacitadas. En la esfera de lo privado, normas y transgresiones corresponden a otro orden porque se derivan de leyes emocionales cuya transgresión trae aparejada la sanción de la culpabilización. Al ser ese ámbito el preferente, es también el que ofrece mayores flancos de vulnerabilidad y de riesgo de sufrimiento ya que en él se ubica el núcleo de su identidad.

El espacio privado introduce además un factor fundamental: la temporalidad. En la vida pública, la sanción legal penaliza un delito, y una vez cumplida la condena, puede accederse a la liberación, pero las consecuencias de la sanción moral, «el sentirse mala», no prescriben, de modo que el sentimiento que la acompaña permanece perenne.

Es decir, que la observancia de reglas y normas de funcionamiento social mantendrá para las mujeres esa impronta afectiva donde la búsqueda de aprobación y/o amor quedará como sello que privilegia las opciones en función del eco emocional que susciten como respuesta en su entorno y en ellas mismas. De manera que es vivida con mayor preocupación y culpabilidad el incumplimiento o transgresión de los pactos implícitos en las relaciones, pero con evidente menor implicación y/o desinterés aquellas demandas de la realidad social, desde algunos sencillos trámites burocráticos hasta la más sofisticada forma de participación en el espacio público, como podría ser la actividad política. Como si fuese más temido y más valorado internamente la reprobación y su efecto en la subjetividad, que las sanciones propias del incumplimiento de la ley en términos jurídicos (una vez más el ejemplo de Antígona, eligiendo morir siendo hermana de Polinices, y renunciando a ser ciudadana de Tebas, ilustra magistralmente esta propuesta).

Como consecuencia, la dinámica que se pone en funcionamiento favorece que se invierta mucha más energía, tiempo y dedicación en mantener un inestable equilibrio emocional, pendiente de peligros de crisis de pare-

ja, de peleas con los padres o los hijos, y/o los compañeros de trabajo y no en cuidar que no se venzan los plazos de presentación de una documentación necesaria para un proyecto o de prever con antelación el pago del seguro médico. Las exigencias «prácticas» resultan así fuera de su incumbencia, «otras» son las preocupaciones relevantes.

Al describir algunas cuestiones relativas a la subjetividad femenina, insistimos en la dificultad añadida para la discriminación entre posibles deseos y lo que podemos llamar imperativos categóricos. La posibilidad de rastrear deseos puros, no contaminados por imposiciones del formato de género, parece ilusoria.

Y es así porque las normas se transforman en ideales vehiculizados a través de deseos. En otros términos, la norma o imperativo externo pasa a ser idealizada en la subjetividad, convirtiéndose en ideal que moldeará al deseo.

De ahí que la transgresión del sistema normativo en el orden moral produzca culpabilidad, y su cumplimiento, alivio de la persecución interna. Y en términos de narcisismo, el no acceder a logros, a realizaciones que favorezcan sentirse valiosa ante sí misma y ante los demás, desencadena sentimientos de desvalorización.

La fuerza o severidad del juez interno caracterizado como superyó estará condicionado por el margen de permisividad con que la mujer se pueda apartar del cumplimiento de estas normas y no exclusivamente por las temáticas de los contenidos.

En cuanto a los ideales, hacen referencia a las aspiraciones autoimpuestas para tener un sentimiento valioso de sí misma, ya que paralelamente se instituye un Ideal de género como prototipo al cual se toma como modelo para conformarse de acuerdo con él.

Y ¿cuáles son los ideales que conforman ese modelo?

Básicamente, se trata de contenidos idealizados desde el imaginario femenino que defi-

El superyó femenino

nen la pertenencia a lo estipulado como propio del género femenino por medio de un marco restrictivo e imperativo: sus múltiples significaciones como núcleo fundamental donde lo privilegiado es la emotividad. Teniendo en cuenta la prevalencia en la mayoría de las mujeres de la motivación de apego, se sobrevalora aquello que corresponde al ámbito de las relaciones circunscribiéndose la meta a «querer y ser querida». La prioridad es reencontrar en toda actividad el incremento de la vinculación afectiva con otras personas más que la actividad en sí misma.

Lo que el modelo de feminidad propone esencialmente es la «naturalización» de ciertos rasgos de carácter que parecen tomar como característica principal la superposición de la ecuación que implica mujer=madre. En las niñas se tiende a reforzar la empatía (bajo la forma encubierta de ser buenas, cariñosas, cuidadoras) como rasgo primordial que las estimule a experimentar las necesidades y los sentimientos de los otros como si fueran propios. En un claro reflejo de lo que exige la función materna: atención y dedicación a otro, por encima del registro de los propios requerimientos. No deja de resultar paradójico que, justamente, una tarea de envergadura tal como la que supone la crianza de un bebé con lo que conlleva de «alumbramiento», en el sentido que la maternidad implica de ser guía, sostén y garante del cuidado de una nueva vida, esté tan desvalorizada en nuestra cultura –no solamente carece de reconocimiento social frente a otra responsabilidad sino que además, comparativamente, se descalifica el esfuerzo que comporta–. Aunque, a posteriori, se responsabilice (y culpabilice) a la madre unívocamente de los efectos de su modalidad de crianza.

La función materna presupone y exige atención y dedicación a un otro por encima del registro de los propios requerimientos. Lo que podríamos llamar una narcisización de la frustración, es decir, otorgarle a la frustración un carácter idealizado en tanto favorece el cum-

plimiento de un mandato transformado en ideal.

Pero paralelamente se va configurando el déficit de autocuidado, de autoempatía, porque mientras se «escudriña» minuciosamente qué puede estarle pasando al otro/a, se niegan los indicios sobre el propio malestar y la desconexión consigo misma.

Cumplimiento de género que impone mandatos de docilidad, obediencia, complacencia, para evitar el displacer de la tensión de la confrontación y determina ideales de bondad y empatía.

Un cruzamiento de la identidad femenina que al idealizar la privación se conforma sintónicamente con el sufrimiento: ser una santa *vs.* ser una madre desnaturalizada. Privación naturalizada que no es ni siquiera idealizada, instituida en el formato de la maternidad. Por tanto, cuando no se accede al ajuste correspondiente, al formato de género, padecerá la feroz autocritica del sufrimiento producido por su propia desaprobación más la crítica del entorno.

Dependencia emocional

Una de las condiciones que ejercen más presión sobre la subjetividad femenina es que no existe freno simbólico alguno para disminuir la culpabilidad de las mujeres en torno al desinterés o transgresión de esta dedicación al cuidado.

Como si a partir de la amenaza inicial de «si eres mala, no te vamos a querer más» –y ser mala es ser desobediente, o sea, no obedecer, complacer, no satisfacer a mamá y papá y, posteriormente, a todas las figuras significativas dispuestas a repetir este chantaje emocional– se fuera estructurando una forma de interrelación donde ser querida, valorada, aprobada, es el fin primordial y cualquier discrepancia lo pone en peligro.

Teniendo en cuenta el reforzamiento de los vínculos como consecuencia de la primacía jerárquica de la motivación de apego, la san-

ción más temida será la amenaza de la pérdida de amor, aplicable a casi todas las relaciones y que a posteriori adquirirá un carácter especialmente dramático en el caso de la pareja, ya que entre los ideales propios del género está la consideración del amor como «el gran asunto de la vida».

La relación con el otro sigue teniendo la cualidad de ser la fuente de reaseguro, de soporte de la autoestima por la garantía de ser alguien para otro. Las mujeres preservan la expectativa de que las parejas sean el refugio frente a las adversidades de la vida de afuera y, paradójicamente, en muchas ocasiones es un frente de batalla más donde se encuentran con armas antiguas e inadecuadas frente a una especie de enemigo amado-odiado-temido-necesitado cuyas reacciones las desconciertan y paralizan. La confusión consiste en creer que como el ámbito de las mujeres es la vida privada, ellas tienen el gobierno de este espacio.

Sin embargo, descubren tarde... y dolorosamente que, a la hora de definir un verdadero contexto de dominio, les queda una especie de premio-consuelo. Que su voz no es escuchada a la hora de la «verdad verdadera» y en las decisiones importantes su incidencia es escasa o... nula.

Como habíamos anticipado, en el origen del profundo desencuentro emocional que subyace a tantos conflictos de pareja quedan reflejadas, una vez más, las diferencias de socialización en niñas y varones.

Así como la masculinidad se verá facilitada por la separación/individuación de la madre, ya que al no ser portadora del mismo sistema sexo-género que su hijo varón favorece una mayor diferenciación. Esta misma condición genera en los varones, y posteriormente en los hombres, más dificultades con la intimidad, vivida como invasora y amenazante. A los hombres, como rasgo de género masculino, se les plantea la exigencia de no dejarse capturar por la así entendida debilidad de la vinculación emocional, y –por tanto– reprimen los

aspectos asociados a la indefensión y vulnerabilidad. Al asociarse la expresión emocional con la debilidad, formará parte del «hacerse un hombre», dominar las emociones que pueden llevarlo a posiciones de fragilidad y falta de control, tan amenazadoras para su autoestima. Esta coyuntura marcará la condición básica de desajuste en las parejas heterosexuales.

Por eso en el reclamo que las mujeres hacen de atención y cuidado los hombres se sienten exigidos a cumplir una tarea para la que no están preparados: el contacto afectivo como expresión de la proximidad en la relación. En ellos, la satisfacción de la motivación sexual refuerza debidamente su sistema narcisista. Pero en las mujeres se hace necesario el reaseguramiento del vínculo para lograr este mismo cometido. Esta coyuntura marcará la condición básica del desajuste en la pareja, y dado que las mujeres sobrevaloran su vida de relación, las vicisitudes de ésta serán vividas con la máxima intensidad emocional.

Ante una posible separación, el fantasma de la soledad acompañando al autorreproche de no ser lo suficientemente valiosa, no haber hecho lo que correspondía para conseguir enamorar, retener o recuperar a la persona amada, será una fuente de enorme sufrimiento asociado al sentimiento de indefensión y vulnerabilidad que incrementarán los temores que cualquier ruptura pueda suscitar.

Asimismo, se favorecerá la irrupción de culpa por el incumplimiento de una de las normas implícitas: cuidar al otro, saber preservar las relaciones, puesto que es evidente que el solo hecho de haber sido «entrenadas» cuidadosamente en esta disponibilidad a la empatía no garantiza el éxito de las relaciones, lo que no invalida que las relaciones no cursen con reproches paranoides y todo tipo de psicopatología.

De ahí que la autoinculpación permanente ante cada variación del vínculo afectivo en sus dificultades y vicisitudes se autointerprete como falla de la identidad. Esto conlleva una

El superyó femenino

tendencia a la hipervigilancia sobre el estado de bienestar del vínculo, con aprensión y temor a la separación siempre presentes y a la pérdida. Una inmensa mayoría de mujeres aún se debate entre la expectativa del amor romántico, firmemente respaldado desde los medios de comunicación, y la dolorosa decepción de una vida doméstica donde las transacciones cotidianas las colocan en las situaciones más desfavorecidas, con poco margen de maniobra, inhábiles a la hora de negociar formas de interrelación. En muchos casos soportan situaciones de desconsideración y maltrato tanto por el dolor y el temor a ser abandonadas por una parte, como por la inmensa culpabilidad que acompaña las decisiones de ser las promotoras de una ruptura de pareja. Culpa enormemente reforzada cuando hay hijos pequeños de por medio frente a los cuales se pueda sentir responsable por privarlos de esa idealizada unidad familiar. Se suma así el factor del duelo que deben realizar de la fantasía romántica como proyecto vital y de la expectativa de pareja ideal que creyeron poder concretar. Es la muerte de una ilusión largamente acariciada, con todas las implicaciones emocionales y sintomáticas que un duelo supone. Lo mismo podría plantarse en el caso de la decisión de un aborto, que se toma como una «cuestión materna» aunque sea el hombre el que lo exija.

En síntesis, los rasgos contenidos en el formato de feminidad remiten así a la abnegación, a ponerse al servicio de otros, a la capacidad de entrega, a la postergación y renuncia de los deseos y proyectos personales, a la sobrevaloración de la pareja y la familia como la empresa principal a salvaguardar, a tratar de contener las ansiedades y tensiones del entorno donde se circula, etc. Al ser éste el contenido internalizado como ideal, la dificultad para alcanzar la meta deseada es vivida como incapacidad y acarrea el sentimiento de imposibilidad de realización del deseo, que desemboca tan frecuentemente en la depresión, como manifestación recurrente del ata-

que interno a la propia autoestima. Es un sentimiento ligado a la impotencia para modificar la situación: no puede lograr que su deseo (ideal de pareja, de familia) se realice, ni dejar de desearlo (Bleichmar, 1997: 37).

El género y su incidencia en la organización superyoica

Estudios comparativos y diferentes investigaciones, entre las que tomo a Carol Gilligan (1985) como referencia privilegiada, ponen de manifiesto cómo, desde las edades más tempranas, las niñas tienen distintas respuestas, que privilegian aspectos diferentes y que frente a preguntas que evalúan sus juicios morales ponen el énfasis en una ética del cuidado que prioriza desde esa óptica las relaciones personales y las responsabilidades que éstas implican. Es decir, que habría ya una lógica diferente que las llevaría a hacer distintas valoraciones en función de una aprehensión de la realidad mediatizada por la incidencia de las emociones en su modalidad cognitiva, de ahí la selección que hacen de los datos que se les ofrecen, o sea, distintos conceptos de lo que tiene valor en la vida establecidos muy precozmente.

Gilligan va estableciendo una revisión que le permite arribar a conclusiones que ella plantea considerando el conflicto entre dos tipos de éticas: «la ética de la justicia», correspondiente a la perspectiva moral masculina, y la «ética del cuidado», que correspondería a la femenina.

«La interpretación que la mujer da al problema moral como problema de cuidado y responsabilidad en las relaciones, y no de derechos y reglas, vincula el desarrollo de su pensamiento moral con cambios en su entendimiento de la responsabilidad y las relaciones, así como el concepto moral como justicia vincula el desarrollo con la lógica de la igualdad y la reciprocidad. De este modo, subyacente en una ética de cuidados y atención hay una lógica psicológica de relaciones que contrasta

con la lógica formal de imparcialidad que imbuye el enfoque de la justicia» (página 126).

Para la autora el problema moral surge del conflicto de responsabilidades más que de la competición de derechos, y requiere para su resolución una manera de pensar contextual y narrativa, y no formal y abstracta. Es una concepción de la moralidad, alrededor vinculada con el cuidado, que ubica el foco del desarrollo moral en la comprensión de la responsabilidad y de las relaciones mutuas, del mismo modo que la concepción de la moral como justicia vincula el desarrollo moral con la comprensión de los derechos y las reglas (Gilligan, 1985: 42).

Retomamos así nuestra hipótesis sobre que lo que confiere especificidad a la feminidad es la prevalencia de la motivación de apego, que articula la vinculación afectiva y la sobrevaloración del mundo relacional con la decisiva incidencia en la apreciación de un sí misma (narcisismo), reforzando el cumplimiento de los ideales de género.

Por tanto, la mayor dificultad reside en la depositación masiva de expectativas derivadas del apego, lo que obstaculiza que las mujeres se valoren a sí mismas en otros espacios de experiencias. Surgen aspiraciones de tipo intelectual y/o laborales, pero los logros en estos ámbitos no alcanzan el mismo grado de auto-satisfacción narcisista.

De modo que el reaseguramiento de los vínculos afectivos se constituye en el eje de la feminidad, dificultando la tarea de regulación psicobiológica por la ansiedad que despierta e introduce un factor de distorsión importantísimo: el problema está siempre focalizado en la relación con un otro y esto conlleva una progresiva desconexión consigo misma.

Paradójicamente, la asociación entre emocionalidad y fragilidad femenina impide reconocer la importancia de la consideración de las necesidades emocionales, y establece parámetros sesgados por el carácter masculino de disociación y negación de estas mismas necesidades, habitualmente satisfechas ya en

los hombres por las figuras femeninas de su entorno.

En esta línea, la pregunta fundamental es: ¿pueden las mujeres elegir otras normas?, o en la medida en que no se puedan primero deconstruir los formatos preestablecidos y posteriormente transformar los materiales e instrumentos que intervienen en la construcción de su subjetividad, se seguirá adornando una pretendida liberación femenina que se aproxima en sus objetivos a ese enunciado, pero tropieza irremediabilmente con un mundo emocional donde se duplican las dificultades propias de la existencia de todo sujeto con las asimetrías que las mujeres arrastran desde hace siglos.

Tanto las restricciones del entorno social como la propia estructura del superyó dificultan estos cambios y refuerzan las inhibiciones para buscar alternativas que, partiendo de la reflexión sobre estos temas, nos ayuden a salir de un continuo retorno al punto de partida.

Conclusiones

Los puntos aquí tratados son sólo un esbozo esquemático de algunos de los aspectos sobre los que es preciso pensar, debatir y construir nuevas conceptualizaciones.

No para favorecer la autoconmiseración, sino la puesta en cuestión de los ideales a los que podemos estar esclavizadas.

Pensar en la crisis de los modelos de feminidad vigentes requiere revisar la incidencia de todos estos factores ya identificados como constitutivos de la subjetividad femenina.

Porque las ambivalencias e insatisfacciones de muchas mujeres que alcanzan un cumplimiento adecuado de sus ideales denuncia que algo más profundo compromete su bienestar.

Sobre estos paradigmas, constitutivos de la feminidad, es sobre lo que reflexionamos.

El objetivo es claramente un intento de formular aproximaciones que operen como instrumentos de producción de cambios.

El superyó femenino

«Las generalizaciones son injustas, falsas y poco dignas de crédito. Pero es imposible teorizar sin generalizar. Obviamente, hay más de una mujer que escapa a mi caracterización, y seguramente más de un hombre que podría muy bien entrar en ella. Pero eso no importa nada. Hablo de una tendencia que creo que tiene su fundamento histórico y cultural, y que es reconocible en una serie de datos empíricos. Hablo, además, de una opción que creo valiosa y que, por tanto, exige una cierta dosis de voluntarismo» (Camps, 1990: 137).

Bibliografía

- Alpert, J., Spencer, J.** (1986). Morality, gender and analysis. En: *Psychoanalysis and women: Contemporary Reappraisals*. J. Alpert (comp.). Hillsdale, NJ: The Analytic Press.
- Amorós, C.** (1985). *Hacia una crítica de la razón patriarcal*. Barcelona: Anthropos.
- Amorós, C.** (1994). Igualdad e identidad. En: *El concepto de igualdad*. A. Valcárcel (comp.). Madrid: Pablo Iglesias.
- Balint, M.** (1968). *La falta básica*. Buenos Aires: Paidós (1982).
- Benjamin, J.** (1988). Los lazos del amor. Psicoanálisis, feminismo y el problema de la dominación. Buenos Aires: Paidós (1996).
- Bernstein, D.** (1983). The female superego: A different perspective. *International Journal of Psycho-Analysis*, 187, 64.
- Bernstein, D.** (1990). Female genital anxieties conflicts and typical mastery modes. *International Journal of Psycho-Analysis*, 71, 151-165.
- Bleichmar, H.** (1983). *El narcisismo. Estudio sobre la enunciación y la gramática inconsciente*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Bleichmar, H.** (1986). *Angustia y Fantasma*. Madrid: Adotraf.
- Bleichmar, H.** (1996). *Formas clínicas del masoquismo. Dependencia amorosa patológica* (Comunicación personal). Universidad Pontificia Comillas.
- Bleichmar, H.** (1997). *Avances en psicoterapia psicoanalítica. Hacia una técnica de intervenciones específicas*. Barcelona: Paidós.
- Bowlby, J.** (1969). *El vínculo afectivo*. Barcelona: Paidós (1993).
- Bowlby, J.** (1988). *A secure base. Clinical applications of attachment theory*. London: Routledge.
- Burin, M., Meler, I.** (1998) *Género y familia*. Buenos Aires: Paidós.
- Burin, M.** (1987). *Estudios sobre la subjetividad femenina. Mujeres y salud mental*. Buenos Aires: Grupo Editor Latinoamericano.
- Burin, M., Dio Bleichmar, E.,** comp. (1996). *Género, Psicoanálisis, Subjetividad*. Buenos Aires: Paidós.
- Camps, V.** (1990). *Virtudes públicas*. Barcelona: Espasa Calpe. Losada (1977).
- Dio Bleichmar, E.** (1997). *La Sexualidad Femenina. De la niña a la mujer*. Barcelona: Paidós.
- Dio Bleichmar, E.** (1985). *El feminismo espontáneo de la histeria*. Madrid: Adotraf.
- Dio Bleichmar, E.** (1991). *La depresión en la mujer*. Madrid: Temas de Hoy.
- Dio Bleichmar, E.** (1995). *El fantasma de la mirada en la seducción paterna*. Conferencia presentada en el curso Feminismo y Psicoanálisis de la Universidad Internacional Menéndez Pelayo (Valencia).
- Dio Bleichmar, E.** (1996). Femenidad/masculinidad. Resistencias en psicoanálisis al concepto de género. En: *Género, psicoanálisis, subjetividad*. M. Burin & E. Dio Bleichmar (comp.). Buenos Aires: Paidós.
- Dunn, J.** (1995). Intersubjectivity in psychoanalysis. A critical review. *International Journal of Psycho-Analysis*, 76, 723.
- Fast, I.** (1979). Developments in gender identity: Gender differentiation in girls. *International Journal of Psycho-Analysis*, 60, 443.
- Fast, I.** (1990). Aspects of early gender development: Toward a reformulation. *Psychoanal. Psychol.*, 7 (supl.), 105-118.
- Fernández, A. M.** (1993). *La mujer de la ilusión. Pactos y contratos entre hombres y mujeres*. Buenos Aires: Paidós.
- Fernández, A. M.** (1996). De eso no se escucha: el género en psicoanálisis. En: *Género, psicoanálisis, subjetividad*. M. Burin & E. Dio Bleichmar (comp.). Barcelona: Paidós.
- Flax, J.** (1990). *Psicoanálisis y Feminismo. Pensamientos fragmentarios*. Madrid: Cátedra (1995).
- Freud, E.,** comp. (1963). *Sigmund Freud. Epistolario. 1873-1939*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Freud, S.** (1895). *Estudios sobre la histeria*. Obras Completas. Vol. II. Buenos Aires: Amorrortu (1976).
- Freud, S.** (1905). *Tres ensayos de teoría sexual*. Obras Completas. Vol. VII. Buenos Aires: Amorrortu (1976).

El superyó femenino

- de la información (nuevos perfiles profesionales de intervención social, para el siglo XXI». Proyecto NOW. Universidad Jaume I, Castellón.
- Levinton, N.** (1999). *Grado de concienciación social de las mujeres ante los problemas de violencia en el hogar: las dificultades de romper los vínculos*. Simposium científico «Alcohol y violencia doméstica». Consejería de Sanidad y Servicios Sociales. Ayuntamiento de Madrid.
- Levinton, N.** (1999). *La subjetividad femenina*. Programa Máster «La mediación en la sociedad de la información (nuevos perfiles profesionales de intervención social para el siglo XXI)». Proyecto NOW. Universidad Jaume I. Castellón.
- Levinton, N.** (1999). *¿Madre hay una sola? Características de la articulación entre apego y sentimiento autoconservativo. Reflexiones*. Participación en la mesa redonda «Comprensión de los síntomas desde los sistemas motivacionales». I Jornada de la Red del Enfoque Modular-Transformacional.
- Levinton, N.** (2000). *Dependencia amorosa patológica*. Curso «Técnico en asistencia psicosociológica para mujeres maltratadas». Universidad Complutense de Madrid. Facultad de Sociología. Departamento de Psicología Social.
- Levinton, N.** (2000). Normas e ideales del formato de género. En Hernando, A. (comp.). *La construcción de la subjetividad femenina*. Madrid: Universidad Complutense de Madrid. Instituto de Investigaciones Feministas.
- Levinton, N.** (2000). *El superyó femenino*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Lichtemberg, J. D.** (1989). *Psychoanalysis and motivation. The attachment-affiliation motivational system*. Part 1. New York: The Analytic Press.
- Meler, I.** (1996). Psicoanálisis y Género. Aportes para una Psicopatología. En: Burin, M., Dio Bleichmar, E., comp. (1996). *Género, Psicoanálisis, Subjetividad*. Buenos Aires: Paidós.
- Mitchell, S. A.** (1988). *Conceptos relacionales en psicoanálisis. Una integración*. México: Siglo XXI (1993).
- Money, J.** (1955). Hermaphroditism, gender and precocity in hyperadrenocorticism: Psychologic findings. *Bull. Johns Hopkins Hosp.*, 96.
- Money, J.; Ehrhardt, A.** (1982). *Desarrollo de la sexualidad humana (Diferenciación y dimorfismo de la identidad de género)*. Madrid: Morata.
- Scott, J. W.** (1988). Gender as a useful category of analysis. En: *Gender and the politics of history*. Nueva York: Columbia University Press.
- Stern, D.** (1995). *La constelación maternal. La psicoterapia en las relaciones entre padres e hijos*. Barcelona: Paidós (1997).
- Stoller, R.** (1968). The sense of femaleness. *Psychoanal. Q.*, 37, 42-55.
- Tyson, P.** (1982). A developmental line of gender identity, gender role and choice of love object. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 30, 61-86. Tyson, P. (1986).

El yo ideal femenino

Dra. *Eloísa Castellano-Maury*

Psicoanalista. Miembro titular de la Asociación Psicoanalítica de Madrid, de la Sociedad Psicoanalítica de París y del Instituto de Psicosomática Pierre Marty de París

A lo largo del siglo XX la Humanidad ha asistido al progresivo «descubrimiento» oficial de la mujer, no sólo como una de las dos entidades sexuadas en las que se divide el género humano, sino también como fenómeno de interés y de estudio, ya fuera sociológico, antropológico o psicoanalítico.

El interés objetivo por el 50 por 100 de los seres humanos que pueblan el globo parecería obvio, y podríamos extrañarnos de que haya habido que esperar tanto tiempo para que la ciencia se interesara por esa población.

Los poetas, los escritores, los pintores, sí le han prestado atención hasta la saciedad a lo largo de la historia, pero como un ente sublimado, etéreo, misterioso o terrorífico. En el polo opuesto y sin medias tintas, los profetas y los santones la han visto como un nido repugnante de vileza y abyección.

El diccionario dice, entre otras cosas, que «descubrir» es «hacer aparecer una cosa quitando lo que la cubre», o «dejar de encubrir u ocultar una cosa», «quitar la careta», «correr el velo». ¿Quién ha dicho «shador»?

Durante muchos siglos la mujer no ha existido sino como una sombra. Sombra idealizada, sombra temida, sombra maltratada o explotada, pero sombra al fin y al cabo. Y lo siguen siendo en gran parte del mundo.

Hemos tenido que esperar mucho para que nos dejaran aspirar a ser simplemente personas.

El ser humano se va constituyendo, no sólo por el juego de sus distintos movimientos internos derivados de la dinámica y la economía de las mociones pulsionales que caracterizan su evolución y su desarrollo psíquico individual, sino también por un contexto sociocultural determinado, indisociable de la historia de las mentalidades. Esta influencia se acentúa con particular énfasis en el caso de la mujer

El feminismo ha criticado duramente las teorías de Freud sobre la mujer, olvidando que fue uno de los pioneros de su «descubrimiento». Probablemente, y como ocurre a menudo, no le han leído bien. Freud vivía en un contex-

to cultural victoriano. No se puede pedir que el que pone la primera piedra de un edificio sea también el que cubra aguas. Avanzado para su época en muchos campos, ya hizo bastante al ser el primer científico que se atrevió a hablar abiertamente de los legítimos deseos sexuales femeninos y de sus numerosas aspiraciones frustradas.

La discriminación aparentemente positiva de los movimientos feministas más extremos no ha favorecido a las mujeres, haciendo que sus legítimas aspiraciones aparecieran bajo un aspecto caricaturesco, dando pie a la fácil chirigota de los fundamentalistas.

Las feministas se han sulfurado especial y sospechosamente con la teoría de la envidia del pene, interpretada casi siempre al pie de la letra. Se han olvidado de su connotación simbólica y del peso socio-cultural del siglo XIX: es natural que las niñas púberes se preguntaran, perplejas, por qué esa curiosa diferencia anatómica de los hombres daba acceso al club exclusivo de la sexualidad, no sólo permitida en ellos sino altamente jaleada; por qué daba acceso a los libros, a los cafés, a la calle, a los viajes, es decir, a los estudios, a los intercambios intelectuales, a la curiosidad, a la aventura, a las profesiones interesantes, mientras que a ellas se les reservaba el papel de «orinal sexual», según la cruda expresión de la escritora inglesa Elisabeth von Arnim; al papel de fregonas, reproductoras, cocineras, cuidadoras de enfermos y de ancianos. ¿Cómo no sentir rabia y envidia de ese pasaporte de carne extensible que daba derecho a tantas cosas envidiables mientras que ellas eran relegadas a un universo cloacal? Freud sacó algunas conclusiones discutibles, pero la civilización que le rodeaba las imponía en parte.

Ha tenido que pasar mucho tiempo para que el aparato genital de la mujer tuviera derecho a un nombre pronunciable, no sólo útil para engendrar sino también susceptible de obtener satisfacciones. Piensen ustedes en las costumbres bárbaras e inaceptables que perduran en ciertos países a este respecto.

El yo ideal femenino

La envidia del pene y la posesión del falo han sido teorizadas metapsicológicamente por numerosos psicoanalistas y no voy a entrar aquí en esa discusión, salvo para señalar, simplemente, colocándome en el lugar del sentido común, que la mujer quizá no desee tener el pene o ser el falo, sino sencillamente poder acceder a la inmensa riqueza que el escaparate del mundo y de la vida despliega ante ella y del que se ha visto apartada durante tanto tiempo. La suma de frustraciones acumuladas a lo largo de milenios son, probablemente, las que han exacerbado sus aspectos más «fálicos».

El diecinueve ha sido uno de los siglos más mojigatos, represivos, tristes y pequeño-burgueses que han existido. Aún seguimos pagando las consecuencias de su influencia. Freud tuvo el mérito de decir, entre otras cosas, refiriéndose a la supuesta pasividad femenina exaltada en esos tiempos: «...debemos guardarnos de estimar insuficientemente la influencia de las costumbres sociales que fuerzan a las mujeres a las situaciones pasivas» (*La feminidad*, 1932). Y más adelante declara que el desarrollo sexual femenino comporta «las mismas fuerzas libidinales que en el niño de sexo masculino», y añade: «El psicoanálisis nos enseña a aceptar la existencia de una sola libido que comporta tanto fines activos como fines pasivos».

Y si para el hombre y el investigador la mujer es un enigma, también lo es para ella misma. «¿Qué quiere la mujer?», se pregunta Freud. Y nosotras seguimos preguntándonos: «¿Qué es lo que queremos realmente?»

¿Y si la respuesta actual fuera «queremos todo»? Después de no tener ni ser nada, la mujer corre el peligro de querer serlo todo. Esto la somete a unas exigencias desmesuradas que a veces ponen en peligro su equilibrio psíquico y su salud física. Es aquí donde se hacen notar los estragos del Yo ideal femenino del que hablaré en la segunda parte de mi exposición.

Después de tanta discriminación, parece como si la mujer no pudiera permitirse el ha-

cer las cosas mal o a medias. No tiene derecho a equivocarse y eso acaba por convertirse en un mandato mortífero. En su profesión no puede contentarse con ser tan competente como el hombre, eso no basta, tiene que ser *mejor*, si no se le echará en cara su género.

En cuanto a la maternidad, ¿cómo imaginar siquiera que no consiga ser una madre perfecta ahora que la relación madre-bebé ha sido teorizada bajo todos los ángulos posibles e imaginables? Ni la tradición retrógrada ni el absolutismo psicológico se lo permiten.

Hay otro fenómeno que abordaré brevemente pero que tiene su importancia. Actualmente la prolongación de la vida hace que numerosas mujeres puedan permanecer activas durante más tiempo. Después del tiempo conyugal y materno, pueden encontrar un lugar en el mundo profesional. Las satisfacciones que estas mujeres sacan de su actividad las hacen más tolerantes y comprensivas de cara al trabajo de las mujeres de las generaciones siguientes. Una cosa de la que no se habla a menudo, pues parece escandaloso atacar la imagen sagrada de la madre, es que a menudo son ellas las más reaccionarias y las que favorecen el machismo de sus hijos. Mientras más se han visto frustradas e insatisfechas en su propia vida, menos admiten la libertad y la igualdad de las mujeres que las siguen. La falta de realización personal desemboca en la ley del talión: «Yo me he sacrificado, hija mía, así que no creas que vas a poder seguir otro camino que el de dejarte la vida y las ilusiones en las tareas domésticas». Es por eso que también en ese campo habría que facilitar la re-inserción de las mujeres mayores en actividades laborales adaptadas a sus posibilidades y a sus capacidades.

¿Profesión y/o maternidad? ¿Renunciar o no a un estatuto personal duramente adquirido? ¿Ser o no ser madre? Esa es la cuestión.

¿Son estos dos deseos realizables o incompatibles? En todo caso, cumplir bien con ambos releva de los juegos malabares. El control de la natalidad es la verdadera revolución

de nuestro siglo. Pero no tendría que constituir para la mujer un regalo envenenado.

El problema puede parecer insoluble y no sólo harán falta grandes dosis de imaginación y de tolerancia para enfrentarlo sino también la intervención de los poderes públicos.

A partir del momento en que la mujer ha conseguido controlar su fecundidad la natalidad ha disminuido. En España, como si fuera una reacción a cuarenta años de exaltación de la familia numerosa, la natalidad es la más baja de Europa. Últimamente está aumentando ligeramente, pero hay que desconfiar. ¿Se debe esto a unas mayores ayudas sociales o al «eterno retorno de lo mismo»?

Este fenómeno debería alertar a las autoridades y poner fin al mito de la felicidad exclusiva de procrear para la mujer. Por supuesto que en muchísimos casos es auténtica, pero no es exclusiva, ni es un dogma absoluto. Muchas depresiones difusas de las jóvenes madres no hacen sino encubrir algo que se podría resumir en esta frase: «¿Por qué no me siento tan feliz como me prometieron?». Culpa y melancolía se instalan. Muchas no tardan en deducir internamente que son unas «malas madres» y este sentimiento repercute en el bebé y actúa como un *feed-back* fatídico. No sólo hay que ayudar a las jóvenes madres materialmente sino permitirles también una dosis razonable de tristeza y desilusión ante la tan poetizada maternidad. De lo contrario el Yo ideal de omnipotencia se instala, poniéndolas en peligro letal. Mi profesión de psicoanalista a la escucha de muchas mujeres me permite transmitir el placer, la satisfacción y la libertad interior extraordinaria que las mujeres encuentran también –tan legítimamente como los hombres– en un trabajo libremente elegido e investido.

Pero no por eso tienen que privarse de la experiencia única de tener hijos. De todas formas, ese deseo tiene que ser libremente madurado y elegido. Así se limitan las decepciones y los desastres. Habría que hacer lo necesario para que la función materna fuese lo más fácil

posible, en lugar de intentar vender de nuevo a la mujer el mito de una felicidad exclusiva mediante el bebé. No debemos permitir que de nuevo el velo caiga sobre nuestra capacidad de pensar.

Muchas Amazonas han luchado y, rodeadas de trofeos, miran sin entender sus manos vacías. A veces la nostalgia de un falaz paraíso perdido las asalta. En otros momentos se sienten estafadas, engañadas: ¿tanta batalla para esto? Pero, sin embargo, saben que es imposible y que sería impensable dar marcha atrás.

En nuestros días, paradójicamente, las victorias y adelantos que vamos obteniendo (aunque quede muchísimo por hacer) no disipan el malestar femenino profundo. Y eso lo comprobamos a diario en el diván.

Simplificando, parece como si la mujer quisiera sentirse liberada, pero también protegida, ser activa y al mismo tiempo poder permitirse regresiones pasivas ancestrales, convertirse en una profesional eficaz y disfrutar del placer intenso de la maternidad; compartir su vida con un hombre, y descubrir los sutiles placeres de la autonomía y la serena plenitud de una cierta soledad.

Sin un sólido equilibrio interior este «quererlo todo» puede llevar al límite de un abismo desde el que las seducciones mortíferas del Yo ideal nos llama.

Como en tantas otras cosas, en lo que se refiere a la feminidad tenemos que abandonar el ideal de Certidumbre y Progreso que animaba los siglos XIX y parte del XX y aceptar vivir en estos tiempos nuestros de la Ambivalencia y de la Cohabitación conflictiva de una cosa y de su contrario. Dudar y saber que no existen respuestas definitivas proporciona ya una relativa paz. Cada cual tendría que encontrar la solución más adaptada a sus propios deseos y necesidades. No es un programa fácil.

Es decir, aceptar la castración simbólica, y no sólo por parte de las mujeres. También los hombres están sujetos al Yo ideal de omnipotencia narcisista infantil que siempre ha existi-

El yo ideal femenino

do pero que los medios y la civilización actual parecen exacerbar.

No tengo más remedio que abordar aquí brevemente el punto de vista metapsicológico para explicar en qué consiste el Yo ideal y cómo clínicamente se han ido descubriendo los estragos que provoca, especialmente en las mujeres, quizá y en parte por algunas de las circunstancias que he enumerado en mi primera parte.

La esencia del Yo ideal en relación con sus hermanos gemelos, el ideal del Yo y el Superyó, ha suscitado interminables disputas y consideraciones psicoanalíticas no exentas de cierto bizantinismo.

El concepto de Superyó, desarrollado en el capítulo 3 de *El Yo y el Ello* de 1923 no fue objeto por Freud de ningún texto específico a pesar de su importancia clínica y teórica.

El Superyó surge enmarcado estrechamente por el Yo y el ideal del Yo. Como Jano, vuelve cada una de sus dos caras en una u otra dirección. El Superyó oscila entre dos padrinos ¿protector o inquisidor, realista o idealista? Instancia de fronteras movedizas, consciente, inconsciente, doble ¿o triple? Difícil de situar desde su bautizo, habiendo llevado otros nombres anteriormente (conciencia moral, censura, sentimiento de culpa, necesidad de castigo, remordimiento) antes de ser definida por Freud.

Cuando Freud por fin le nombra, el Superyó no sólo aparece flanqueado por un término entre paréntesis (Ideal del Yo) sino que éste aparece indiferentemente bajo su pluma como *Ichideal* (ideal del Yo) o como *Idealich* (Yo ideal) complicando la tarea de sus seguidores.

De entrada, pues, un concepto ambiguo que ha suscitado cierto malestar en los comentaristas que querían tener cada uno de ellos razón para saber si a términos diferentes corresponden ideas diferentes. Yo insisto siempre en la necesidad de integrar esa perplejidad que el mismo Freud reconocía y tolerar una ambigüedad de los términos que

corresponden a los elementos aleatorios y caóticos que todo psiquismo humano comporta.

El Superyó, abarcando al ideal del Yo y al Yo ideal, sería la suma de las identificaciones sucesivas del sujeto, ya sean procedentes de las formaciones edípicas, como del narcisismo primario.

El primer autor que distingue al Yo Ideal de los otros dos conceptos de ideal de Yo y de Superyó es Nunberg.

Presenta al Yo Ideal como una formación genética y cronológicamente anterior al Superyó: «**El Yo que todavía no está organizado, que se confunde con el Ello, corresponde a una condición ideal y es por eso por lo que se le denomina Yo ideal. Es probablemente el ideal del niño hasta que encuentra la primera oposición a la satisfacción de sus necesidades**».

Esta definición sería la más aproximada al concepto freudiano de «Yo-placer-purificado» que sólo admite lo que le complace y rechaza el displacer.

Por otra parte, el Superyó, y el ideal del Yo serían dos nociones muy cercanas, herederas de las identificaciones secundarias; la distinción de Nunberg entre un ideal verdaderamente aceptado por el conjunto de la personalidad (Ideal del Yo) y un ideal falso (Yo ideal) impuesto por una autoridad exterior es la que generalmente predomina en el día de hoy.

Intentaré a continuación resumir el punto de vista teórico actual deducido de la práctica y de la clínica psicósomática y psicoanalítica de la escuela francesa, dejando bien claro que en tan poco espacio la exposición comporta muchas lagunas y supone necesariamente un punto de vista personal, por lo que pido disculpas.

Según las palabras de Pierre Marty: «**El Yo ideal representa la omnipotencia y la desmesura...** El observador lo experimenta como unas exigencias inflexibles del sujeto de cara a sí mismo y al mundo exterior».

El Yo ideal no proviene de la interiorización y su presencia, ya sea permanente o

momentánea, es incompatible con el aspecto protector del Superyó. En contra de las apariencias, no es el fruto de identificaciones secundarias, sino la trasmisión de una imagen anti-pulsional e idealizada de los padres o del linaje, víctimas a su vez de un Yo-ideal omnipotente. A veces este Yo ideal se transmite no mediante la introyección secundaria sino como un *diktat* indiscutible.

El Yo ideal no admite matices ni discusión interna. El Yo ideal no posee un foro interno en el que contempla cuáles son intereses y los peligros que corre si se deja llevar por el principio del placer.

Los objetos, al no considerarse como objetos de identificaciones, son vividos como «modelos» artificiales a imitar según las modas del momento. El Yo ideal funda las personalidades «como si» y los «falsos-*self*». Al situarse en un todo o nada radical y sin matices, «el fracaso ante la realidad se vive como una herida narcisista y no como un sentimiento de culpabilidad negociable... el Yo ideal se muestra eminentemente mortífero» (P. Marty, 1900).

Se podrían resumir los tres conceptos de la forma siguiente:

- El Superyó es fuente de prohibición severa, frustrante, pero protectora.
- El ideal del Yo persigue aspiraciones humanamente accesibles de tipo sublimatorio e identificadorio.
- El Yo ideal sería una caricatura del ideal del Yo. Si el Superyó es fuente de prohibiciones, el Yo ideal crea obligaciones imposibles de cumplir.

En cambio, los objetivos del ideal del Yo son humanamente accesibles y por mucha dificultad que comporten, permite las regresiones y la conciliación entre las distintas instancias intrapsíquicas implicadas sin poner la vida en peligro.

Los dos primeros se situarían bajo el signo de Eros. Un Yo ideal predominante se sitúa bajo el signo de Tánatos.

El Yo ideal se origina en general por ciertas dificultades de la madre de cara al desarrollo del niño y tiene que ver a menudo con el **ritmo** armonioso o disarmonico de sus exigencias o actitudes respecto a su bebé. Unas exigencias excesivas (por ejemplo, en lo que se refiere a la educación esfinteriana, o a las funciones motoras de tipo «un niño tiene que andar a tal edad, o cognitivas, «estoy preocupada porque aún no habla») o al contrario, un exceso de protección o demasiada tolerancia e incluso un «**culto**» al narcisismo primario del niño, producen en la psique de éste los mismos efectos nocivos.

Cada infante tiene un ritmo de desarrollo personal y la madre tiene que saber respetarlo sin principios pedagógicos rígidos o instrucciones de libro.

Dichas actitudes no siempre son conscientes y, como he dicho antes, su transmisión tiene que ver con un mandato transgeneracional de idealidad presente en ciertas familias. Esta idealidad puede ser de permisividad absoluta o de disciplina férrea, los efectos son los mismos. El síndrome del «niño bueno» podría ser en este sentido una forma clínica precoz del Yo-ideal. La permisividad absoluta, que muchas veces es equivalente de indiferencia o de cobardía, produce futuros psicópatas.

Algunos estudios informatizados del IPSO sobre las relaciones existentes entre organizaciones psíquicas y somatización destacan la frecuencia de algunos puntos semiológicos susceptibles de tenerse en cuenta: mentalización defectuosa, angustias difusas, duelos no elaborados y Yo ideal de omnipotencia narcisista, son los que aparecen con más frecuencia.

Por supuesto no todos los individuos con algunas o varias de estas características padecen una enfermedad grave. Existen distintos factores hereditarios, ambientales, genéticos o biológicos que también hay que considerar. Aquí me limito al punto de vista psicoanalítico y psicossomático.

Marty postula que «**la completud armoniosa de los lazos entre el niño y su madre**

desemboca directamente en la completud armoniosa de las ligaduras preconscious del niño, lo que constituye, en materia psicosomática, la mejor garantía contra las dificultades somáticas del adulto y en especial contra los cánceres».

Las dificultades culturales, sociales, económicas, biológicas y psíquicas de la mujer, mencionadas en la primera parte de mi trabajo, la abocan actualmente a plegarse con frecuencia a esas exigencias desmesuradas que caracterizan al Yo ideal de omnipotencia.

Se habla actualmente, aunque los distintos estudios son objeto de discusiones, de un recrudecimiento alarmante del cáncer de mama en la mujer.

Hay que ser muy prudentes, pero no cabe duda de que hay una relación entre este predominio del Yo ideal femenino y esa frecuencia. En todo caso, es una investigación que merece la pena profundizar. En la prevención de esta terrible enfermedad no deben sólo prevalecer los estudios biológicos, sino también psicosomáticos.

En 1989 se realizó un estudio en el que colaboraron el Instituto del Cáncer de Villejuif de Paris con el profesor Jasmin a la cabeza, el IPSO de Paris bajo la dirección de Marty y el Psycho-Oncologic Group de Minnesota. En este estudio se pusieron de relieve algunos factores significativos relacionados con el riesgo de padecer cáncer de mama. Entre éstos, la autoestima excesiva (o Yo ideal en la terminología psicoanalítica) ocupa el segundo lugar entre los factores más importantes de riesgo psicológico.

No se pueden sacar conclusiones precipitadas, pero hay que tener en cuenta en la investigación este fenómeno ligado a las excesivas exigencias a las que la mujer se ve sometida, no sólo desde un mandato interno transgeneracional o precozmente adquirido de perfección narcisista, sino también desde la influencia devastadora del ideal social al que se someten aun a riesgo de dejarse la piel en ello.

El contenido de los ideales exagerados cambia con las épocas, pero no son éstos en sí mismos los que conllevan un peligro, sino la obligación persecutoria de cumplirlos a rajatabla.

Qué inquietante pensamiento se nos presenta: ¿cuál es el tributo que las mujeres tienen que pagar por su liberación? Por eso hablaba antes de regalo envenenado. No se puede retroceder, pero tenemos que avanzar con precaución y saber que el Yo ideal es nuestro peor enemigo

Tan nocivo es verse obligada a tener 14 hijos como tener que cumplir a la perfección todos los papeles.

La respuesta no es fácil, pero, como decía Claude Bernard, «hay que trabajar como una bestia sin esperar resultados».

O dicho de otra forma, trabajar sin ilusiones, pero sin pesimismo.

Bibliografía

- Anzieu, D. 1975: *L'auto-analyse de Freud*, T. I - II, Paris, PUF.
- Appignanesi L.; Forrester J. (1993): *Freud's Women*. London, Virago Press.
- Bannour, W.: *Charcot*, Paris, 1992.
- Bayle, G.: *Les clivages*, CPLFPR, Avril 1966.
- Chasseguet-Smirgel, J. (1984): «Ethique et Esthétique de la perversion», PUF DIATKINE, G. (1997): A propos du Surmoi idéal. *Rev. Franç. de Psych.* LXI, 5.
- Diatkine, G. (1990): «Une métaphore scientifique de Freud: les fonctions du Surmoi». *Rev. Franç. de Psychanal.* T. LIV, 6. Paris, PUF.
- Diatkine, G. (1993): «La cravate croate». *Rev. Franç. de Psychanal.* 4.
- Diatkine, R. (1966): «Agressivité et fantasmes d'agression». *Rev. Franç. Psychanal.*, XXX, p.15-93.
- Diatkine, R. (1993) «Être psychanalyste en 1993». *Rev. Franç. de Psychanal.* LVII, 4.
- Donnet, J.L. (1998): «Processus culturel et sublimation». *Rev. Franç. de Psychanal.* LXII, 4.
- Donnet, J.L. (1995): *Surmois I-II*. Monographies de la *Rev. Franç. de Psychanal.* Paris, PUF.
- Freud, S. 1895: *Proyecto de una psicología para neurólogos*.

- 1895: *Los orígenes del psicoanálisis*, carta del 29-11-85.
- 1900: *La interpretación de los sueños*.
- 1907: *El poeta y los sueños diurnos*.
- 1908: *El carácter y el erotismo anal*.
- 1912-13: *Tótem y tabu*.
- 1914: *Introducción al narcisismo*.
- 1915: *Las pulsiones y sus destino*.
- 1915: *Duelo y melancolía*.
- 1915: *Consideraciones de actualidad sobre la guerra y la muerte*. II.
- 1915: *Más allá del principio de placer*.
- 1920-21: *Psicología de las masas y análisis del Yo*.
- 1923: *El Yo y el Ello*.
- 1927: *El porvenir de una ilusión*.
- 1929/30: *El malestar en la cultura*.
- 1932/33: *Nuevas lecciones introductorias al psicoanálisis*.
- 1932/33: *El porqué de la guerra*.
- 1934/38: *Moisés y la religión monoteísta*.
- 1937: *Análisis terminable e interminable*.
- 1938: *Compendio de Psicoanálisis*.
- (1933) *Nuevas lecciones introductorias al psicoanálisis*. XXXI: «Diseción de la personalidad psíquica».
- (1939): *Moises y la religion monoteista*. T. III.
- Fortún, E.:** *Celia, lo que dice*.
- Gagnebin, M.** (1994): *Fascination de la laideur*. Lausanne, Champ Vallon.
- Green, A.:** *Le chiasme*. Conferencia en el Congreso de la FEP., Ginebra, 1997
- Hirigoyen, M.F.** (1998): *Le harcèlement moral*. Paris, Syros.
- Jones, E.** (1969): *La vie et l'oeuvre de S. Freud*, T. II-III, Paris, PUF.
- Kerstemberg, E.** (1986): «Quelques notes su la phobie du fonctionnement mental». *Rev. Franç. de Psychanal.* T. L, 5. Paris, PUF.
- Koenisberg, R.** (1991): «Vers une théorie psychanalytique de la civilisation». *Rev. Psychanalyse dans la civilisation*, G. Rubin, Paris.
- Lagache, D.** (1961): *Agressivité, structure de l'personnalité et autres travaux*. Paris, PUF.
- Levi-Strauss** (1967): *Les structures élémentaires de la parenté*. Mouton, Paris, Chap. XXIX.
- Marty, P.** (1990): *La psychosomatique de l'adulte*. Coll. «Que-sais-je?» No. 1850, Paris PUF.
- Moscovici, Marie** (1993): «Les préhistoires». *Rev. Franç. de Psychanal.*, 3, p. 691.
- Pragier, G. Faure, S.** (1990): «Psychanalyse et ciencias: nouvelles métaphores». *Rev. Franç. de Psychanal.*, T. LIV, 6. Paris, PUF.

*Factores de protección
y de riesgo cardiovascular
en las mujeres*

Dra. Pilar Escribano Subias

*Unidad de Insuficiencia Cardíaca y Trasplante
Hospital Doce de Octubre (Madrid)*

Las enfermedades cardiovasculares (ECV) (1) constituyen la primera causa de muerte en el conjunto de la población española (Figura 1). En 1996 causaron 133.449 muertes (60.675 en varones y 72.824 en mujeres). La tasa de morbilidad hospitalaria en España es también muy elevada; así en 1996 fue de 1.352 varones y 1.025 mujeres por 100.000 habitantes (5.000.000 de estancias hospitalarias). Por tanto, nos enfrentamos a un problema de gran magnitud que afecta de forma muy significativa a las mujeres.

La ECV femenina tiene unas características diferenciales: 1) Predomina ligeramente la morbilidad cerebrovascular sobre la cardiopatía isquémica (Figura 2). 2) Las mujeres inician la enfermedad coronaria 10-15 años más tarde que el varón. 3) La angina es el síntoma clínico más frecuente. Sólo el 30% han tenido un infarto de miocardio, sin embargo, la mortalidad postinfarto es mayor en la mujer. Un

algoritmo básico (2) del adecuado manejo de la prevención de la ECV en la mujer se refleja en la figura 3.

Factores de riesgo

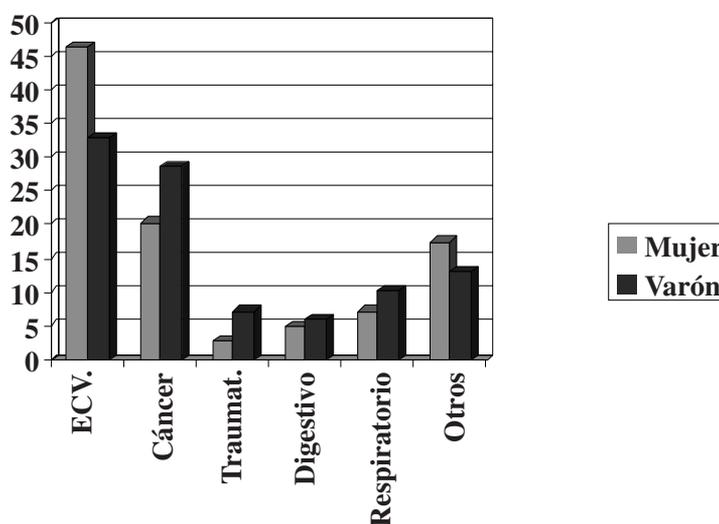
La actuación enérgica y coordinada sobre los factores de riesgo de la ECV (3) en la mujer es un tema prioritario en la sanidad actual. Comentaremos brevemente los más importantes:

- 1) El tabaquismo.
- 2) Hipertensión arterial.
- 3) Diabetes.
- 4) Dislipemia.
- 5) Obesidad.
- 6) Sedentarismo.

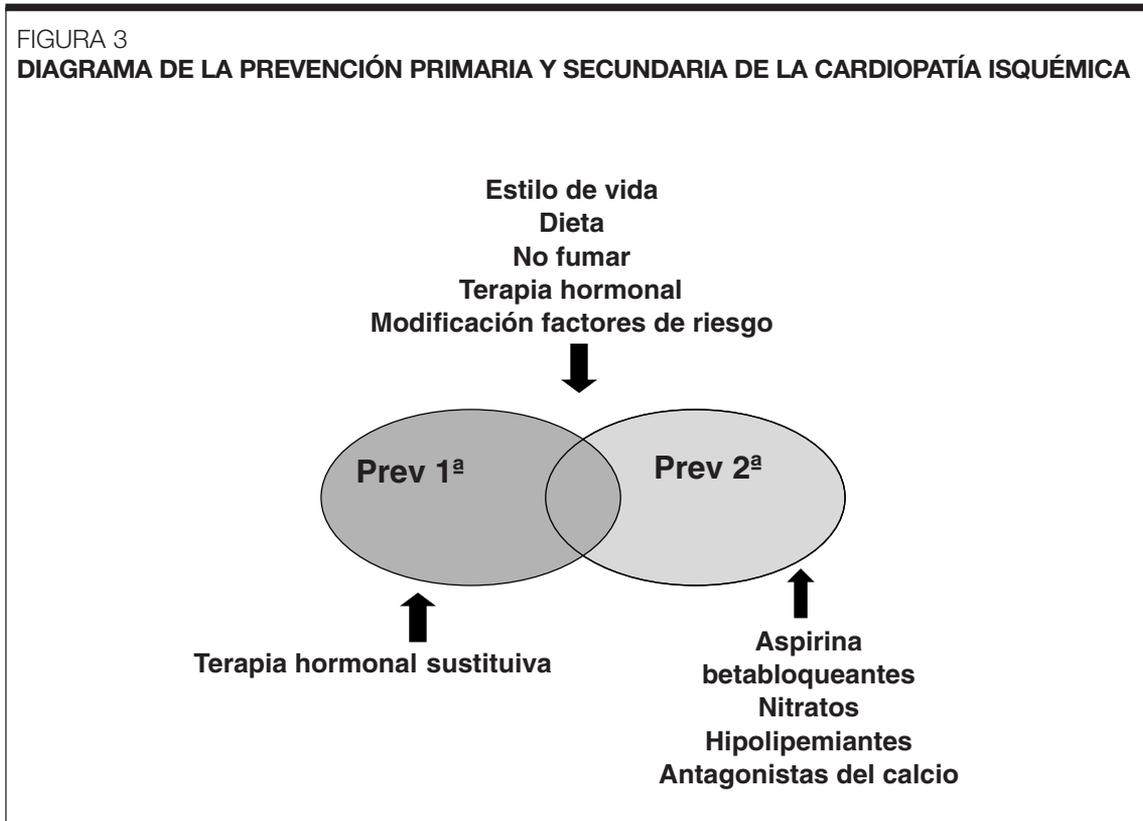
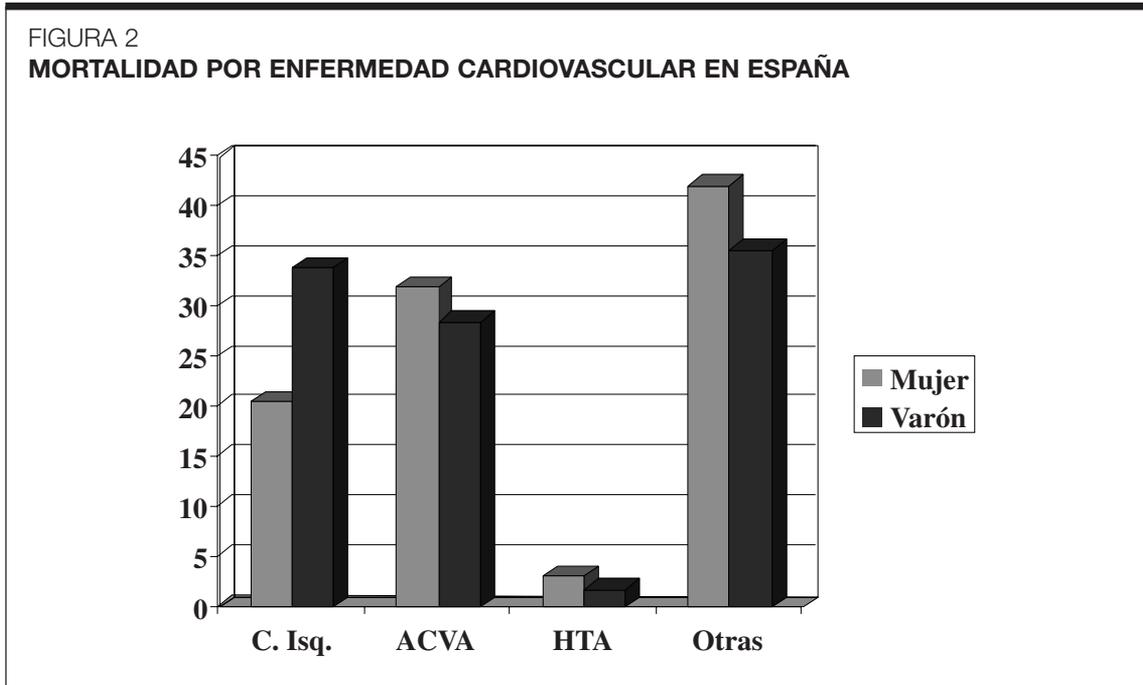
1. El tabaco

En España el número de mujeres que se incorpora al hábito de fumar sigue una ten-

FIGURA 1
MORTALIDAD PROPORCIONAL POR TODAS LAS CAUSAS EN ESPAÑA (1996)



Factores de protección y de riesgo cardiovascular en las mujeres



dencia ascendente y va acortando progresivamente las diferencias existentes con el varón en la prevalencia del tabaquismo. Así, en 1997 la prevalencia en la población femenina era del 27%, con un incremento del 4% en los últimos 10 años, y en los varones del 45%, con un descenso del 10% en dicho período (1).

El tabaquismo es el responsable del 29% de las muertes producidas por cardiopatía isquémica. Su mecanismo de acción es múltiple, destacando un efecto tóxico directo sobre el endotelio vascular e incrementando la agregabilidad plaquetaria y los niveles de fibrinógeno. Se requiere el abandono del consumo de tabaco aproximadamente de dos años para disminuir el riesgo de forma eficaz (3).

2. La hipertensión arterial sistémica (HTA)

En España la prevalencia de la HTA es muy alta (1): el 36% de los varones y el 33% de las mujeres entre 35-64 años. La HTA es un importante factor de riesgo, con un comportamiento similar en ambos sexos. Según el estudio Framingham (2): el control adecuado de las cifras tensionales reduce la mortalidad por cardiopatía isquémica en un 60%.

3. Diabetes

La diabetes es un factor de riesgo fundamental en la mujer por su elevada incidencia y el gran impacto que produce. El riesgo derivado de la diabetes anula la protección relativa de la mujer premenopáusica para la enfermedad coronaria (3).

El tipo más frecuente de diabetes es el de tipo II, que se acompaña generalmente de dislipemia, HTA y obesidad central. El 80% de las muertes en diabéticos son por ECV.

4. Dislipemia

La prevalencia de la hipercolesterolemia es alta, aproximadamente del 20% en las mujeres entre 35 y 64 años (1). Así mismo, es también frecuente la hipertrigliceridemia, con una prevalencia del 75% en este segmento de edad.

Es necesario un adecuado control del perfil lipídico para disminuir el riesgo de ECV (ver tabla 1 de prevención primaria).

5. Obesidad

La prevalencia de la obesidad es alta, aproximadamente del 30% en las mujeres entre 35 y 64 años en nuestro país, y se incre-

TABLA 1
PREVENCIÓN PRIMARIA

	Inicio	Objetivo
Varón sano 1 FR		
Colesterol total.....	270	<250
Colesterol-LDL.....	190	<160
Mujer sana 1 FR		
Colesterol total.....	300	<250
Colesterol-LDL.....	220	<160
Sano con 2 FR		
Colesterol total.....	250	<220
Colesterol-LDL.....	160	<130

FR: Factor de riesgo (HTA, obesidad, diabetes).

Factores de protección y de riesgo cardiovascular en las mujeres

menta con la edad (1). La obesidad tiene un impacto negativo en la esperanza de vida, fundamentalmente por las ECV.

6. Sedentarismo

En España, en 1997, el 50% de la población mayor de 65 años no realiza ejercicio físico y en las mujeres estas cifras se incrementan significativamente (1).

El ejercicio físico tiene una acción multifactorial (4):

1. Facilita el correcto equilibrio del perfil lipídico.
2. Disminuye el sobrepeso.
3. Favorece el control de la HTA y la diabetes.

En las mujeres entre 40-65 años caminar a paso rápido 3-4 horas semanales disminuye el riesgo de ECV entre un 30-40%.

Los factores de riesgo (5), cuando se presentan de forma simultánea tienen un efecto sinérgico y así el riesgo de una mujer obesa, diabética y fumadora es mucho mayor que la suma del riesgo aportado por cada factor de forma aislada. Por tanto, para un correcto control es necesario actuar coordinadamente frente a todos los factores de riesgo.

Factores de protección

Los factores de protección frente a las ECV más importantes en la mujer española son:

- 1) La dieta mediterránea.
- 2) Los estrógenos.

1. La dieta mediterránea

La dieta mediterránea tradicional (1, 6) se caracteriza por un alto consumo de aceite de oliva, vegetales, hortalizas, frutos secos, pescado y toma habitual de vino tinto (implica una ingesta de colesterol <300 mg/día). Repasaremos brevemente los principales efectos beneficiosos de cada elemento.

El ácido oleico (monoinsaturado) del aceite de oliva modifica positivamente el perfil lipídico disminuyendo el colesterol total e incrementando la proporción de colesterol no aterogénico (aumenta el colesterol-HDL). Además el aceite de oliva tiene una elevada cantidad de vitamina E, que es un excelente antioxidante.

Los pescados azules son ricos en omega-3 y ácido linoleico, que favorecen las síntesis de sustancias vasodilatadoras a nivel del endotelio vascular, tienen acción antiagregante plaquetaria y además modifican positivamente el perfil lipídico, disminuyendo el colesterol total y los triglicéridos.

La ingesta de vino tinto entre 50-150 cc/día tiene también un efecto positivo en el perfil lipídico.

Los vegetales y hortalizas son ricos en fibras alimentarias, que disminuyen la absorción del colesterol en el intestino. Los frutos secos son ricos en ácido oleico, linoleico y vitamina E, por tanto, su ingesta es cardiosaludable.

2. Los estrógenos

Los estrógenos (2, 7) naturales son un excelente factor de protección con un sistema de actuación multifactorial:

1. Favorecen un correcto equilibrio en el perfil lipídico, disminuyendo las cifras de colesterol y triglicéridos.
2. Protegen el endotelio vascular disminuyendo el riesgo de aterosclerosis.
3. Disminuyen el tono vasoconstrictor vascular.
4. Disminuyen los niveles de glucemia basal.

En la menopausia aumenta el riesgo de ECV al disminuir los estrógenos. Basado en estos argumentos, se ha iniciado el tratamiento hormonal sustitutivo en prevención primaria y secundaria. Están en curso estudios con gran número de pacientes que objetiven su eficacia.

Bibliografía

- Rodríguez Artejo, F.; Villar Álvarez, F.; Banegas Banegas, R.** Epidemiología de las enfermedades cardiovasculares y de sus factores de riesgo en España. *Medicine* 2000; 8: 12-18.
- Nabel, EG.** Coronary disease in women. An ounce of prevention. *N Engl J Med* 2000; 341: 572-574.
- Mosca, Lori; Manson, Joan; Sutherland, Susan [et al.]** Cardiovascular disease in women: A Statement for healthcare professionals from the American Heart Association. *Circulation* 1997; 96: 2468-2482.
- Manson, Joann; Hu, Frank; Rich, Janet [et al.]** A prospective study of walking as compared with vigorous exercise in the prevention of coronary heart disease in women. *N Engl J Med* 1999; 341: 650-8.
- Velasco, José; Cosin, Juan; Maroto, José [et al.]** Guías de la práctica clínica de la Sociedad Española de Cardiología en Prevención Cardiovascular y Rehabilitación Cardíaca. *Rev Esp Cardiol* 2000; 53: 1095-1120.
- Stampfer, Meir; Hu, Frank; Manson, Joann [et al.]** Primary prevention of coronary heart disease in women through diet and lifestyle. *N Engl J Med* 2000; 343: 16-22.
- Herrington, David; Reboussin, David; Brosnihan, Bridget [et al.]** Effects of estrogen replacement on the progression of coronary atherosclerosis. *N Engl J Med* 2000; 343: 522-9.

***Factores psicosociales que influyen
en el desarrollo de la enfermedad
coronaria (EC) en la mujer***

.....

Dra. Francisca Denia Ruiz

Psicóloga

Dr. Carlos Mingote Adán

Psiquiatra y Psicoanalista

Hospital 12 de Octubre de Madrid

Profesor Asociado de la Facultad de Medicina

de la Universidad Complutense de Madrid

La EC se produce por la interacción de factores fisiológicos, ambientales y conductuales, muchos de los cuales dependen del estilo de vida de cada persona y, en consecuencia, pueden ser modificados por ella. Tales factores pueden dividirse en dos grandes categorías: los denominados factores de riesgo clásicos y los factores de riesgo relacionados con el estrés.

Dentro de los factores clásicos se incluyen tres grupos: 1.º) sexo, edad y antecedentes familiares de patología cardiovascular; 2.º y principal) alto nivel de colesterol en sangre, hipertensión arterial y consumo de tabaco; y 3.º) obesidad, falta de ejercicio físico e ingesta de alcohol superior a 40 gr/día.

Sin embargo, estos factores de riesgo clásicos no permiten explicar más del 50% de los casos, por lo que hay que contemplar otros factores para conseguir una comprensión adecuada de la etiología y patogénesis de la EC, factores psicológicos que de alguna forma se relacionan con el estrés, habiéndose reconocido progresivamente el papel de los aspectos psicosociales y conductuales en el aumento de riesgo de EC, y que incluyen estados emocionales negativos como ansiedad, irritabilidad, depresión, insatisfacción vital, movilidad socio-ocupacional, nivel socio-económico, desajuste interpersonal, pérdida del trabajo, excesivas demandas ocupacionales, etc.; hay una evidencia clara de que los acontecimientos vitales estresantes propician una amplia variedad de enfermedades entre las que se incluyen los eventos de EC. No obstante, el riesgo real asociado al estrés depende del contexto social y cultural en que se produzca.

Variables psicológicas que constituyen factores de riesgo coronario

Podrían clasificarse en las siguientes categorías (Bueno y Buceta, 1997):

- 1) Estímulos ambientales estresantes.
- 2) Características personales de riesgo.
- 3) Hábitos comportamentales nocivos.

- 4) Trastornos emocionales.
- 5) Estilo de vida antes del infarto.

1. Estrés psicológico y estímulos ambientales estresantes

El estrés psicológico puede definirse como un estado interno del individuo producido por una situación amenazante o percibida como tal, ya sea de tipo físico o psíquico, y ante la que no se dispone de recursos adecuados para hacerle frente de modo eficaz, incluyendo dicho estado interno tanto el componente subjetivo-cognitivo de malestar o tensión, como el biológico de reactividad psicofisiológica, neuroendocrina y neuroinmunológica (Krantz y Raisen, 1988).

Entre las principales variables socioculturales que pueden constituir factores protectores contra los efectos negativos del estrés se encuentran las redes de apoyo social, el nivel socio-económico y el tipo de cultura a que se pertenece. El impacto de eventos vitales estresantes está modulado por la presencia o ausencia de redes de apoyo en el entorno personal y por la forma y procesamiento de tales eventos. El concepto de *apoyo social* es definido como información disponible para dirigir las propias creencias a sentirse querido o querida por los demás, que es estimado y valorado por otras personas o grupos, y de que pertenece a una red social de comunicación y obligación mutua (García Fdez-Abascal, 1994).

- a) Un bajo apoyo social y aislamiento socio afectivo aumentan en alto grado el riesgo de EC y dificultan la recuperación tras la incidencia de la enfermedad., mientras que altos niveles de apoyo social parecen proteger contra el riesgo de EC. Berkman y Syme (1979), en un estudio de nueve años de seguimiento, encontraron una tasa de mortalidad más elevada entre las personas identificadas de tener pocos amigos y contactos respecto a las res-

Factores psicosociales que influyen en el desarrollo de la enfermedad coronaria (EC) en la mujer

tantes personas; esta relación fue lineal e independiente de condiciones previas de salud, como los factores de riesgo clásicos.

Esto ha sido comprobado también en nuestra experiencia. Pacientes con EC grave, que incluso han tenido que llegar al trasplante cardíaco, con bajo apoyo social, han tenido mayores complicaciones postrasplante e incluso hasta fallecer.

- b) En los países industrializados se ha demostrado una relación inversa entre el *estatus socioeconómico* y la morbi-mortalidad cardiovascular, de forma que unos bajos ingresos económicos predicen un mayor riesgo de muerte cardiovascular en los 5 años siguientes.
- c) Un elevado *estrés laboral*, definido por Karasek y Theorell como altas demandas y bajas oportunidades de control, aumenta el riesgo de EC tanto en hombres como en mujeres de Suecia y de Estados Unidos; mujeres con elevado estrés percibido tienen un riesgo tres veces mayor de EC que las compañeras con bajo estrés; aunque, en general, el contar con un trabajo remunerado tanto para el hombre como para la mujer es un factor protector para la salud. En el caso de las mujeres empleadas también influyen las características de la vida familiar. Pero ¿las mujeres que trabajan son más sanas a causa de su empleo, o es que las personas más sanas trabajan más frecuentemente? Probablemente ambas afirmaciones son ciertas. Las mujeres sanas son activas en el desempeño de más roles, lo que promueve mayor salud, aunque la sobrecarga de roles de baja calidad se ha asociado con un mayor riesgo de EC. Así, en un estudio de seguimiento de diez años, las mujeres casadas que tienen tres o más hijos

y trabajan como oficinistas tienen mayor riesgo de desarrollar EC (según Haynes y Feinlib en el Framingham Heart Study, 1980). El efecto positivo o negativo del trabajo sobre la salud mental depende de las actitudes de las mujeres hacia sus trabajos, sus tareas y responsabilidades familiares, las características del empleo y las condiciones de trabajo.

Más allá de la importante relación entre beneficios y costes del trabajo, hay que tener en cuenta la dimensión temporal a lo largo del ciclo vital, con las inevitables tensiones de rol y crisis evolutivas, además de los cambios históricos y socioculturales, y de la variable calidad de los roles laborales y familiares que desempeñan las mujeres. Cuantas más oportunidades y recursos personales tengan las mujeres (educación, ingresos, bienestar emocional, etc.) éstas lograrán mayores niveles de integración social y de salud personal. La mayor participación social de la mujer en roles laborales de mayor calidad, mejora su grado de satisfacción, disminuye su estrés psicológico y mejora su calidad de vida (Moen, 1989). Los roles sociales proporcionan recursos, refuerzos y oportunidades que mejoran el bienestar y las conductas relacionadas con la salud o la enfermedad (Verbrugge, 1985), a través de promover una mayor autonomía y autoestima personal.

- d) La presencia de reacciones de estrés, ya sea por la exposición frecuente a situaciones estresantes (*estrés crónico*) o bien de una situación crítica (como la muerte de un familiar, por ej., el esposo) (*estrés agudo*) puede desencadenar los síntomas de EC, precipitando crisis de angina de pecho o infarto de miocardio especialmente en mujeres con enfermedad previa o

insuficiencia cardíaca, más que el esfuerzo físico excesivo.

Por otra parte, el efecto perjudicial del estrés sobre la salud se debe también a su influencia negativa sobre los principales factores de riesgo coronario; las situaciones estresantes contribuyen a elevar la presión arterial y favorecen conductas perjudiciales, como el *consumo del tabaco*, que en muchos casos permite reducir la ansiedad o irritabilidad que provoca el estrés, con el consiguiente perjuicio que supone para su salud; otra conducta que suele utilizarse como medio de control, por defecto de otras habilidades más sanas, es *comer en exceso*, propiciando un aumento de peso y posiblemente del nivel de colesterol, que también pueden elevar el riesgo coronario.

No obstante, los distintos estilos en el procesamiento cognitivo del estrés parecen ser otra importante variable moduladora en la aparición de eventos de EC, siendo éstos significativamente más elevados para los estilos negativos como la mayor tendencia a respuestas defensivas y de evitación frente a los estilos de afrontamiento positivos de confrontación a los estímulos amenazantes.

2. Características personales

2.1. El Patrón de Conducta Tipo A (PCTA)

Las primeras ideas de que la conducta y emociones pueden afectar al sistema cardiovascular data de muy antiguo. Los primeros escritos corresponden al médico William Harvey en 1628, y 150 años después un cirujano británico, John Hunter, relacionó su propia angina de pecho con sus emociones y conductas (García Fdez-Abascal, 1994). Osler, en 1897, describe a pacientes con tendencia coronaria como personas que se esfuerzan por alcanzar el éxito de una forma responsable pero sometidas a altas presiones. Escribió: «Yo creo que la gran presión en la que vive el hombre y el hábito de trabajar al máximo de la

capacidad del organismo es el responsable de la degeneración arterial más que de los excesos en comida y bebida». Tal descripción fue completada por los psiquiatras americanos Karl y William Menniger (1936), afirmando que pacientes con riesgo coronario tienen tendencias agresivas mayores que las usuales. Pero es en la década de los cincuenta cuando los cardiólogos Meyer Friedman y Ray Rosenman comienzan a analizar la conducta de tales pacientes con enfermedades coronarias, que les llevará a proponer el concepto de *Patrón de Conducta Tipo A* y que describieron inicialmente (1959) como un «complejo acción-emoción» característico de personas que viven implicadas en una lucha crónica y excesiva por conseguir un número ilimitado de cosas en el período más breve de tiempo, y si es preciso contra la oposición de otras cosas o personas de su mismo ambiente. Dichos autores caracterizan el Tipo A con los siguientes rasgos:

- a) Afán intenso y constante por conseguir metas establecidas por la propia persona.
- b) Marcada tendencia a la competitividad.
- c) Un deseo de reconocimiento y de logro.
- d) Implicación en varias tareas y trabajos al mismo tiempo.
- e) Tendencia a realizar apresuradamente todo tipo de funciones, físicas y mentales.
- f) Un estado de alerta permanente.

Posteriormente, Jenkins (1971) define dicho patrón de conducta como un estilo de vida caracterizado por extrema competitividad, agresividad, prisa, impaciencia, desasosiego, explosividad en el habla, tensión en la musculatura facial y sensación de estar constantemente bajo la presión del tiempo y bajo el desafío de la responsabilidad.

Tras estas descripciones iniciales se desarrollaron diversos instrumentos de evalua-

Factores psicosociales que influyen en el desarrollo de la enfermedad coronaria (EC) en la mujer

ción para identificar la presencia de dicho patrón de conducta: la Entrevista Estructurada de Friedman, Rosenman y col. (1964) y posteriormente otros autores, entre los que destaca por su mayor utilización el JAS (Jenkins Activity Survey, 1967, 1979), de cuya elaboración estadística de resultados ha llevado a identificar tres grandes factores: *competitividad, impaciencia y hostilidad*, considerados desde entonces como los principales componentes definitorios del patrón de conducta Tipo A, los cuales son manifestaciones del esfuerzo para vencer las barreras ambientales (Booth-Kewley y Friedman, 1987; Sánchez-Elvira y Bermúdez, 1990), así ya lo afirma Rosenman a través de sus trabajos en 1978. Las personas que muestran el tipo de conducta opuesto, un estilo satisfactoriamente relajado, no apresurado, maduro, que manifiesta poca agresividad y no se sienten tan presionadas por la urgencia del tiempo, son designadas Tipo B; estas personas también pueden estar interesadas en progresar y ganar, pero tienden a proceder con el ritmo de la vida más que esforzarse constantemente contra él.

En el mismo año 1978, el Instituto Nacional del Corazón, Pulmón y Sangre de los Estados Unidos reconoce explícitamente la asociación entre el Patrón de Conducta Tipo A y los trastornos coronarios basándose, entre otros, en el estudio epidemiológico prospectivo más relevante realizado desde 1960 hasta esa fecha sobre la incidencia de trastornos coronarios en un muestra de 3.524 hombres entre 39 y 59 años al empezar el estudio (Western Collaborative Group Study). Se comprobó que los que se calificaban como Tipo A tenían más del doble de probabilidades de contraer enfermedades cardiovasculares que sus compañeros Tipo B, padecen dos veces más infarto y angina de pecho y son cinco veces más proclives al reinfarto que el resto de la población, y los fallecimientos en un período de ocho años y medio corresponden a un 88% al grupo Tipo A frente al 12% de Tipo B (Rosenman *et al.*, 1975, en Fernández y Vila, 1991). La mayoría

de los estudios realizados en los años 1960-1970 revelaron la existencia de una correlación significativa entre PCTA y EC, tanto en hombres como en mujeres, que es comparable e independiente de los efectos del tabaco y de la hipertensión.

Desde los años 1970, la mayoría de los estudios de intervención no corroboran totalmente la relación entre PCTA y EC, y parece que sólo ciertos aspectos del PCTA, como ira y hostilidad, son los realmente letales y median en EC. Los factores que correlacionan de forma consistente con EC son hostilidad, ira, habla rápida y enfática por entrevista estructurada, y no expresar la ira.

2.2. Diferencias individuales en función del sexo

La necesidad de autoafirmación a través del reconocimiento social por los éxitos profesionales ha sido siempre un funcionamiento ligado a la psicología masculina, es por lo que el hombre se ha embarcado en una lucha crónica, competitiva y hostil con sus semejantes para conseguir sus logros. Tal sistema de valores tan elogiado desde las sociedades industrializadas parece sustentar un determinado estilo de vida acorde con el ya mencionado Patrón de Conducta Tipo A, y aunque éste ha sido preferentemente estudiado en el varón, dada su mayor morbilidad y mortalidad cardiovascular, también es identificable en la mujer desde la temprana adolescencia (Manning y cols., 1987). En nuestro país se ha demostrado repetidamente que el patrón A de conducta es más prevalente en las mujeres (De Flores y Valdés, 1986 y 1987; Bernardo y cols., 1987). Estos elevados puntajes A en mujeres parecen más propios de los países mediterráneos que anglosajones. Si se repara en los componentes más temperamentales del patrón A, la mujer se encuentra en cierta desventaja biológica para incorporar algunas dimensiones decisivas para dicho patrón; por ej., la hostilidad y la dominancia, características que

pueden heredarse y forman parte del repertorio genético del varón, hay que suponer que las mujeres A configuran su patrón conductual por componentes energéticos (actividad, velocidad e impaciencia) que no son tan heredables en función del género. Thoresen y Graff Low (1991) confirman que el patrón A en la mujer está más relacionado con la ansiedad, el neuroticismo y el distrés que con las puntuaciones en hostilidad, pero esto no se ha confirmado en todos los estudios psicométricos.

Los hombres muestran mayor prevalencia en la presentación de PCTA que las mujeres en estudios realizados en población general con ambos sexos. Sin embargo, la probabilidad de desarrollar EC en las mujeres tipo A es aproximadamente la misma que en los hombres A (Haynes, Feinlieb y Kannel, 1980). Las mujeres que se hallan inmersas en el mundo laboral presentan más frecuentemente una conducta tipo A que las que no trabajan, y los puntajes A son más elevados en las que trabajan jornada completa. Esto no significa que dicho patrón no se dé también en las amas de casa, que se esfuerzan en trabajos voluntarios o en ayudar a su marido y que también están expuestas, e incluso a mayor riesgo coronario, que las trabajadoras A a pesar de su supuesta inactividad productiva (Waldron, 1977).

Trabajar fuera de casa puede aportar importantes beneficios para la mujer, aunque suponga también unos costes para su salud, como la incidencia de más casos de EC, según el estudio Framingham. Incluso cuando alcanzan niveles profesionales directivos, estas mujeres tienen también puntuaciones más altas en PCTA valorada por la entrevista estructurada grabada de Friedman y Rosenman (M. Frankenhaeuser, 1991). En estos estudios resultó que las directivas presentan niveles significativamente mayores en competitividad que los otros grupos estudiados. En las escalas de impaciencia y hostilidad las directivas puntúan también más alto que las administrativas y que los varones de ambos niveles ocupacionales. Las directivas presen-

tan también superiores niveles de colesterol total (LDL) y de lipoproteínas de baja densidad que las administrativas. Actualmente se sabe que estas lipoproteínas de baja densidad aumentan el riesgo de enfermedad coronaria. Además, hay que destacar una notable diferencia sexual: *en los varones correlacionan de forma positiva los niveles de PCTA y de LDL, pero no en las mujeres*, lo que indica que las mujeres competitivas no tienen los mismos riesgos que los varones de su mismo estatus ocupacional.

No obstante, en cuanto a los niveles de adrenalina, que son iguales en administrativas y directivas, aumentan mucho más en las directivas cuando se las somete a pruebas de estrés en el laboratorio (Lundber y cols., 1990). Y lo más llamativo de todo es que cuando se comparan los niveles de noradrenalina entre directivos y directivas a lo largo del día, ellas mantienen niveles más elevados, pero mientras que en ellos desciende a partir de las 18 horas, en ellas aumenta más que en ningún otro momento del día.

En conclusión, el grupo sueco de M. Frankenhaeuser ha podido demostrar que la sobrecarga de trabajo de la mujer empleada, una baja capacidad para tomar decisiones y malas relaciones sociales constituyen los principales factores de riesgo para su salud. Como principales mediadores destacan mecanismos neuroendocrinológicos, cardiovasculares y comportamentales, como el PCTA y las conductas adictivas asociadas al estrés laboral.

El que exista mayor número de mujeres A entre las que trabajan puede explicarse por la disposición a dirigir sus esfuerzos a una profesión que no abandona ni por el matrimonio ni por el nacimiento de los hijos y que la consecución de triunfos obliga cada vez más a una mayor dedicación y preocupación constante por los rendimientos, lo que fácilmente potencia actitudes competitivas y hostiles (Waldron, 1978).

Esta asimilación de roles inicialmente masculinos no sólo se da en mujeres de países

Factores psicosociales que influyen en el desarrollo de la enfermedad coronaria (EC) en la mujer

anglosajones, sino también en nuestro país. En estudio realizado en Barcelona en trabajadores de banca, señala cómo las mujeres latinas obtienen puntajes superiores a los hombres de su misma condición (Valdés y De Flores, 1987). Uno de los componentes más relevantes de la conducta A femenina es el factor S (velocidad/impaciencia), que mide la sensación de urgencia y la necesidad de hacer cada vez más cosas en menos tiempo, características que se potencian en la mujer trabajadora ya que dispone de poco tiempo libre para atender otros quehaceres que el sexo masculino se resiste a compartir y que la mujer debe cargar a sus espaldas incrementando las exigencias y presiones a las que se ve sometida.

Todo ello no significa que la incorporación de la mujer al mundo laboral es negativo para su salud. Si observamos la incidencia de EC entre las mujeres que trabajan y las que no, no hay una diferencia significativa; en cambio, la influencia de la conducta tipo A parece ser más decisiva: entre las mujeres trabajadoras, las A tienen dos veces más riesgo de sufrir EC que las B, mientras que en las amas de casa tipo A el riesgo es tres veces mayor que en las B (Haynes y cols., 1980). Así se puede deducir que el trabajo en sí mismo no está directamente relacionado con la aparición de EC, sino que podría actuar de neutralizador y ejercer un efecto saludable si no se rodea de otras características, como excesiva competencia, alto nivel de exigencias en los rendimientos o fracaso de las estrategias adaptativas (García Esteve, 1988).

Tanto para hombres y mujeres, el riesgo de infarto de miocardio es mayor en trabajos caracterizados por la monotonía, con alta carga de trabajo, pocos recursos y urgencia de tiempo, independientemente de la edad.

Para las mujeres, el mayor riesgo de infarto de miocardio se asocia con síntomas subjetivos de fatiga y dolores de cabeza, sobre todo en ocupaciones que se asocian a trabajar un exceso de 10 horas más a la semana según Theorell (). Este autor y su equipo encuen-

tran que, en general, las asociaciones más consistentes se dan entre síntomas cardiovasculares, por un lado, y alta carga de trabajo con bajo apoyo social, por otro, confirmando el clásico modelo de Karasek.

Como principales factores de protección de la salud, y en particular de las mujeres destacan: el mejorar el control personal sobre las condiciones laborales y aumentar el apoyo social en el trabajo y en la familia. Especialmente para las mujeres casadas, es muy importante evaluar el impacto que tiene el desempeño de múltiples roles para su salud. La sobrecarga de rol y el conflicto de roles produce en la mujer un estado de ánimo negativo (depresión, enfado, ansiedad), que se asocia con frecuencia a tabaquismo y ambos median en una mayor incidencia de enfermedades cardiovasculares en la mujer.

3. Hábitos comportamentales

La realización habitual de determinadas conductas, así como la falta de determinados hábitos, se ha relacionado también con el probable aumento de incidencia de EC. En concreto, el *consumo de tabaco y alcohol*, determinados *hábitos alimenticios* y la *falta de ejercicio físico* regular y moderado se consideran también entre los factores de riesgo coronario.

No hay duda de la influencia negativa sobre la salud coronaria del consumo de tabaco: personas fumadoras corren doble riesgo de morbilidad y mortalidad cardiocoronaria que las no fumadoras, y el abandono de dicho hábito puede tener mayor efecto positivo en la reducción de riesgo de EC que los cambios favorables en cualquier otro factor.

Ciertos hábitos alimenticios tienen efectos perjudiciales sobre los niveles de colesterol en sangre, factor de riesgo principal de los trastornos isquémicos. Los más citados como causantes de elevar los niveles de colesterol son las dietas ricas en grasas saturadas (generalmente de origen animal), dietas hipercalóricas y alimentos ricos en colesterol.

La realización habitual de ejercicio físico moderado influye favorablemente sobre la salud coronaria de las personas y sobre la recuperación de aquellas que ya han sufrido un primer episodio cardíaco. A través de distintos mediadores biológicos parece disminuir el riesgo coronario con independencia de otros factores de riesgo; normalmente en los programas de rehabilitación cardíaca se suele incluir la realización de ejercicio físico regular y moderado como uno de los aspectos clave de tales programas (Bueno y Buceta, 1997).

4. Trastornos emocionales

Aunque no suelen incluirse como factores directos para el desarrollo de EC, algunos estudios han encontrado relaciones positivas entre puntuaciones elevadas en escalas de *ansiedad/depresión* y la presencia de este tipo de trastornos (Jenkins, 1976).

4.1. Ansiedad y enfermedad coronaria

Se han encontrado consistentes asociaciones entre ansiedad clínica y enfermedad coronaria y entre situaciones estresantes e hipertensión arterial, aunque las magnitudes de estas asociaciones son muy variables. Los mecanismos mediadores pueden ir desde el consumo de tabaco y alcohol, hasta varios mecanismos neuroreguladores centrales y periféricos de forma interactiva.

En estudios retrospectivos existen claras relaciones entre acumulación de acontecimientos estresantes y la experiencia de enfermedad coronaria (Byrne y Wligte, 1980), aunque no puedan extraerse inferencias causales de este tipo de estudios, siendo necesario realizar estudios prospectivos para ello. No obstante, la relación encontrada entre los trastornos emocionales señalados y EC puede ser otra manifestación de la influencia negativa del estrés sobre la salud cardíaca, ya que tales trastornos pueden constituir parte de la reacción personal a estímulos ambientales que exceden a sus recursos disponibles de adapta-

ción. Diversos autores han informado de porcentajes entre 30 y 55% de personas afectadas que antes del infarto presentaban quejas de agotamiento, apatía, pérdida de libido, irritabilidad, etc., que podrían manifestar una incapacidad para responder adecuadamente a las demandas de la situación y que han sido denominadas síndrome de agotamiento vital (Appels y Mulder, 1988), considerado un posible signo precursor del infarto de miocardio.

4.2. Papel de la ansiedad en el desarrollo del PCTA

Solamente los niveles autoevaluados de PCTA se asocian con disforia crónica, porque las personas que se diagnostican por su conducta a través de una entrevista estructurada tienen poca conciencia de su padecimiento y escasa psicopatología manifiesta. Según Suls (1989), en todas las personas que son PCTA hay una inseguridad e incertidumbre latente acerca de sí mismas, por lo que emplean muchas técnicas de evitación cognitiva para no ser conscientes de tales problemas personales. Estas personas tienen un mayor riesgo para EC, aunque tengan escaso malestar emocional. El bloqueo de la percepción de emociones negativas determina una hiperactividad fisiológica que exacerba el proceso aterosclerótico, además de que también puede mediar en conductas de riesgo para la salud como sobreingesta calórica, abuso de alcohol, o la búsqueda de nuevas situaciones estresantes, todas las cuales son precursoras de infarto de miocardio y muerte súbita.

Entre las mujeres ejecutivas, las A refieren mayor irritabilidad y ansiedad que las B (Davidson, 1980), sin embargo, no está clara la importancia de la ansiedad en las mujeres A, ya que se parte de la disposición biológica de la mujer a presentar síntomas ansiosos; no obstante, el papel de la ansiedad en la coronariopatía presenta algunas diferencias entre hombres y mujeres. Por una parte, en cinco estudios prospectivos muestran una relación

Factores psicosociales que influyen en el desarrollo de la enfermedad coronaria (EC) en la mujer

clara entre neuroticismo/ansiedad y angina/muerte súbita tanto en hombres como en mujeres (Jenkins, 1976). El Israeli Heart Study de Medalie (1973) evidencia que las personas más ansiosas presentan dos veces más angina que las no ansiosas. En la misma línea, la *tensión* aparece como la variable más predictora de EC en amas de casa que presentan patrón A y tensión, variables estrechamente relacionadas entre sí. Sin embargo, en las mujeres trabajadoras el patrón coronariopático se asemeja al del varón, mostrando factores predictores de EC el patrón A y la hostilidad contenida (Haines y cols, 1980).

4.3. Depresión y enfermedad coronaria

Padecer un trastorno clínico depresivo se asocia con una peor evolución en pacientes con EC, y ésta constituye una situación estresante mayor que agrava la depresión. Casi uno de cada cinco EC pueden diagnosticarse de sufrir depresión, aunque, en general, no se diagnostica ni se trata a pesar de que tienen peor pronóstico evolutivo.

La persistencia de altos niveles de sintomatología depresiva con factor de cronicidad se asocia con mayor riesgo de IAM y de mortalidad en hombres y mujeres sanos de la población general, confirmado en estudios de seguimiento a lo largo de 12 y 27 años (Anda y cols., 1993 Barefoot y Schroll, 1996).

El tabaquismo también ha correlacionado positivamente con altos niveles de presión, mediando, por tanto, en mayor medida en la EC.

La incidencia de pobre soporte social, acontecimientos vitales estresantes de pérdida, tanto en las relaciones personales como frustración de objetivos y rasgos especiales de personalidad, como PCTA, se asocia con aumento de IAM y depresión, y cuando ambos coinciden, la probabilidad de mortalidad se multiplica por tres o cuatro veces que si el infarto se da sin depresión.

Tanto para hombres como para mujeres el riesgo de depresión se asocia con elevadas demandas psicológicas, bajos refuerzos positivos y escasos recursos de control. Barnet y Baruch (1985) han demostrado que el trabajo más estresante es el del ama de casa, sobre el que además pesa un intenso estereotipo negativo. Los distintos aspectos de la vida de cada persona no están aislados: las satisfacciones y el estrés que se experimentan en cada área de la vida interactúan de forma significativa (compensación, desbordamiento, etc.) en la determinación de su calidad de vida. La interacción de los estresores de la familia y del trabajo va a estar condicionada por otras variables psicosociales mediadoras y moderadoras, como son el estilo cognitivo atribucional, la autofocalización atencional, la importancia de la identidad de cada rol, etc. Se ha encontrado una relación recíproca positiva entre los estresores del trabajo y de la familia, aunque la familia normalmente amortigua los efectos negativos de los estresores laborales menores.

Por otra parte, las mayores tasas de depresión entre las mujeres comparadas con los hombres, tienden a desaparecer estadísticamente cuando se controla el número de vínculos significativos que mantienen, lo que constituye otro ejemplo de que las mujeres se sobrecargan de estrés por dar apoyo a otros, sin la conveniente reciprocidad y esto las hace más vulnerables a los trastornos depresivos y de ansiedad (Turner y Avison, 1989).

5. Estilos de vida pre y post-infarto

La propia reacción del paciente tras el evento cardíaco puede convertirse en un importante factor de riesgo de recaída una vez superado un primer episodio, por ello es importante considerar el estilo de vida anterior analizando aquellos aspectos que hayan podido contribuir al deterioro de su salud con el fin de modificarlos convenientemente, y, por otra parte, aquellos que puedan ayudar a la

rehabilitación para reinstaurarlos lo antes posible. Por tanto, la falta de cambios respecto al estilo de vida previo puede resultar factor de riesgo de reinfarcto cuando se requieren ajustes que garanticen una reincorporación saludable que antes no estaban presentes. Asimismo, el exceso de cambios post-infarto que puedan suponer un deterioro del funcionamiento normal del paciente, que le llevará a reacciones emocionales adversas como sentimientos de minusvalía, baja autoestima, etc., constituye, igualmente, un importante factor de riesgo para la salud coronaria del sujeto y para el deseable éxito de su recuperación.

Orientación a la intervención psicológica

La evolución favorable de la salud coronaria depende en gran parte del seguimiento por parte del enfermo o enferma, en nuestro caso, de prescripciones médicas que tienen que ver con sus hábitos comportamentales (dejar de fumar, seguir cierto régimen dietético, realizar ejercicio físico regular y moderado, etc.) y de su capacidad para enfrentarse de modo saludable a las situaciones estresantes de su vida. Por otra parte, el infarto no sólo deteriora el aparato cardiocirculatorio, sino que más que otras enfermedades crónicas afecta a todas las áreas de su funcionamiento, debido al impacto subjetivo de la enfermedad más que a limitaciones físicas reales.

En tal sentido, la intervención psicológica puede contribuir al éxito de la rehabilitación cardíaca, reduciendo el impacto emocional provocado por el infarto y ayudando a modificar comportamientos que constituyen factores de riesgo coronario, objetivo general de los programas de intervención psicológica en pacientes infartadas, debiendo plantearse para la consecución de los mismos y en función de sus propias características objetivos y procedimientos específicos.

Calidad de Vida (CV): Bienestar Personal y Satisfacción con la Vida

CV supone contar con la valoración subjetiva de la paciente sobre su estado, y es básico para planificar una asistencia de calidad orientada a la enfermedad y a la enferma. Integra las percepciones subjetivas sobre el bienestar psicobiológico subjetivo, la satisfacción con los principales roles y con las relaciones interpersonales que constituyen su soporte social.

Los principales factores que definen CV, es decir, cantidad de vida, son:

1. No fumar.
2. Beber con moderación.
3. Dieta saludable (mediterránea).
4. No sobrepeso.
5. Dormir satisfactoriamente.
6. Ejercicio físico adecuado.
7. Relaciones íntimas satisfactorias.
8. Satisfacción con el trabajo.

La presencia de distrés en el que intervienen emociones negativas, aislamiento social y conductas desadaptativas funciona en relación inversa con la posibilidad de una calidad de vida adecuada. Por el contrario, a mayor satisfacción, mayor autoestima y autoeficacia personal, así como un estrés adecuado (eustrés) que motiva al aprendizaje y a conductas adaptativas están en relación directa y proporcionan mayor calidad de vida, bienestar y satisfacción personal.

Resumiendo, como principales factores de protección de EC y de la salud en general, y en especial de la mujer, destaca: mejorar el control personal sobre las condiciones laborales, para lo cual conviene desarrollar habilidades de asertividad, y aumentar el apoyo social en el trabajo y en la familia: es el establecimiento de vínculos socioafectivos gratos en general. Frente a hábitos de comportamiento y de consumo tóxicos se proponen hábitos saludables: práctica regular de ejercicio físico moderado,

Factores psicosociales que influyen en el desarrollo de la enfermedad coronaria (EC) en la mujer

entrenamiento y práctica de relajación. Frente a la tendencia de ser cuidadora de otros, es esencial el desarrollo de la capacidad de autocuidarse a sí misma, procurándose un tiempo mínimo suficiente para la realización de actividades u ocupaciones placenteras y enriquecedoras tanto para el cuerpo como para el espíritu, cuyo objetivo general es la mejora de la calidad de vida, por lo cual se señala de vital importancia la educación para la salud y la práctica de la misma.

Bibliografía

- Barnet, R.L.; Baruch, G.K.** 1985. «Women's involvement in multiple roles and psychological distress». *Journal of Personality and Social Psychology*, 49, 135-145.
- Berkman, L.F.; Syme, S.L.** 1979. «Social networks, host resistance and mortality: A nine-year follow-up study of Alameda County residents». *American Journal of Epidemiology*, 109, 186-204.
- Bueno, A.M.; Buceta, J. M.:** *Tratamiento Psicológico después del Infarto de Miocardio. Estudios de Caso*. Dykinson. Madrid, 1997.
- De Flores, T.; Valdés, M.** 1986. «Behavior pattern A: reward, fight or punishment?». *Personality and Individual Differences*, 7 (3), 319-326.
- Fernández, M.C.; Vila, J.** 1991. «Trastornos coronarios». *Medicina Conductual*, 397-433.
- Frankenhaeuser, M.** 1991. «The psychophysiology of sex differences as related to occupational status». En Marianne Frankenhaeuser, Ulf Lundberg y Cherney Margaret: *Women, work and health*. Plenum Press. New York.
- Friedman, M.; Rosenman, R.H.** 1959. «Association of a specific overt behavior pattern with increases in blood cholesterol, blood clotting time, incidence of arcus senilis and clinical coronary artery disease». *Journal of the American Medical Association*, 169, 1286-1296.
- García Esteve, L.** 1988. «El patrón de conducta Tipo A en la mujer». En *Estrés y Cardiopatía Coronaria*. 131-135. Alamed, S.A. Barcelona. (Coordinadores: M. Valdés, T. Flores, S. García).
- García Fdez.-Abascal, E.** *Intervención comportamental en los trastornos cardiovasculares*. UNED y Fundación Universidad-Empresa. Madrid, 1994.
- Haynes, S.G.; Feinlieb, M.** 1980. «Women work and coronary heart disease». *American Journal of Public Health*, 70 (2), 133-141.
- Haynes, S.G.; Feinlieb, M.; Kannel, W.B.** 1980. «The relationship of psychosocial factors to coronary heart disease in the Framingham Study». *Am. J. Epidemiol.*, 111, 1: 37-58.
- Jenkins, C. D.** 1971. «Psychologic and social precursors of coronary disease». *New England Journal of Medicine*, 284, 244-255.
- Jenkins, C. D.** 1976. «Recent evidence supporting psychosocial risk factors for coronary disease». *New England Journal of Medicine*, 294, 987-1033.
- Karasek, R.** 1979. «Job demands, job decision latitude and mental strain: Implications for job redesign». *Administrative Science Quarterly*, 24, 285-307.
- Krantz, D. S.; Raisen, S.E.** 1988. «Environmental stress, reactivity and ischaemic heart disease». *British Journal of Medical Psychology* 61, 3-16.
- Lundberg, U.; Melin, B.; Fredrikson, M., et al.** 1990. «Comparison between neuroendocrine measurements under laboratory and naturalistic conditions». *Pharmacology, Biochemistry and Behavior*, 37, 697-702.
- Manning, y col.** 1987. «Comparison of the prevalence of type A behavior in boys and girls from two contrasting socioeconomic status groups.» *Journal of Human Stress*, otoño, 116-120.
- Menninger, K. A.; Menninger, W.C.** 1936. «Psychoanalytic observation in cardiac disorders». *American Heart Journal*, 11, 10.
- Moen, P.** 1989. *Working parents: Transformations in gender roles and public policies in Sweden*. Madison: University of Wisconsin Press.
- Osler, W.** 1897. «Angina pectoris». *Lectures on angina pectoris and allied states*. Appleton. New York.
- Rosenman, R.H.** 1978. «The interview method of assessment of the coronary-prone behavior pattern». En T.H. Dembroski, S. Weiss, J. Shields, S.G. Haynesy M Feinlieb (Eds) *Coronary-prone behavior*. New York: Springer-Verlag.
- Suls, J.; Wan, C. K.** 1989. «The relationship between Type A Behavior pattern and chronic emo-

- tional distress». *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 503-512.
- Theorell, T.** *On cardiovascular health in women. Results from epidemiological and psychosocial studies in Sweden.*
- Turner, J. R.; Avison, W.** 1989. «Gender and Depression». *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 177 (8); 443-455.
- Verbrugge, L. M.** 1985. «Multiple roles and physical health of women and men». *Journal of Health and Behavior*, 26, 156-182.
- Waldrom, I.** 1977. «The coronary-prone behavior pattern, blood pressure, employment and socio-economic status in woman». *J. Psychosom. Res.*, vol. 22: 79-87.
- Waldrom, I.; Zyzanski, S.J.; Shekelle, y cols.** 1978. «The coronary prone behavior pattern in employed men and women». *J. Hum. Strees*, 3,

*Experiencias de psicoterapia
individual en mujeres
con cáncer de mama*

Dra. *Carmen Alonso Fernández*

*Psicóloga de la Salud
Psicooncóloga*

Introducción

En los últimos años ha aumentado considerablemente el interés por los estudios psicológicos relacionados con el cáncer. Este interés se debe a que esta enfermedad ha dejado de ser una enfermedad mortal a corto plazo para convertirse en una enfermedad crónica para una gran parte de los pacientes, lo que da lugar a que la persona tenga que convivir durante mucho tiempo con ello y esto en muchas ocasiones no resulta fácil (3).

Unido a ello, la palabra cáncer tiene connotaciones tan negativas como en otras épocas lo tuvieron la peste o la tuberculosis (6, 14), lo que provoca en el paciente impotencia y sensación de pérdida, con fuerte vivencia de temor y frustración. Por otra parte, esta enfermedad se asocia a graves efectos corporales que, junto con los tratamientos habituales utilizados (cirugía, quimioterapia, radioterapia...) provocan miedo, sensación de inseguridad, rechazo. Por tanto, afrontar un diagnóstico de cáncer supone afrontar una multitud de estresores potenciales diferentes, que varían en función del tipo específico de neoplasia y de las circunstancias particulares de la persona (10).

Con respecto al cáncer de mama, es el tumor sólido humano más estudiado en todos sus aspectos: etiopatogenia, diagnóstico, diagnóstico precoz y tratamiento. Ello se debe, entre otras causas, a su gran frecuencia, a los trastornos psicológicos y físicos que su diagnóstico y tratamiento conllevan y los costes económicos que supone para la sociedad. A todo esto se añade el ser un tumor que suele ser descubierto por la propia paciente, con el estrés que supone detectarse una tumoración. Todos los recursos científicos y humanos utilizados en su estudio no han conducido a una gran mejoría en la supervivencia, a excepción del pequeño incremento en la supervivencia libre de enfermedad y en la supervivencia global que han supuesto los tratamientos adyuvantes a la cirugía (2).

Epidemiología

El cáncer de mama es la neoplasia más frecuente entre las mujeres en los países industrializados: 34% de los cánceres femeninos en España y 27% en Estados Unidos; siendo la primera causa de muerte por cáncer en la mujer entre los 35 y los 50 años, a la vez que presenta una elevada morbilidad que es arrastrada a lo largo de penosos años o de nuevo afrontada cuando la enfermedad se suponía superada. Las tasas de incidencia varían considerablemente de unos países a otros. España es un país con una incidencia de tipo medio, como ocurre en los países del sur de Europa, diagnosticándose en una de cada 11 mujeres. Ello supone que en España se diagnostican cada año 8.600 nuevos casos, con una incidencia de 30-45 nuevos casos por 100.000 mujeres y año.

La máxima frecuencia se sitúa entre los 50 y los 60 años, elevándose las tasas específicas progresivamente con la edad. En nuestro medio, la frecuencia aumenta desde los 30 años hasta la perimenopausia, estabilizándose entre los 50-65 años para crecer de nuevo hasta los 85 años de forma constante.

La mortalidad por cáncer de mama en los países occidentales se mantiene relativamente constante. En España mueren unas 3.000 pacientes cada año por cáncer de mama. En los últimos años ha aumentado la supervivencia relativa a los 5 años gracias a los programas de detección selectiva, que han permitido una mayor proporción de diagnósticos en estadios localizados. Sin embargo, existe una estabilización de la eficacia terapéutica desde los años sesenta-setenta. La supervivencia está en relación directa con el estadio al diagnóstico, de tal forma que el 89% de las mujeres con tumores menores de 2 cm y sin afectación ganglionar sobreviven a los 5 años, frente al 48% cuando se diagnostican con afectación ganglionar. La mamografía es la prueba más utilizada en el diagnóstico precoz (2, 9, 19, 21).

Experiencias de psicoterapia individual en mujeres con cáncer de mama

El cáncer de mama es, pues, una enfermedad femenina, en tanto que su frecuencia en la mujer es del 99% frente al 1% en el hombre cuando se estudia su incidencia respecto a la variable sexo.

Repercusiones psicológicas del cáncer de mama

En general, las reacciones psicológicas más frecuentes en pacientes diagnosticados de cáncer, a medio y largo plazo, son: preocupación ante la recaída; miedo al dolor, al sufrimiento y a la muerte; mayor sentido de vulnerabilidad y de incertidumbre respecto al futuro; disminución de la sensación de control; miedo al rechazo social; baja autoestima; ansiedad y depresión (16, 26).

El cáncer de mama, como acabamos de ver, es una enfermedad frecuente en las mujeres, lo que ha originado un gran interés por los aspectos cualitativos de la vida de la mujer que padece dicha enfermedad, existiendo un gran número de trabajos que se han ocupado de estudiar las **reacciones** emocionales ante la misma.

De acuerdo con algunos estudios, el impacto del diagnóstico de cáncer de mama asociado a la subsiguiente cirugía (mastectomía) (de la que hablaremos posteriormente), es considerado como el que mayores trastornos psicológicos ocasiona en la persona que lo padece. Sus consecuencias tienen muchas implicaciones en las relaciones sociales y en el bienestar emocional de la mujer: **temor** a ser estigmatizada y a que otros conozcan el diagnóstico, **miedo** de que el cáncer reaparezca, efectos psicológicos de la pérdida del pelo al recibir QT, **incertidumbre** acerca del futuro si la enfermedad no responde al tratamiento (7, 20). **Distress psicológico** ocurre en el 20-25%. **Problemas sexuales** en el 30%. **Depresión**, que junto a la **ansiedad**, son las reacciones emocionales más comúnmente aceptadas por casi todos los autores. La depresión es considerada por unos autores (11)

como un constructo de la personalidad y, por otros, como una respuesta a la enfermedad y su tratamiento, que forma parte del proceso de adaptación (4, 14). **Vulnerabilidad**, que se considera como la manifestación de la angustia y sus fluctuaciones a través del tiempo y ante la enfermedad. En términos de Lazarus y Folkman (1986) (15), la vulnerabilidad puede entenderse como la relación entre las metas del sujeto y sus recursos para preservarlas de las amenazas; cuanto más importantes sean las metas y más escasos los recursos, más vulnerable será el sujeto y viceversa.

Repercusiones psicológicas de los distintos tratamientos

Queda fuera de los objetivos de esta intervención el hacer una descripción exhaustiva de cómo afectan, desde el punto de vista psicológico, los distintos tratamientos que actualmente se utilizan en el cáncer de mama a las mujeres que lo padecen. Tan sólo señalar que afrontar un diagnóstico de cáncer es en realidad afrontar una multitud de estresores potenciales diferentes, es el inicio de un proceso en el que la mujer deberá enfrentarse a una serie de situaciones, a menudo derivadas de las intervenciones médicas, que muy probablemente serán evaluadas como amenazantes (10). Por lo que es necesario reseñar algunos aspectos de los mismos y, sobre todo, de la mastectomía, por la importancia que tiene en la psicoterapia de las pacientes.

Cirugía

Es utilizada con fines diagnósticos, terapéuticos y paliativos. El hecho de ser intervenido quirúrgicamente suele considerarse por sí mismo un estresor importante que trae asociado ansiedad anticipatoria y miedo. El impacto de la cirugía varía ampliamente según el procedimiento en curso, su significado para el paciente, su personalidad, el estado de la enfermedad subyacente y el estado general de la paciente (17). Además, en el caso de las

pacientes con cáncer de mama, representa la pérdida de una parte anatómica afectivamente importante.

Problemas psicológicos relacionados con la mastectomía

El cáncer de mama y la mastectomía constituyen un hecho relativamente frecuente en nuestra sociedad. La parte del cuerpo afectada está dotada un gran simbolismo. Por lo que es importante que nos paremos un momento a ver el **significado psicológico de la mama**.

La mama adquiere desde el nacimiento un significado determinado que perdura y se modificará a lo largo de las distintas etapas del desarrollo psicológico de la mujer (8, 23):

1. El valor que más primitivamente adquiere el pecho es el de ser fuente de gratificación de las necesidades más primarias del ser humano. Por ello el pecho simboliza la **maternidad** y la relación de dependencia, dependencia que en un principio es real (lactancia) y más tarde es de tipo afectivo.
2. Al llegar la pubertad y con ella el desarrollo de las mamas, éstas adquieren un nuevo valor y significado. Son la manifestación más evidente de la **feminidad** y quedan íntimamente ligadas a la **sexualidad**. No es necesario insistir en el significado sexual del pecho femenino. Su valor y utilidad como fuente de gratificaciones autoeróticas y como medio de estímulo para otras personas es evidente.

Algunos autores (24, 28) resumen las reacciones psicológicas de la mastectomía en los siguientes puntos:

1. Aparición de **depresión reactiva y pérdida de la autoestima**.
2. Alteración en la **imagen corporal**, en el sentido de una modificación de la totalidad, sensación de asimetría e

impresión de tener el cuerpo deformado.

3. Modificaciones en la **sexualidad**, con disminución de la actividad sexual y de los intereses sexuales y sensación de pérdida del atractivo sexual.
4. Sensación de disminución de la **feminidad**.
5. Perturbaciones en las **actividades y relaciones sociales**, con sentimientos de turbación y conductas inhibidas.
6. Reacción emocional de **vulnerabilidad**.

Estas reacciones están descritas que ocurren en un período de seis meses después de la cirugía, generalmente se considera que la adaptación a la enfermedad fluctúa entre uno y tres años, dependiendo de una serie de factores como: las características de personalidad, los recursos que posea la paciente, el tipo de afrontamiento, así como el soporte social que recibe del medio (8, 11).

Con el avance del uso más común del tratamiento conservador de la mama, ha sido propuesto por algunos autores que la incidencia de secuelas psicológicas del cáncer de mama podría disminuir cuando se realizan procedimientos conservadores (tumorectomía). En este sentido, C. Alonso (1993) (1) realiza una revisión bibliográfica para conocer las diferentes repercusiones psicológicas de la mastectomía *vs.* tratamiento conservador (tumorectomía). Las conclusiones pueden resumirse en:

1. Con respecto a la **angustia psicológica**, hay una carencia de pruebas sólidas de una más favorable adaptación psicológica después del tratamiento conservador de la mama, puesto que este grupo de pacientes claramente necesitan de apoyo psicosocial tanto como las pacientes que sufren mastectomía.
2. En el área del **cambio en el tipo de vida**, muchos de sus componentes no parecen estar afectados de forma dis-

tinta por las alternativas de tratamiento. Funciones físicas y nivel de actividad son similares, dado que el tiempo es una variable en el proceso de adaptación física. Ningún estudio encontró diferencias entre los grupos de tratamiento a largo plazo.

3. El **funcionamiento sexual**, en general, no ha sido afectado por las opciones de tratamiento. Aunque aquellos estudios que encuentran diferencias, las encuentran más en el funcionamiento sexual de las pacientes que sufrieron mastectomía. Así, en este aspecto, debe concluirse que las pacientes que sufrieron mastectomía tienen más posibilidad de tener problemas en este sentido.
4. Con respecto al efecto del **estado civil y las relaciones sociales** de las pacientes, queda sin aclarar, puesto que algunos estudios no encontraron diferencias y otros informaron de diferencias que son inconsistentes.
5. En cuanto a los temores y preocupaciones de la **imagen corporal**, los resultados indican que está claramente afectada de una manera negativa en pacientes que han sufrido mastectomía, porque la eliminación de la mama supone una desfiguración de la imagen corporal. A la vez que concluyen que hay dos variables que parecen ser muy relevantes a este respecto:
 - a) La importancia que la mujer asignaba a su apariencia física en general y a su mama en particular antes del tratamiento.
 - b) Si la mujer ha participado o no en los procesos de toma de decisión con respecto a su tratamiento.
6. Respecto al **temor a la recidiva (reaparición de la enfermedad)**, los resultados fueron parecidos en todos los estudios en ambos grupos.

7. Por último, en lo que a **calidad de vida** se refiere, el impacto de las diferentes modalidades de tratamiento quirúrgico demuestra pocas diferencias. Sin embargo, esto no justifica el uso de un proceso más radical, cuando éste no está indicado médicamente, dado que en el tratamiento conservador la imagen corporal está mejor preservada y existe menos posibilidades de problemas en el funcionamiento sexual.

Radioterapia

Parece tener por lo general, en sí misma, pocos efectos psicológicos colaterales a medio y largo plazo, aunque durante el período en que está vigente el tratamiento no son infrecuentes reacciones de ansiedad, temor, miedo, pesadillas, alteraciones del humor, cuadros fóbicos, todo ello por la forma de administración de este tratamiento. La paciente tiene que permanecer en una sala con una gran máquina, sin moverse y sola, puesto que no debe permanecer nadie en la sala de tratamiento, ni familiares ni personal sanitario. Esto hace que este tratamiento produzca mala tolerancia a corto plazo.

Quimioterapia

Este tratamiento es, sin duda, una de las amenazas más serias del bienestar de la paciente durante los primeros meses tras el diagnóstico. Es el tratamiento menos llevadero de la terapéutica sobre el cáncer. Aunque los efectos secundarios están en función de la dosis y el tipo de fármaco utilizado, en general se presentan náuseas, vómitos, mareos, malestar general, debilidad, cansancio, anorexia, etc. (10). Estos síntomas pueden provocar ansiedad anticipatoria.

Unidos a ellos está la **alopecia**, que es un efecto bastante frecuente de muchos de los fármacos utilizados y que puede producir problemas en la imagen corporal y como consecuencia en la autoestima, en la vida sexual y social

de las pacientes, a la vez que es el indicador externo de estar «padeciendo una enfermedad grave», lo que trae consigo que, en algunos casos, las pacientes reduzcan sus contactos sociales, permanezcan encerradas en casa y sólo salgan al hospital hasta que el pelo vuelve a salir.

Además, algunos fármacos parecen tener una acción directa sobre el SNC, lo que puede dar lugar en algunos casos, a alteraciones del humor, daños en la capacidad intelectual, síntomas psicóticos y cambios en la personalidad (10). También se informa de que la amenorrea y el posible adelanto de la menopausia pueden ser estresores severos para algunas pacientes.

Hasta aquí hemos visto el impacto del diagnóstico y de los tratamientos, pero antes de terminar este apartado no tenemos que olvidarnos de dos momentos clave en la evolución de la enfermedad y que son de gran importancia para las pacientes:

1. Por un lado estaría **el período libre de enfermedad, el de supervivencia, curación**. Esta etapa también trae consigo alteraciones. Cuando los tratamientos se acaban y la paciente ya no tiene que acudir sistemáticamente al hospital, comienza su «vida cotidiana... como antes de que pasara todo lo que ha pasado» y esto no siempre es fácil. Algunas pacientes manifiestan miedo, inseguridad a la hora de enfrentarse a lo cotidiano, de alguna forma se sienten desprotegidas porque ya no está ahí su médico, ya no va al hospital. También no hay que pasar por alto que todo el proceso ha significado un impacto ante el que la paciente, en el mejor de los casos, ha tenido que aprender a poner en marcha nuevas estrategias, de alguna forma «algo ha cambiado» en ella y en todos los miembros de la familia y esto en muchas ocasiones cuesta asumirlo. En cuanto a los aspectos sociales, las pacientes presentan un cierto temor al

rechazo social, puesto que al haber sido identificadas (por una misma o por los demás) como enfermas de cáncer, pueden sentirse diferentes, «estigmatizadas», por lo que pueden sentirse inseguras en la reanudación de las actividades laborales y de intercambio social (21).

También en este período se da con mayor intensidad, al menos en el tiempo inmediato a la finalización de los tratamientos, el miedo a la recaída, lo que llamamos el «**Síndrome de Damocles**», basado en la antigua leyenda griega sobre el cortesano Damocles, quien fue forzado a sentarse bajo una espada colgada de una crin de caballo. El temor a la amenaza de muerte experimentado por Damocles es similar al que sienten las pacientes con una enfermedad como el cáncer, que amenaza su vida desde el momento de su diagnóstico. Este fenómeno da lugar a mucha ansiedad y malestar psicológico, siendo, en mi experiencia, uno de los motivos de derivación a la consulta psicológica.

2. El otro aspecto que no hay que olvidar el de la **recidiva**, es decir, cuando después de un tiempo en el que no ha habido enfermedad, ésta aparece de nuevo. Las reacciones psicológicas son las mismas que al diagnóstico pero mucho más intensas. Incluso en aquellas mujeres que al inicio tenían una actitud más positiva, un espíritu de lucha, en estos momentos todo se derrumba.

Aparecen síntomas como mayor preocupación, tristeza, depresión, desamparo, insomnio, etc. Una de las emociones más intensas es la ira, que puede estar enmascarando un cuadro depresivo. Son la depresión y la ansiedad las emociones predominantes. En muchos casos se requiere asistencia

Experiencias de psicoterapia individual en mujeres con cáncer de mama

psicológica y/o psiquiátrica, incluso en pacientes que no lo habían necesitado anteriormente. El tratamiento va encaminado a que la paciente ponga en marcha los recursos y estrategias que disminuyan su malestar y mejoren su calidad de vida.

En resumen, las repercusiones físicas y psicológicas que produce el cáncer de mama en las mujeres parecen que son claras e importantes, por lo que es decisivo la necesidad de crear un espacio donde la paciente pueda hablar y encontrar respuestas que le faciliten la adaptación a la enfermedad (8). También es importante el papel que la familia tiene en todo el proceso.

Intervención psicológica

La intervención psicológica con pacientes de cáncer de mama, al igual que con el resto de pacientes oncológicos, puede situarse en el amplio campo de la Psicología de la Salud, en tanto que no se limita a la mera aplicación de técnicas terapéuticas a estados patológicos generados como consecuencia de una alteración orgánica, sino que, además, incluye los aspectos educativos y preventivos como elementos esenciales (5).

P. Barreto y cols. (1993) (5) plantean la cuestión de si es necesario un tipo de intervención diferente con el paciente oncológico que con otros pacientes, respondiendo que la diferencia no está en los procedimientos terapéuticos, que serían similares a los utilizados con otros seres humanos, pero sí en que las necesidades de estos enfermos presentan unas características especiales que justifican un acercamiento distinto al de otras alteraciones psicológicas.

Las razones que expresan para desarrollar una aproximación terapéutica específica en esta patología, como ya comentamos en la Introducción, son: por un lado, la **naturaleza de la enfermedad**, que como todos sabemos

es de naturaleza crónica, lo que supone la puesta en marcha de estrategias de afrontamiento distintas a las utilizadas en enfermedades agudas. Al tratarse de una enfermedad de etiología desconocida, trae consigo sentimientos de incertidumbre y escasa capacidad de control percibido. Unido a ello están los **tratamientos** habitualmente utilizados que, como acabamos de ver, son normalmente agresivos y con muchos efectos secundarios, que a veces son difíciles de entender por la persona que los padece. De otro lado, está el **significado social del cáncer**. Connotaciones de muerte, desfiguración, dolor, etc., se asocian en nuestra sociedad con esta enfermedad, lo que hace que habitualmente nos encontremos a los pacientes «asustados», con miedo al dolor, a la muerte, a la desfiguración, y estos temores están apoyados por el conocimiento popular.

Por otra parte, no hay que olvidar los resultados obtenidos dentro del campo de la Psicología Oncológica. Los estudios sobre personalidad, psicopatología, calidad de vida o adaptación, etc., constituyen una base lo suficientemente sólida como para justificar la implantación de tratamientos psicológicos específicos dirigidos a los pacientes oncológicos.

Proceso de adaptación. Afrontamiento

A este respecto y siguiendo con lo anteriormente señalado, hay que destacar el incremento en la literatura actual acerca de las respuestas psicológicas y pronósticas en el cáncer de mama, así como de las estrategias de afrontamiento que la paciente pone en marcha ante la enfermedad y la adaptación a la misma. Según Rowland JH y Holland JC (22), hay tres variables predictoras de bienestar psicológico y, por tanto, de la adaptación de la paciente a su enfermedad: **las físico-médicas de la enfermedad, las socio-culturales y las características de personalidad de la paciente.**

Diversos estudios han demostrado que mujeres con cáncer de mama tienen mayor **control de las emociones** que mujeres con enfermedad benigna o en los grupos control, y que la actitud de **desamparo**, impotencia hacia la enfermedad, es un pronóstico significativo.

Estas dos líneas de investigación, en un extremo el *control emocional* y en el otro el *desamparo*, parece que han procedido en paralelo, por lo que cabe preguntarse si estas respuestas están unidas. Temoshok (1987) (25) considera que representan diferentes estadios de un continuo y tipifica como el **Tipo C de Personalidad**: «...el bloqueo crónico en la expresión de necesidades y sentimientos..., la inutilidad para expresar las emociones...». Así el Tipo C individual puede ser visto como desesperanza y desamparo crónicos, sugiriendo que muestra el Tipo C de conducta.

Watson M, Greer S *et al.* (1991) (27), en un estudio realizado con el propósito de examinar si había alguna relación entre las medidas de control emocional, adaptación al cáncer y niveles de ansiedad y depresión, en una muestra de mujeres recién diagnosticadas de cáncer de mama, encuentran que el hallazgo más notable es la **asociación entre el control de la cólera, ira, impotencia y desesperanza y la asociación entre control de ansiedad y desesperanza**. Concluyen que el control emocional es un componente del modelo Tipo C de conducta y sus resultados confirman la relación entre el Tipo C y la actitud fatalista y sentimiento de desamparo, y estas respuestas están relacionadas con un incremento de depresión y ansiedad.

Greer S (1991) (12) realiza, a su vez, un estudio con pacientes de cáncer de mama no metastásico sobre la «respuesta psicológica al cáncer y supervivencia». Parte de la hipótesis que la postura psicológica que las pacientes adoptan en respuesta al cáncer puede, en algunos casos, influir en el curso de su enfermedad. Describe distintos tipos de respuestas psicológicas ante la enfermedad, que pueden agruparse en las categorías: **negación (evita-**

ción positiva); espíritu de lucha; aceptación estoica (fatalismo); desamparo/desesperanza, y preocupación ansiosa.

Utiliza en la evaluación la escala MAC, desarrollada por el autor y sus colaboradores en 1988. En los resultados del estudio cabe destacar:

1. La evidencia apoya la hipótesis de que la postura psicológica que las pacientes adoptan acerca de su enfermedad puede afectar el curso de algunos cánceres. Esta conclusión se aplica en los estadios precoces, no a los cánceres metastásicos.
2. Respuestas como pasividad y desesperanza/desamparo están consistentemente asociadas con una peor respuesta.

La respuesta opuesta a desamparo, por ejemplo, espíritu de lucha, ha sido insuficientemente estudiada, pero con excepción de los datos de un informe, aparece correlacionada con una duración más larga de la supervivencia. Las otras respuestas del *coping* activo originalmente denominadas negación, y posteriormente como anulación positiva, están también asociadas con supervivencia más larga.

J. Ferrero (1993) (10) propone distintas respuestas de afrontamiento ante un diagnóstico de cáncer: reordenación de prioridades y cambios positivo; comparación social positiva; supresión cognitiva *vs.* rumiación; sentido del tumor; intento de ejercer control; búsqueda de información; resignación; evitación; negación; aproximación y afrontamiento dirigido al problema; uso de la religión; pensamiento desiderativo... Considerando que no es posible recoger todas las respuestas de afrontamiento que un ser humano puede llevar a cabo ante un diagnóstico de cáncer.

Visto lo anterior, pasamos a exponer brevemente las distintas estrategias terapéuticas que se han utilizado para afrontar los problemas que traen consigo el diagnóstico de cáncer y sus tratamientos.

Experiencias de psicoterapia individual en mujeres con cáncer de mama

Objetivos de la Intervención psicológica

La intervención psicológica va encaminada a todos aquellos aspectos o problemas que puedan presentar las pacientes y que siendo muy diferentes podemos agrupar en (5, 8):

- Tratamientos de psicopatologías concretas como la ansiedad y la depresión, que son las que se presentan con mayor frecuencia, al margen de cuál sea la causa que las desencadene.
- Tratamientos de diferentes aspectos físicos relacionados con la enfermedad y/o tratamientos como: náuseas y vómitos condicionados (que actualmente con la utilización de los nuevos fármacos prácticamente ya no existen), dolor, problemas de imagen corporal, alteraciones en la relaciones sexuales, etc.
- En general, tratamientos encaminados a mejorar la calidad de vida de las pacientes, atendiendo aquellos aspectos en los que ésta puede verse alterada y, sobre todo, de la necesidad-demanda que la paciente haga.

Metodología a seguir

- La mayoría de los trabajos publicados relacionados con este tema utilizan técnicas cognitivo-conductuales de diferentes tipos: relajación, hipnosis, desensibilización sistemática, inoculación de estrés, reestructuración cognitiva, terapia por visualización, terapia de innovación creativa, entrenamiento asertivo, etc.
- La terapia psicológica adyuvante (TPA) de Moorey y Greer (1989) (13, 18, 21) es un modelo integral cognitivo-conductual que se plantea los siguientes objetivos: 1) Reducir la ansiedad, la depresión y otros síntomas psicológicos. 2) Mejorar el ajuste mental al cáncer favoreciendo un espíritu de lucha positivo, 3) Promover un sentido de control personal sobre sus vidas y una participación acti-

va en el tratamiento del cáncer. 4) Desarrollar estrategias de afrontamiento efectivas para tratar los problemas relacionados con el cáncer. 5) Mejorar la comunicación entre la pareja. 6) Alentar la expresión abierta de sentimientos negativos, especialmente la ira.

- También existen otras estrategias, como los grupos de apoyo social, los programas de información...
- En general, cualquier técnica psicológica, como la comprensión dinámica, la escucha y la empatía rogeriana, todas las técnicas humanísticas, psicodramáticas, la terapia racional emotiva de Ellis, etc., pueden ser eficaces si el profesional que las utiliza conoce las necesidades concretas y específicas de la persona que tiene en frente.
- Tratamiento psicofarmacológico cuando sea necesario.

Psicoterapia individual de pacientes con cáncer de mama

En mi experiencia profesional como psicóloga de pacientes oncológicos desde 1990 hasta la actualidad, he tenido ocasión de ver a pacientes con cáncer de mama en psicoterapia individual en los servicios de Oncología Médica, Oncología Radioterápica y actualmente en la Unidad de Psiquiatría de Enlace del Hospital 12 de Octubre.

Durante este tiempo, junto a otros profesionales (psiquiatra, psicóloga, cirujanos, oncólogos, radiólogos, patólogos...) se ha elaborado el Protocolo de Cáncer de Mama del Hospital 12 de Octubre, en el que consta el capítulo de «Aspectos psicológicos de las pacientes diagnosticadas de cáncer de mama», así como la evaluación y los criterios de derivación cuando requieren asistencia psicológica y/o psiquiátrica.

La forma de trabajo y su dinámica han ido variando en función de las necesidades de los distintos Servicios en los que se ha llevado a cabo la asistencia psicológica.

En la actualidad, la dinámica es la habitual de la Interconsulta hospitalaria. Las pacientes llegan remitidas por el oncólogo médico y/o cirujano oncológico, a través de un Parte Interconsulta (PIC) en el que consta una breve reseña de la situación de enfermedad de la paciente y del motivo de consulta.

A lo largo de este tiempo se ha ido desarrollando un modelo de Primera Entrevista Semiestructurada que ha resultado ser bastante eficaz en la recogida de datos y en el establecimiento de la relación terapéutica con la paciente. El tiempo es de una hora, siendo necesario en muchas ocasiones ocupar una segunda entrevista para terminar esta primera fase de historia psicológica.

A la misma acompaña una evaluación psicométrica, en la que se incluyen una serie de cuestionarios, que habitualmente se utilizan en la Unidad también en la evaluación de los problemas psicológicos relacionados con otras enfermedades: pacientes cardíacos, fibromialgias, obesidad, etc. Estos cuestionarios son de autoevaluación y se le entregan a la paciente, si la situación física-emocional lo permite, al finalizar la primera entrevista, para que los haga en casa y los traiga a la siguiente consulta. Estos cuestionarios son:

- H.A.D. (Hospital Anxiety Depression) de Zigmond y Snaith (1983), que evalúa ansiedad y depresión.
- H.S. Escala de Desesperanza de Beck y cols. (1974) que evalúa pensamientos, ideas suicidas.
- Escala de Impacto de un Acontecimiento Estresante, de Horowitz y cols. (1979), que nos permite conocer la invasión que la persona está teniendo, así como la puesta en marcha de la evitación como estrategia de afrontamiento.
- Escala de Control Percibido (MHLC) de Wallston y cols. (1978), que mide el control interno, control externo (por terceros) o el azar, que la persona percibe que tiene sobre lo que le está pasando.

- Cuestionario de Afrontamiento (MCMQ) (Medical Coping Modes Questionnaire) de Feifel y cols. (1986), que mide tres tipos de afrontamiento: control, evitación, aceptación-resignación.

Después de la evaluación psicométrica y de las entrevistas diagnósticas, se hace el encuadre psicológico y devolución a la paciente de la situación, se le explica el tipo de tratamiento que se va a realizar, en qué consiste, etcétera. Se comienza con sesiones semanales que se mantendrán o variarán según las necesidades y evolución. El tratamiento se mantiene hasta que remiten los síntomas que originaron la consulta o la paciente fallece (en caso de pacientes con enfermedad avanzada). Si es necesario en cualquier momento del tratamiento, se hace una nueva reevaluación, sobre todo del H.A.D.

Cuando es necesario tratamiento farmacológico, la paciente es derivada al psiquiatra de la Unidad de Psiquiatría de Enlace, haciendo un seguimiento habitualmente de forma conjunta (psiquiatra-psicóloga). En algunos casos la paciente es remitida a su Centro de Salud Mental.

Bibliografía

- Alonso Fernández, C.** (1993). *Repercusiones psicológicas en las pacientes con mastectomía vs tumorectomía*. Curso de Tumores Ginecológicos: Cáncer de Mama. Madrid. En prensa.
- Alonso Muñoz, M.C.; Taberner Caturra, J.M.; Ojeda Gléz., B.** (1992). «Cáncer de mama». En: *Oncología Clínica* (2). Patología Especial. Interamericana McGraw Hill.
- Barcia, D.; Ruiz, E.** (1985). «Aspectos psicológicos relacionados con el diagnóstico del cáncer de pecho, la mastectomía y la reconstrucción de la mama». *Anales de Psiquiatría*, 1 (7): 283-289.
- Barreto, P.; Capafons, A.; Ibáñez, E.** (1987). «Depresión y cáncer o adaptación y cáncer». *Boletín de Psicología*, 4: 125-146.
- Barreto, P.; Ferrero, J.; Toledo, M.** (1993). «La intervención psicológica en pacientes de cáncer». *Clínica y Salud*, 4 (3): 253-262.

Experiencias de psicoterapia individual en mujeres con cáncer de mama

- Bayes, R.** (1991). *Psicología Oncológica*. Martínez Roca (2ª Edición), Barcelona.
- Berlung, H.G., et al.** (1991). «Late Effects of Adjuvant Chemotherapy and Postoperative Radiotherapy on Quality of Life among Breast Cancer Patients». *Eur J Cancer*, 27 (9): 1075-1081.
- Coll Espinosa, F.J.; Heras Glez., M.; Navarrete, A.** (1991). «Repercusiones psíquicas del cáncer de mama. Efectos psíquicos de la mastectomía». *Psiquis*, 12: 29-39.
- Díaz-Rubio, E.** (1993). *Cáncer de Mama*. Laboratorios Glaxo, Madrid.
- Ferrero, J.** (1993). *El afrontamiento de un diagnóstico de cáncer*. Promolibro, Valencia.
- González Barrón, R.** (1988). «Efectos psicológicos de la mastectomía. Influencia del medio». *Psiquis* IX/88: 23-32.
- Greer, S.** (1991). «Psychological response to cancer and survival». *Psychological Medicine*, 21: 43-49.
- Greer, S.** (1992). «Terapia Psicológica Adyuvante para mujeres con cáncer de mama». *Boletín de Psicología*, 36: 71-83.
- Ibáñez, E.** (1984). «Reflexiones sobre las relaciones entre depresión y cáncer». *Boletín de Psicología*, 4: 99-113.
- Lazarus, R.; Folkman, S.** (1986). *Estrés y procesos cognitivos* (2ª Edición). Martínez Roca, Barcelona.
- Meyerowitz, B.E.** (1982). «The impact of mastectomy on the lives of women». *Professional Psychology*, 12 (1): 118-127.
- Mingote, C.; Denia, F.; Alonso Fdez., C.** (1997). «Psicoprofilaxis quirúrgica: estrategias de intervención para la prevención y reducción del estrés de los pacientes quirúrgicos». *Cirugía Española*, 62 (4): 64-73.
- Moorey, S.; Greer, S.** (1989). *Psychological Therapy for Patients with Cancer. A New approach*. Heinemann Medical Book, London.
- Pérez Manga, G.** (1989). *Cáncer de Mama*. De MCR, Barcelona.
- Pozo, C. et al.** (1992). «Effects os Mastectomy vs Lumpectomy on Emotional Adjustment to Breast Cancer: A Prospective Study of the First Year Postsurgery». *J of Clinical Oncology*, 10 (8): 1292-1298.
- Romero, R.** (1997). «Intervención psicológica en el enfermo oncológico». En: Pascual LM, Ballester R (Directores): *La Práctica de la Psicología de la Salud. Programas de Intervención*. Promolibro, Valencia.
- Rowland, J.H.; Holland, J.C.** (1990). «Breast Cancer». En: Holland JC, Rowland JH (Eds): *Handbook of Psychooncology*. Oxford University Press, New York.
- Samames, M.; Rallo, J.** (1976). «Problemas psicológicos de las enfermas con tumoraciones de la mama». *Revista Clínica Española*, 143 (4): 357-363.
- Stevens, L.A., et al.** (1984). «The psychological impact of immediate breast reconstruction for women with early breast cancer». *Plastic and Reconstructive Surgery*, 619-626.
- Temoshock, L.** (1987). «Personality, coping style, emotion and cancer: Towards an integrative model». *Cancer Sur*, 6: 545-567.
- Tross, S.; Holland, J.C.** (1990). «Psychological sequelae in cancer survivors». En: Holland JC and Rowland JH (Eds). *Handbook of Psychooncology*. Oxford University Press, New York.
- Watson, M.; Greer, S., et al.** (1991). «Relationship between emotional control, adjustment to cancer and depression and anxiety in breast cancer patients». *Psychological Medicine*, 21: 51-57.
- Zemore, R. et al.** (1989). «Some Social and Emotional Consequences of Breast Cancer and Mastectomy: A Content Analysis of 87 Interviews». *Journal of Psychosocial Oncology*, 7 (4): 33-35.

Intervención psicológica grupal en mujeres con cáncer de mama

Dra. *Julia Sebastián Herranz*

*Profesora del Dpto. de Psicología
Biológica y de la Salud
Universidad Autónoma de Madrid*

1. Introducción

Los datos estadísticos señalan al cáncer como una de las principales causas de mortalidad de los países occidentales, concretamente la segunda después de las enfermedades cardiovasculares, lo que convierte a esta enfermedad en un problema de salud fundamental que requiere un abordaje médico y psicológico por las repercusiones que conlleva en la vida del/de la paciente.

Precisamente, la Psicooncología nace del interés de los profesionales de la Psicología, fundamentalmente, pero también de los oncólogos, de cubrir unas demandas de atención psicológica que se plantean en el transcurso de la enfermedad y que requieren una intervención en este terreno en colaboración con el equipo médico.

En general, las investigaciones en Psicooncología se han llevado a cabo en dos direcciones básicas:

- Por una parte, se ha estudiado el papel que las variables psicológicas pueden jugar como agentes de influencia directa o indirecta en la aparición y/o en la progresión de la enfermedad neoplásica. En este sentido, nos estaríamos preguntando cuestiones como si los aspectos psicológicos pueden tener algún papel etiológico en el desarrollo del cáncer, o si los aspectos psicológicos tienen alguna influencia en el ritmo de progresión del cáncer ya diagnosticado, e incluso, en la supervivencia del/de la paciente. En cualquier caso, lo que estamos intentado averiguar es la posibilidad de que determinados factores psicológicos tengan alguna influencia en la incidencia de la enfermedad y en el pronóstico de la misma.
- Por otra parte, otro de los ámbitos de estudio de la Psicooncología se refiere al estudio de las consecuencias psicológicas que el cáncer y sus tratamientos tienen para el individuo, tanto en la fase

de diagnóstico como en la de tratamiento, o en la fase terminal de cuidados paliativos, incluso, señalando las *huellas psicológicas* que pueden observarse en el período libre de enfermedad.

Con el avance científico en los métodos de diagnóstico y tratamiento médicos se ha producido una mejora significativa en el pronóstico del cáncer; ello ha dado lugar a que, cada vez más, el cáncer se haya convertido en un trastorno crónico, en una enfermedad con la que hay que convivir mucho tiempo, y con la creciente posibilidad de llegar a la curación.

En todo este período en el que se padece la enfermedad aparecen una serie de demandas y necesidades por parte de los pacientes que han podido ser recogidas por los/las profesionales de la Psicología y que han favorecido la implantación de intervenciones en este terreno tendentes a aliviar muchos de las dificultades psico-emocionales asociadas con la misma. Por su parte, los oncólogos han podido observar la utilidad de estos procedimientos que sirven para mejorar la calidad de vida emocional, social, funcional, etc., de sus pacientes. Como ya se ha dicho tantas veces, del interés por aumentar la supervivencia de los/las personas que padecen esta enfermedad se ha pasado al interés por aumentar su calidad de vida.

Tradicionalmente, las intervenciones psicológicas en la patología neoplásica han sido desarrolladas de manera individual y de acuerdo a la problemática que expresaba el/la paciente. Sin embargo, en la década de los noventa empieza a haber una proliferación de intervenciones grupales que obtienen buenos resultados, con ventajas tanto para el/la paciente como para la institución. Ya que hemos tratado las intervenciones individuales en otra comunicación de estas Jornadas, vamos a pasar a exponer las características de las intervenciones de este tipo.

El desarrollo de programas grupales de intervención psicológica se enmarca en una línea de trabajo que tiene por objeto favorecer

Intervención psicológica grupal en mujeres con cáncer de mama

el bienestar de la persona enferma de cáncer y aumentar su calidad de vida; todo ello se refleja en Psicooncología con la expresión de intentar *promover una buena adaptación a la enfermedad*. Por otra parte, es también recurrente la expresión de *proceso o estrategias de afrontamiento*, con ello se designa la respuesta psicológica (emocional y cognitiva) puesta de manifiesto por la persona después de conocer el diagnóstico de cáncer de mama: en la definición de cada estrategia no pueden estar implicados juicios de valor. Algunas de las estrategias de afrontamiento contempladas han sido: espíritu de lucha, negación, fatalismo, desamparo y desesperanza, aceptación estoica, etc.

Las intervenciones grupales han surgido a partir de los resultados obtenidos con investigaciones y tratamientos individuales previos. En este sentido, el objetivo prioritario a cubrir en una primera etapa de desarrollo de este tipo de intervención ha sido identificar qué variables emocionales, cognitivas, actitudinales y conductuales influyen en la adaptación a la enfermedad y a su tratamiento y, posteriormente, diseñar programas de intervención psicológica en donde se pueda ayudar a desarrollar estas características, al mismo tiempo que enseñar a los/las pacientes diversas técnicas psicológicas que reviertan en un mayor bienestar y autocontrol emocional, sin olvidar la importancia terapéutica que tiene la expresión de emociones y el apoyo psicosocial del grupo. Algunos autores plantean, incluso, que otra de las metas que se pretende es conseguir también un nivel de bienestar semejante al que el/la paciente disfrutaba con anterioridad al diagnóstico (Leszca y Goodwin, 1998; Fava y cols., 1998; Fawcy y Fawcy, 1998).

Han sido varios los intentos de elaborar programas de intervención grupal, que se remontan a los años setenta, fuera de nuestras fronteras. Muchos de ellos han realizado, paralelamente a su trabajo clínico, un estudio riguroso sobre la eficacia de los mismos. En este sentido, es necesario contar con un grupo

de pacientes que van a recibir el programa (grupo experimental) y un grupo de pacientes que igualándose al primero en muchas variables no van a recibir ningún tipo de intervención en este sentido (grupo control). A continuación sólo vamos a mencionar los más importantes:

El equipo de investigación de Greer (Moorey y Greer, 1989; Burges, Morris y Pettingale, 1988; Watson, Greer, Young, Inayat, Burgess y Robertson, 1988) ha elaborado la Terapia Psicológica Adyuvante, que tiene los siguientes objetivos: reducir la ansiedad, depresión y otros síntomas psiquiátricos, proveer *ajuste mental* al cáncer induciendo un espíritu de lucha positivo, promover en los pacientes un sentimiento de control personal sobre sus vidas y una participación activa en el tratamiento de su enfermedad, desarrollar estrategias de afrontamiento efectivas para tratar los problemas relacionados con el cáncer, promover la comunicación entre el paciente y su pareja y animar a expresar sentimientos, particularmente la ira y otros sentimientos negativos.

Los datos obtenidos al aplicar esta terapia a una muestra de 156 pacientes indicaron que el grupo experimental obtuvo puntuaciones más altas que el grupo control en espíritu de lucha, y significativamente menores en desamparo, preocupación ansiosa y fatalismo, ansiedad, síntomas psicológicos y estrés psicológico. En el seguimiento, cuatro meses después, las personas que habían recibido la intervención grupal tenían puntuaciones más bajas que el grupo control en ansiedad, síntomas psicológicos y estrés psicológico.

La más famosa investigación es la de Spiegel, Kraemer, Bloom y Gotteil (1989), en la que llevaron a cabo una intervención psicológica con 86 pacientes de cáncer de mama metastásico, con el objetivo de aumentar su calidad de vida. El seguimiento efectuado durante diez años dio como resultado que el grupo de pacientes que había asistido al grupo de terapia había sobrevivido significativamen-

te más que las mujeres del grupo control. El trabajo de Spiegel y cols. ha sido, quizá, el más importante dentro de este campo, aunque no está exento de críticas que tienen que ver con cuestiones metodológicas (Fox, 1998).

Richardson y cols., (1990a) pusieron de manifiesto, en una muestra de pacientes con linfoma y leucemia, que existían diferencias estadísticamente significativas entre el grupo que se sometió a un programa de intervención y otro grupo que recibió los cuidados de rutina, ambos seleccionados al azar. La diferencia más notable señalada fue que el grupo que recibió la intervención psicológica sobrevivió más tiempo que el grupo ajeno a la misma.

El equipo de Grossarth-Maticek y Eysenck (1991) crearon la Terapia de Innovación Creativa, con el fin de aumentar el tiempo de supervivencia de pacientes con cáncer, modificando aquellos aspectos psicológicos que, en investigaciones anteriores, los mismos autores habían encontrado relacionados con la génesis del cáncer. Los resultados con 100 pacientes de cáncer de mama con metástasis visceral fueron muy satisfactorios. La psicoterapia por sí sola aumentó la media del tiempo de supervivencia en 3,64 meses, pero fue la combinación de psicoterapia y quimioterapia la que ofreció los resultados mejores, aumentando esta media en 11,1 meses. Aunque también sus investigaciones han recibido críticas metodológicas, sus aportaciones han estimulado la investigación en varias líneas de trabajo.

Burish y cols., en 1991, realizaron una intervención encaminada a preparar a pacientes de cáncer para afrontar la quimioterapia. Esta intervención es considerada por los autores como una medida preventiva para iniciar de una forma óptima los tratamientos. Sus objetivos eran preparar al paciente y a su familia de una manera secuenciada para la recepción del tratamiento y dar al paciente y a su familia información concreta acerca de la sintomatología clínica del tratamiento que se iba a seguir. En concreto, algunos de los objetivos a cubrir eran informar al paciente y su

familia acerca de lo que deben esperar durante el tratamiento de quimioterapia, proveer un modelo de cómo hay que afrontar este tratamiento, dar oportunidad al paciente y a su familia para que expresen sus sentimientos y sugerir a los pacientes cómo deben afrontar los tratamientos y los efectos secundarios.

Estos autores estudiaron la eficacia de este tratamiento en 60 pacientes, a los que asignaron a cuatro condiciones experimentales: 1) entrenamiento en relajación, 2) preparación para afrontar la enfermedad 3) preparación para afrontar la enfermedad y relajación, y 4) ninguna intervención. Los resultados indicaron que la preparación para afrontar la enfermedad incrementaba el conocimiento sobre la enfermedad y sus tratamientos, reducía los efectos secundarios anticipatorios y los efectos negativos y facilitaba el afrontamiento de la enfermedad. Aunque se mostraba más eficaz que el entrenamiento en relajación, la combinación de ambos fue la condición que produjo mayores beneficios.

Fawcy y Fawcy (1994) crearon un programa de Intervención Psicoeducacional Estructurado para pacientes con cáncer que incluía educación para la salud, manejo de estrés y habilidades de afrontamiento. Este modelo de intervención fue aplicado a un grupo de pacientes diagnosticados de melanoma maligno que se habían sometido a un tratamiento estándar de sus tumores. El grupo control sólo recibió tratamiento médico, mientras que el grupo experimental recibió tratamiento médico e intervención psicológica en grupo. Los resultados mostraron que los/las sujetos del grupo experimental tenían significativamente menores niveles de estrés psicológico, mayor uso de métodos de afrontamiento activo y mejor calidad de vida que el grupo control.

Los datos de seguimientos fueron también optimistas. A los seis meses de terminado el tratamiento las diferencias eran más marcadas, y al año estas diferencias se mantenían. Pasados seis años evaluaron la recurrencia y supervivencia de estos/estas pacientes, encon-

Intervención psicológica grupal en mujeres con cáncer de mama

trando menores tasas de ambas cuestiones en el grupo que había recibido el programa de intervención.

Más recientemente, Roberts y cols. (1997) aplicaron una intervención psicológica a un grupo de personas jóvenes con cáncer. La intervención incluía técnicas de terapia de grupo con estrategias psicoeducacionales. La duración del tratamiento fue de seis semanas, en las que se trataron la ansiedad acerca de la salud y el bienestar físico, preocupaciones acerca de la fertilidad, los problemas en las relaciones interpersonales, problemas económicos y la imagen corporal. Los resultados indicaron una mejora significativa del bienestar psicológico de los pacientes, aunque no se encontraron cambios en las estrategias de afrontamiento de la enfermedad ni en la calidad de vida.

Schwartz y cols. (1998) realizaron un estudio en el que dividieron a un grupo de 341 mujeres con cáncer de mama en dos grupos, a uno de ellos le aplicaron un Entrenamiento en Solución de Problemas y al otro un Consejo General de Salud; este último fue considerado el grupo control. En la línea base estos grupos eran homogéneos tanto en variables demográficas como en estrés psicológico. En la medida post-tratamiento, en ambos grupos había disminuido significativamente el estrés psicológico. Las diferencias entre el grupo control y el grupo experimental se pusieron de manifiesto cuando se tuvo en cuenta sólo a aquellas mujeres del grupo experimental que realmente habían utilizado las técnicas aprendidas de solución de problemas. En este caso, el estrés psicológico del grupo experimental era menor que el del grupo control.

Todos estos trabajos, y algunos más, han servido de base para la elaboración de un programa de intervención psicológica por parte de nuestro equipo de investigación. Aunque a continuación pasaremos a explicarlo, no queremos antes dejar de señalar algunas de las líneas de actuación generales en cuanto al trabajo grupal, a tenor de los trabajos revisados.

En este sentido, éstas podrían ser las características más generales de este tipo de intervención:

- Debe estar coordinado por un profesional experto (psicólogo-a).
- Los grupos deben ser homogéneos en el tipo de tumor y estadio de la enfermedad, lo cual redundará en una mayor cohesión, satisfacción y participación.
- Se recomiendan grupos homogéneos en edad y sexo.
- Pueden realizarse tanto con pacientes con buen pronóstico como con pacientes con metástasis. En casi todos los casos los-as pacientes suelen estar en tratamiento (quimioterapia, radioterapia, etc.) o recién terminado.
- Debe estar estructurado (entre 4 y 12 sesiones semanales).
- La duración de las sesiones es, aproximadamente, de 90 a 120 minutos.
- Se recomiendan entre 4 y 10 participantes (nunca más de 12).
- Puede recoger contenidos informativos, educativos, emocionales, actitudinales, cognitivos, conductuales, y existenciales.

Descripción de un Programa de Intervención Psicológica para mujeres con cáncer de mama

En cuanto al Programa de Intervención Psicológica para mujeres con cáncer de mama elaborado por nuestro equipo, hay que decir que es de naturaleza preventiva, ya que ha sido concebido para ser aplicado en cuanto la enferma se haya recuperado de la cirugía y esté comenzando con los tratamientos (quimioterapia y/o radioterapia). Como casi todos los programas revisados anteriormente, tiene como objetivo mejorar la calidad de vida y favorecer la adaptación a la enfermedad desde una óptica multidimensional (física, social, psicológica, laboral, etc.).

El programa fue desarrollado con la finalidad de satisfacer las necesidades, demandas y dificultades que tienen planteadas las pacientes con cáncer de mama. La evaluación de su eficacia ha sido realizada tanto de cara a la mejora de la calidad de vida y un adecuado ajuste a la enfermedad, como a su posible repercusión sobre el curso de la misma. Actualmente este programa está siendo subvencionado por el Departamento de Salud del Instituto de la Mujer y se está impartiendo en los hospitales de La Paz y Puerta de Hierro (Madrid).

Los objetivos generales del programa recogen cuatro aspectos importantes referidos a la calidad de vida, adaptación a la enfermedad, aprendizaje de estrategias y deterioro funcional. En concreto, los objetivos serían: *a)* mejorar la calidad de vida de las mujeres y favorecer una buena adaptación a la enfermedad, *b)* ayudar a las pacientes a afrontar el diagnóstico y las nuevas condiciones de vida derivadas de la misma, *c)* facilitar a las mujeres el aprendizaje de estrategias para resolver los problemas psicológicos y ayudar a las mujeres para que se reincorporen a sus roles anteriores y *d)* disminuir el malestar físico producido por la enfermedad y sus tratamientos.

Estos objetivos generales pueden, a su vez, plasmarse en los siguientes objetivos específicos:

- Reducir la respuesta emocional producida por el diagnóstico de cáncer y la posterior intervención quirúrgica.
- Dotar de estrategias para controlar los posibles efectos secundarios producidos por la quimioterapia.
- Ayudar a las pacientes en la aceptación de su nueva imagen corporal.
- Enseñar a las pacientes estrategias de comunicación para evitar problemas sexuales y de pareja.
- Desarrollar unas estrategias de afrontamiento adecuadas hacia el cáncer (espíritu de lucha positivo).

- Enseñar a las mujeres a controlar los pensamientos negativos frente al pronóstico de su enfermedad.
- Ayudar a manejar miedos relacionados con la enfermedad: recaída, muerte, abandono, desfiguración, dolor, etc.
- Favorecer la expresión de emociones y sentimientos.
- Potenciar su autoestima y promover cambios relacionados con la valoración personal y social.

El programa está compuesto por 14 sesiones de dos horas de duración cada una. Las sesiones tienen lugar con una periodicidad semanal. Aunque se utilizan estrategias terapéuticas concretas para trabajar las diferentes sesiones, hay algunas que se repiten a lo largo de todo el programa, como son favorecer y alentar la expresión emocional, reforzar las actitudes positivas ante la enfermedad, los tratamientos y los problemas cotidianos, enseñar a reestructurar las actitudes negativas, favorecer las estrategias de afrontamiento activas y alentar la planificación de actividades.

El contenido del programa se divide en cinco bloques:

1. Preparación para la quimioterapia.
2. Educación para la salud.
3. Imagen corporal.
4. Manejo de estrés y habilidades de afrontamiento personal.
5. Habilidades de comunicación y establecimiento de metas.

1. Preparación para la quimioterapia

En este bloque se pretende ayudar a afrontar el tratamiento con el menor grado de ansiedad posible. Para ello se clarifica la información que la paciente tiene sobre el tratamiento que va a recibir, se familiariza a las mujeres con el escenario en el que les va a ser aplicado, también se les facilita el aprendizaje de estrategias de afrontamiento

Intervención psicológica grupal en mujeres con cáncer de mama

adecuadas que les habiliten para una positiva recepción de la quimioterapia (técnicas de distracción, relajación, autoinstrucciones positivas, etc.).

Por último, en esta fase se pretende motivar a la pareja para que juegue un papel importante como apoyo de la enferma y la ayude en su recuperación.

Este bloque está compuesto por una sesión que se lleva a cabo unos días antes del primer ciclo de quimioterapia. Esta sesión no se realiza en grupo sino que participan en ella la enferma y los miembros de la familia que quieran asistir.

2. Educación para la salud

El objetivo de este bloque es motivar a la paciente para que pase a formar parte activa en su proceso de recuperación. Para ello se clarifica la información que la paciente tiene sobre su enfermedad, sus distintos tipos y tratamientos, así como los distintos factores que influyen en la decisión de prescribir uno u otro, etc. De esta manera se pretende que conozcan y comprendan su caso particular, resuelvan las dudas que tienen sobre la enfermedad y se refuerce la confianza en el personal médico.

A su vez, se proporciona a la mujer información sobre las consecuencias físicas de los tratamientos (cirugía, quimioterapia, radioterapia) y se enseña y potencia la utilización de los cuidados necesarios para paliar estos efectos (ejercicios especiales, relajación, etc.).

3. Imagen corporal

En este apartado se pretende facilitar la aceptación por parte de la mujer de su nueva imagen corporal. Para ello se proporciona información sobre arreglo personal, prótesis, lencería especial, etc. A su vez se trabaja la vivencia del propio cuerpo y la influencia que esto está teniendo en las relaciones sexuales y en la autoestima.

4. Manejo de estrés y habilidades de afrontamiento personal

El objetivo de este bloque es formar a las mujeres para que aprendan a detectar las situaciones, pensamientos y comportamientos que les causan malestar psicológico y facilitar la puesta en práctica de estrategias de afrontamiento activas que les permitan superar ese malestar (parada de pensamiento, reestructuración cognitiva, solución de problemas, etc.).

5. Habilidades de comunicación y establecimiento de metas

Se pretende que las mujeres aprendan habilidades de comunicación que faciliten la expresión de emociones y sentimientos. Así mismo, en este bloque se busca motivar a las mujeres para que planifiquen sus metas a corto plazo, y ayudarlas a solucionar los problemas que puedan interferir en ellas.

Algunos datos sobre su eficacia

A continuación exponemos, como ejemplificación, algunos de los resultados obtenidos con este programa de intervención, si bien no entraremos a explicar consideraciones metodológicas que en otro lugar deberían ser de obligada referencia.

La muestra estaba compuesta por mujeres intervenidas quirúrgicamente de cáncer de mama (no metastásico) por parte del equipo médico del Servicio de Patología Mamaria del Departamento de Obstetricia y Ginecología del Hospital Maternal La Paz de Madrid.

El número de mujeres que han participado en este estudio ha sido de 85, aunque al hacer estos análisis sólo contábamos con datos totales de 26 mujeres del grupo experimental y 27 mujeres del grupo control.

Su edad estaba comprendida entre 34 y 64 años. La formación del grupo control nos ha supuesto algunos problemas, ya que es difícil mantener la motivación de las mujeres

para someterse a evaluaciones repetidas sin estar recibiendo ninguna intervención terapéutica.

En la Tabla 1 se pueden consultar algunos datos sociodemográficos de interés de nuestra muestra de estudio.

El control de las variables médicas ha sido uno de los aspectos más importantes para

poder comparar más adelante a los grupos: su edad debía situarse entre los 25 y los 65 años, debían recibir por primera vez un diagnóstico de cáncer de mama, no debían sufrir metástasis, el número de ganglios infectados no podía exceder de cuatro (es decir, se situarían en un diagnóstico T1), el tratamiento recibido debía ser de quimioterapia con CMF y/o radioterapia

TABLA 1
VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS Y MÉDICAS

Variable	Experimental (%)	Control (%)
Edad		
30-39 años	11,5	3,7
40-49 años	30,8	44,4
50-59 años	42,3	44,4
60-69 años	15,4	7,4
Estado civil		
Soltera	11,5	7,4
Casada	84,6	77,8
Separada	0,0	11,1
Viuda	3,8	3,7
Hijos		
Sí	84,6	88,9
No	15,4	11,1
Nivel de estudios		
Elementales	76,9	74,1
Medios	7,7	7,4
Superiores	15,4	18,5
Trabajo remunerado		
Sí	46,2	51,9
No	53,8	48,1
Tipo de cirugía		
Tumorrectomía	3,8	3,7
Mastectomía	3,8	7,4
Tumorrectomía + Linfa	46,2	48,1
Mastectomía + Linfa	46,2	40,7
Tratamiento		
Quimioterapia	7,7	37,0
Radioterapia	0,0	3,7
Quimioterapia + Radioterapia	53,8	29,6
Quimioterapia + Tamoxifeno	15,4	7,4
Radioterapia + Tamoxifeno	3,8	7,4
Quimioterapia + Radioterapia + Tamoxifeno ...	7,7	7,4
Tamoxifeno	11,5	7,4

Intervención psicológica grupal en mujeres con cáncer de mama

y/o hormonoterapia. Y no debían sufrir ningún problema psiquiátrico.

La participación en el programa ha sido voluntaria. Las mujeres que aceptaban participar formaban el grupo experimental, mientras que las mujeres que no lo deseaban o no podían formaron parte del grupo control.

Los instrumentos que se han utilizado fueron los siguientes:

- Cuestionario de Calidad de Vida E.O.R.T.C. (European Organization for Research and Treatment of Cancer) de Aaronson y cols. (1988).
- Escala de Ajuste Mental al Cáncer (M.A.C.) (Mental Adjustment to Cancer scale) de Watson y Greer (1988).
- Escala de Autoestima (SES) de Rosenberg (1965).
- Escala de Imagen Corporal. (EIC). Esta escala fue elaborada por el propio equipo de investigación debido a que ninguna de las escalas revisadas reflejaba el área de estudio que nos interesaba.

La medida pre-tratamiento se realizaba de 10 a 15 días después de la cirugía y antes de recoger los resultados de la anatomía patológica. Aproximadamente un mes después de terminar el Programa (a los seis meses después de la cirugía, más o menos) se obtuvo la medida post-tratamiento. El seguimiento se realizó a los seis meses de acabar el programa.

Se han realizado varios análisis estadísticos que se basan esencialmente en comparaciones intragrupos e intergrupos, y cuyos resultados pasamos a continuación a exponer.

- a) En el grupo de mujeres que han recibido el programa de intervención psicossocial (grupo experimental), las diferencias que se han podido constatar entre su situación anterior al programa y su situación posterior han sido muy numerosas y todas ellas en el sentido de una mejor adaptación a la enfermedad y bienestar psicológico. Así, podemos señalar que las repercu-

siones de la asistencia al programa han tenido lugar en las siguientes variables: mejora de su nivel funcional, en su estado físico, en su estado psicológico, en sus relaciones sexuales y, en general, en su calidad de vida. Estas afirmaciones están apoyadas generalmente en varios indicadores para cada uno de los dominios mencionados anteriormente. Además, también ha aparecido una diferencia importante en el terreno del afrontamiento a la enfermedad, destacándose que después de la asistencia al programa las mujeres eran capaces de vivir su situación con una sensación mucho menor de desamparo y desesperanza.

Estas diferencias, que se han podido constatar a raíz de haber recibido el programa de intervención psicossocial, se han mantenido seis meses después, a excepción de la mejora en las relaciones sexuales. Este dato indica un nivel muy aceptable de estabilidad en la consecución de los resultados. Sin embargo, sería necesario recopilar de nuevo estos datos después de otros seis meses para tener un índice todavía más claro de su grado de estabilidad.

- b) En el grupo de mujeres que no habían recibido el programa de intervención psicossocial (grupo control) las diferencias entre la medida previa y la realizada más tarde (o medida post), ambas en el intervalo temporal de seis meses semejante al del grupo experimental, señalaron una única mejora en el ámbito funcional (este resultado apareció, igualmente, en el grupo experimental), debido probablemente a la mejor adaptación funcional producida por el transcurso del tiempo.

Las mujeres que formaron parte del grupo que no recibió el programa de intervención psicossocial (grupo control) informaron en la medida de segui-

miento, seis meses después de lo anterior, que había disminuido su espíritu de lucha y había aumentado su actitud de fatalismo como forma de afrontamiento a la enfermedad y que se había deteriorado su autoestima, su autoimagen corporal y, en general, su autoconcepto. No obstante, había mejorado su nivel funcional y su percepción de su estado físico (este resultado apareció, igualmente, en el grupo experimental).

- c) En cuanto a las comparaciones entre los grupos de mujeres que habían o no asistido al programa (comparaciones intergrupos), podemos señalar que precisamente el grupo de mujeres que participó en él había informado inicialmente de un mayor malestar físico y psicológico. Sin embargo, en las comparaciones que realizamos posteriormente a la asistencia al programa, estas mismas mujeres informaron no sólo que se habían igualado con el grupo control, sino que se sentían mejor que éstas en su estado psicológico, que percibían una mejora en su calidad de vida y que participaban en mayor medida que el otro grupo en mantener un espíritu de lucha frente a la enfermedad y una mejor imagen corporal.
- d) En el período de seguimiento, seis meses después, las diferencias entre el grupo de mujeres que habían participado en el programa y el grupo de mujeres que no habían asistido al mismo, se concretaron en aspectos como los siguientes: las mujeres que no habían participado estaban viviendo su situación con un nivel mayor de desamparo y desesperanza y con mayores cotas de fatalismo; su imagen corporal y su autoconcepto se encontraban bastante deteriorados comparados con los del grupo experimental

y, finalmente, se había producido un mayor deterioro familiar en este grupo.

- e) No obstante lo anteriormente mencionado, el patrón que parece sobresalir de los resultados obtenidos sería el siguiente: aunque las mujeres del grupo experimental partían de peores condiciones que el grupo control en el momento inicial y antes de recibir el programa de intervención psicosocial, después de recibir el mismo se produjo en el grupo experimental un fuerte incremento en su bienestar y adaptación a la enfermedad, ya que no sólo se remontaron las condiciones adversas con las que se partía, sino que se aventajó al grupo control en aspectos importantes en los que se había incidido especialmente en el programa. Finalmente, estos cambios beneficiosos fueron confirmados seis meses después, mientras que en el grupo control se observaba en ese mismo momento un empeoramiento en sus condiciones de afrontamiento a la enfermedad y un decremento en aspectos relacionados con el autoconcepto y autoestima.

Bibliografía

- Alter, C. L.; Fleishman, S. B.; Kornblith, A. B.; Holland, J. C.** y col. (1996). «Supportive telephone intervention for patients receiving chemotherapy». *Psychosomatics*, 37, 425-431.
- Andersen, B. L.** (1992). «Psychological interventions for cancer patients to enhance the quality of life». *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 552-568.
- Baider, L.; Pérez, T.; De Nour, A. K.** (1997). «The effect of behavioral intervention on the psychological distress of holocaust survivors with cancer». *Psychotherapy and psychosomatics*, 66, 44-49.
- Barreto, P.** (1993). «La intervención psicológica en pacientes de cáncer». *Clínica y Salud*, 4, 253-262.

Intervención psicológica grupal en mujeres con cáncer de mama

- Barreto, P.; Ferrero, J.; Toledo, M.** (1993). «La intervención psicológica en pacientes de cáncer». *Clínica y Salud*, 4, 253-262.
- Barracough, J.** (1994). *Cancer and emotion: A practical guide to psychooncology*. Chichester: John Wiley and Sons.
- Bayés, R.** (1985). *Psicología Oncológica*. Barcelona: Martínez Roca.
- Blasco, T.; Ingles, N.** (1997). «Calidad de vida y adaptación a la enfermedad en pacientes de cáncer». *Anuario de Psicología*, 72, 83-92.
- Classen, C.; Abramson, S.; Angell, K.; Atkinson, A.; Desch, C.; Vinciguerra, V. P.; Rosenbluth, R. J.; Kirshner, J. J.; Hart, R.; Morrow, G; Spiegel, D.** (1997). «Effectiveness of a training program for enhancing therapists' understanding of a supportive-expressive treatment model for breast cancer groups». *Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 6, 211-218.
- Clot Bru, C.** (1991). «La rehabilitación del enfermo de cáncer». *Revisiones en Cáncer*, 5, 193-197.
- Cooper, C. L.** (Eds.). (1988). *Stress and breast cancer*. London: John Wiley ans Sons.
- Cooper, C. L.; Watson, M.** (Eds.) (1991). *Cancer and Stress. Psychological, biologicas and coping studies*. London: John Wiley ans Sons.
- Cruzado, J. A.; Labrador, F. J.** (1990). «Modificación de conducta en pacientes de cáncer». *Revista Española de Terapia del Comportamiento*, 8, 225-259.
- Cruzado, J. A.; Olivares, M. E.; Fernández, B.** (1993). «Evaluación y tratamiento psicológico en pacientes con cáncer de mama». En D. Macia, F. X. Méndez y J. Olivares, *Intervención psicológica: Programas aplicados de tratamiento*. Madrid: Pirámide.
- Cruzado, J. A.; Olivares, M. E.; Fernández, B.; Roman, J. M.; Aguilar, A.** (1992). «Evaluación de factores psicosociales en el cáncer de mama en fase prebiopsia». *Jano*, XLII, 2001-2006.
- Cwikel, J. G.; Behar, L. C.; Zabora, J. R.** (1997). «Psychosocial factors that affect the survival of adult patients: A review research». *Journal of Psychosocial Oncology*, 15, 1-34.
- Derogatis, L. R.** (1986). «Psychology in cancer medicine: A perspective and overview». *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 632-638.
- Dreher, H.** (1997). «The scientific and moral imperative for broad-based psychological interventions for cancer». *Advances*, 13, 38-49.
- Fawzy, I. F.; Cousins, N.; Fawcy, N. W.; Kemeny, M. E.; Elashoff, R.; Morotn, D.** (1990a). «A structured psychiatric intervention for cancer patients. I. Changes over time in methods of coping and affective disturbance». *Archives of General Psychiatry*, 47, 720-725.
- Fawcy, I. F.; Kemeny, M. E.; Fawcy, N. W.; Elashoff, R.; Morton, D.; Cousins, N.** (1990b). «A structured psychiatric intervention for cancer patients. II. Changes over time in immunological measures». *Archives of General Psychiatry*, 47, 729-735.
- Fawcy, I. F.; Fawcy, N. W.** (1994). «A structured psychoeducational intervention for cáncer patients». *General Hospital Psychiatry*, 16, 149-192.
- Fawcy, I. F.; Fawcy, N. W.** (1998). «Group therapy in the cancer setting». *Psychotherapy Research*, 45, 191-200.
- Fawcy, I. F.; Fawcy, N. W.** (1998). «Psychoeducational Interventions». En J. Holland (Ed.) (1998). *Psychooncology*. New York: Oxford University Press, pp. 676-693.
- Ferrero, J.** (1992). *Evaluación cognitiva y afrontamiento en pacientes con cáncer de mama*. Tesis Doctoral, Facultad de Psicología, Universidad de Valencia.
- Fox, B. H.** (1998). «A hypothesis about Spiegel et al.'s 1989 paper on psychosocial intervention and breast cancer survival». *Psychooncology*, 7, 361-370.
- Gellert, G. A.; Maxwell, R. M.; Siegel, B. S.** (1993). «Survival of breast cancer patient receiving adjunctive psychosocial support therapy: A 10-year follow-up study». *Journal Clinical Oncology*, 11, 66-69.
- Greer, S.** (1991). «Psychosocial response to cáncer and survival». *Psychological Medicine*, 21, 284-302.
- Greer, S.** (1992). «Terapia psicológica adyuvante para mujeres con cáncer de mama». *Boletín de Psicología*, 36, 71-83.
- Greer, S.; Moorey, S.; Baruch, J.; Watson, M.; Robertson, B. M.; Mason, A.; Rowden, L.; Law, M. G.; Bliss, J. M.** (1992). «Adjuvant psychological therapy for patients with cancer: a prospective randomised trial.», *British Medical Journal*, 304, 675-680.
- Grossarth-Maticek, R.; Eysenck, H. J.** (1991). «Creative Novation Behaviour Therapy as a prophylactic treatment for cancer and coronary heart disease: Part I. Description of treatment». *Behavior Research Therapy*, 29, 1-16.

- Grossarth-Maticek, R.; Eysenck, H. J.** (1991). «Creative Novation Behaviour Therapy as a prophylactic treatment for cancer and coronary heart disease: Part II. Effects of treatment». *Behavior Research Therapy*, 29, 17-31.
- Holland, J.** (Ed.) (1998). *Psychooncology*. New York: Oxford University Press.
- Holland, J.; Rowland, J.** (Eds.) (1990). *Handbook of Psychooncology. Psychological Care of the Patient with Cáncer*. New York: Oxford University Press.
- Kreitler, S.; Kreitler, H.; Chaitchik, S.; Shaked, S.; Shaked, T.** (1997). «Psychological and medical predictors of disease course in breast cancer: A prospective study». *European Journal of Personality*, 11, 283-400.
- Leszca, M.; Goowin, P. J.** (1998). «The rationale and foundations of group psychotherapy for women with metastatic breast cancer». *International Journal of Group Psychotherapy*, 48, 245-273.
- Meyer, T. J.; Mark, M. M.** (1995). «Effects of psychosocial interventions with adult cancer patients: a meta-analysis of randomized experiments». *Health Psychology*, 14, 101-108.
- Moorey, S.; Greer, S.** (1989). *Psychological Therapy for Patients with Cáncer. A New Approach*. Oxford: Heineman Medical Books.
- Morgenstern, H.; Gellert, G. A.; Walter, S.D. Ostfeld; Siegel, B. S.** (1984). «The impact of a psychosocial program on survival with breast cancer: The importance of selection bias in program evaluation». *Journal of Chronical Disease*, 37, 273-282.
- Paskett, E. D.; Michielutte, R.** (1997). «Psychosocial factors associated with gtnecological cancers». En S. J. Gallant, G. P. Keita (ed.), *Health care for women: Psychological, social and behavioral influences*. Washington: A.P.A. (315-337).
- Richardson, J. L.; Shelton, D. R.; Krailo, M.; Levine, A. M.** (1990a). «The effect of compliance with treatment on survival among patients with hematologic malignancies». *Journal of Clinical Oncology*, 8, 356-364.
- Richardson, J. L.; Zarnegar, Z.; Bisno, B.; Levine, A.** (1990b). «Psychosocial status at initiation of cancer treatment and survival». *Journal of Psychosomatic Research*, 34, 189-201.
- Roberts, C. S.; Piper, L.; Denny, J.; Cuddeback, G.** (1997). «A support group intervention to facilitate young adults' adjustment to cancer». *Health and Social Work*, 22, 133-141.
- Rosenberg, M.** (1965). *Society and the adolescent self image*. Princeton, New Jersey: Princeton University Press.
- Rowland, J.; Mássie, M. J.** (1998). «Breast cancer». En J. Holland, (Ed.) (1998). *Psychooncology*. New York: Oxford University Press, pp. 380-401.
- Schwartz, M. D.; Lerman, C.; Audrain, J.; Cella, D.; Rimer, B.; Stefanek, M.; Garber, J.; Lin, T.H.; Vogel, V.** (1998). «The impact of a brief problem-solving training intervention for relatives of recently diagnosed breast cancer patients». *Annals of Behavioral Medicine*, 20, 7-12.
- Sebastián J.** (1997). *Programas de detección precoz de cáncer de mama y cervix: aspectos psicosociales*. II Encuentro de Profesionales de la Salud sobre Género y Salud, Menorca.
- Sebastián, J.; Mateos, N.; Bueno, M. J.** (1997). «Expresión emocional y personalidad tipo C: Diferencias entre mujeres con patología mamaria, benigna y normales». *Revista de Psicología de la Salud*, 9, 93-126.
- Sebastián, J.; Bueno, M. J.; Mateos, N.; García, P.** (1999). «Evaluación de un programa de intervención psicológica en mujeres con cáncer de mama». *Boletín de Psicología*, 65, 53-73.
- Simonton, O. C.; Matthews-Simonton S. M.** (1981). «Cancer and stress. Counseling the cancer patient». *The Medical Journal of Australia*, 1, 679-683.
- Spiegel, D.** (1993). «Psychosocial intervention in cancer». *Journal of the National Cancer Institute*, 85, 1198-1205.
- Spiegel, D.; Bloom, J. R.; Kraener, H. C.; Gotteil, E.** (1989). «Effect of psychosocial treatment on survival of patients with metastatic breast cancer». *Lancet*, 14, 888-891.
- Spiegel, D.; Sephton, S. E.; Stites, D. P.** (1998). «Effects of psychosocial treatment in prolongin cancer survival may be mediated by neuroimmune pathways». En S. M. McCann, J. M. Lipton (ed.), *Annals of the New York Academy of Sciences*, Vol. 840: *Neuroimmunomodulation: Molecular aspects, integrative systems, and clinical advances*. New York: New York Academy of Sciences.
- Topo, D. M.; Ahles, T. A.; Silverfarb, P. M.** (1998). «Psycho-onlogy: Psychological well-being as a component of a quality of life». En G. A. Fava, H. Freyberger (ed.), *Handbook of psychosomatic medicine*. International Universities Press stress and health series, Monograph 9. Madison: International Universities Press.

Intervención psicológica grupal en mujeres con cáncer de mama

- Valladares, Y.** (1989). «Epidemiología y factores causales del cáncer». En A. Die, M. Llombart y A. Matilla (Eds.). *Manual de Oncología Básica*. Asociación Española contra el Cáncer. Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Van der Pompe, G.; Antoni, M.; Visser, A.; Garsen, B.** (1996). «Adjustment to breast cancer: The psychobiological effects of psychosocial interventions». *Patient Education and Counseling*, 28, 209-219.
- Van Der Pompe, G.; Duivanvoorden, H. J.; Antoni, M. H.; Visser, A.** (1997). «Effectiveness of a short-term group psychotherapy program on endocrine and immune function in breast cancer patients: An exploratory study». *Journal of Psychosomatic Research*, 42, 453-466.
- Walker, L. G.** (1998). «Hypnosis and cancer: Host defences, quality of life and survival». *Contemporary Hypnosis*, 15, 34-38.
- Watson, M.** (1983). «Psychological intervention with cancer patients: A review». *Psychological Medicine*, 13, 839-846.
- Watson, M.** (1991). *Cáncer Patient Care: Psychosocial Treatment Methods*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Watson, M.; Greer, S.** (1983). «Development of a questionnaire measure of emotional control». *Journal of Psychosomatic Research*, 27, 299-305.
- Weinberg, N.; Schmale, J.; Uken, J.; Wessel, K.** (1996). «Online help: Cancer patients participate in a computer mediated support group». *Health and Social Work*, 21, 24-29.
- Weinberg, N.; Schmale, J.; Uken, J.; Wessel, K.** (1995). «Computer mediated support group». *Social Work with Groups*, 17, 43-54.
- Wilkinson, S.; Kitzinger, C.** (1996). *Mujer y salud. Una perspectiva feminista*. Barcelona: Paidós.

Intervención psicosocial en la fibromialgia

Dra. Yvonne Arigita Le Saos

*Psicóloga. Psicoterapeuta. Miembro de la FEAP
Hospital Universitario 12 de Octubre (Madrid)*

Ya el pasado año se celebraron las *Primeras Jornadas sobre Salud Mental y Género, aspectos psico-sociales y diferencias en la salud de las mujeres*. Estas segundas jornadas son una muestra más de la sensibilización del Instituto de la Mujer y del Hospital 12 de Octubre sobre este tema.

Como mujer, aprecio la existencia de un Instituto de la Mujer, si bien no deja de rondarme la pregunta de por qué necesitamos un Instituto. ¿Qué ha estado ocurriendo con la mujer a lo largo de los siglos para que en nuestros días haya tenido que surgir? Mujeres ha habido siempre, sí, pero parecería que, como algo obvio, ni el hombre ni la propia mujer hubieran reparado en las necesidades de crecimiento integral de la mujer como persona y en el papel de ésta en la sociedad. ¿O es que, por el contrario, ella tuvo siempre muy claro su papel de mantenedora, de infraestructura de esa sociedad que descansa de tal manera en la mujer que, sin pretenderlo, la aplasta? No es una pregunta feminista en el sentido de mujer víctima de y frente al hombre. Ambos géneros pagan su tributo. Sólo que el género femenino ha estado más en la sombra y llegando a nuestros días parece que se hubiera dado cuenta de su propia existencia, aunque sólo sea tomando conciencia de lo caro que le estaba resultando ese papel «femenino».

Precisamente me trae aquí la fibromialgia, mal probablemente psicosomático, que afecta hoy a la mujer en proporción abrumadora y que parece tener relación con ciertas condiciones de vida y con una determinada actitud típicamente femenina.

Me voy a permitir recordaros lo que es esta enfermedad, para seguidamente hablar de nuestro trabajo en el hospital 12 de Octubre y lo que la clínica me ha enseñado.

La **fibromialgia** es una enfermedad que suscita muchas preguntas. No encaja totalmente como enfermedad reumatológica, si bien es llevada por reumatólogos que, al muy honesto decir de algunos de ellos, no saben muy bien cómo tratar, dada la complejidad del

cuadro y la falta de parámetros concretos por los que regirse.

Los pacientes, después de un periplo por las distintas especialidades médicas que no logran objetivar signos patológicos, se van deprimiendo y transmiten su angustia al especialista. Se van convirtiendo en pacientes «difíciles». Tarde o temprano son remitidos al psiquiatra, para su gran sorpresa e indignación en la mayoría de los casos, pues se niegan a ser tratados como locos o simuladores.

Por la elevada frecuencia de aparición de este mal en la actualidad, nos podemos preguntar si es que ha existido siempre y se la ha estado encasillando en otras enfermedades de parecida sintomatología, o si bien es una enfermedad nueva.

La literatura médica nos hace saber que ya ocupó la atención de los médicos en el siglo XVI (Ruhmann, W. «The earliest book on rheumatism». *Br. J. Rheumatol.*, 2: 1940): en 1592 Bailloun introduce el término de reumatismo como un trastorno musculoesquelético, no únicamente como una enfermedad de las articulaciones (Reynolds, 1983); Balfour (1824) describió puntos dolorosos *tender points* en reuma; en 1841 Valleix describió dolores referidos a varios puntos sensibles que podrían ser elicitados por simple presión. Sir Williams Gowers (1904) acuñó el término de fibrositis y expresó la opinión de que era un reumatismo muscular, o fibrositis muscular, un tipo de inflamación. Un contemporáneo suyo, Stokman (1904), describió entumecimientos y endurecimientos palpables en estos puntos. La teoría de la inflamación fue abandonada por no encontrar anomalías histológicas específicas en los pacientes examinados. Estudios más recientes (Bengtsson *et al.*, 1986; Larson *et al.*, 1988)¹ sobre biopsias han revelado que la morfología muscular está alterada, observándose fibras «apolilladas» y

¹ Rolf Lindman. «Alteraciones neuromusculares en la fibromialgia». En *Fibromialgia. Actualización y nuevas perspectivas*. ICN Huber, Madrid, Novbre. 1994.

fibras «desfleadas», características que no se observan de forma consistente en músculos sanos (las desfleadas pueden encontrarse principalmente en pacientes con mialgia). También se han hallado alteraciones a nivel celular. Travex y Rinzier introdujeron el término de síndrome miofascial y utilizaron este diagnóstico para fibromialgia-fibrositis; estos criterios han sufrido ligeras variaciones según autores posteriores.

El Dr. R. Rodríguez Franco² recoge más de 60 nombres que han servido para denominar al síndrome fibromiálgico. Esta multiplicidad de nombres también nos sugiere que no es enfermedad nueva, sino que se le ha prestado atención y que ha sido comprendida en alguno de sus aspectos (contra la queja habitual de los enfermos de que nadie les hace caso ni les entiende); no obstante, no se tiene noticias de que su presencia entre la población, bajo cualquiera de sus denominaciones, fuera tan llamativa como lo es en la actualidad.

La **fibromialgia** es una enfermedad de etiología desconocida, compleja, crónica y, en ocasiones, invalidante; de aparición insidiosa, caracterizada principalmente por la presencia de dolores musculares, de intensidad y localización variables, parestesias, rigidez y tumefacción, sobre todo en las extremidades superiores, que generalmente cursa con síndrome de fatiga crónica con perturbación del sueño y cansancio, que empeora por la mañana, con los cambios climáticos (el frío), la fatiga y el **estrés**. Presenta una muy acusada sensibilidad a la presión en al menos 11 de los 18 puntos bien localizados, que tienen valor diagnóstico.

Los **datos epidemiológicos** revelan que la fibromialgia afecta a la población general mayor de 18 años (aunque también hay datos de aparición en niños, concretamente en Israel) en proporciones que oscilan entre el 1 o el 3%, si bien estudios efectuados en el Reino

Unido, Noruega y Dinamarca estiman la presencia de esta enfermedad en el 11% de la población. En España se estimaba, en 1994, que unas 800.000 personas estarían afectadas por el síndrome fibromiálgico, lo que supondría entre el 1 y el 3% de nuestra población mayor de 18 años, proporción similar a la registrada en Alemania, que cuenta con un 3% de incidencia. En cuanto al **reparto por sexos**, según las distintas fuentes consultadas, entre un 75 al 90% de los fibromiálgicos son mujeres, cuyo pico de prevalencia se sitúa entre los 35 y los 55 años. Su distribución parece ser universal entre razas y se da con mayor frecuencia entre trabajadores manuales y en los grupos socioeconómicos más bien bajos.

La **fisiopatología** de esta enfermedad es compleja, observándose interacción de diferentes mecanismos periféricos y centrales.

A nivel orgánico se observa:

- Elevado tono simpático.
- Trastornos del sueño.
- Trastornos a nivel de microcirculación muscular.
- Rigidez muscular.
- Presencia de puntos dolorosos *tender points*.
- Disminución de los niveles de serotonina central y sérica.

Parece que la serotonina influye en la sensibilidad al dolor y en el sueño no-REM y que la alteración del sueño se asocia positivamente con la severidad del dolor y la impotencia funcional, así como con mayor distrés emocional, ansiedad y depresión.

A nivel psicológico:

- No es clara la existencia previa de depresión ni de rasgos de ansiedad, pero el estado general de los pacientes afecta sobre su estado de ánimo, siendo muy frecuente la asociación con depresión cuando la sintomatología está muy instalada.

² R. Rodríguez Franco. «Concepto de Fibromialgia». *Íbid.*

- Existe suficiente evidencia de ocurrencia de situaciones estresantes en la vida de los pacientes.
- Se ha valorado la importancia patogénica de la motivación agresiva de la inhibición de la agresión. La pérdida de su eficacia constructiva juega un papel decisivo en la determinación de los síntomas del síndrome fibromiálgico (Marelli, 1991).

Se ha insistido en resaltar la frecuente presencia de trastornos psíquicos asociados con la fibromialgia; sin embargo, al examinar formas específicas de alteraciones psíquicas, el panorama parece menos claro. Clark y colaboradores, comparando por medio de cuestionarios grupos de estos pacientes con otros sujetos sin criterios de esta enfermedad y con sanos, no obtuvieron diferencias significativas entre grupos.

La asociación de dolor y depresión ha sido bien establecida, pero la naturaleza de estas relaciones se nos escapa, y como señala Boissevain: «La relación entre afecto negativo y síndromes variados de dolor crónico continúa siendo hoy en día la cuestión del “huevo y la gallina”».

Es interesante la precisión que Ercolani y colaboradores hacen en cuanto a la «calidad» de la depresión hallada en los enfermos de fibromialgia: «En la práctica médica general tiene un carácter diferente a la observada en la esfera psiquiátrica. En primer lugar, está asociada a la baja frecuencia de suicidio, a pesar de que los sentimientos de pesimismo, de indefensión y de ansiedad sean prevalentes. La culpa y la autoacusación están comparativamente disminuidas y los pacientes tienden a hacer acusaciones contra otras personas –especialmente en forma de resentimiento contra los médicos– y tienen una buena autoestima. La depresión aparece en forma de estado de ánimo sombrío, poco placer en la vida, motivación y concentración pobres, insistencia en el relato de los síntomas somáticos. Esta insistencia en el dolor les procura

ganancia secundaria de atención por parte del servicio de salud, permitiéndoles establecer relaciones manipuladoras, utilizando al médico como un referente externo y mediador entre ellos mismos y sus propias emociones».

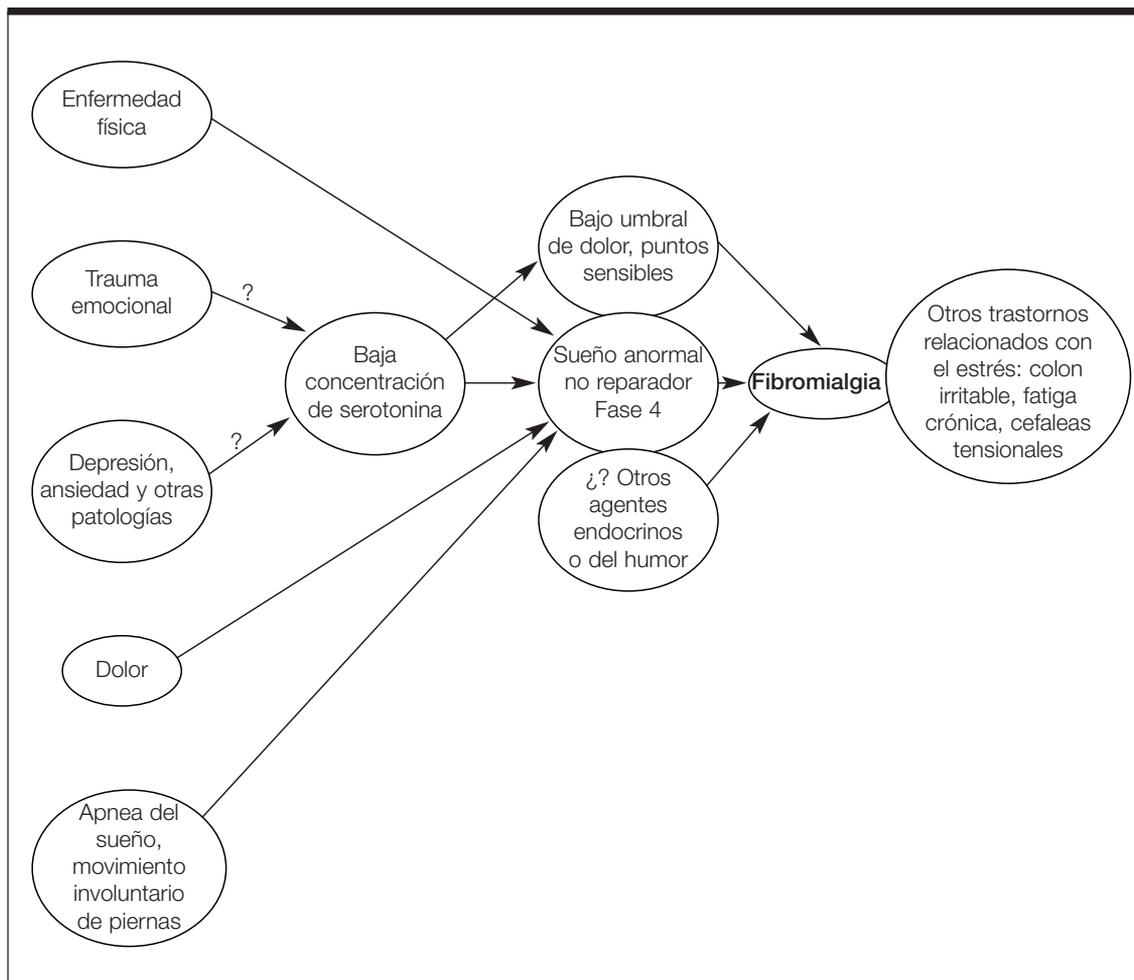
Tomo la representación esquemática de los criterios actuales sobre factores patológicos y psicológicos en la fibromialgia, expuesta en la excelente revisión de las publicaciones sobre el tema que Robert Kellner hace en el capítulo dedicado a fibromialgia de su libro *Psychosomatic syndromes and somatic symptoms* American Psychiatric Press, 1991, basándose en las conclusiones de autores como Bennet, 1986a, 1986b; Masi y Yunus, 1986; Moldofsky y Scarisbrick, 1976; Moldofsky y Warsh, 1978; Moldofsky *et al.*, 1988, y Yunus, 1989.

Después de haber trabajado unos cuatro años con este tipo de pacientes y considerando lo observado en los niveles orgánico y psicológico, sobre todo el elevado tono muscular, la baja concentración de serotonina, la eventual presencia de depresión y/o ansiedad, el trastorno del sueño, la presencia del estrés, y el sufrimiento de quienes padecen este síndrome, ideamos un **diseño experimental** que viniera a contrastar nuestra **hipótesis** de que un tratamiento que mantuviera un adecuado nivel de serotonina por medio de una sertralina, y que, además, actuara sobre la tensión muscular con la ayuda de fisioterapia y ofreciera una psicoterapia, debería mejorar el estado general de los pacientes.

Ajustándonos a nuestros escasos medios, establecimos **dos grupos experimentales**, uno de los cuales recibiría un único tratamiento con un I.S.R.S. (Besitran), mientras que el otro grupo tendría, además del mismo fármaco, fisioterapia y psicoterapia de grupo. Ambos grupos constaban de 15 mujeres de edades comprendidas entre los 22 y los 59 años, diagnosticadas de fibromialgia primaria por un reumatólogo.

A la totalidad de los sujetos les fueron tomadas medidas pre y post-tratamiento, con-

Intervención psicosocial en la fibromialgia



sistentes en análisis de sangre y orina, pruebas isocinéticas y entrevista semiestructurada más cuestionarios psicológicos.

En la **entrevista** se recogió información sobre las condiciones familiares y sociolaborales, acontecimientos estresantes, pérdidas afectivas, duelos, ideales y proyectos (cumplidos o no), enfermedades padecidas, calidad del sueño y vida onírica. Les pedíamos que se describieran brevemente a sí mismas y dejábamos libertad a cada paciente para que dijera lo que le pareciera relevante de su vida y, obviamente, nos hablara de su enfermedad, de sus sentimientos, de su estado de ánimo y de sus experiencias.

De todas las entrevistas llevadas a cabo en todo el proceso de reclutamiento de la mues-

tra, más las mantenidas con pacientes fibromiálgicos a lo largo de los casi seis años que llevamos estudiando esta enfermedad, obtuvimos **información coincidente** en la totalidad de los entrevistados, entre los que se cuenta un pequeño número de varones, concierne a: ocurrencia de distintas pérdidas afectivas, duelos (por pérdidas de trabajo, de situación económica, de ilusiones frustradas, etc.), acontecimientos estresantes (enfermedades de familiares, cuidado de enfermos, dificultades en el trabajo o trabajo excesivo, etc.), deterioro de la calidad del sueño y de la vida onírica. La autodescripción fue muy similar desde el primero hasta el último.

Todos los entrevistados se reconocieron como personas muy exigentes consigo mismas

(no siempre admitían, en un principio, serlo con los demás), muy cumplidores, trabajadores, concienciosos (no les gusta dejar nada a medias les cueste lo que les cueste), incluso meticulosos, con conciencia de hacer bien lo que hacen (en algunas cosas creen que, probablemente, mejor que quienes les rodean), serviciales, abnegados si es preciso, incluso cuando sabían que iban a salir perjudicados, con firme sentido ético, protectores, leales, respetuosos con la autoridad, cuidadosos de la propia dignidad, amor propio, responsables y con sólido sentido de la amistad.

Estos **rasgos**, en líneas generales, son mencionados por diversos autores, incluso se han hecho investigaciones para confirmarlos, sin que se pueda hablar de acuerdo unánime, dependiendo de los distintos métodos empleados y sin que se precise si las muestras incluían únicamente fibromialgia primaria o no.

El Dr. J. Carlos Mingote ha dado en denominar al conjunto de los rasgos mencionados **«Patrón de conducta tipo F»**

Ahora nos podremos preguntar **cómo** unas personas de tan buenas cualidades **llegan a enfermar**. No puedo por menos que tener presentes algunas de las denominaciones que el Dr. Rodríguez Franco recoge: «neurosis de ansiedad», «agotamiento nervioso crónico», «síndrome del dolor crónico», «síndrome del sueño no reparador», «mialgia tensional», «síndrome de esfuerzo ocupacional», «astenia neurocirculatoria».

La escuela psicosomática de Pierre Marty entiende que la enfermedad física se produce cuando un exceso de excitación tiene lugar, rompiendo las barreras paraexcitadoras. La excitación acumulada se puede aliviar, drenar, por la vía mental o por la vía de los comportamientos (juegos, ejercicio físico, tareas en las que intervenga la actividad física). Si ninguna de estas vías está disponible, será el cuerpo quien reciba estos excesos en forma de síntoma nosológico. La excitación puede rebasar la capacidad de absorción de un individuo ya sea por la magnitud de un único acontecimiento o

por acumulación y/o repetición de eventos de menor intensidad. Nos hallaríamos, pues, ante el estrés.

Es ésta una teoría económica en cuanto a gestión de cantidad energía, pero la calidad, la significación que los acontecimientos tienen para el individuo, es también de capital importancia.

La vía mental de la que Marty habla tiene que ver con la estructura psíquica. Una vida onírica activa y continuada, el buen funcionamiento y adecuado «espesor» del preconsciente, nos hablan de una buena calidad de mentalización. Un acontecimiento externo puede resultar traumático para un individuo y no resultarlo para otro, dependiendo de la constitución mental de cada uno; en todo caso, sí que puede producir en ambos un exceso de excitación en el inconsciente. Lo que varía entre las personas es la forma de tramitar esas excitaciones. El adulto bien mentalizado será capaz de utilizar su vía mental, es decir, de servirse de las asociaciones de ideas, de sus recuerdos infantiles, de su producción onírica, etc. El neurótico o el psicótico suelen producir síntomas psíquicos, reforzando sus particulares sistemas de defensas. En casos de mentalizaciones más deficientes, como en las neurosis de comportamiento o neurosis de carácter mal mentalizadas, las personas se defienden de distinto modo y responden a la presión ambiental por la vía del comportamiento mucho más que por la mental.

A causa de un evento externo/interno puede ocurrir que se produzca un desbordamiento, con aparición de síntomas somáticos leves, en el individuo bien mentalizado; o si se trata de un sujeto relativamente bien organizado, que haga una regresión a hitos de fijación más antiguos que, a modo de descansillos de escalera, frenaran la caída y permitieran al accidentado reponerse de los golpes, reorganizándose. Si el agente desestabilizante resultara demasiado fuerte para un individuo no suficientemente bien mentalizado, el descenso por su *escalera* evolutiva sería más acusado hasta

Intervención psicosocial en la fibromialgia

poder parar en alguno de sus descansillos estructurales. Se iría desorganizando. El funcionamiento operatorio puede aparecer, favoreciendo la instalación de enfermedades más graves. Si la depresión esencial llega a instaurarse, el mal orgánico tiene mayores posibilidades de ser más serio.

Los pacientes fibromiálgicos informan de una serie de **acontecimientos vitales** que parecen ser básicamente comunes a todos ellos.

Se ha descrito como un factor favorecedor de la aparición de esta enfermedad el abuso en la infancia. Entendiéndose por tal tanto el trabajo temprano como cualquier otra forma de abuso, incluido el sexual. Este último vendría a actuar como un trauma, como un impacto excesivo en el psiquismo infantil, que rompe las barreras contra la excitación, dejando al sujeto más vulnerable.

Ambos tipos de abuso se dan, a veces juntos, en los sujetos afectados por el síndrome fibromiálgico; contando con mucha mayor presencia el trabajo temprano.

De lo que más se quejan las pacientes respecto del trabajo en su infancia es de las limitaciones que éste les imponía. En muchos casos sus oportunidades de juego y de expansión se veían severamente restringidas cuando no anuladas. A la vez que era impedida la expresión de la actividad o la sublimación de la agresividad, por ejemplo, mediante el deporte o el juego, el drenaje de las excitaciones se veía también dificultado, frustrado.

No quiero extenderme sobre las condiciones de vida que se repiten en el hogar de procedencia de muchas fibromiálgicas (y soy consciente del sesgo que pueda imprimir el trabajo con pacientes que provienen de la zona adscrita al Hospital 12 de Octubre, de características socioeconómicas y familiares, en la gran mayoría de los casos, muy parecidas): madre que trabaja, amargada en muchos casos, exigente, o bien es descrita como muy dulce pero que, por diversos motivos, encarga a la niña del cuidado de la casa y de los hermanos, y cuya dedicación es sentida por la pequeña como muy

restringida. Padre desempleado o con bajo salario. Padre ausente física o afectivamente. Padre muy responsable, muy trabajador y bueno, cariñoso, frente a una madre agria y seca. Padre violento cuya llegada es esperada con temor por madre e hijos... En definitiva: sufrimiento, tensión, obligación...

La biopsicología, por sus experimentos con animales, hace años que probó que las ratas frustradas sistemáticamente eran capaces de agredir a sus crías. La frustración genera agresividad. Parece ser un mecanismo biológico. La mujer es tan biológica como la rata o hembra de cualquier especie; tiene instinto maternal y social como la mayoría de las hembras de diferentes especies pero, a diferencia de ellas, tiene un superyó, un ideal del yo o un yo ideal, que le impide, como hace la rata, dañar a sus crías o a su entorno (al menos abiertamente) en momentos de frustración prolongada, y la obligada agresividad, entre nosotras, se convierte en algo que no sabemos cómo manejar.

La agresividad, que es una pulsión, existe pero es difícil de aceptar. Se la reprime, se la niega, se reniega de ella..., cada uno hace como mejor puede. El caso es que en el esfuerzo por contener ese exceso de excitación interna, si no se halla un cauce adecuado para su expresión, acaban produciéndose trastornos en el organismo. Diversos investigadores de la fibromialgia se han ocupado de estudio de cambios neuroendocrinos.

Al principio hablaba de los factores psíquicos y sociológicos implicados en la aparición y mantenimiento de la enfermedad. El tema de los ideales, en su sentido psicoanalítico, está también presente en la fibromialgia.

El reparto ancestral de roles asigna a la mujer el cuidado y mantenimiento del hogar en condiciones tales que sirviera de base de crecimiento y desarrollo individual y social de la prole, de reposo del cabeza de familia una vez finalizadas sus faenas fuera del hogar, y del cuidado de los mayores que ya no pueden seguir desempeñando sus tareas. El organis-

mo de la mujer está preparado para formar en su interior a nuevos seres y para alimentarlos en sus primeros meses de vida. De la corrección con que la mujer lleve a cabo su cometido parece depender el buen fin de la familia. ¡Qué peso sobre los frágiles hombros del sexo débil! Con las necesarias adaptaciones a las circunstancias históricas y de progreso tecnológico, de madres a hijas ha venido siendo asumida esta responsabilidad, sin cuestionarla, hasta nuestros días. Desde la revolución industrial y más concretamente, desde la Segunda Guerra Mundial, las condiciones sociales han cambiado tanto que los puntos de apoyo de la familia se han visto muy reducidos. La familia extensa, hasta hace poco reunida, hoy está disgregada. La ayuda mutua que se prestaban las mujeres de la familia extensa no se puede dar y el trabajo y las condiciones de vida en las ciudades hacen que el cuidado de los mayores, tan útiles muchas veces, sea una auténtica carga y un problema. Pero el ideal femenino sigue siendo el mismo: velar por el bienestar de hijos, marido, padres, suegros..., trabajo dentro y fuera de casa... La mujer de hoy necesitaría ser **omnipotente**.

Nada puedo añadir a lo tan brillantemente expuesto en estas Jornadas sobre los modos de enfermar, ni sobre el superyó, ni del yo ideal de las mujeres. Me limitaré a emplear estos conceptos y a intentar expresar cómo he visto a mis pacientes con respecto a los mismos.

La constitución y mantenimiento de un superyó maduro, que es cuestión de estructura, se ve muy dificultada en ocasiones por la exigencia a la que muchas mujeres se ven sometidas. El superyó maduro, benéfico, es el que hace plantearse a un individuo ¿qué es lo que más me conviene en este momento, habida cuenta de mis capacidades y de las posibilidades que se me presentan? El superyó se forma como resultado de las identificaciones con las personas significativas y con la incorporación de valores éticos. El superyó maduro es el que se ajustaría mejor al mandamiento

divino de «amarás al prójimo **como** a ti mismo». En la catequesis o en la escuela, las mujeres de una cierta edad hemos aprendido este mandamiento, pero en casa o flotando en el ambiente, parecía imponerse un mandamiento que, rizando el rizo, nos aconsejara amar al prójimo **más** que a nosotras mismas, pues de ello dependería el amor y el reconocimiento que recibiéramos. Y esto es válido también para clases sociales más favorecidas.

Mientras la solidaridad femenina se ha podido mantener, sea en forma de ayuda mutua y espontánea o en forma de ayuda retribuida, la cosa era llevadera, la madre de familia era reconocida, en toda la extensión de la palabra. Hoy la exigencia sigue vigente, las condiciones han variado, y lo peor, el reconocimiento no es sentido como evidente. ¿Qué está pasando? Ocurre que en la soledad de asistencia en que se encuentran muchas mujeres hoy, aparece el síntoma como resultado del conflicto entre el cumplimiento de ambos mandamientos (amar al prójimo como a uno mismo, amarle más que a uno mismo). Si el segundo se cumple hasta la saciedad en forma de «no parar», el primero es más difícil de cumplir. Llega un momento en que todo parece venirse abajo, en que «a una le duele el alma», como expresan con tanta frecuencia las pacientes; ya no se puede más. En unos casos aparece la depresión, en otros alguna enfermedad, y en otros la misteriosa fibromialgia, se llame neurosis de ansiedad, agotamiento nervioso crónico, mialgia tensional, o síndrome de esfuerzo ocupacional.

Después de horas de escuchar a tantas mujeres aquejadas de este mal, de oírles asegurar que siempre fueron alegres, dispuestas, que nada se les ponía por delante, y la cantidad de obstáculos a los que, en su gran mayoría, tuvieron que hacer frente a lo largo de sus vidas, empecé a pensar en una depresión no permitida. Como si lo psíquico no tuviera ya fuerza suficiente para sostener al cuerpo y éste hubiera tenido que echar mano de sus recursos, contrayendo la musculatura, formando un

Intervención psicosocial en la fibromialgia

esqueleto externo capaz de hacer frente a los embates ambientales.

El «¿qué me conviene?» parece haber cedido ante el «¿qué se espera de mí?». El superyó maduro, si es que pudo llegar a establecerse, ante un exceso de presión externa/interna cedió su lugar a otro más arcaico, donde *el otro* es más importante, es el dispensador de premios y castigos, de amor o de rechazo. Y nadie puede vivir sin aceptación, sin amor.

Es en este sentido que, a mi entender, la fibromialgia se presenta como una enfermedad psicosocial. Una enfermedad de los ideales femeninos, sea el que fuere el género del individuo. Basta con que la sujeción a la **obligación** de servicio y ayuda se establezca. Parece una enfermedad del deber hacia el otro. Los pocos casos que hemos atendido de fibromialgia en varones avalan esta hipótesis.

No se sabe que personas que hayan dedicado su vida a los demás hayan padecido necesariamente fibromialgia. ¿Qué es lo que no encaja? ¿Dónde está la diferencia?

Puede que la diferencia esté en la libertad. En la libertad o en la posibilidad de opción. Hay quien decide dedicar su vida a los necesitados, pero no por eso tiene que carecer de ese superyó maduro que asegurará su propia protección. Sin embargo, cuando es más el superyó arcaico, o el yo ideal, con su carga narcisista, quien preside el comportamiento de una persona, la libertad de elección está muy condicionada.

La **psicoterapia** es delicada en la fibromialgia porque, además de tratar los aspectos individuales que a cada caso corresponda, es muy difícil transmitir la necesidad de un cambio de actitud ante la vida sin dañar el narcisismo de cada paciente. No olvidemos que han basado su vida en un ideal que no tiene nada de «ideal». En la medida en que el superyó benévolo no está presente el narcisismo ocupa un lugar destacado y éste debe ser tratado con mucha delicadeza, pues una quiebra narcisística puede conducir a una enfermedad más grave.

Insinuar a una mujer, de buenas a primeras, que debe cambiar su modo de vida, suele tener para ella el significado de un reproche o bien de un imposible. Lo más seguro es que no se sienta entendida en absoluto; en casa ya le dicen lo mismo.

Tenemos que darle tiempo para que pueda ir entendiendo el sentido de su actitud, de su comportamiento. Tiene que ir tomando contacto con sus sentimientos, con su rabia, con su agresividad, con su ambivalencia y con cuanto sea preciso, para que vaya pudiendo estar más tranquila consigo misma, en definitiva, para que vaya drenando adecuadamente sus excitaciones.

Nuestra labor es hacer trabajar el pre-consciente de nuestros pacientes y que, de esta manera, se vaya haciendo más fuerte, más espeso, que diría Marty, de cara a posibilitar la elaboración por la vía mental de las excitaciones para poder proteger al cuerpo. No es tarea de un día.

En esta enfermedad nos topamos frecuentemente con que el daño está hecho a nivel cerebral, a veces ha llegado a los tendones y/o a los músculos. No obstante, creemos que en la medida en que una paciente pueda vivir más sosegada, que haya comprendido y modificado sus actitudes y pueda estar más atenta a sus contracturas musculares y a sus propias necesidades, que sepa relajarse, respirar correctamente, mantener un adecuado tono muscular, por medio de un entrenamiento físico que lo propicie, sus dolores podrán ser más soportables y las recaídas o sucesivas crisis más espaciadas y de menor intensidad. En el caso de que la enfermedad esté en su comienzo, tenemos la esperanza de poder abortarla. El conjunto de los resultados hasta ahora obtenidos nos anima a persistir en nuestro empeño.

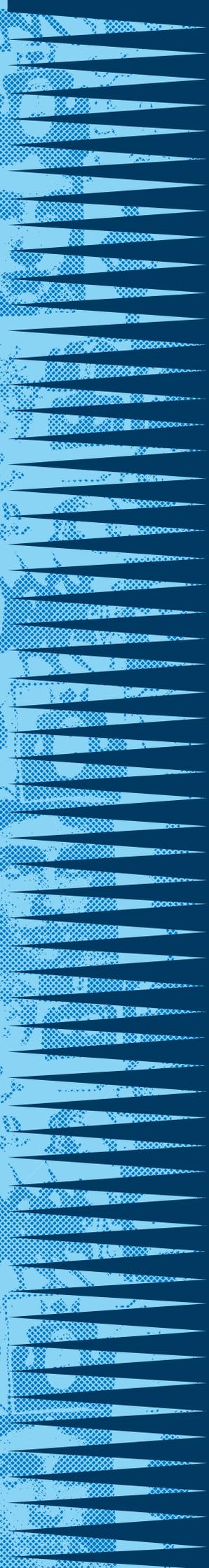
Bibliografía

- Awerbuch, M. *Fibromyalgia in the workplace*.
Bakker, C. H.; Rutten, M.; Doorslaer van, E.;
Bennett, K. and Linden van der S. «Feasibility

- of utility assessment by rating scale and standard gamble in patients with ankylosing spondylitis or fibromyalgia», in *The Journal of Rheumatology* 1994; 21: 2.
- Bennett, R. M.** «Physical fitness and muscle metabolism in the fibromyalgia syndrome: an overview», in *Journal of Rheumatology* (Supplement 19), Vol. 16.
- Bennett, R. M.** «Fibromyalgia and the facts. Sense or nonsense», in *Rheumatic disease clinics of North America*, Vol. 10 n.º 1, 2/93.
- Bennet, R. M.** «Fibrositis», in Cap. 33 *Text book of Rheumatology*. W. N. Kelly; E. D. Harris... Saunders C.º Philadelphia, 1989.
- Birnie, D. J.; Knipping, A. A.** «Psychological aspects of fibromyalgia comparec with cronic and nonchronic pain», in *The Journal of Rheumatology*, 1991, 18: 12, pp. 1845-1848.
- Boissevain, M. D. and McCain, G. A.** «Toward an integrated understanding of fibromyalgia syndrome. II Psychological and phenomenological aspects», in *Pain*, 45 (1991) 239-248.
- Brown, G. K.; Nicassio, P. M.** «Development of a questionnaire for the assessment of active and passive coping strategies in chronic pain patients», in *Pain* 31 (1987) 53: 64.
- Brown, G.K.; Nicassion P. M.; Wallston K. A.** «Pain coping strategies and depression in rheumatoid arthritis», in *Journal of consulting and Clinical Psychology*. 1989, Vol. 57 N.º 5, 652: 657.
- Burckhardt, C. S.; Mannerkorpi, K. and Bjelle A.** «A randomized, controled clinical trial of education and physical training for women with fibromyalgia», in *The Journal of Rheumatology*, 1994, 21: 4.
- Burckhardt, C. S.; Clark, S. R. and Bennet, M. R.** «Fibromyalgia and quality of life: A comparative analysis», in *The Journal of Rheumatology*, 1993, 20: 3, p. 475-479.
- Culclasure, T. F.** «Post-traumatic stress disorder presenting as fibromyalgia», in *The American Journal of Medicine*, Volume 94, May 1993: 548-549.
- Ercolani, M.; Trombini, G.** «Fibromyalgic syndrome: depression and abnormal illness behavior», in *Psychother-Psychosom* 1994, 16: 178-186.
- Flor H.; Turk D. C.** «Chronic back pain and rheumatoid arthritis: predicting pain and dissability from cognitive variables», in *Journal of Behavior Medicine*, Vol. 11 N.º 3, 1988. 251-265.
- Gaskin, M. E.; Greene, A. F.** «Negative affect and the experience of chronic pain», in *Journal of Psychosomatic Research*, Vol. 36, n.º 8, pp. 707-713, 1992.
- Gaston-Johansson, F.; Gustafsson, M...** «A comparative study of feelings, attitudes and behaviors of patient with fibromyalgia and rheumatoid arthritis», in *Soc. Sci. Med.* Vol. 31, N.º 8, pp. 941-947, 1990.
- Goldenberg, D. L.** «Psychiatric and psychological aspects of fibromyalgia syndrome», in *Rheumatic Disease Clinics of North America*. Vol. 15, n§1, Feb. 1989.
- Goldenberg, D. L.** «An overview of psychologic studies in fibromyalgia», in *Journal of Rheumatology* 1989 (Supplement 19), Vol. 16.
- Goldenberg, D. L.** «Psychological symptoms and psychiatric diagnosis in patients with fibromyalgia», in *Journal of Rheumatology* 1989 (Supplement 19, volume 16, pp. 127-130.
- Hawley, D. J. and Wolfe, F.** «Depression is not more common in rheumatoid arthritis: A 10-year longitudinal study of 6.153 patients with rheumatic disease», in *The Journal of Rheumatology*, 1993, 2, pp. 2025-2031.
- Henriksson, Ch.; Gundmark, I.** «Living with fibromyalgia. Consecuences for everyday life», in *The Clinical Journal of Pain*, Vol. 8 N.º 2, 1992, pp: 138-144.
- Henriksson, Ch.** *Longterm effects of fibromyalgia on everyday life. A study of 56 patients.* Department of Caring Sciences, Faculty of Health Sciences, University Hospital, Linkpingm Sweden, 1993, pp. 36-41.
- Hudson, J. I. and Pope H.G. Jr.** «Fribromyalgia and psychopathology: Is fibromyalgia a form of «affective spectrum disorder?»», in Hudson and Pope: *Fibromyalgia and psychopathology*.
- Hudson, J.I.** «Comorbidity of fibromyalgia with medical and psychiatric disorders», in April 1992, *The American Journal of Medicine*, Vol. 92, 363-367.
- Jones, B.E.** «The sleep-wake cycle: basic mechanisms», in *Reprinted from Sandoz Therapeutic Update* 1989, 7: 7-10.
- Kaplan, K. H.; Goldenberg D. L. and Galvin-Nadeau, M.** «The impact of a meditation-based stress reduction program on fibromyalgia», in *General Hospital Psychiatry*, 15, 284-289, 1993.
- Kuch K., Cox, B.** «To what extent do anxiety and depression interact with chronic pain?», in *Can. J. Psychiatry*, Vol 38, Feb. 1993, pp. 36-38.

Intervención psicosocial en la fibromialgia

- Komaroff, A. L. and Goldenberg, D.** «The chronic fatigue syndrome: definition, current studies and lessons for fibromyalgia research», in *Journal of Rheumatology* 1989, Supplement 19, Volume 16.
- Leavitt, F.** «The value of the MMPI conversion "V" in the Assessment of psychogenic pain» in *Journal of Psychosomatic Research*, Vol 29, n.º 2, pp. 125-131, 1985.
- Macciocchi, S. N.** «Conversion disorder presenting as primary fibromyalgia», in *Psychosomatics*. Volume 34. N.º 2, 5-6, 1993. pp. 267-270.
- Merskey, H.** «Physical and psychological considerations in the classification of fibromyalgia», in *Journal of Rheumatology*, 1989 (Supplement 19), Volume 16, pp. 72: 77.
- Moldofsky, H.** «Sleep influences on regional and diffuse pain syndromes associated with osteoarthritis», in *Seminars in Arthritis and Rheumatism*, Vol. 18, N.º 4, Suppl. 2 (May), 1989: pp 18-21.
- Moldofsky, H.** «Sleep-wake mechanisms in fibrositis», in *Journal of Rheumatology*, 1989 (Supplement 19), Volume 16, 47-48
- Pastor, M. A.; Salas, E.** «Patients' beliefs about their lack of pain control in primary fibromyalgia syndrome», in *British Journal of Rheumatology*, 1993: 32: 484-489.
- Smythe, H. A.** «Fibrositis and other diffuse musculoskeletal syndromes. In: Kelly, W.N., Harris, E.D. (Eds), *Textbook of Rheumatology*, Saunders, Philadelphia, P.A. 1985, pp. 481-489.
- Tomasson, K.; Coryell K. D.** «Somatization and conversion disorders: comorbidity and demographics at presentation», in *Acta Psychiatr Scand*, 1991: 84: 28-293.
- Uveges, J. M.; Parker, J.C.** «Psychological symptoms in primary fibromyalgia syndrome: relationship to pain, life stress, and sleep disturbance», in *Arthritis and Rheumatism*. Vol. 33, N.º 8 (August 1990), pp. 1279-1283.
- Waters, W. F.; Bernard B. A.; Bucu, S. M.** «The autonomic nervous system response inventory (ANSRI): Prediction of psychophysiological response», in *Journal of Psychosomatic Research* Vol. 33, 3, pp. 347-361, 1989.
- Wolfe, F.; Hawley, D. J.; Cathey, M. A.; Caro, X. and Russell, I. J.** «Fibrositis: symptom frequency and criteria for diagnosis. An evaluation of 291 rheumatic disease patients and 58 normal individuals», in *The Journal of Rheumatology*, 1985; 12: 6.
- Yunus, M. B.; Masi, A. T. and Aldag, J-C.** «A controlled study of primary fibromyalgia syndrome: clinical features and association with other functional syndromes», in *Journal of Rheumatology* 1989 (Supplement 19), Volume 16.



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE IGUALDAD

SECRETARIA
GENERAL
DE POLÍTICAS
DE IGUALDAD

INSTITUTO
DE LA MUJER