

Salud mental y género

*Aspectos
psicosociales
diferenciales
en la salud
de las mujeres*

*Madrid, 19 y 20
de octubre de 1999*

29

La salud mental y género

Aspectos psicosociales diferenciales en la salud de las mujeres

**Madrid, 19 y 20
de octubre de 1999**

29



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE TRABAJO
Y ASUNTOS SOCIALES

SECRETARÍA
GENERAL
DE POLÍTICAS
DE IGUALDAD
INSTITUTO
DE LA MUJER

Catalogo 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 LOPÉZ-DORIGA ALONSO
Programa de Salud y Servicios Sociales
Subdirección General de Programas
Instituto de la Mujer

Edita: Instituto de la Mujer (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales)
C/ Condesa de Venadito, 34
28027 Madrid
www.mtas.es/mujer
correo electrónico: inmujer@mtas.es

NIPO:207-08-034-5
Primera reimpresión,2005

Índice

.....

Introducción	5
1. Cambio social, género y salud	11
MIGUEL REQUENA DÍEZ DE REVENGA	
2. Semejanzas y diferencias entre hombres y mujeres	35
JOSÉ CARLOS MINGOTE ADÁN	
3. La Identidad femenina en la sociedad actual	51
ENRIQUETA MORENO ORUE	
4. Construcción cultural de la feminidad	65
SILVIA TUBERT COTLIER	
5. Las mujeres y las «profesiones de ayuda»	73
MERCEDES VALCARCE AVELLO	
6. El miedo a ser mujer: trastornos de la conducta alimentaria	79
AMPARO ESCRIVÁ CATALÁ	
7. La anorexia/bulimia y el género femenino. <i>Notas para su comprensión y tratamiento</i>	93
EMILCE DIO BLEICHMAR	

.....

Introducción



Esta publicación contiene las ponencias presentadas en las I Jornadas de Salud Mental y Género, realizadas con el objetivo de crear 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 «**Cambio social, género y salud**» que trata los efectos de los procesos de cambio social, territorio de la vida en el que se ha producido una transformación más rápida y acusada en los últimos tiempos. Señala que las mujeres están incrementando su formación reglada e incorporándose al mercado laboral, a la vez que se reducen las exigencias reproductivas que antes las mantenía ligadas al ámbito doméstico exclusivamente.

Asimismo, el autor considera que el género actúa como mediador en la evaluación subjetiva de la salud, incidiendo en el caso concreto de las mujeres con una peor percepción de su salud, motivada por factores objetivos asociados a sus condiciones de vida: la menor tasa de ocupación en el mercado laboral y en actividades de la esfera pública en relación a los hombres, realidad que genera posiciones de dependencia.

En el segundo capítulo titulado «**Semejanzas y diferencias entre hombres y mujeres**» se clarifican conceptos sobre el género, considerándose que las diferencias sexuales se refieren a aspectos biológicos, mientras que las de género describen las conductas y los rasgos culturalmente asignados para hombres y mujeres. Los estereotipos de género condicionan los prejuicios del mismo, que son las actitudes negativas hacia un grupo de personas en razón de su condición sexual que, a su vez, dan lugar a la discriminación de género, entendida como la conducta manifiesta que pretende la marginación de esas mismas personas.

A continuación, se considera que 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.

Las diferencias de género en salud se han asociado a varios factores como los socioeconómicos, derivados del papel tradicional de subordinación de las mujeres a los hombres, la violencia sexual contra ellas, su relativa pobreza de recursos de afrontamiento, desigualdades en la posición económico-social, en su estatus en el empleo y en la calidad del rol laboral. Las mujeres tienen menor control real sobre sus vidas, con una peor regulación de su autoestima, y tendencia a autoinculparse de los problemas que sufren, aunque no tengan recursos instrumentales para poder controlarlos de modo eficaz.

Además, se ha observado que cuando las condiciones sociales son similares para ambos sexos, tienden a desaparecer las diferencias psicopatológicas de género. El hecho de tener un trabajo bien remunerado y con una buena calidad de rol laboral, mejora y protege su salud mental y general de las mujeres, siendo superior a la de las amas de casa.

El siguiente capítulo titulado «**La identidad femenina en la sociedad actual**» plantea que en la crisis de identidad en la mujer actual inciden los mensajes sociopolíticos propiciados por la invasión publicitaria y de consumo, en los que se ofrecen modelos idealizados que obstaculizan el acceso a un auténtico reconocimiento del deseo e identidad en la mujer. Adquirir *identidad* está referido a un proceso intrapsíquico y a la vez relacional, en el cual el sí-mismo emerge en el espacio de la representación y del significado.

La Identidad de género se esboza muy tempranamente a partir del mensaje familiar y social junto a la propia imagen corporal. Por el contrario, la *identidad sexual*, obede-

ce a un proceso de integración y diferenciación de identificaciones masculinas y femeninas en el curso del desarrollo y de elección de objeto, de tal forma que se puede afirmar que la psicosexualidad en el ser humano es siempre conflictiva.

La biología femenina o masculina han sido y son utilizadas dentro del contexto sociocultural en la formación de roles adscritos a la identidad sexual, roles que limitan una parte del potencial.

El destino de la anatomía no es lo que fundamentalmente marca la diferencia entre mujeres y hombres, sino cómo se accede y simboliza ese cuerpo sexuado y cómo se incluye en unas relaciones que definen la calidad de vínculos con uno mismo y con los demás.

La autora considera que se impuso un modelo de mujer cuyo rol, y con ello su identidad, quedaba delimitada en el interior doméstico, a la vez que se producía una exaltación cada vez mayor de la maternidad y del espíritu de abnegación y sacrificio como una prebenda de la madre de familia, que sólo ha de «vivir para los demás», ésta es su gran misión y su gran pedestal, ese que le impide bajar a ocupar otros lugares.

No obstante, desde finales del siglo pasado las mujeres reclaman que se les reconozca, que se la identifique no sólo en función de su biología, el sexo o la maternidad sino en todo lo que es y potencialmente puede desarrollar.

La imagen de la neo-mujer refleja una imagen que linda en la completud, autosuficiente, prepotente y omnisciente: madre de familia eficaz y amorosa, valiosa profesionalmente, activa, atractiva físicamente. Es una imagen dañina porque empobrece al yo-real que no alcanza a reunir tantos atributos.

El logro de la identidad femenina es el resultado de una capacidad de desarrollo vital, de un trabajo intrapsíquico, cuyo

éxito depende de la posibilidad de armonizar, integrando, los múltiples deseos y necesidades, en consonancia con las dificultades derivadas de una realidad presente en su doble vertiente de productora-reproductora.

El siguiente capítulo trata «**La construcción cultural de la feminidad**» donde la autora señala que el estudio de la salud y enfermedad mental de la mujer no se puede limitar a sus particularidades subjetivas, sino que debe considerar las redes sociales en las que se encuentra inmersa. Los trastornos mentales condensan un conjunto de problemas referidos a diferentes dimensiones de la vida humana: sufrimiento psíquico, fracaso social, inadecuaciones de conducta, conflictos con la vida de pareja o familiar, desamparo, rupturas con la realidad consensual, y que aparecen como las manifestaciones de un malestar que no se puede reducir a un determinismo absoluto ya sea biológico, psíquico o social.

Toda mujer se encuentra ante el desafío de construir su propia representación de la feminidad, manteniendo cierto grado de acuerdo con los ideales culturales y, al mismo tiempo, asumiendo su autonomía y su deseo.

Los roles de género femenino inciden, en general, en los modos de enfermar de las mujeres. En todo proyecto psicoterapéutico, se plantea una exigencia fundamental que marcará tanto la comprensión teórica del problema como la posibilidad de una práctica profesional éticamente válida: la de considerar a la mujer como un sujeto que se cuestiona por su propia condición de mujer. El objetivo terapéutico ha de ser entonces desbloquear la falsa respuesta que representa el síntoma para que se pueda enunciar la pregunta y relanzar el proceso de búsqueda de respuestas más constructivas, así pues, debemos evitar la medicalización y la psiquiatrización de los problemas de las mujeres, creando la posibilidad de alcanzar, a través del acceso a su propia palabra, el reconocimiento

de cada una como sujeto deseante pero, al mismo tiempo, en razón de su sometimiento a las exigencias culturales, como sujeto de un sufrimiento inherente a su posición social.

Los roles de género femenino inciden, en general, en los modos de enfermar de las mujeres; así, por ejemplo, ocurre con el rol maternal, el conyugal, el de ama de casa, en la medida en que tienden a determinar la totalidad de la vida de la mujer y absorben su definición como sujeto deseante; la mujer, por su parte, en función de sus identificaciones con la figura materna y de su asunción del ideal cultural de la maternidad, tenderá a maternizar todos sus roles y funciones, más allá del rol materno específico. Esto se convierte en un factor de riesgo en tanto que la limitación del sujeto a un único deseo o modo de funcionamiento resulta necesariamente opresiva y ahoga el resto de sus posibilidades como ser humano.

Según los estudios epidemiológicos, los factores de riesgo para la salud mental de las mujeres son los siguientes: el matrimonio, el trabajo de ama de casa, estar al cuidado de tres o más niños pequeños, la falta de apoyo por parte de familiares o amigos, y la falta de comunicación con la pareja. Se han descrito tres síndromes vinculados a la especificidad psicopatológica femenina, particularmente referidos a las depresiones en la mujer: el síndrome del desamparo, el de la impotencia, y el de privación sensorial.

A continuación este libro trata de temas concretos como el que se presenta en el siguiente capítulo: «**Las mujeres y las profesiones de ayuda**», que plantea el que las mujeres internalizan en mayor medida que los hombres los sentimientos y las experiencias de la propia infancia. Tal capacidad supone, entre otras cosas, identificarse con el objeto materno, cuyas funciones principales consisten en el consuelo y la atención a situaciones de desamparo y temor, como son las del bebé, y puede reflejarse a través de las identificaciones de

las mujeres con las llamadas «profesiones de ayuda», o que las mujeres con menos hijos que los deseados, con hijos que ya han dejado la casa o en el momento de la jubilación busquen actividades externas complementarias de «cuidar a otros».

También hay que tener en cuenta que un estímulo constante para las actividades reparatorias es la agresividad en la medida que ésta genera culpa, sentimiento que está siempre, más o menos, presente en el amor y sirve como estímulo para un mayor cuidado y responsabilidad por el objeto. La autora plantea que si hay más mujeres que hombres en profesiones de ayuda se debe, en parte, a que la culpa persiste mucho más en las mujeres que en los hombres que tienden, con más frecuencia, a externizarla proyectivamente en las otras personas.

En el siguiente capítulo titulado: «**La anorexia: feminidad vivida como un enigma amenazante**» la autora plantea que la sociedad postmoderna nos confronta, cada vez más, con mayores pérdidas de referencias que tienen su expresión en nuevas patologías y que esta dimensión debería ser un tema de reflexión en los profesionales de la salud mental.

La anorexia nos habla de la identificación femenina, del sufrimiento del YO, de su desbordamiento, de su desorganización; y la perturbación en la alimentación que puede considerarse un desplazamiento del desorden de este proceso, indicando una tentativa de control y de defensa fracasada.

Tanto en la anorexia como en la bulimia, las toxicomanías y en los intentos de suicidio, se presenta un proceso de subjetivación alterado, inacabado, patológico, donde predomina la escisión del YO, las identificaciones patológicas, una búsqueda de autenticidad que el adolescente no encuentra y, sobre todo, un dominio de la actuación sobre el pensamiento, un dominio de la realidad del objeto sobre su representación, las exigencias de un IDEAL

DEL YO sobre las del SUPERYÓ, un dominio del recurso al cuerpo, que en el caso de la anorexia traduce un desorden en la identidad femenina.

En el último capítulo titulado: «**Efectos de la violencia sexual sobre la subjetividad femenina**» la autora destaca que con frecuencia, la pubertad y la adolescencia femenina se explican a partir de enfoques que refieren la regresión a etapas preedípicas o la reactivación edípica, y/o los procesos de separación/individuación incompletos durante la infancia, sin poner de relieve la complejidad y alcance de la problemática inédita que la adolescencia inaugura, con especial particularidad en la época actual.

Los riesgos para la autoconservación que la puesta en acto de la sexualidad tienen para la integridad corporal de la mujer ante los imperativos de la sexualidad precoz y activa, es decir, el antagonismo y conflicto entre las motivaciones sexuales y las de autoconservación; los riesgos de pérdida precoz y masiva de los vínculos de apego —necesarios de transformación pero imprescindibles en su mantenimiento a lo largo del ciclo vital— por las motivaciones crecientes de afirmación narcisista en torno a la androginia o masculinización normalizada de la identidad feme-

nina; conflictos intrasistémicos entre deseos narcisistas de excelencia en metas y ambiciones del self e imperativos de perfeccionismo de los ideales de la imagen corporal actual.

Cualquiera que sea la naturaleza de la ansiedad desencadenada —pérdida de las referencias de apego primarias, retos de la sexualidad, colapso del YO IDEAL—, siempre le es posible a una adolescente mujer apelar al recurso del perfeccionismo corporal a través de la búsqueda y mantenimiento de la delgadez, como defensa narcisista de compensación ofrecida por los valores de la cultura actual.

Ante los datos clínicos que muestran un espectro tan amplio de cuadros —neuróticos, psicóticos y borderlines en los cuales la anorexia/bulimia puede estar presente— son muchos los autores que consideran la anorexia/bulimia como un síndrome. Las diversas causas suelen dividirse entre las de orden individual, familiar y culturales.

Esperamos que los y las lectoras encuentren de interés esta publicación, que le ayude a ampliar conocimientos o a reflexionar sobre el malestar de las mujeres y sus alternativas para aumentar la calidad de vida.

Cambio social, género y salud

Miguel Requena Díez de Revenga
Universidad Nacional de Educación a Distancia

Una de las características más destacadas de las sociedades contemporáneas es el extraordinario ritmo de cambio al que se encuentran sometidas. En todas las sociedades que convenimos en llamar modernas el cambio se produce a tanta velocidad y se extiende hasta tal punto que no parece haber ya en ellas ámbito social, económico, político o cultural capaz de escapar a la constante y permanente transformación. Como es obvio, las relaciones entre los géneros no han eludido los efectos de esos intensos procesos de cambio; a decir verdad, son uno de los territorios de la vida social en los que se ha producido una metamorfosis más rápida y acusada en los últimos tiempos. Aunque la precisa etiología del cambio es asunto sometido a polémica, no hay apenas discusión sobre sus principales efectos: por lo que se refiere a las pautas relacionales entre mujeres y hombres, y a sus respectivas expectativas biográficas y oportunidades vitales, puede decirse que en un lapso relativamente breve de tiempo se han arrumbado prácticas sociales que parecían arraigadas en lo más hondo de nuestras tradiciones colectivas. Correlativamente, se han ido disolviendo también las normas culturales, los prejuicios mentales y, en general, las representaciones simbólicas que constituían la fuente de legitimidad de tales prácticas.

Cabe decir a este respecto que si esas relaciones entre hombres y mujeres han quedado profundamente trastocadas en las sociedades actuales es porque las posiciones sociales de unos y de otras han cambiado de forma radical. Y la dirección del cambio no es menos obvia que su intensidad. Seguramente la forma más simple de entender el sentido de esas transformaciones contemporáneas es en términos de la creciente igualdad en el acceso a los recursos básicos que hasta hace poco tiempo se encontraban distribuidos de forma asimétrica entre hombres y mujeres. Como ha señalado Giddens (1992), el propio diseño de las sociedades modernas incluye una apuesta por la democratización de la vida cotidiana y, muy especialmente,

de las relaciones interpersonales: las relaciones entre hombres y mujeres se aproximan, en los diferentes contextos institucionales en los que tienen lugar, al modelo de las *relaciones puras*, vínculos personales que tienden a la igualdad, que minimizan las dependencias materiales y que rechazan la asimetría entre las partes constitutivas.

Es precisamente la tradicional asimetría de esas relaciones entre hombres y mujeres la que hace que las obligadas protagonistas del cambio sean, sobre todo, las mujeres. Por supuesto que la posición de los hombres —como no podía ser de otra forma— se ha visto también modificada en muchos aspectos, pero la visibilidad del cambio es mayor en el caso de las mujeres, que han reestructurado radicalmente no sólo sus compromisos en el terreno de la vida privada, sino también sus formas tradicionales de participación en la esfera pública. Aspectos de tanta importancia para la organización social como el acceso a la educación formal y la integración en el mercado del trabajo, o la dedicación a las tareas domésticas y el cuidado de los familiares dependientes, apuntan a una nueva estructuración de las actividades productivas y de las labores reproductivas muy distinta de la que era típica de las sociedades tradicionales. El propio desarrollo de la perspectiva del género en las ciencias humanas y sociales contemporáneas no deja de ser un testimonio inequívoco de los efectos del cambio de posición social de la mujer y de la recomposición de sus relaciones con los hombres en el mundo actual.

A poco que se reconozca que entre los factores que influyen en el estado de salud está la posición social —con lo que ello implica de acceso diferencial a recursos, de formas de conducta y estilos de vida distintos, y de los riesgos y oportunidades asociados a esas formas y estilos—, merecerá la pena plantear los efectos de esos cambios de posición social de la mujer en sus niveles de salud. En lo que sigue abordaré algunas de las principales

dimensiones del cambio de posición de la mujer en España y sus consecuencias para la salud. Tras una inicial aproximación a la lógica de los cambios sociales que han transformado la posición de la mujer en las sociedades modernas, consideraré en primer lugar el proceso de integración femenina en la esfera pública que se ha producido a lo largo de los últimos años a través del acceso a la educación y al empleo extradoméstico; paralelamente, y en relación con esas nuevas formas de integración, trataré las importantes transformaciones que, en la esfera privada, han alterado las pautas reproductivas y los comportamientos familiares de las mujeres españolas. Analizaré a continuación los procesos demográficos básicos en los que se manifiestan mayores diferencias entre los comportamientos de hombres y mujeres y, en particular, la desigualdad de género ante la muerte que viene dada por una creciente sobremortalidad masculina. Me ocuparé, después, de algunas diferencias de interés en las pautas agregadas de distribución de la morbilidad, tanto desde el punto de vista de los diagnósticos objetivos de la enfermedad como de la autopercepción subjetiva del estado de salud. Por último, concluiré este trabajo examinando algunas formas diferenciales en la utilización de los recursos sanitarios (hospitales y consultas) en nuestro país.

Cambio social y transformación de la posición femenina

El sexo es, por así decir, la materia prima con la que se edifica la construcción social del género. Por ello, una interpretación

(1) La experiencia histórica de las sociedades modernas muestra que tal modelo de control de la reproducción es el que más conviene a poblaciones que han conseguido mantener una muy baja mortalidad. Cuando tratan de controlar la fecundidad, los matrimonios pueden usar métodos que disminuyan la probabilidad de la concepción o incrementen el intervalo entre los nacimientos y que se aplican sin interrupción desde que nace el primer hijo hasta el último (a estos métodos, que incluyen la prolongación de la lactancia o los tabúes que impiden los contactos sexuales, se les engloba bajo la denominación

plausible de los recientes cambios de la posición social de las mujeres y de las relaciones entre los géneros en la sociedad española puede comenzar con el análisis de las consecuencias de las transformaciones que ha experimentado el modelo reproductivo en todas las sociedades modernas. Lo que en la terminología al uso se suele llamar el proceso de la *transición demográfica* no es sino el cambio de un sistema en el que las parejas tienen muchos hijos que mueren en abultada proporción a otro bien distinto en el que es necesario que nazcan muy pocos niños porque sobreviven casi todos. La transición demográfica da paso a un régimen caracterizado por bajos niveles reproductivos —escasa natalidad— en respuesta a la acusada prolongación de la vida humana que tiene lugar cuando se experimenta una brusca caída de las tasas de mortalidad como la que caracteriza a las modernas sociedades industriales. En lo que aquí interesa, la caída de la mortalidad, al eliminar una parte fundamental de la incertidumbre que el entorno impone a la vida humana, hace posible que las parejas pongan en práctica nuevos medios de control de la natalidad relacionados con la paridad. Tales medios, que se basan en el uso de métodos anticonceptivos más baratos, cómodos y accesibles, tienen la característica de que permiten decidir *a priori* el número de hijos que se van a tener y detener el proceso reproductivo en el momento en que el número previsto se ha alcanzado.¹ La consecuencia más inmediata de la aplicación de estos métodos es una intensa disminución de los periodos de tiempo o fases del ciclo vital que las familias (es decir, las mujeres) dedican a la procreación y crianza de sus vástagos.

de limitación no relacionada con la paridad); o bien pueden decidir el número de hijos que van a tener y, una vez logrado ese número, utilizar algún método anticonceptivo o practicar el aborto (lo que en términos técnicos se denomina limitación relacionada con la paridad). Mientras los primeros son característicos de las sociedades preindustriales, los segundos son típicos de las sociedades modernas. Coale (1986) ha argumentado que los métodos de control de la natalidad no relacionados con la paridad son extremadamente peligrosos para la supervivencia de una población preindustrial.

El acortamiento de los periodos reproductivos y su concentración en el tiempo, implica sobre todo una crucial redefinición de la posición social de las mujeres respecto de sus familias. Liberadas de gran parte de su previa dedicación a las labores reproductivas, las mujeres cuentan con la posibilidad de aumentar su dotación educativa y de integrarse en el mercado laboral con parecidas expectativas de éxito económico y promoción profesional que los varones. A diferencia de lo que había ocurrido en las sociedades tradicionales —y posiblemente también en las fases iniciales de la industrialización— la integración femenina en la esfera productiva no tiene lugar a través de la economía doméstica. La menor intensidad de la actividad reproductiva de las familias hace así que disminuya el nivel femenino de compromiso con las conductas, posiciones y relaciones que tradicionalmente han caracterizado la vida familiar, sobre todo ante la perspectiva de estrategias vitales alternativas que reducen el nivel de dependencia y que se acomodan mejor a las aspiraciones que surgen cuando se ha conseguido disfrutar de un alto grado de instrucción. Bajo las nuevas condiciones demográficas que impone la *revolución reproductiva* (Garrido, 1996) existe la posibilidad de que las mujeres dediquen a actividades extrafamiliares una cierta cantidad de recursos antes consagrada de forma principal o exclusiva a las labores que exige la fecundidad.

La causalidad del cambio de posición de la mujer es bidireccional, un proceso que se realimenta a sí mismo y en virtud del cual las menores obligaciones familiares permiten mayores inversiones en educación que disparan los proyectos de integración laboral, las expectativas de acceso a una fuente propia de renta y las posibilidades de reducir el nivel de dependencia material de sus familias; todo lo cual desincentiva la implicación femenina en las actividades reproductivas, lo que a su vez permite prolongar los periodos de aprendizaje e incrementar la dotación femenina de capital humano. Las repercusiones

para la vida privada de las mujeres no se hacen esperar. Tradicionalmente las exigencias reproductivas de las mujeres han solido generar una forma de división familiar del trabajo que, anclada en la poderosa lógica de las ventajas comparativas de quienes en ella participan, decide el sentido de las relaciones de dependencia entre los cónyuges (Papss, 1980). El que en principio sean las mujeres las que suelen depender de sus maridos, y no al contrario, obedece al hecho de que aquellas se ven penalizadas por un diferencial de costes reproductivos (Van den Berghe, 1983; Buss, 1994) directamente proporcional a la presión demográfica a que está sometida la sociedad en la que viven. Siendo eso así, para una sociedad dada, el volumen agregado de dependencia matrimonial de sus mujeres ha de ser una función directa de la importancia que las tareas relacionadas con la procreación y crianza tienen en sus vidas. En otras palabras, si el resto de las circunstancias se mantiene constante, a mayor tasa de reproducción, mayor dependencia de las mujeres de sus maridos, y viceversa: a menores niveles de fecundidad, menor dependencia femenina, que es precisamente el caso que se da cuando se cierra el ciclo histórico de la transición demográfica.

Esa transformación de la vida privada que experimentan las relaciones reproductivas de dependencia matrimonial en las sociedades contemporáneas se corresponde con el cambio público de posición social de las mujeres respecto de la educación y el trabajo. Envueltas en un proceso cuyos principales elementos se refuerzan y amplifican unos a otros de manera constante, las mujeres se van integrando en los mercados laborales a medida que se reducen las exigencias reproductivas que antes las mantenían ligadas a las tareas domésticas durante buena parte de sus vidas. Es bien conocida la dinámica de esta creciente incorporación de la mujer a la esfera pública del trabajo extradoméstico, mediada por las previas inversiones en capital humano: el aumento de la dota-

ción educativa femenina, sobre todo en lo que se refiere a capacitación profesional, no es sólo una consecuencia de la consabida pérdida de obligaciones reproductivas que se produce en todas las sociedades que han cumplido la transición demográfica,² sino también un factor que eleva los costes de oportunidad de la procreación en un mundo en el que producir hijos se ha encarecido de forma sustancial. Los contemporáneos procesos de transformación de la posición femenina aparecen así sobredeterminados por una amplia variedad de factores —desde las tendencias demográficas hasta la estructura de oportunidades que ofrecen los mercados de trabajo— que, además, admite múltiples posibilidades combinatorias.

Por lo que se refiere a la sociedad española, y comenzando por la demografía, es bien conocida la intensa caída de la fecundidad de las mujeres que se viene produciendo desde mediados de los años setenta y que nos ha situado con la tasa instantánea de reproducción más baja del mundo, en un nivel muy inferior ya al del reemplazo generacional (Delgado, 1993; Delgado y Livi-Bacci, 1992). En los últimos veinticinco años, el índice sintético de fecundidad se ha reducido desde los 2,8 hijos por mujer de 1975 a los apenas 1,2 hijos de la actualidad (Cabré, 1995), a lo que hay que añadir que en algunas regiones españolas, como Asturias y el País Vasco, el número equivalente de hijos por mujer se encuentra por debajo de la unidad. La evolución de la fecundidad en España es tanto más llamativa cuanto que en los años sesenta y primeros setenta el nuestro era uno de los países europeos con natalidad más alta. Y si impresionante es la caída de la fecundidad de las mujeres españolas, no lo es menos la contracción del intervalo fecundo real —es decir, el tiempo transcurrido entre el momento en que se tiene el primer y el último hijo—. En términos longitudinales, se puede de-

cir que el proceso de concentración de la fase reproductiva ha sido aún más acusado que el de caída de la fecundidad (Requena, 1997), con lo que ello supone de aumento de las posibilidades de dedicación a actividades no familiares para las mujeres. En resumen, como corresponde a una sociedad que ha completado el ciclo de su transición demográfica, en España la presión reproductiva sobre las mujeres es en estos momentos muy escasa; y la cantidad de tiempo y energía vital femenina que ha resultado liberada por la ausencia de obligaciones genésicas resulta muy superior a la de cualquier otra época anterior de nuestra historia.

Por ello no es extraño que, a medida que se han ido produciendo los cambios demográficos, económicos y sociales que han tenido lugar durante las últimas décadas, muchas mujeres hayan experimentado en España esa crucial transformación de su propia posición social que comienza con el aumento de la formación y desemboca en la participación laboral extradoméstica y en una reestructuración de las condiciones de su dependencia familiar o conyugal. En este sentido, el cambio educativo ha sido de tanta envergadura que el tradicional déficit formativo de las mujeres españolas es ya cosa del pasado. Y el argumento no vale sólo para la formación generalista que se recibe durante la niñez y la adolescencia (que por ley es obligatoria para ambos sexos), sino sobre todo, para la formación ocupacional especializada que se adquiere durante la juventud. Como es bien sabido, a lo largo de los últimos años se ha producido en nuestro país una incorporación masiva de las mujeres a la enseñanza universitaria, hasta el punto de que hoy día hay más mujeres que hombres estudiando en las universidades españolas.

Merece la pena señalar algunos datos que resumen ese proceso. Por ejemplo, en

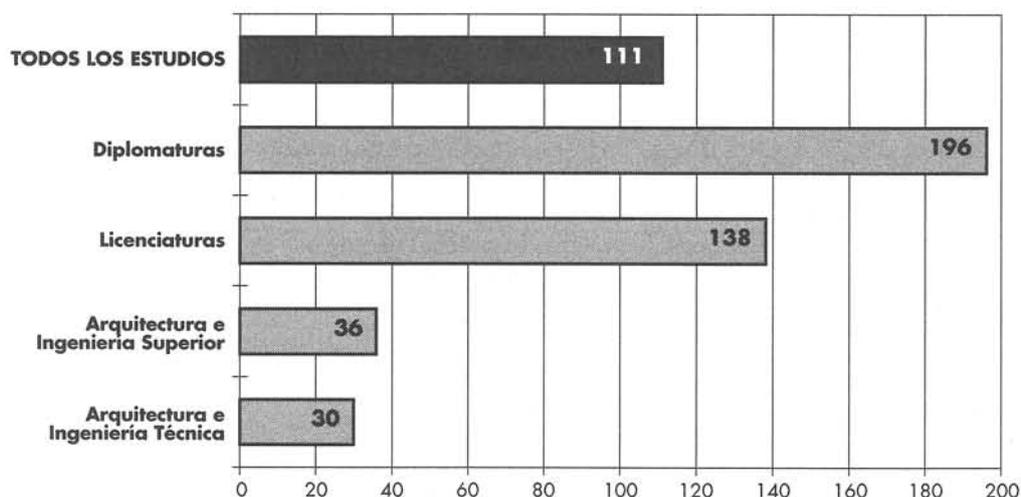
(2) Este argumento gana fuerza si se entienden las obligaciones reproductivas en un sentido amplio, es decir, no circunscrito a la procreación y crianza de los hijos, sino referi-

do al grueso de las tareas domésticas mediante las cuales las mujeres instrumentaban buena parte de los servicios que las familias tradicionales solían ofrecer a sus miembros.

1991 en todas las generaciones españolas menores de 30 años, había más mujeres que hombres que habían cursado en algún momento de su vida estudios universitarios (Garrido y Requena, 1996). Así mismo, desde comienzos de los años ochenta, la tasa de escolarización de las mujeres españolas entre veinte y veinticuatro años (edades a las que se cursan estudios primordialmente orientados a la formación en las universidades) supera a la de los hombres. El superávit formativo femenino en estas edades se ha prolongado durante las décadas de los años ochenta (Garrido, 1992) y noventa: según datos de la Encuesta de Población Activa, en el segundo trimestre de 1998 hay en España 115 mujeres escolarizadas a estas edades por cada 100 hombres. Y, en concordancia con esa mayor tasa de escolarización que

se ha mantenido a lo largo de estos últimos años, en el curso 1994-1995 había 111 mujeres matriculadas en la universidad española por cada 100 hombres. Aunque los estudios de arquitectura e ingeniería (tanto técnica como superior) mantienen el patrón tradicional de mayor matrícula masculina, la presencia de las mujeres supera con mucho a la de los hombres en las diplomaturas y las licenciaturas, el tipo de estudios en el que hay más estudiantes matriculados (ver gráfico I). Por lo tanto, en las dos últimas décadas se ha acabado con uno de los factores tradicionales de discriminación femenina, hasta el punto de invertir la tendencia histórica muy arraigada en nuestra sociedad que situaba a las mujeres en condiciones de inferioridad educativa y desventaja cultural en relación con los hombres.

GRÁFICO I. MUJERES MATRICULADAS EN LA UNIVERSIDAD POR CADA CIENTO HOMBRES (CURSO 1994-95)

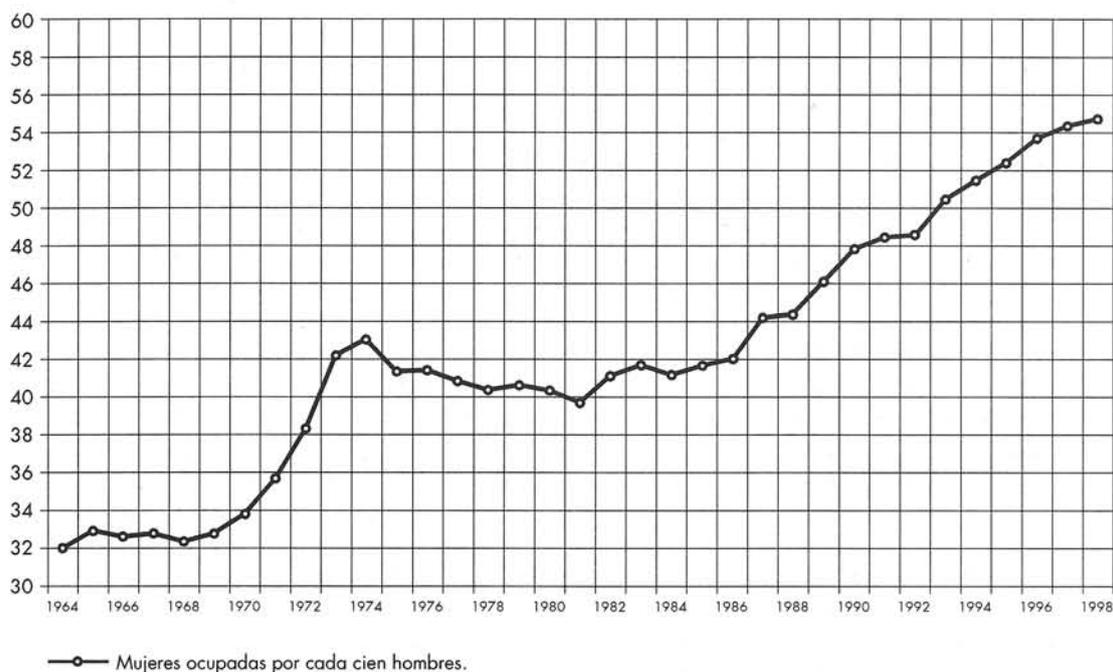


FUENTE: Elaboración propia a partir de los datos del *Anuario Estadístico 1997* (INE).

En cuanto a la integración en el mercado de trabajo, se aduce a menudo que la tasa de participación laboral de las mujeres en España es reducida en comparación con otras sociedades avanzadas. Y, en efecto, sólo treinta y cinco de cada cien mujeres españolas en edad de trabajar están ocupadas, una porción todavía inferior a la

de otros países del mundo desarrollado. Sin embargo, a menudo se olvida que en España el grado de participación laboral de las mujeres, *en relación con los hombres*, no ha dejado de aumentar al menos en los últimos treinta años. Si a mediados de los años sesenta sólo trabajaban fuera de sus casas 32 mujeres por cada 100 hombres, a

GRÁFICO II. MUJERES OCUPADAS POR CADA CIENTO HOMBRES EN ESPAÑA (1964-98)



FUENTE: Elaboración propia a partir de la Encuesta de Población Activa.

finales de los años noventa esa cifra se eleva hasta 55. Como se puede apreciar en el gráfico II, el grado de integración laboral extradoméstica de las mujeres, *en relación con los hombres*, ha experimentado una tendencia al alza que se incrementó en la fase de desarrollo económico de los años sesenta, que se estabilizó durante la depresión de los años setenta y que, desde entonces, no ha dejado de crecer a un ritmo considerable. El balance general de los últimos cuarenta años del presente siglo ha sido así muy positivo para la incorporación al empleo de las mujeres españolas (sobre todo, si se compara su situación con la de los hombres).

Si distinguimos ahora a las mujeres españolas nacidas antes de 1950 —a saber, en una sociedad tradicional y agraria— de las que vinieron al mundo después de aquella fecha —en otra sociedad que comenzaba un despegue industrial que culminaría en los años siguientes y que se hallaba asimismo al borde de consumir

su transición demográfica—, se pueden observar dos pautas biográficas bastante claras (Garrido, 1992): mientras las mujeres tradicionales comenzaban a edad temprana una participación laboral que abandonaban en una importante proporción una vez casadas para dedicarse a las labores del hogar, las mujeres más jóvenes han prolongado el tiempo dedicado a formación, pospuesto el momento de la boda y retrasado el calendario de su incorporación al trabajo extradoméstico. La diferencia fundamental entre unas y otras es que el matrimonio no suele suponer para las más jóvenes un elemento disuasorio del ejercicio de unas capacidades profesionales notablemente acrecentadas respecto a las de las generaciones anteriores por mor del tiempo dedicado a formación ocupacional. De manera que si se puede decir que entre las mujeres tradicionales las solteras trabajaban fuera de sus hogares en proporciones hasta tres veces superiores a las de las casadas, entre las españolas nacidas a partir de los años cincuenta esa di-

ferencia se ha reducido no sólo de forma considerable, sino también creciente en el tiempo (a comienzos de los años noventa estaba ocupada la mitad de las mujeres solteras de entre 20 y 39 años, frente a un 37% de las casadas). Dicho de otra forma, se ha producido en España una «disminución de la mortalidad laboral de la mujer asociada al matrimonio» (Garrido: 1992, 36), que, aunque ampliamente mediada por el nivel educativo y siempre dependiente de las coyunturas económicas, se puede estimar, en términos generales, como de una tercera parte del valor del índice de retirada ocupacional asociada al matrimonio entre estos dos amplios grupos generacionales.

En suma, se puede decir que al hilo de la transición demográfica, la modernización social y el desarrollo económico de la sociedad en la que vivían, las mujeres españolas han visto cómo en las últimas décadas disminuía su implicación en las labores reproductivas, aumentaban sus niveles educativos y crecía su participación en las actividades productivas. Los resultados de esos cambios se pueden interpretar en términos de un acceso creciente de las mujeres españolas a importantes recursos sociales, económicos y culturales, de la consiguiente reducción de sus niveles de dependencia de los hombres y del establecimiento de las bases para la constitución de relaciones sociales más equilibradas entre los géneros. Esa creciente simetría relacional no sólo ha transformado las expectativas biográficas de las mujeres españolas, sus actitudes vitales y su visión del mundo, sino que ha acompañado al cambio de sus estilos de vida. En el siguiente epígrafe me ocuparé de algunas de las repercusiones que estos cambios han tenido la mortalidad diferencial de hombres y mujeres.

Mujeres, hombres y muerte

Como he señalado, el control de la mortalidad es uno de los principales requisitos que hace posible el ciclo de las modernas

transiciones demográficas y termina por transformar los regímenes reproductivos de las sociedades que las experimentan. La transición demográfica implica el paso a una situación que no tiene precedentes históricos y que se caracteriza por sus bajas o muy bajas tasas de mortalidad. Y aunque los modelos y los ritmos de las diferentes transiciones demográficas son histórica, geográfica y culturalmente diversos, es el freno a la mortalidad y el creciente aplazamiento de la muerte lo que de hecho desencadena la transición. Una vez concluida la transición de la mortalidad, el riesgo de muerte a lo largo de todas las edades de la vida disminuye de forma más que considerable para segmentos muy amplios de la población; dicho de otro modo, cuando se cierra el moderno ciclo transicional, las tradicionales crisis demográficas provocadas por hambrunas, epidemias, guerras y catástrofes naturales desaparecen, las tasas de mortalidad se sitúan en mínimos históricos y la esperanza de vida a todas las edades se eleva hasta cotas agregadas nunca antes alcanzadas por los seres humanos. Como consecuencia de todo ello, las sociedades deben enfrentarse entonces a los problemas del envejecimiento.

Ahora bien, tratar de explicar la caída histórica de la mortalidad durante las transiciones demográficas es bastante más difícil que simplemente describir sus pautas, sus ritmos o sus intensidades. Si hasta los años setenta se tendió a atribuir exclusiva o principalmente la causa del descenso de la mortalidad en los países desarrollados a factores médicos y sanitarios, a continuación se discutió con amplitud la llamada «hipótesis alimentaria» de McKewon que situaba a las mejoras en la alimentación en el origen del crecimiento moderno de la población (véase, por ejemplo, Livi-Bacci, 1987). También en los años setenta los estudiosos de la epidemiología histórica propusieron la tesis de una «transición epidemiológica» según la cual la evolución moderna del control de la muerte había supuesto el cambio desde una situación en la que predominaban la

mortalidad infantil y las enfermedades infecciosas a otra en la que, tras la virtual desaparición de las grandes pandemias del pasado, cobraban un protagonismo decisivo los tumores y las enfermedades del aparato circulatorio. El desenlace de esta transición epidemiológica habría conducido a una por ahora última fase caracterizada por las llamadas enfermedades sociales provocadas por la propia conducta humana y las enfermedades degenerativas tardías —sobre todo, tumores y enfermedades cardiovasculares— propias de las poblaciones crecientemente envejecidas que viven en las sociedades que han consumado la transición demográfica (Olshanky y Ault, 1986).

Desde este último punto de vista, más integrador, el control moderno de la mortalidad obedece a un conjunto interrelacionado de causas de todo tipo (biológicas, sociales, económicas, culturales, ambientales, etc.) asociadas a los procesos de modernización social y desarrollo económico. Y es en este sentido en el que hoy se formula la tesis de la «transición de la salud» o «transición sanitaria» (*health transition*), un proceso que responde a una causalidad compleja y que refleja el peso cambiante de los muchos factores de diversa índole que inciden en las condiciones de salud de una población. La tesis de la transición sanitaria hace especial hincapié en el concepto de riesgo como probabilidad de perder la vida o la salud: «cada población estaría sometida a niveles de riesgo diferentes y ello explicaría los diferentes modelos y ritmos de transición existentes entre las diferentes poblaciones» (Gil y Cabré, 1997, 67). De modo que, una vez que han desaparecido los factores tradicionales de riesgo de amplio espectro, las probabilidades de perder la vida o la salud en las sociedades contemporáneas están estrechamente asociadas a la pertenencia a determinados grupos poblacionales o, si se prefiere, a las condiciones y estilos de vida de los diferentes estratos y categorías sociales. Como de inmediato habrá ocasión de comprobar, el género —en la medida en que implica formas de

conducta y estilos de vida distintos para los miembros de uno y otro sexo— se convierte en un argumento fundamental para entender las pautas diferenciales de mortalidad dentro de una misma sociedad.

En la actualidad la sociedad española presenta un nivel agregado de mortalidad, en especial para las mujeres, que se sitúa entre los más bajos del mundo. Pues, aunque con cierto retraso respecto del calendario demográfico de otros países europeos, España comenzó a experimentar la caída de las tasas de mortalidad a principios del presente siglo y, tras las oscilaciones impuestas por los últimos embates de la mortandad epidémica y las consecuencias de la Guerra Civil, ha conocido una evolución muy positiva a lo largo de toda la segunda mitad del siglo. Es cierto que desde comienzos de los años ochenta la tasa bruta de mortalidad ha comenzado a aumentar en España, pero el crecimiento reciente de ese indicador sólo refleja el hecho bien conocido de que los ancianos tienen un peso cada vez mayor en nuestra población (Gómez Redondo, 1995). Al decir de los expertos, se trata de una mortalidad más «aparente» que «real»: cuando, como es el caso, aumenta mucho el número de ancianos, tiende también a aumentar el número global de defunciones, lo que hace que se eleve la tasa (Gil y Cabré, 1997, 71). Sin embargo, el análisis de indicadores más precisos, como la esperanza de vida o las probabilidades de muerte a diferentes edades, ponen de manifiesto con claridad meridiana que la evolución de la mortalidad en los últimos años ha continuado recorriendo la favorable trayectoria seguida al menos a lo largo de los últimos cincuenta años. Así, a punto de finalizar el siglo, tenemos una de las esperanzas de vida más altas de Europa (y, por ende, del mundo) para las mujeres: 81,2 años en 1995, sólo ligeramente superada en Europa por las mujeres italianas, francesas y suecas, y superior en 1,1 año a la media de los quince países de la Unión Europea, según datos de Eurostat; y sólo 0,5 años por debajo de la media europea para los hombres: 73,2 años de los hom-

bres españoles frente a los 73,7 del conjunto de los europeos de la Unión en 1995, según esa misma fuente.

La hasta cierto punto sorprendente (por lo favorable) evolución de la mortalidad en España durante los últimos años no nos debe hacer olvidar el comportamiento diferencial de las mujeres y los hombres españoles ante el fenómeno de la muerte. Todos los indicadores disponibles muestran sin lugar a dudas lo que los especialistas denominan sobremortalidad masculina. Dicho con otras palabras, al menos en el caso de la «desigualdad ante la muerte», y en lo que se refiere al sexo o al género, la situación de las mujeres es claramente mejor que la de los hombres. Como se sabe, la ventaja en capacidad de supervivencia de las mujeres es un fenómeno casi universal: en todas las sociedades que cuentan con los adecuados registros estadísticos se puede verificar que, históricamente, la mortalidad de los varones ha superado a la de las mujeres en prácticamente todas las edades. Así, por ejemplo, desde el mismo momento del nacimiento los hombres resultan penalizados con un mayor riesgo de muerte, siendo la sobremortalidad infantil masculina un hecho virtualmente universal y en consecuencia difícilmente imputable a modelos de conducta asociados al género.³

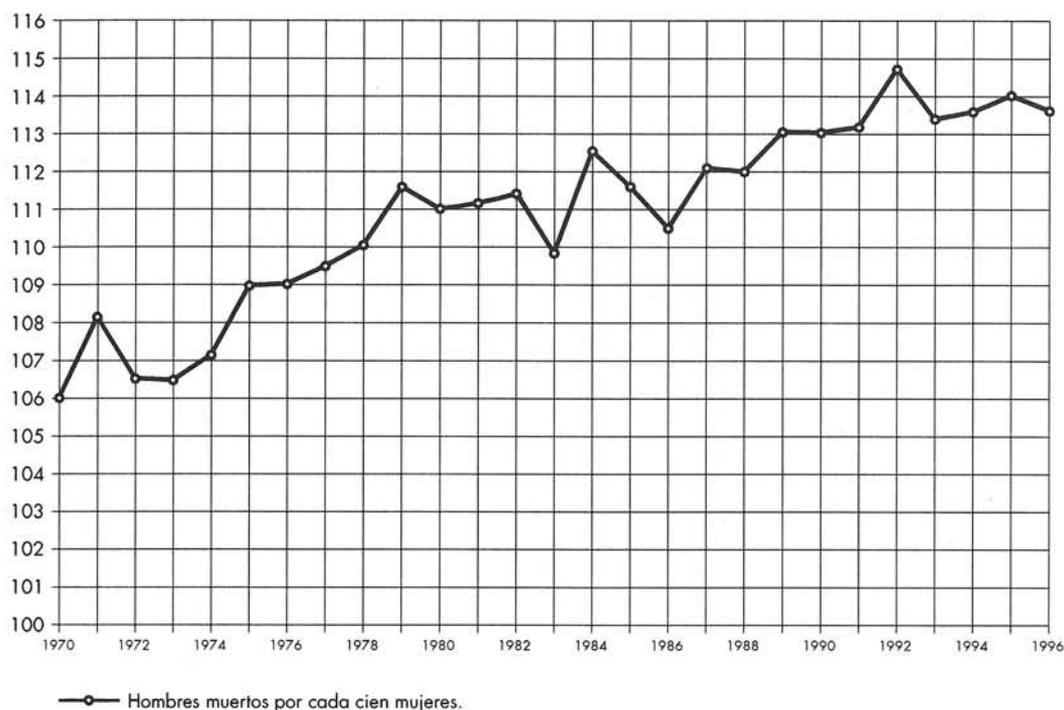
En cualquier caso, la consideración del género no está de más al tratar de la sobremortalidad de los hombres. Por una parte, en el escaso número de sociedades que han institucionalizado la práctica del infanticidio femenino selectivo o allí donde la segregación femenina alcanza niveles máximos se da de hecho sobremortalidad femenina (tal es el caso, por ejemplo, del subcontinente indio). Por otra, en las sociedades que no recurren a esas prácticas fallecen a todas las edades más hombres que mujeres debido a que la pauta de

la hipermortalidad masculina se prolonga a lo largo del ciclo vital; en este segundo caso, las formas de conducta relacionadas con los patrones de género consolidan a lo largo del ciclo vital las diferencias que se dan ya en el momento del nacimiento. En la España de estos últimos años incluso un indicador tan tosco como el que expresa las muertes masculinas por cada cien femeninas (gráfico III) aproxima las dimensiones de este fenómeno de la sobremortalidad masculina: si en 1970 fallecían anualmente 106 varones por cada 100 mujeres, a finales de la década de los años noventa fallecen casi 114 varones por cada centena de mujeres. No obstante, dado que dicho indicador no toma en cuenta el efecto de la diferente estructura de edades de las poblaciones femenina y masculina, infraestima de hecho la hipermortalidad de los varones (que, en conjunto, tienen una edad media más joven que las mujeres debido precisamente a su secular sobremortalidad).

Lo que en realidad viene a sugerir el gráfico III es la tendencia no menos conocida de que, a medida que se progresa por las sucesivas fases de las transiciones demográfica, epidemiológica o sanitaria, la brecha entre la capacidad de supervivencia femenina y masculina se va haciendo mayor. Como se ha señalado, una brecha creciente en capacidad de supervivencia asociada al género «acompaña normalmente a la transición epidemiológica, pues, por razones todavía no bien comprendidas, las mujeres tienen más probabilidades que los hombres de experimentar una disminución de las enfermedades degenerativas, que son la principal causa de muerte en las fases posteriores de la transición» (Weeks, 1996). A este respecto, el gráfico IV —que representa la evolución secular de la esperanza de vida en España— permite comprobar dos cosas fundamentales: *i*) que, cuando menos a lo largo de todo el presente siglo, las mujeres han gozado en promedio de una expectativa de vida mayor que la de los hombres españoles; y *ii*) que esa desigualdad ante la muerte de hombres y mujeres ha ido cre-

(3) La sobremortalidad infantil de los hombres está bien documentada para el caso de España (Gómez Redondo, 1992, pp. 204 y ss.).

GRÁFICO III. SOBREMORTALIDAD MASCULINA EN ESPAÑA (1970-1996)



FUENTE: Elaboración propia a partir del Movimiento Natural de la Población (INE).

ciendo con el transcurso del tiempo.⁴ En efecto, si a comienzos del presente siglo las españolas podían esperar vivir un promedio de casi 36 años frente a los 34 de los hombres y si esa diferencia de dos años se mantiene hasta la década de los treinta, en los cincuenta y sesenta se aproxima a cinco años. Desde los años sesenta la diferencia entre la esperanza de vida de las mujeres y los hombres no ha dejado de aumentar, situándose a mediados de los años noventa en torno a los ocho años.

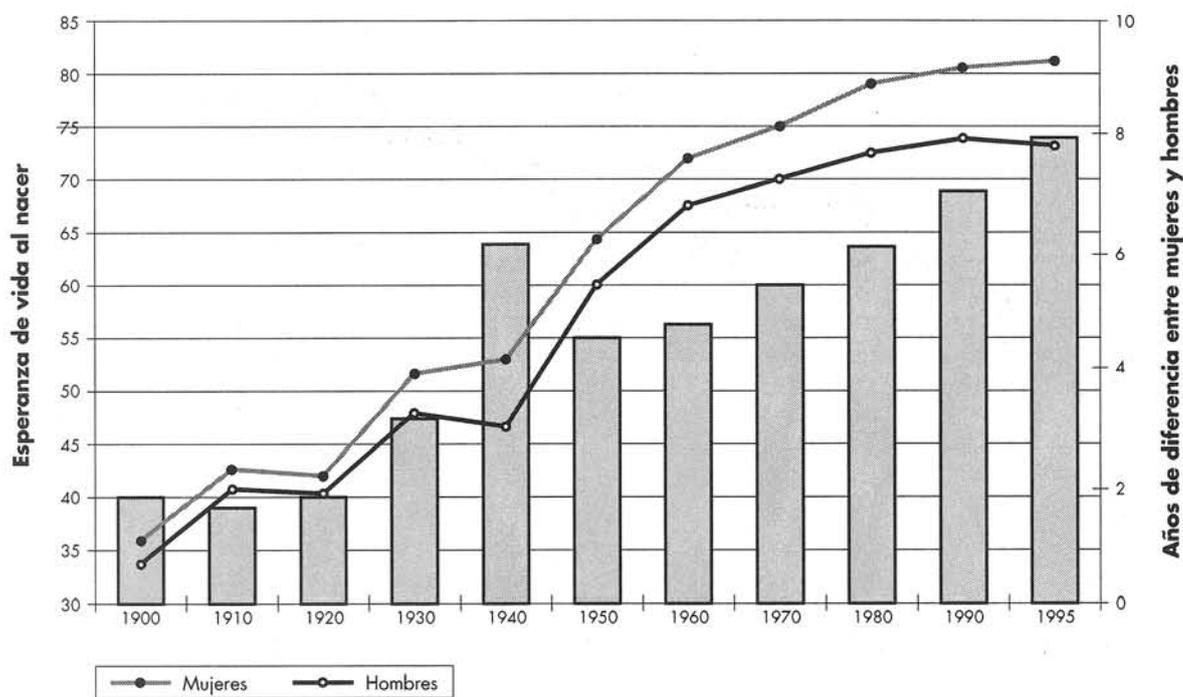
Como se puede apreciar en el gráfico IV (en las columnas cuyas cantidades se representan en la escala del eje de la derecha), la diferencia entre la esperanza de vida de las mujeres y los hombres en España se aproxima en la actualidad a los 8

años. La diferencia registrada para 1995 es en consecuencia la mayor del siglo, pues supera ampliamente incluso a la de comienzos de los años cuarenta, cuando este indicador reflejó la sobremortalidad masculina impuesta por nuestra guerra civil. El crecimiento secular de la desigualdad ante la muerte entre los hombres y mujeres españolas —la ganancia de tiempo de vida de las mujeres en comparación con los hombres— tal vez se aprecie mejor si se mide en términos relativos: se puede decir que si a comienzos de siglo las mujeres españolas podían esperar vivir un 5% más del tiempo de su propia vida que los hombres, en los años noventa esa porción se eleva hasta prácticamente el 10% del tiempo total de su existencia.

(4) Cómo se ha señalado, «la desigualdad ante la muerte según el sexo es probablemente la más interesante de las mortalidades diferenciales. En efecto, hombres y mujeres no mueren igual: los varones viven menos que las mujeres como consecuencia de la existencia de una

sobremortalidad masculina en prácticamente todas las edades y, lejos de contraerse, esta diferencia ha aumentado progresivamente en las últimas décadas a medida que se han reducido los niveles de mortalidad» (Gil y Cabré, 1997, 81).

GRÁFICO IV. EVOLUCIÓN DE LA ESPERANZA DE VIDA EN ESPAÑA (1910-1995)



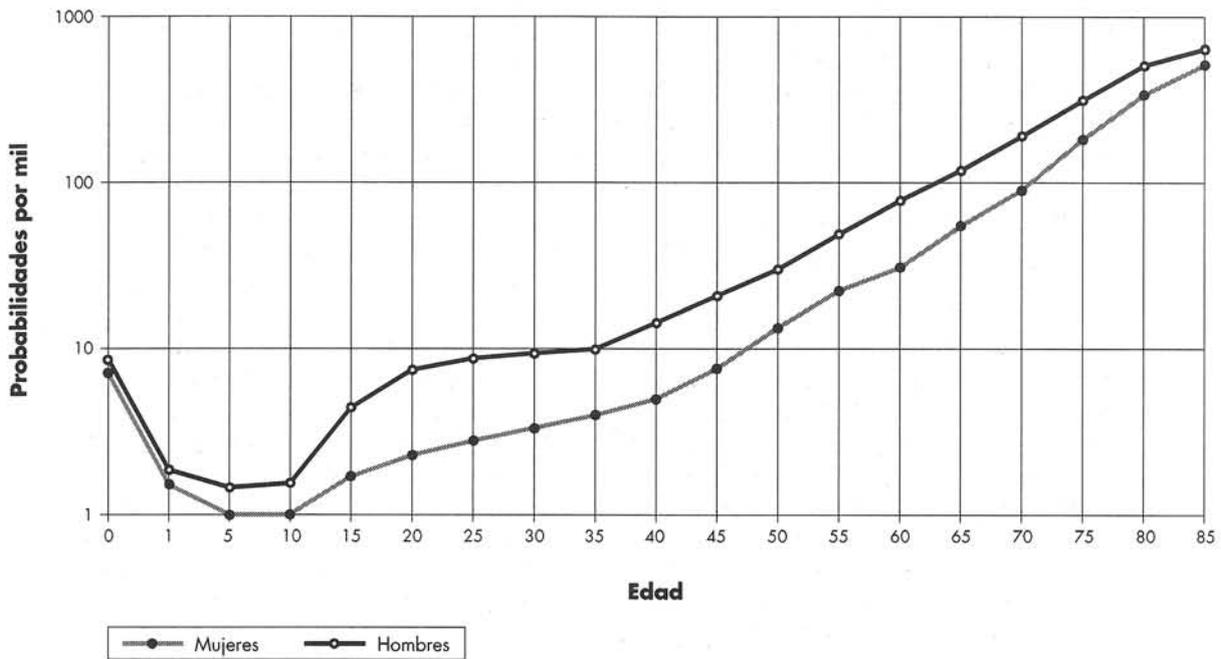
FUENTE: Elaboración propia a partir de los datos del Anuario Estadístico 1997 (INE).

Otra forma de verificar la sobremortalidad masculina en España es analizar las probabilidades de morir de ambos sexos a las diferentes edades. Por obvias razones biológicas el riesgo de muerte es una función directa de la edad, con la excepción de la fase inicial del ciclo vital (antes de los cinco años) durante la cual se invierte esa relación y la probabilidad de morir va descendiendo con la edad (la probabilidad de muerte es más alta al nacer y durante los cinco primeros años que en los años subsiguientes de la infancia y primera adolescencia). Las curvas que dibujan el riesgo de morir a lo largo de la vida (gráfico V) tienen, en consecuencia, una forma característica de «jota», con un máximo inicial entre los cero y un años, una caída posterior durante los cuatro años siguientes y un crecimiento ya ininterrumpido desde los cinco años hasta las edades más avanzadas en las que la probabilidad de muerte se aproxima fatalmente a la unidad. Como es lógico, hasta aquí la dis-

tribución por edad de las probabilidades de muerte nos informa sólo de la mayor vulnerabilidad de los recién nacidos y del proceso de degeneración biológica vinculado al paso de la edad. Recuérdese, sin embargo, lo ya señalado acerca de la teoría de la transición sanitaria y de los variables riesgos de muerte relacionados con los diferentes estilos de vida de distintos segmentos sociales. Y obsérvese ahora cómo difieren las curvas correspondientes a los hombres y las mujeres. Mientras entre los hombres españoles el máximo inicial de riesgo de muerte a los cero años (8%) se vuelve a alcanzar entre los 20 y los 25 años, la situación es bien diferente para las mujeres: sus altas probabilidades de morir al comienzo de la vida (7%) se igualan sólo entre los 40 y los 45 años.

Los españoles de hoy tienen en promedio un cinco por ciento más de probabilidades de morir a cualquier edad que las españolas, pero esa diferencia que penaliza

GRÁFICO V. PROBABILIDADES DE MORIR EN ESPAÑA POR EDAD



FUENTE: Elaboración propia a partir de los datos del Anuario Estadístico 1997 (INE).

a los varones y los sitúa con mayor riesgo de perder la vida se hace máxima entre los 15 y los 30 años, es decir, durante la juventud y sobre todo entre los 20 y los 24 años, un periodo en el que las probabilidades de morir de los hombres casi multiplican por cuatro a las de las mujeres. A mayor abundamiento, hay que insistir también en que mientras las probabilidades de muerte de las mujeres españolas han disminuido a *todas* las edades durante los últimos veinte años, el riesgo de muerte de los varones aumentó en ese mismo periodo de tiempo precisamente durante las edades juveniles (Gómez Redondo, 1998). Contra el tópico popular, son los hombres los que parecen el sexo débil en lo que se refiere a su capacidad de supervivencia. Con todo, incluso si se argumenta en términos biológicos la mayor vulnerabilidad del sexo masculino —la sobremortalidad de los hombres se da en efecto a todas las edades— hay que admitir un plus de peligrosidad que difícilmente se puede imputar a causas exclu-

sivamente *naturales* y que más bien parece relacionado con los estilos de vida propios de los varones. En resumen, los indudables progresos en la contención general de la mortalidad que han logrado los españoles en estos últimos años se han saldado con un balance muy positivo para las mujeres, que han disminuido sus probabilidades de muerte y han aumentado su esperanza de vida en una medida superior a la de los hombres. La evolución en el tiempo permite ver, además, que la tendencia ha sido hasta ahora creciente.

Puede así parecer curioso que las probabilidades de sobrevivir de hombres y mujeres se distancien a medida que sus respectivos papeles sociales en la vida pública y privada se van equiparando. Pero, naturalmente, hay que atender aquí al factor generacional. Las generaciones de más edad —que son las que más contribuyen con sus muertes al diferencial global en la esperanza de vida— están compuestas de hombres y de mujeres que vi-

vieron el grueso de sus vidas en el contexto de una sociedad tradicional, con una acusada segregación de los papeles sociales asignados a cada sexo, que comenzaba a modernizarse. Por lo tanto, estas generaciones se han visto sometidas a una singular conjunción de circunstancias: de un lado, en tanto en cuanto nacieron y pasaron parte de su vida en un sociedad premoderna, estaban destinadas a sufrir la sobremortalidad masculina característica de las condiciones de vida tradicionales; de otro, su experiencia vital coincide con la modernización de la sociedad española, un proceso durante el cual los varones adoptan hábitos, conductas y estilos de vida que entrañan riesgos y peligros para la salud a los que en gran medida consiguen escapar las mujeres (de ahí, las mayores tasas masculinas de tabaquismo, la mayor incidencia del alcoholismo, la mayor accidentalidad laboral y de tráfico, etc.). Los importantes cambios que se han producido recientemente en las condiciones de vida de estas generaciones con edades avanzadas —incluido no sólo el acceso más amplio y de más calidad a los recursos y servicios sanitarios, sino una mejoría general de sus niveles de vida— no han rebajado la sobremortalidad masculina relativa. Se puede decir por tanto que los varones de estas generaciones han terminado pagando en salud o en tiempo de vida los beneficios de haber disfrutado de una posición social dominante.

Los datos disponibles confirman plenamente esta hipótesis. En su análisis de la contribución de las diferentes causas de muerte al aumento de la esperanza de vida en España entre 1970 y 1990, Gómez Redondo (1995) destaca que entre los hombres el factor que más ha influido en la prolongación de la existencia es el control de las enfermedades del aparato circulatorio (excluyendo al infarto y otras isquémicas), la bronquitis, la neumonía, la tuberculosis y el resto de las enfermedades infecciosas; por contra, el cáncer del aparato respiratorio, el cáncer del aparato digestivo, los accidentes de vehículo a

motor, las enfermedades endocrinas (salvo diabetes) y trastornos de inmunidad, y el infarto y otras enfermedades isquémicas son las causas que más negativamente han contribuido a la esperanza de vida de los hombres. En el mismo sentido, las enfermedades del aparato circulatorio (infarto y otras isquémicas), las enfermedades cerebro-vasculares, los tumores del aparato respiratorio y los tumores del aparato digestivo son las causas de muerte que más peso tienen en la evolución de la mortalidad diferencial por género en España. Gómez Redondo concluye que «muchas de estas enfermedades están ligadas a hábitos casi exclusivos de la cultura masculina en las generaciones ahora adultas y/o ancianas, como es el tabaquismo y el excesivo consumo de alcohol, además de un estilo de vida ligado a un mayor riesgo y estrés, determinados profesional y culturalmente» (1995, 101).

Entre las generaciones más jóvenes las cosas son diferentes, al menos en la medida en que sus miembros han conocido un ambiente social en el que comenzaba a desaparecer la tradicional segregación de papeles sexuales. Lo que, sin embargo, no han desaparecido son determinadas prácticas de los jóvenes varones que los sitúan en mucho mayor riesgo de muerte que las mujeres. De hecho, en España son las denominadas *causas externas* de muerte⁵ las responsables de la hipermortalidad juvenil masculina; entre las razones de esa relativa sobremortalidad masculina de los jóvenes españoles se ha señalado «la mayor incidencia de las muertes violentas, especialmente los accidentes de tráfico, aunque también otras enfermedades tienen mayor incidencia en los varones jóvenes que en sus coetáneas mujeres: tumores, cirrosis, tuberculosis... y se recuerda que la mayoría de los afectados por el SIDA, principalmente adultos jóvenes, son también hombres» (Gil y Cabré, 1997, 83).

(5) Entre estas causas externas se incluyen los traumatismos, las heridas, las quemaduras, los envenenamientos, los efectos tóxicos, etc.; estas causas externas se encuentran empíricamente asociadas a ciertas características del estilo de vida de los jóvenes varones.

En el mismo sentido, hay que indicar que entre los suicidios de los jóvenes predominan con mucho los masculinos sobre los femeninos (Alvira y Canteras, 1997). Y no parece en absoluto casual que otras conductas autoagresivas tan típicas de los jóvenes como el consumo de estupefacientes ilícitos sea en nuestro país una práctica eminentemente masculina. Según las estimaciones de Blanes (1996) las muertes accidentales de los jóvenes contribuyen con 1 año y 2 meses (alrededor de una sexta parte) a la diferencia total entre la esperanza de vida de hombres y mujeres en España.

Mujeres, hombres, enfermedad y salud

Dados los niveles de mortalidad que en la actualidad presenta la población española, fallecen cada año alrededor de 8 de cada 1000 habitantes. En la España de finales de los años ochenta, de esas ocho muertes, 3,5 se debían a enfermedades del aparato circulatorio, 2,1 a cánceres y 0,75 a enfermedades del aparato respiratorio. En conjunto, tres de cada cuatro fallecimientos eran provocados por ese tipo de enfermedades; en cambio, sólo un 6 por ciento de las muertes anuales se debían a las llamadas causas externas y una proporción todavía más pequeña (1 por ciento) a enfermedades de carácter infeccioso (Cañs, Castilla y Miguel, 1993). Es decir, como corresponde a una sociedad con una estructura demográfica avanzada, la mayor parte de las muertes se producen a causa de las llamadas enfermedades del desarrollo, habiéndose reducido hasta casi desaparecer la importancia de las muertes provocadas por enfermedades infecciosas. Si, en este orden de cosas, se restringe ahora la idea de enfermedad a aquellas dolencias graves que implican hospitalización y entrañan riesgo de muerte, es lógico que las pautas de distribución de la enfermedad entre hombres y mujeres se asemejen mucho a las ya expuestas de las causas de muerte. Desde este punto de vista, se produce un alto

grado de correspondencia entre la distribución de la mortalidad y la morbilidad hospitalaria.⁶ Así, por ejemplo, el análisis de las causas de hospitalizaciones a finales de la década de los años ochenta (a partir de la *Encuesta de Morbilidad Hospitalaria* y excluyendo las hospitalizaciones debidas a natalidad) ha revelado que entre los hombres predominan los problemas respiratorios, las dolencias del aparato digestivo, los cánceres, las disfunciones mentales, las causas externas y, levemente, las enfermedades del aparato circulatorio⁷; las mujeres, por su parte, superan a los hombres en hospitalizaciones debidas sobre todo a problemas osteomusculares (Miguel, 1994).

Ahora bien, el que las pautas de distribución por género de morbilidad y mortalidad presenten ese alto grado de correspondencia se debe única y exclusivamente a que se han tomado en cuenta las enfermedades graves que dan lugar a hospitalizaciones y que implican un riesgo de muerte relativamente alto. Pero, naturalmente, ni toda la morbilidad es morbilidad hospitalaria, ni tampoco parece fácil lograr una medida agregada aceptable de la morbilidad total de una población para un determinado momento del tiempo. Lo que, sin embargo, es casi seguro es que la percepción de la salud por parte de hombres y mujeres incluye más elementos que la mera experiencia de padecer o no padecer una dolencia lo suficientemente grave como para determinar la hospitalización o poner en serio riesgo la vida. De hecho, en los últimos tiempos se tiende a definir la salud más como un estado de bienestar personal físico y mental que permite realizar satisfactoriamente actividades de trabajo y ocio que como la mera ausencia de enfermedad; asimismo, se tiende a distinguir entre, por un lado, la

(6) Aunque en España sólo una tercera parte de los muertos fallece en un hospital.

(7) Hay que matizar que mientras las mujeres padecen con mucha mayor frecuencia que los hombres varices, trombosis y flebitis, los hombres ingresan en los hospitales a causa de infartos de miocardio en una proporción de tres a uno en relación a las mujeres.

dimensión biológica de la enfermedad (las reacciones a los daños y cambios que se producen en el entorno interno del cuerpo) y, por otro, la dimensión subjetiva (los sentimientos de malestar y dolor asociados a las disfunciones objetivas). Como es fácil comprender, todos esos argumentos apuntan a un mismo lugar: la determinación del estado de salud de una población, de una categoría social o de un grupo por medio de indicadores objetivos como la esperanza de vida, las probabilidades de muerte o la morbilidad hospitalaria —que con seguridad son los instrumentos más apropiados para evaluar el estado de salud pública de un colectivo— no tiene por qué coincidir exactamente con la percepción subjetiva de ese estado que tienen los miembros de aquella población, categoría o grupo.⁸

Las valoraciones subjetivas que las españolas y los españoles de hoy hacen de su propio estado de salud ilustran a la perfección esa discrepancia entre las dimensiones objetiva y subjetiva de la enfermedad y la salud. Como ha habido ocasión de comprobar, cuando se analiza la distribución de la salud y la enfermedad entre hombres y mujeres, todos los indicadores objetivos coinciden en apuntar a un nivel agregado de salud femenina (mayor esperanza de vida, mayor capacidad de supervivencia a todas las edades, menores tasas de hospitalización) *mejor* que el masculino; no obstante lo cual, las mujeres declaran sistemáticamente un estado de salud percibido *peor* que el de los hombres. En efecto, en España se ha podido verificar ya en no pocas ocasiones (Durán, 1983; Rodríguez, 1988; Jovell, 1994) que las mu-

jerres perciben subjetivamente su estado de salud *peor* que los hombres. Y esa peor autopercepción no se limita sólo al estado de salud en general, sino que afecta a la declaración de diferentes síntomas, dolencias y enfermedades crónicas o persistentes (Guillén, 1990): en todos esos casos las mujeres declaran padecer problemas de salud con mayor frecuencia que los hombres.

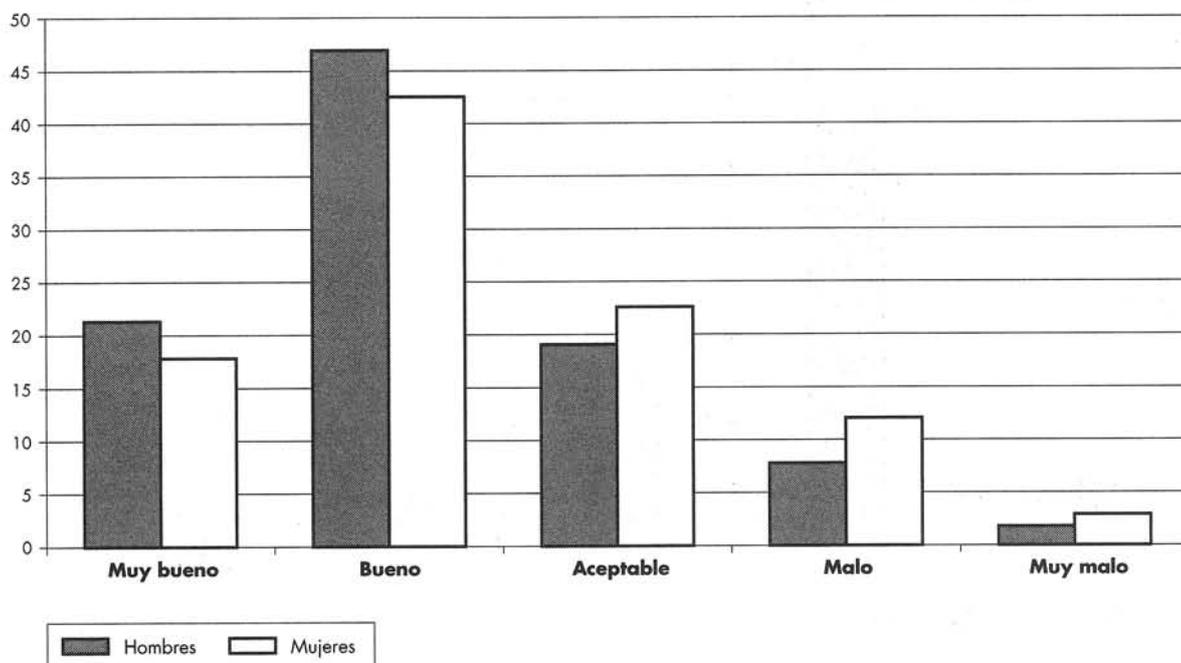
En el gráfico VI se compara la percepción subjetiva del estado de salud declarada por hombres y mujeres en España en el año 1995.⁹ Los datos no dejan lugar a la duda: mientras hay más hombres que mujeres que declaran gozar de un estado de salud muy bueno o bueno (68,5% de varones frente a 60,3% de mujeres), las mujeres que dicen tener una salud general mala o muy mala (14,9%) superan ampliamente a los hombres que declaran estar en esas mismas condiciones (sólo un 9,3%). Diferencias parecidas en la percepción subjetiva del estado general de salud entre hombres y mujeres se pueden encontrar en la Encuesta Nacional de Salud: también según esta fuente de datos las mujeres evalúan su propia salud peor que los hombres (Ministerio de Sanidad y Consumo, 1996). Una primera interpretación de esa peor percepción de la salud por parte de las mujeres haría pensar en la diferente estructura de edad de las poblaciones femeninas y masculinas. El argumento es simple: en la medida en que las mujeres demuestran una mayor capacidad de supervivencia que los varones, su composición por edad está más envejecida y, siendo la autovaloración del estado de salud una función inversa de la edad,

(8) Esto no significa que la percepción subjetiva del propio estado de salud no sea un buen predictor (que lo es) del inicio de consultas médicas y de la utilización de otros servicios sanitarios, así como de la longevidad, la mortalidad y la incapacidad (Jovell, 1994).

(9) Los datos proceden de la segunda oleada del Panel de Hogares Europeo (realizada en 1995 por el Instituto Nacional de Estadística). En comparación con la Encuesta Nacional de Salud (cuyo trabajo de campo realizó en el mismo año de 1995 el Centro de Investigaciones Sociológicas), los datos del PHOGE registran una percepción

subjetiva del estado de salud de los españoles de 16 y más años *peor* que la valoración estimada por la ENS. Así, por ejemplo, mientras un 12,3% de los españoles de 16 y más años declaran un estado de salud malo o muy malo en el PHOGE, en la ENS esa proporción se reduce a sólo un 8,6%. Hay que advertir que en el cuestionario de la ENS la pregunta relativa al estado de salud se refiere a los doce últimos meses previos a la realización de la entrevista, mientras el cuestionario del PHOGE pregunta por el estado de salud en general. Pese a ello, ambas fuentes de datos coinciden en estimar una peor percepción subjetiva del estado de salud de las mujeres.

GRÁFICO VI. PERCEPCIÓN SUBJETIVA DEL ESTADO GENERAL DE SALUD EN ESPAÑA POR GÉNERO



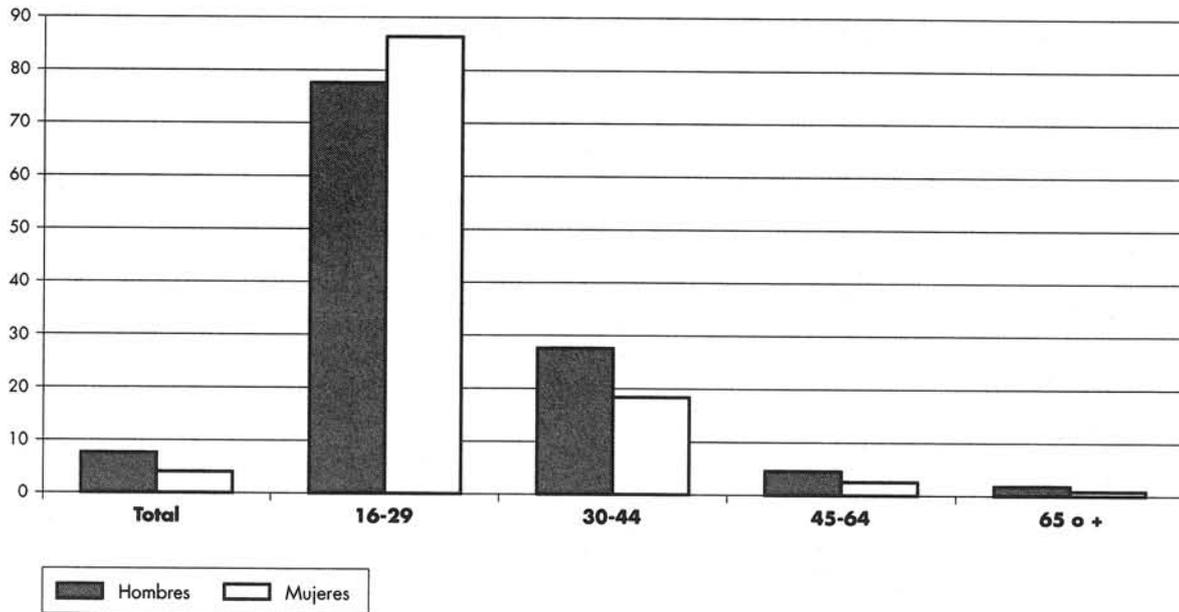
FUENTE: Elaboración propia a partir de los datos del Panel de Hogares Europeo 1995 (INE).

un colectivo con más edad debe percibir que su salud es peor que otro más joven. Sin duda, una parte de esa diferente percepción de la salud entre hombres y mujeres debe atribuirse al hecho simple de que, globalmente consideradas, las mujeres tienen más edad y, en consecuencia, peor salud que los hombres.

No obstante, se puede afirmar que no toda la diferencia en el modo en que los hombres y las mujeres perciben su estado de salud se debe a la edad. De hecho, cuando se mantiene constante la edad, se comprueba que una vez superados los 30 años las mujeres siguen considerando que su estado general de salud es peor que el de sus coetáneos varones (véase a este respecto el gráfico VII, en el que se representa para los distintos tramos de edad de la población española adulta la razón entre los que declaran un estado de salud bueno o muy bueno y los que lo valoran como malo y muy malo). Sólo entre los más jóvenes (entre los 16 y los 29 años, unas

edades a las que las probabilidades de muerte y los riesgos para la salud de los varones son mucho más altos que para las mujeres) perciben los varones que su salud es peor que la de las mujeres; en el resto de las edades, las mujeres declaran tener peor estado de salud que los hombres. Por otro lado, los resultados de los análisis multivariados que mantienen bajo control estadístico la influencia de otros factores además de la edad, muestran que esa peor valoración subjetiva de su salud por parte de las mujeres es significativamente independiente de la clase social, el nivel educativo, la renta o el grado de urbanización en el que se vive (véase Guillén, 1990 para un análisis de los datos de la Encuesta Nacional de la Salud de 1987). Asimismo, el análisis multivariable de los datos recogidos por el Panel de Hogares Europeos vuelve a mostrar, para el año 1995, una probabilidad significativamente más alta de que las mujeres evalúen peor que los hombres su estado de salud. Como era de esperar, la percepción subje-

GRÁFICO VII. RAZÓN ENTRE LOS QUE PERCIEN SU ESTADO DE SALUD COMO BUENO Y LOS QUE LO VALORAN COMO MALO Y MUY MALO



FUENTE: Elaboración propia a partir de los datos del Panel de Hogares Europeo 1995 (INE).

tiva del propio estado de salud está —según esta última fuente de datos— directamente asociada al nivel de estudios (a mayor nivel de estudios, mejor evaluación de la propia salud) e inversamente relacionada con la edad (a mayor edad, peor percepción subjetiva del estado de salud). Pero lo interesante es que, incluso cuando se mantienen constantes la edad, el estado civil y el nivel de estudios logrado, las mujeres valoran significativamente peor que los hombres su estado de salud.

Por lo tanto, es indudable que el género actúa como mediador en la evaluación subjetiva de la salud potenciando una peor percepción por parte de las mujeres. Una primera explicación de esta peor percepción femenina del estado de salud se podría buscar en el peso de ciertos factores objetivos asociados a las condiciones de vida de las mujeres: en términos agregados, la menor presión laboral y profesio-

sional que experimentan las mujeres y su menor tasa de participación en las actividades de la esfera pública¹⁰ (en relación con los hombres) puede facilitar una mayor tolerancia general a las posiciones de dependencia y, en concreto, una mayor capacidad de aceptación del papel social de enfermo o impedido: no parece una casualidad que sean precisamente las mujeres jóvenes —aquéllas dotadas de tantos o más recursos sociales y culturales que los hombres— las que evalúan mejor (en relación con los hombres) su estado de salud. Correlativamente, es posible que esa peor valoración que las mujeres hacen del propio estado de salud se derive también de algunos elementos diferenciales que operan en la construcción sociocultural de las identidades de los géneros masculino y femenino. De acuerdo con esta hipótesis, la identidad femenina no sólo implicaría una capacidad para aceptar el papel de enfermo superior a la de los varones,

(10) Esa inferior presión laboral o profesional, así como la menor tasa de integración en la vida pública, se deben

simplemente a que las mujeres participan menos que los hombres en el mercado del trabajo no doméstico.

sino también una forma distintiva de definir la relación con el propio cuerpo que incluiría un mayor interés por su estado, una mayor vigilancia de su funcionamiento y una mayor preocupación por su cuidado. Por lo demás, esta pauta femenina de mayor interés, vigilancia y preocupación corporal resulta congruente con la tradicional especialización de las mujeres en las tareas privadas de la reproducción, de los cuidados domésticos y de la atención a enfermos.

Del grado en que está consolidada esta pauta femenina de relación con el cuerpo y la salud dan una idea las declaraciones relativas a enfermedades, dolencias y padecimientos concretos, así como a la incidencia de estas enfermedades en las actividades diarias. De nuevo hay que insistir aquí en que, pese a que los indicadores agregados nos transmiten la imagen de las mujeres como un género objetivamente más sano que los hombres, las primeras declaran padecer enfermedades y dolencias (físicas y mentales) en mayor medida que los segundos; y, en el mismo sentido, las mujeres declaran igualmente que sus disfunciones de salud tienen una incidencia en sus actividades diarias más negativa y perjudicial que en el caso de los hombres. Según los datos del Panel de Hogares Europeo, mientras un 24% de las mujeres españolas declara padecer enfermedades físicas o mentales crónicas, sólo un 21% de los hombres se pronuncia en el mismo sentido; de entre quienes dicen padecer ese tipo de enfermedades crónicas, un 30% de las mujeres frente a sólo un 27% de los varones afirma que la enfermedad le supone un grave impedimento para llevar a cabo sus quehaceres diarios; por otra parte, un 12% de mujeres, por sólo un 8% de varones, dice haber tenido

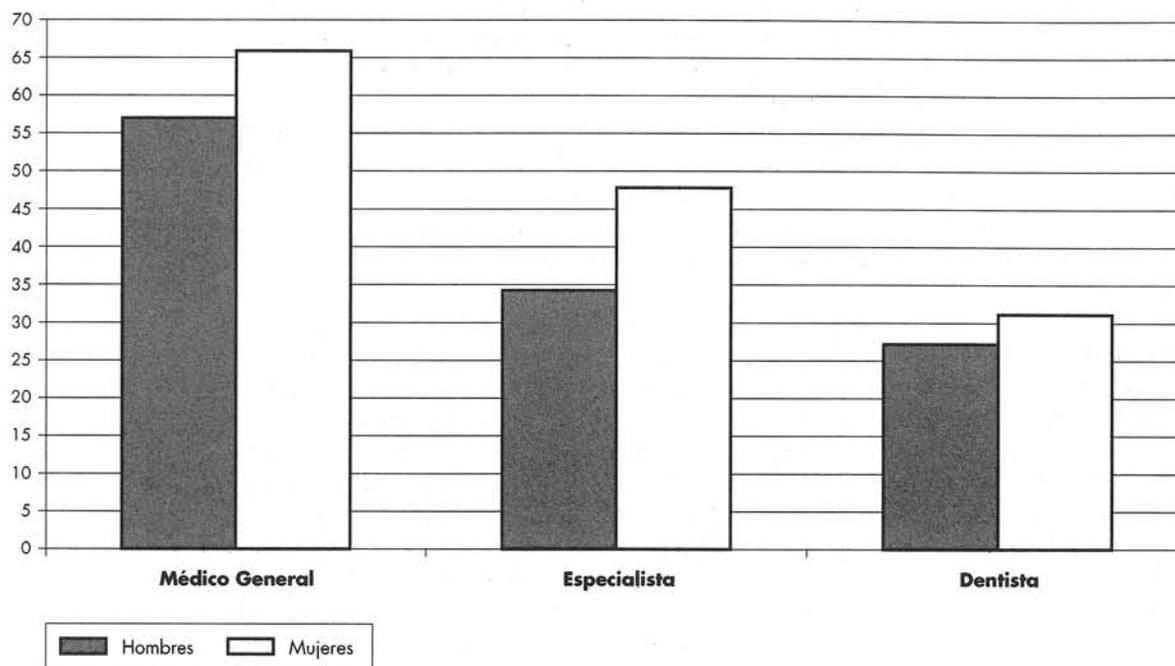
que suspender sus actividades domésticas, laborales o de ocio en las dos semanas previas a la realización de la encuesta debido a alguna enfermedad o lesión; y, finalmente, un 3% de las mujeres, por sólo un 1,6% de los hombres, dice haberse visto obligado a interrumpir sus actividades domésticas, laborales o de ocio durante las dos semanas anteriores a la encuesta debido a alguna enfermedad mental o a algún problema emocional.¹¹

Con toda probabilidad, una pauta de uso intenso y frecuente de los recursos sanitarios forma parte de este mismo síndrome femenino de mayor cuidado corporal y atención a la salud. Así, en lo que se refiere al uso de determinados servicios sanitarios, las mujeres acuden a las consultas de médicos generales, de especialistas y de dentistas en mayor proporción que los hombres. Y aunque es sabido que en España la tasa de hospitalización de los hombres supera a la de las mujeres¹² (Miguel, 1994), las mujeres visitan al médico—general, especialista, dentista— más que los varones, como se puede apreciar en el gráfico VIII, que de nuevo presenta datos procedentes del Panel de Hogares Europeos. Un 9% más de mujeres que de hombres visitó al médico general, un 14% más de mujeres al especialista y un 4% al dentista; y en cada uno de los tres casos las diferencias entre mujeres y hombres son estadísticamente significativas. Pero no es sólo que la proporción de mujeres que recurre al médico en un año dado sea superior a la de los hombres, sino que las mujeres acuden también con más frecuencia que los varones: 6,82 visitas anuales al médico general, por sólo 5,38 de los hombres; 4,32 consultas anuales al especialista por sólo 3,98 de los hombres; y 3,06 consultas al dentista por sólo 2,64 de los hom-

(11) Para unos resultados similares, véase el análisis que hace Collado de los datos de la *Encuesta sobre discapacidades, deficiencias y minusvalías* realizada por el Instituto Nacional de Estadística en 1986: «Son más numerosas las mujeres con deficiencias que los varones: el 16,5% de las mujeres tienen deficiencias, mientras que los varones son el 13%. No sólo hay más población femenina con deficiencias, sino que a su vez esa población tiene más deficiencias que la población masculina... (Collado, 1994: 936).

(12) Recuérdese todo lo dicho sobre la mejor salud *objetiva* de las mujeres. Obviamente las hospitalizaciones están en la mayoría de los casos orientadas por los criterios de los facultativos y deben corresponderse con el estado objetivo de salud, mientras las consultas a los médicos se producen de forma más espontánea y parecen más asociadas a la autopercepción subjetiva del estado de salud.

GRÁFICO VIII. PROPORCIÓN DE MUJERES Y HOMBRES QUE ACUDIERON AL MÉDICO EN EL ÚLTIMO AÑO



FUENTE: Elaboración propia a partir de los datos del Panel de Hogares Europeo 1995 (INE).

bres (de nuevo hay que señalar que las diferencias entre esas medias anuales son significativas desde el punto de vista estadístico).¹³

El sentido de todos esos indicadores es, obviamente, coincidente. Lo que esos datos ponen de manifiesto es que ese rasgo de la identidad femenina que apunta a un mayor cuidado corporal e interés por la salud afecta, además de a la evaluación subjetiva del estado general de salud, a la percepción del padecimiento de enfermedades concretas, a la medida en que éstas influyen en la vida cotidiana y al uso más intenso de algunos recursos sanitarios. En nuestro país, las mujeres no sólo perciben

(13) Lógicamente, parte de esas diferencias en el uso de servicios médicos entre hombres y mujeres pueden deberse a que en ocasiones las mujeres recurren al médico en nombre de algún familiar a su cargo. La redacción de la pregunta en la encuesta del Panel de Hogares Europeos no carece de una cierta ambigüedad en este sentido. Sin embargo, las diferencias entre hombres y mujeres son estadísticamente significativas entre casadas y casados, y entre solteras y solteros.

que su salud es en general peor que la de los hombres, sino que declaran también padecer más enfermedades específicas que inciden de forma más negativa en sus vidas que las dolencias que declaran padecer los varones; asimismo recurren al médico, sea general, especialista o dentista, en mayor medida y con mayor frecuencia que los hombres.

Recapitulación

La sociedad española ha experimentado en las últimas décadas un proceso de cambio tan intenso en el ámbito político, social, económico y cultural, que al filo del siglo veintiuno se puede hablar sin miedo a la equivocación de una *modernidad española*. Por decirlo con los términos de un destacado historiador, tras más de cien años de trágicos conflictos, la España del fin del siglo veinte tiene por fin las características y los problemas de una sociedad moderna (Fusi, 1998).

Uno de los más reconocidos efectos de los procesos de modernización es que, allí donde tienen lugar, terminan por romper la acusada segregación de papeles sociales entre hombres y mujeres que ha tipificado las sociedades tradicionales. Las transformaciones implicadas en la modernización de la sociedad española han tenido importantes consecuencias para la vida de las mujeres. Desde el punto de vista normativo, se ha producido una radical redefinición del estatuto legal de las mujeres en nuestro ordenamiento jurídico que reconoce y garantiza la igualdad respecto a los hombres y proscribete taxativamente toda forma de discriminación basada en el sexo. Desde el punto de vista político, las mujeres han sido objeto de políticas públicas orientadas a facilitar su integración en la vida pública en las mismas condiciones y con las mismas oportunidades que los hombres. En el orden de las representaciones colectivas, el sexismo ha llegado a ser considerado como una ideología o una constelación de actitudes políticamente incorrectas. Como no podía ser de otra forma, las mujeres españolas han comenzado a hacer acto de presencia en no pocos espacios institucionales cuya composición tradicional era básica o exclusivamente masculina.

Conviene insistir, no obstante, en que por debajo de esos fenómenos tan visibles para cualquier observador de la realidad de nuestro país, laten procesos de cambio que han alterado de forma sustancial la posición social de las españolas. En el curso de la modernización de nuestra sociedad, las mujeres españolas de las generaciones más jóvenes han reducido extraordinariamente su compromiso con las tareas domésticas de la reproducción, han elevado de forma más que notable su dotación educativa y se han desembarazado de la pauta biográfica de abandono del mercado de trabajo con ocasión del matrimonio. La transición a un nuevo modelo demográfico de baja intensidad reproductiva, la aparición de una sociedad de servicios y el desarrollo económico son los requisitos de estas transformaciones: los

cambios demográficos, sociales y económicos ponen las bases de una nueva estructura de oportunidades vitales para las mujeres que éstas se apresuran a aprovechar en busca del acceso a una serie de recursos básicos antes limitados a los varones. Entre los resultados de esos procesos merece la pena mencionar la reducción de la dependencia de las mujeres con respecto a los hombres y su creciente simetría relacional: en numerosas esferas de la vida, las mujeres aparecen en pie de igualdad con los varones y la tradicional segregación de papeles sociales tiende a desdibujarse. Presumiblemente, el reemplazo generacional asegurará la continuidad del cambio en los años venideros.

Todos esos cambios comportan para las mujeres nuevos modelos, formas y estilos de vida que, sin embargo, no se limitan a reproducir miméticamente los de los varones. Claro ejemplo de ello son los comportamientos que conducen a las tasas diferenciales de mortalidad de mujeres y hombres que se pueden observar en nuestro país. Es bien conocida la extraordinaria ganancia en años de esperanza de vida que los españoles han acumulado a lo largo del presente siglo, pero esta ganancia no se ha distribuido parejamente entre hombres y mujeres. Pues mientras las diferencias en mortalidad infantil entre los sexos vienen reduciéndose secularmente, la sobremortalidad masculina al resto de las edades —en la que necesariamente dejan su impronta los estilos de vida diferenciales de los géneros— no ha dejado de crecer en los últimos años. En ningún otro momento de nuestra historia demográfica se han visto expuestos los hombres a un riesgo de muerte tan alto en comparación con el de las mujeres como en el momento presente. La explicación de esta aparente paradoja de un mayor riesgo diferencial de muerte entre los géneros a medida que se equiparan sus papeles sociales es simple: una vez controladas las enfermedades infecciosas y cumplida la llamada transición sanitaria, el estilo de vida se convierte en uno de los factores con más peso en las condiciones de salud de

los distintos colectivos de las sociedades contemporáneas. Por eso no es extraño que entre las generaciones de más edad sean conductas y hábitos específicamente masculinos (como el tabaquismo y el alcoholismo, la mayor exposición a situaciones de estrés y riesgos laborales) los que estén determinando una mayor incidencia de las enfermedades degenerativas características de las sociedades sanitariamente desarrolladas; ni que entre las generaciones más jóvenes sean sobre todo los accidentes —asociados a una forma de vida y una identidad masculina más insensible al riesgo— los responsables de la creciente hipermortalidad de los varones jóvenes.

El análisis de la distribución de la enfermedad entre los géneros —al menos si se la mide en términos de la morbilidad hospitalaria— apunta en la misma dirección. Difícilmente podría ocurrir otra cosa, ya que en una sociedad demográficamente avanzada como la nuestra, que mantiene bajo control las enfermedades infecciosas, priman las muertes debidas a las llamadas enfermedades del desarrollo: siete de cada diez fallecimientos los provocan las enfermedades del aparato circulatorio y los cánceres. En consecuencia, las pautas de distribución por género de mortalidad y morbilidad presentan un alto grado de correspondencia, siempre que se limite el concepto de morbilidad a aquellas dolencias graves que ocasionan hospitalización.

Sin embargo, todo parece señalar que la salud es mucho más que la ausencia de enfermedades que provocan hospitalización; y que, por lo tanto, la percepción subjetiva que hombres y mujeres tienen de su estado de salud sigue otros derroteros distintos a los que marcan los indicadores agregados de salud pública. Porque, si se puede decir que a tenor de esos indicadores objetivos —como la esperanza de vida, las tasas de supervivencia o la morbilidad hospitalaria— las mujeres gozan en España de mejor salud que los hombres, es cierto que hacen en cambio una evaluación subjetiva de su estado de

salud significativamente peor que los hombres. Y que, en concordancia con ello, hacen también un uso espontáneo más intenso de los recursos médicos y sanitarios que los hombres: acuden a la consulta del médico general, del especialista y del dentista con más frecuencia que los hombres. A lo que cabe añadir que esa peor valoración subjetiva del estado de salud de las mujeres es relativamente independiente de la edad y se mantiene cuando se controla el efecto de variables como el estado civil o el nivel educativo.

Es muy posible que en esa peor evaluación femenina del estado de salud interengan dos tipos de factores: por un lado, en la medida en que las mujeres siguen expuestas a menores niveles de tensión laboral y profesional que los hombres, se les puede suponer una mayor capacidad de aceptar papeles dependientes como el de enfermo o impedido; por otro, su tradicional especialización en las tareas privadas de la reproducción, los cuidados domésticos y la atención a enfermos ha debido fomentar una pauta muy consolidada de mayor atención al cuerpo que se resiste a desaparecer. Para entender cabalmente esta singular conjunción de pautas tradicionales de configuración de la identidad femenina en una sociedad que han consumado con éxito su transición a la modernidad, el argumento generacional sigue siendo fundamental: en España sólo las mujeres jóvenes, las que más se han equiparado a los hombres en recursos educativos, oportunidades sociales y expectativas vitales, evalúan subjetivamente su estado de salud mejor que sus coetáneos varones.

Bibliografía

- ALVIRA, F. y A. CANTERAS (1997): *El suicidio juvenil*, Madrid, Instituto de la Juventud, Ministerio de Asuntos Sociales.
- BLANES, A. (1996): *La mortalidad en España. 1960-1991*, Barcelona, Universitat Autònoma de Barcelona.
- BROOKSBANK JONES, A. (1997): *Women in Contemporary Spain*, Manchester, Manchester University Press.

- Buss, D. M. (1994): *La evolución del deseo. Estrategias del emparejamiento humano*, Madrid, Alianza.
- CABRÉ, A. (1995): «Aspectos demográficos de la familia», en I. ALBERDI, dir., *Informe sobre la situación de la familia en España*, Madrid, Ministerio de Asuntos Sociales, pp. 15-189.
- CAIS, J., E. J. CASTILLA y J. M. DE MIGUEL (1993): «Desigualdad y morbilidad», en *I Simposio sobre igualdad y distribución de la renta y la riqueza. Volumen VIII. El impacto de las políticas sociales: educación, salud, vivienda*, Madrid, Fundación Argentina, pp. 65-112.
- COALE, A. J. (1986): «The Decline of Fertility in Europe since the Eighteenth Century As a Chapter in Demographic History», en A. J. COALE y S. C. WATKINS, eds., *The Decline of Fertility in Europe*, Princeton, Princeton University Press, pp. 1-30.
- COLLADO, A. (1994): «Distribución de deficiencias en la población», en M. JUAREZ (dir.) *V Informe sociológico sobre la situación social en España. Sociedad para todos en el año 2000*, Madrid, Fundación Foessa, pp. 929-955.
- DELGADO, M. (1993): «Cambios recientes en el proceso de formación de la familia», en *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 64, pp. 123-153.
- DELGADO, M. y M. LIVI-BACCI (1992): «Fertility in Italy and Spain: The Lowest in the World», en *Family Planning Perspectives*, 24, 4, pp. 162-171.
- DURÁN, M. A. (1983): *Desigualdad social y enfermedad*, Madrid, Taurus.
- FUSI, J. P. (1998): «España: el fin del siglo XX», en *Claves de razón práctica*, 87, pp. 2-9.
- GARRIDO, L. J. (1992): *Las dos biografías de la mujer en España*, Madrid, Instituto de la Mujer, Ministerio de Asuntos Sociales.
- GARRIDO, L. J. (1996): «La revolución reproductiva», en C. CASTAÑO y S. PALACIOS, eds., *Salud, dinero y amor. Cómo viven las mujeres españolas de hoy*, Madrid, Alianza, pp. 205-238.
- GARRIDO, L. J. y M. REQUENA (1996): *La emancipación de los jóvenes en España*, Madrid, Instituto de la Juventud, Ministerio de Asuntos Sociales.
- GIDDENS, A. (1992): *The Transformation of Intimacy. Sexuality, Love and Eroticism in Modern Societies*, Cambridge, Polity Press.
- GIL ALONSO, F. y CABRÉ, A. (1997): «El crecimiento natural de la población española y sus determinantes», en R. PUYOL, ed., *Dinámica de la población en España. Cambios demográficos en el último cuarto del siglo XX*, Madrid, Pirámide, pp. 47-144.
- GÓMEZ REDONDO, R. (1992): *La mortalidad infantil española en el siglo XX*, Madrid, Centro de Investigaciones Sociológicas.
- GÓMEZ REDONDO, R. (1995): «Vejez prolongada y juventud menguada. Tendencias en la evolución de la esperanza de vida de la población española, 1970-1990», *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 71-72, pp. 79-108.
- GÓMEZ REDONDO, R. (1998): «Tendencias en la desigualdad ante la muerte», en J. F. TEZANOS y R. SÁNCHEZ, *Tecnología y sociedad en el nuevo siglo. Segundo Foro sobre tendencias sociales*, Madrid, Sistema, pp. 481-515.
- GUILLÉN, M. F. (1990): *Estructura social y salud. Análisis del acceso a la asistencia sanitaria y los niveles de salud a partir de la Encuesta Nacional de Salud*, Madrid, Centro de Investigaciones Sociológicas.
- JOVELL, A. J. (1994): «Desigualdades en el nivel de salud», en M. JUAREZ (dir.), *V Informe sociológico sobre la situación social en España. Sociedad para todos en el año 2000*, Madrid, Fundación Foessa, pp. 957-973.
- LIVI-BACCI, M. (1987): *Ensayo sobre la historia demográfica europea. Población y alimentación en Europa*, Barcelona, Ariel.
- MIGUEL, J. M. de (1994): «Salud y sanidad», en M. JUAREZ (dir.), *V Informe sociológico sobre la situación social en España. Sociedad para todos en el año 2000*, Madrid, Fundación Foessa, pp. 823-1106.
- MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO (1996): *Encuesta Nacional de Salud de España 1995*, Madrid, Ministerio de Sanidad y Consumo, Información y Estadísticas Sanitarias.
- OLSHANKY, S. J. y AULT, B. A. (1986): «The four stages of the epidemiologic transition. The age of delayed degenerative diseases», *The Milbank Quarterly*, 64, pp. 355-391.
- PAPPS, I. (1980): *For Love or Money? A Preliminary Analysis of the Economics of Marriage and the Family*, Lancing, The Institute of Economics Affairs.
- REQUENA, M. (1987): «Sobre el calendario reproductivo de las mujeres españolas», *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 79, pp. 43-79.
- RODRÍGUEZ, J. A. (1988): «El reparto del bienestar: salud y desigualdad social en España», *Sistema*, 83, pp. 75-111.
- VAN DEN BERGHE, P. (1983): *Sistemas de la familia humana. Una visión evolucionista*, México, Fondo de Cultura Económica.
- WEEKS, J. R. (1996): *Population. An Introduction to Concepts and Issues*, Belmont, Wadsworth Publishing Company.

Semejanzas y diferencias entre hombres y mujeres

José Carlos Mingote Adán

Psiquiatra y psicoanalista

2

«No es bueno que el hombre esté solo. Voy a hacerle una ayuda adecuada...» (*Génesis 2-18*)

Introducción

La salud de las mujeres es objeto de un progresivo mayor interés en los últimos años, como consecuencia de su mayor protagonismo social, la revolución sutil de la segunda mitad del siglo XX, y también debido a factores económicos y comerciales. Así por ejemplo, la actual dictadura estética de la delgadez produce enormes beneficios a empresas de nutrición y cosmética, cirugía estética, etc., a la vez que contribuye a la creciente incidencia de trastornos de la alimentación y otros. En los últimos años se han publicado en nuestro país varios estudios muy interesantes sobre la salud mental de la mujer, como el del Dr. Muñoz sobre «Vulnerabilidad psiquiátrica en la mujer» (1), y como los publicados en el libro titulado «Trastornos psíquicos en la mujer», coordinado por el Dr. Macías Fernández (2), e igualmente las ponencias al simposio sobre «Mujer y Psicopatología», presentadas por la Dra. Laura Ferrando y la Dra. Aurora Otero Camprubí en el II Congreso Nacional de Psiquiatría Biológica en 1997 (3, 4). También destacan otras excelentes revisiones sobre la salud mental de las mujeres, como las realizadas por Asunción González de Chavez (5, 6) y por De Santiago Díaz, Vázquez Barquero, y Díez Manrique (7), por citar sólo algunos de los trabajos. Fuera de nuestro país destacan varias publicaciones que recogen los estudios realizados por Marianne Frankenhaeuser (8), Adesso (9), Heilbrun (10), etc.

Se ha denunciado que las mujeres reciben tratamientos médicos menos efectivos para padecimientos tales como la enfermedad coronaria (11) o en el tratamiento del dolor (12), a la vez que se reconoce la incidencia de los factores socioculturales en la salud de las mujeres. Así, la reciente incorporación de la mujer al mundo laboral

supone que trabaje aproximadamente quince horas más cada semana que el hombre (13), ya que no reduce su implicación personal en casa y con la familia, realizando más trabajo productivo global que el hombre, que disfruta habitualmente de más dos o tres horas libres cada día. Esta sobrecarga crónica de trabajo de la mujer empleada contribuye a que padezca mayores niveles de estrés psicofisiológico como puede demostrarse tanto por autoresregistros (14) como por el estudio de la respuesta neuroendocrínica del estrés (15), y por la mayor incidencia de algunos trastornos relacionados con el estrés en la mujer, como la fibromialgia o la depresión (16, 17).

La exclusión de las mujeres de los principales ensayos clínicos realizados para estudiar la eficacia de diferentes tratamientos para enfermedades que afectan a hombres y mujeres ha sido también denunciado a la comunidad científica pero ha impedido estudiar los efectos de la variable género en su evolución. Así por ejemplo, en un estudio finlandés (18) se encontró una relación positiva entre los niveles plasmáticos de hierro y el riesgo de infarto de miocardio en hombres, pero estos hallazgos no son automáticamente aplicables a las mujeres, además de que con frecuencia se les administra suplementos de hierro.

La salud mental no se puede aislar de la salud general, y aquella sólo puede entenderse desde una perspectiva biopsicosocial integradora de los múltiples factores intervinientes con efectos interactivos recíprocos, según formuló Engels (19). Así por ejemplo, se ha demostrado la importancia de varios factores psicosociales como son el estilo de afrontamiento del estrés personal, el grado de competencia social o la presencia de ansiedad y depresión, sea como factores de protección o de riesgo para enfermedades tales como el cáncer y la enfermedad coronaria. Recientemente Hartman (20) ha insistido en denunciar los riesgos del actual reduccionismo biologicista unidireccional en el estu-

dio de fenómenos psicofisiológicos tan complejos como es el comportamiento humano, que no sólo es resultante, «output», de procesos cerebrales cada vez mejor conocidos, sino que es también «input» o estímulo aferente autoregulado del funcionalismo neurobiológico como demostró por ejemplo Bandura (21).

¿Diferencias sexuales o de género?

Ambos términos se utilizan a veces indistintamente, pero conceptualmente se refieren a dos conceptos diferentes. Las diferencias sexuales se refieren a aspectos biológicos, mientras que los de género describen las conductas y los rasgos culturalmente dependientes para hombres y mujeres. Fue Unger en 1979 quien propuso utilizar el término género para evitar el reduccionismo biologicista y ampliar el campo de estudio a una perspectiva psicosexual o psicobiológica que incorporara las modernas investigaciones sobre el estrés de los seres humanos (22). Destaca la importancia de las contribuciones biológicas, como la influencia de los estrógenos, gestágenos y andrógenos en el desarrollo y en la conducta normal y patológica, y el diformismo cerebral sexual que se ha demostrado en hipotálamo, comisura anterior, cuerpo calloso y tálamo. Los hombres tienen el lenguaje y las funciones espaciales más lateralizadas que las mujeres, que tienen estas funciones representadas en ambos hemisferios (23, 24). Es necesario señalar también la importancia de las investigaciones sociales en la construcción del sexo-género individual. Así por ejemplo se ha concluido que son las expectativas y las creencias, y no las hormonas, las principales determinantes de los síntomas emocionales del síndrome premenstrual, y que los niveles de testosterona varían en las distintas ocupaciones dependiendo del grado de asertividad y de prestigio social (25).

No obstante existe cierta confusión entre los términos «sexo» y «género», por lo que se van a definir y contrastar para lue-

go poder discriminar entre los posibles mecanismos explicativos de las diferencias de salud mental entre hombres y mujeres.

«Sexo» es un término relativamente estrecho que se refiere sólo a aquellas características biológicas y estructuras innatas que se relacionan con la reproducción, tales como los cromosomas, los órganos genitales internos y externos, la hormonas y los sistemas cerebrales reguladores sexuales, por los que la mayoría de animales se dividen machos y hembras. La expresión dimorfismo sexual se refiere al fenómeno biológico por el que los miembros de una determinada especie presentan dos formas sexuales diferentes, los fenotipos de macho y de hembra. El término sexo viene de sección, división, que alude a que los dos sexos no pueden entenderse aisladamente sin referirse el uno al otro de forma recíproca, como ya se recoge en el mito del andrógino de Platón, según el cual en un principio los seres humanos eran esféricos y hermafroditas, autosuficientes en cuanto a la reproducción, hasta que a causa de un castigo de los dioses fueron divididos por la mitad, separados, diferenciados como hombres o mujeres, y condenados a buscar durante toda su vida la mitad que les falta.

El término «género» es más amplio que el de sexo, ya que incluye las categorías socioculturales que caracterizan las conductas masculinas y femeninas de los seres humanos, e incluye el componente central del autoconcepto, la maestría o autoeficacia percibida, la identidad personal, las creencias construidas y varias conductas como las relacionadas con el cuidado de la salud y las conductas de riesgo. Así por ejemplo, los hombres creen que gozan de mejor salud que las mujeres, a pesar de que en general tienen peores hábitos de salud que ellas. El género es una categoría social básica como lo es la edad, la etnia o la clase social, que de forma fiable predicen parcialmente la conducta individual. *La identidad de género* se refiere a las vivencias conscientes e inconscientes, por lo

que cada persona se siente masculino y/o femenino, y que cristalizantes de los tres o cuatro años, para organizar luego todo su desarrollo personal y relacional. *El rol de género* es la conducta manifiesta que en cada sociedad expresa el comportamiento característico del género masculino y del femenino. Como habitualmente el núcleo de la identidad de género se construye sobre los cimientos de la anatomía de la fisiología genital, por el refuerzo de las actitudes y conductas de los familiares y allegados, se utiliza la expresión «sistema sexo-género» para designar el conjunto psicobiológico integrado; como lo expresa Robert Stoller en 1994 (26): «... las dos palabras biológico y psicológico sólo representan dos esquemas conceptuales para analizar hechos idénticos».

Estereotipo de género es un conjunto de creencias socialmente vigentes sobre las características de los hombres y de las mujeres. Se trata de un grupo de representaciones mentales compartidas o de esquemas cognitivos colectivos acerca de la conducta habitual de los roles de género. Así por ejemplo, se pretende que las mujeres sean en general «emotivas y dependientes» para calificar su conducta como «femenina», aunque es evidente que las mujeres que actúen así no van a tener éxito en sus carreras, mientras que si son asertivas y competentes, con frecuencia se las descalifica como «neuróticas» o «histéricas». Los estereotipos de género condicionan los *prejuicios de género*, que son las actitudes negativas hacia un grupo de personas en razón de su condición sexual; y que a su vez dan lugar a la *discriminación de género*, entendida como la conducta manifiesta que pretende la marginación de esas mismas personas. Estos tres términos últimos constituyen las distintas formas de *sexismo interpersonal*.

Dentro de cada especie las mayores diferencias entre sus miembros se asocian al sexo, con variaciones morfológicas y conductuales que describió Darwin en *El origen de las especies*, y que atribuyó tanto a la selección natural como a la diferente im-

plicación del macho y de la hembra en la crianza de la prole.

En la especie humana se ha documentado la existencia de diferencias de género en varios aspectos como son: la conducta no verbal, la expresión verbal de las emociones, los estilos atribucionales, y las conductas agresivas, aunque la variabilidad de muchas conductas relacionadas con el género es extraordinariamente grande, y las diferencias de género pueden explicar menos del 5% de la varianza de la conducta estudiada. Existe tanto solapamiento entre los dos géneros que resulta difícil imaginar la existencia de diferencias comportamentales de género que sean comparables a las diferencias morfológicas, así en general los hombres son un 10% más altos y pesan 30% más que las mujeres.

Además en los últimos 50 años están desapareciendo las diferencias de género, como consecuencia de los cambios socio-culturales y educacionales orientados por la Declaración de los Derechos Humanos, con un creciente movimiento social por los derechos civiles y la igualdad de oportunidades.

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 Psicología, 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 (27).

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 (28). 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» (29).

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 niña 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 de el contagio de el 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 gastrointestinales. 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 patología grave, 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.
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 refleja 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.

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 étílico, 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.

La salud mental de las mujeres

Si incluimos en nuestros cálculos a las personas que padecen trastornos relacionados con sustancias de abuso y personalidad antisocial, la incidencia global de trastornos mentales en hombres y mujeres es aproximadamente igual, pero los hombres tienen mayor probabilidad de sufrir las formas más graves de los diferentes trastornos clínicos y de personalidad. Así por ejemplo, los esquizofrénicos varones presentan una edad de comienzo de la enfermedad más precoz, con mayor número de síntomas negativos, peor respuesta al tratamiento, así como más alteraciones estructurales cerebrales (30).

No obstante, existen llamativas diferencias psicopatológicas entre hombres y mujeres respecto a varios trastornos mentales tanto en su incidencia como en su curso, con una desventaja relativa de las mujeres en comparación con los hombres. Así, ellas son más susceptibles que los varones a sufrir trastornos de ansiedad y depresión a partir de la adolescencia, menos el trastorno afectivo bipolar (31, 32) y consumen con mayor frecuencia fármacos psicotrópicos (33).

El ser mujer es un factor para padecer depresión mayor: la frecuencia de depresión es el doble (de 1,7 a 3) en las mujeres que en los hombres de todo el mundo y pertenecientes a distintas razas y culturas desde los quince años a lo largo de su vida (34, 35). Se conocen algunos factores sociodemográficos que se asocian con depresión, como bajo nivel educacional y de ingresos, la falta de empleo remunerado y de soporte socio-familiar, así como el tener varios hijos menores de edad a su cuidado (36, 37). Se ha demostrado también que varios factores psicosociales predicen depresión significativamente (38):

- Baja autoestima.
- Baja realización personal.
- Baja percepción de control personal sobre la propia vida.
- Identidad derivada, con intensa dependencia de otra persona significativa.
- Bajo soporte social.
- Estilo de género femenino tradicional.
- Preocupaciones sobre la calidad de las relaciones con personas significativas.

La depresión es un trastorno muy prevalente entre las mujeres: en cualquier momento, del 4 al 9% de ellas están deprimidas, y a lo largo de su vida entre el 10 y el 25% lo estarán también, sobre todo entre los 25 y los 44 años, y entre las mujeres jóvenes de los niveles socioeconómicos inferiores está aumentando su prevalencia.

Los tres trastornos de ansiedad mucho más frecuentes en las mujeres que en los hombres, son las fobias específicas, la agorafobia y el trastorno de estrés post-traumático. Así entre el 70% y el 95% de las personas con fobias son mujeres y entre el 65% y el 80% de las personas con agorafobia son mujeres (35). En ambos padecimientos destacan las vivencias de incapacidad e hiperdependencia, rasgos clínicos que representan una exageración del estereotipo del rol femenino tradicional.

El trastorno de estrés posttraumático depende del factor de exposición a acontecimientos traumáticos caracterizados por la percepción del riesgo vital para la integridad física propia o de otras personas, que suscita una respuesta emocional catastrófica y unos síntomas característicos. Recientemente se está apreciando que más allá del criterio severidad del estresor, el desarrollo de un estado traumático depende de varios factores de riesgo más prevalentes en las mujeres:

1. El antecedente de trauma infantil. La discriminación de género ya se inicia desde la infancia con malos tratos y desigualdades discriminatorias contra las mujeres; a lo largo del proceso de socialización, por

los roles y estereotipos de género, que se manifiestan en numerosos ejemplos, como las mayores tasas de maltrato físico entre las niñas que entre los niños, lo que determina un riesgo doble de sufrir depresión en la vida adulta (39). Además varios estudios epidemiológicos han descubierto las alarmantes tasas que sufren las mujeres de exposición a la violencia física y sexual (40).

2. La presencia de rasgos de personalidad de dependencia interpersonal y autocrítica. Estos rasgos de personalidad son predictores significativos de depresión en estudios prospectivos longitudinales, que se asocian a un estilo cognitivo de tipo pesimista y rumiativo (41).

3. Atribución de control externo en vez de interno, con tendencia a la sumisión y condescendencia con las personas a las que consideran superiores jerárquicos y con mayor poder social, y que intensifica las vivencias de desvalimiento y de impotencia personal, incertidumbre y falta de control sobre la propia vida. Estas personas no regulan su autoestima de forma autónoma, sino por la aceptación y estima social.

La mayoría de las personas que no han experimentado un estado traumático mantienen una ilusión de control y de invulnerabilidad personal, pero cuando por desgracia una persona sufre un acontecimiento traumático cae en un estado de indefensión aprendida y de atribución de control externo, siniestro. La violación es la forma más dramática de violencia sexual contra la mujer, y la que con más frecuencia conduce a formas más graves de trastorno de estrés posttraumático. Además, es el crimen sexual menos denunciado legalmente: se estima que sólo se comunican del 10% al 25% de las violaciones. Pero existen muchas más formas de violencia cotidiana contra las mujeres, sea por prácticas coercitivas directas o por formas encubiertas, en sus relaciones familiares, en ámbitos laborales, o por otros agentes. En todos los casos se producen a

las víctimas daños psicobiológicos inmediatos, que además se manifiestan de forma crónica o en diferido tras un periodo de latencia indeterminable. Destacan los síntomas depresivos, fóbicos, inhibiciones conductuales de diferente intensidad, somatizaciones, etc. (42, 43). La variedad e intensidad de la violencia sexista contra la mujer a lo largo de la historia obliga a reconocer la común envidia inconsciente del hombre a la mujer para poder comprenderla. Por poner un solo ejemplo, en El Talmud puede leerse: «La mujer es diez veces más inteligente que el hombre, pero un hombre vale por diez mujeres».

En las siguientes tablas se resumen las diferencias de género de los principales trastornos mentales.

Como explicar, comprender e interpretar los fenómenos descritos

La importancia de los prejuicios de género y de la discriminación de las mujeres entre los profesionales de la salud, nos obliga a hacer un trabajo de autoanálisis imprescindible para el control de los sesgos cognitivos y de las prácticas yatrógenas sexistas. Sirva como ejemplo el estereotipo psicopatológico femenino compuesto de histeria, narcisismo y masoquismo, que puede explicar fenómenos tales como la prescripción inadecuada de psicótopos y la infravaloración de el maltrato a la mujer, frecuentes formas de victimización sexista acumulada.

Desde Jaspers se distingue entre *comprender* y *explicar*: comprender es establecer conexiones entre fenómenos mentales que tienen una continuidad de sentido lógico-racional. Explicar es establecer relaciones causales entre los fenómenos psicológicos y las alteraciones orgánicas que las producen. Comprender y explicar no son incompatibles entre sí, sino que pueden utilizarse como dos métodos, caminos o formas de acercarse a los hechos para conocerlos. En la interpretación psicoanalítica se amplía el campo de conocimiento a los mecanismos inconscientes para poder comprender el significado simbólico de los trastornos psíquicos, de los sueños y de la conducta humana en general.

Los diferentes trastornos mentales son fenómenos complejos, multideterminados y polisintomáticos, que en parte se explican y se comprenden, y que pueden ser interpretados con ayuda del método psicoanalítico. En este trabajo vamos a centrarnos en aquellos padecimientos mentales que pueden asociarse a factores psicosociales y a los que pueden interpretarse significados y mecanismo inconscientes. Nos centraremos pues en la depresión, la ansiedad, los trastornos de la conducta alimentaria y los conversivos.

Una vez más debemos tener presente que la influencia del estrés psicosocial en la salud individual debe entenderse desde un modelo multifactorial integrador, como se recoge en la siguiente ecuación tomada de Colten y Gore (44);

$$\text{La incidencia de un trastorno emocional} = \frac{\text{Estrés + Vulnerabilidad}}{\text{Capacidades de afrontamiento + Soporte social + Autoestima}}$$

Es decir, que el riesgo individual para un trastorno mental aumenta por la presencia de estrés y limitaciones personales, y disminuye en la medida que una persona

cuenta con recursos de afrontamiento, una autovaloración positiva y percibe que cuenta con apoyo social.

La formulación epidemiológica análoga es:

$$\text{La prevalencia de un trastorno en una población} = \frac{\text{Estrés + Factores ambientales de riesgo}}{\text{Procesos de socialización + Recursos sociales + Oportunidades de relación}}$$

FIGURA 1. DISTRIBUCION DE LOS TRASTORNOS MENTALES POR SEXO I

ESQUIZOFRENIA: La relación hombre – mujer es 1:1
T. BIPOLAR: La relación hombre – mujer es 1:2
T. DEPRESION MAYOR: La relación hombre – mujer es 1:2
T. DE ANGUSTIA:
 SIN AGORAFOBIA : La relación hombre – mujer es 1:1
 CON AGORAFOBIA: La relación hombre – mujer es 1:2
T.O.C.: La relación hombre – mujer es 1:1
FOBIA: La relación hombre – mujer es 1:2
T.A.G.: La relación hombre – mujer es 1:2
T.E.P.T.: La relación hombre – mujer es 1:2
Ts. ALIMENTARIOS: La relación hombre – mujer es 1: 10-20

FIGURA 2. DISTRIBUCION DE LOS TRASTORNOS MENTALES POR SEXO II

El sexo masculino presenta mayor riesgo que las mujeres para los trastornos relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas, con una razón de 3 a 1, así como para otros trastornos del control de impulsos (ludopatía, piriomanía y trastorno explosivo intermitente), mientras que las mujeres lo tienen para cleptomanía y tricotilomanía.

Las mujeres padecen el trastorno de somatización 5 a 20 veces más y el de conversión es de 2 a 5 veces más frecuente que en los hombres.

Los trastornos disociativos son más frecuentes en las mujeres que en los hombres, como los estados traumáticos, por su mayor grado de exposición a las situaciones de violencia.

FIGURA 3. DISTRIBUCION DE LOS TRASTORNOS MENTALES POR SEXO III

Ts. DE PERSONALIDAD: La relación hombre – mujer es 1:1.

DEL GRUPO A: Más frecuente en el sexo masculino (2:1).

DEL GRUPO B: ANTISOCIAL: Más frecuente en el sexo masculino (3:1).
FRONTERIZA: Más frecuente en el sexo femenino (2:1).
HISTRIÓNICA: Más frecuente en el sexo femenino (2:1) y subdiagnosticado en el sexo masculino.

DEL GRUPO C: OBSESIVO: Más frecuente en el sexo masculino.
DEPENDIENTE: Más frecuente en el sexo femenino.

FIGURA 4. DISTRIBUCION DE LOS TRASTORNOS MENTALES POR SEXO IV

SUICIDIO

- El suicidio es más frecuente en los hombres.
- Los intentos de suicidio son más frecuentes en las mujeres.
- El riesgo de que las mujeres consumen el suicidio está aumentando, sobre todo en las ancianas.
- Alto riesgo en los viudos.

FIGURA 5. DISTRIBUCION DE LOS TRASTORNOS MENTALES POR SEXO V

TRASTORNOS MENTALES INFANTO-JUVENILES

T. GENERALIZADOS DEL DESARROLLO:

AUTISMO: La relación masculino (m) femenino (f) es de 3:1

T. DEL APRENDIZAJE, MOTORES Y DE LA COMUNICACIÓN: La relación m:f es de 2:1, excepto el del cálculo, con prevalencia más alta en niñas.

T. POR DÉFICIT DE ATENCIÓN/HIPERACTIVIDAD: La relación m:f es de 3-5:1

T. DE CONDUCTA: La relación m:f es de 4-12:1

T. POR TICS: La relación m:f es de 3:1

Ambas ecuaciones están relacionadas mutuamente, y se orientan al diseño de intervenciones para la prevención y el control del estrés en distintas instituciones sociales.

Es tal la complejidad de la conducta humana y la dificultad de su estudio científico que las mayores tasas de depresión en las mujeres respecto de los hombres se ha interpretado por varios autores como expresión de su mayor estrés crónico, mientras que para otros es un fenómeno independiente que resulta de la mayor prevalencia-vida real de la depresión entre las mujeres. Además, los mecanismos causales entre adversidad y depresión no son simples ni directos, sino que existen varios factores mediadores y moderadores, tanto intrapsíquicos como interpersonales, biológicos y psicosociales de forma interactiva.

Si bien hay una consistente evidencia científica sobre el determinismo de los factores genéticos en las enfermedades depresivas y en las de ansiedad aquéllos sólo explican parcialmente las diferentes prevalencias de las enfermedades referidas, y dejan espacio libre para los factores psicosociales, tales como los diferentes procesos de socialización de ambos géneros y los efectos de los roles y de los estereotipos de género, que desde la II Guerra Mundial están cambiando de forma acelerada. Un resultado especialmente preocupante es el aumento de las tasas de depre-

sión, y su comienzo más precoz, entre los nacidos después de 1950, sobre todo para las mujeres, así como el aumento de las tasas de suicidio (35).

Las diferencias de género en salud se han asociado a varios factores como los socioeconómicos, derivados del papel tradicional de subordinación de las mujeres a los hombres, la violencia sexual contra ellas, su relativa pobreza de recursos de afrontamiento y de poder social, resultantes de la discriminación y de la exclusión educativa y ocupacional que padecen las mujeres a lo largo del tiempo. Así las mujeres americanas no fueron admitidas en las universidades hasta 1915, mientras que se las idealizaba como enfermeras sacrificadas y desinteresadas. La teorías sociológicas explican las diferencias en salud mental entre hombres y mujeres no por diferencias sexuales intrínsecas, sino por desigualdades en posición económico-social como el estatus del empleo, la calidad del rol laboral, etc, que se asocian al grado de bienestar personal de igual forma para hombres y mujeres (45). Estas últimas tienen menor control real sobre sus vidas, con una peor regulación de su autoestima, y tendencia a autoinculparse de los problemas que sufren aunque no tengan recursos instrumentales para poder controlarlos de modo eficaz

Aunque un matrimonio satisfactorio y un empleo remunerado protegen la salud

mental de ambos sexos, con un efecto interactivo favorable, el resultado sobre la salud de la mujer va a depender de la calidad de ambos roles, así el tener más de tres hijos menores de edad es especialmente estresante para las mujeres empleadas en ocupaciones poco cualificadas y con bajos salarios. Tanto para hombres como para mujeres el riesgo de depresión se asocia con elevadas demandas psicológicas y bajos refuerzos positivos como aprendizaje creativo y valoración social, y escasos recursos de control. Así Barnett y Baruch han demostrado que el trabajo más estresante es el del ama de casa, sobre el que además pesa un intenso estereotipo negativo (46). Además, 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 impresionante 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 (47).

A lo largo de este siglo ha ido disminuyendo la segregación laboral entre hombres y mujeres de manera que ellas pueden acceder a ocupaciones más cualificadas y que requieren más años de formación académica. Pero incluso dentro de la misma categoría laboral, la distribución de autoridad entre hombres y mujeres es desigual; las mujeres ocupan menos posiciones de supervisión y control sobre el trabajo y obtienen menos ingresos económicos que sus compañeros para similares demandas de rol o rendimientos laborales. Se ha examinado el modelo de Karasek para el estudio del estrés laboral con 548 varones y 328 mujeres de la muestra de Framingham de edades comprendidas entre 45 y 64 años. Resultó que las mujeres con elevado estrés percibido tienen un riesgo tres veces mayor de enfermedad coronaria que las compañeras con bajo estrés, apoyando el modelo de Karasek. Incluso después de controlar el estrés familiar, el estrés laboral sigue siendo un im-

portante predictor de enfermedad coronaria para hombres y mujeres (48). Estas similitudes de género se confirman en otros estudios: cuando las condiciones sociales objetivas son más parecidas, las diferencias psicológicas y biológicas tienden a desaparecer, salvo en cuanto a la tendencia de las mujeres a utilizar un estilo de liderazgo participativo-democrático en vez del autocrático que predomina en los hombres. Efectivamente cuando las condiciones sociales son similares para ambos sexos, tienden a desaparecer las diferencias psicopatológicas de género, psicológicamente comprensibles y solo se mantienen las diferencias psicopatológicas explicables por factores biológicos particulares. Así se ha demostrado que también para las mujeres el hecho de tener una ocupación bien remunerada y con una buena calidad de rol laboral, mejora y protege su salud mental y general, superior a la de las amas de casa (48).

De forma general se reconoce que el ser mujer es un factor de riesgo para los trastornos de ansiedad, las depresiones no bipolares, y los trastornos de la conducta alimentaria, pero no existe igual consenso en cuanto a la causa de la diferente prevalencia de estas enfermedades entre hombres y mujeres.

En los estudios pioneros de Brown y Harris se pudo demostrar que la mayor morbilidad depresiva de la mujer se asociaba a:

1. Cuatro factores de vulnerabilidad, que son; la pérdida de la madre antes de los quince años, el cuidado en el hogar de tres o más hijos menores de catorce años, la carencia de un trabajo remunerado, así como de una relación conyugal satisfactoria.
2. La incidencia de factores estresantes precipitantes (36). La influencia patogénica y/o protectora de los factores socioculturales en la depresión, es también constatada en los estudios realizados en Cantabria por Vázquez-Barquero y colaboradores, en los que se vio que el no trabajar fuera del hogar y el cuidar de hijos meno-

res de catorce años actuaban como factores protectores de la salud mental de la mujer en nuestro medio rural (49).

De forma sintética sobre los principales trastornos mentales se puede resumir:

— El trastorno de ansiedad generalizada no tienen un condicionamiento genético importante y su etiopatogenia principal se comprende por la acumulación de factores psicosociales conflictivos, personales e interpersonales.

— El trastorno de pánico tiene un claro condicionamiento genético, aunque al menos la mitad de la varianza etiopatogénica depende de factores psicosociales conflictivos comprensibles psicológicamente.

— Las diferentes fobias se asocian a mayor prevalencia de personalidades con rasgos evitativos, con mal manejo de los conflictos psicológicos e inhibición de la agresividad, como ocurre en el estereotipo femenino tradicional de personalidad.

El comienzo del trastorno de pánico se ha asociado a la exposición a estresores psicosociales, y sobre todo en el año previo del tipo de separación o pérdida de relación, el hecho de adquirir nuevas responsabilidades, enfermedades y conflictos interpersonales son frecuentes eventos precipitantes y mantenedores del trastorno.

Se ha propuesto que el sexo femenino es un factor de riesgo para la cronificación y recurrencia del trastorno de pánico, pero estudios ulteriores sugieren que es la mayor prevalencia de agorafobia en las mujeres lo que disminuye en ellas las tasas de remisión del trastorno. Las mujeres son más evitadoras de los riesgos y esto puede disminuir la frecuencia de «autoexposición terapéutica» después de que perciben la ansiedad. No obstante, la mayoría de investigadores creen que los hombres están subrepresentados por su resistencia a admitir sus síntomas o los disfrazan a través del abuso de bebidas alcohólicas.

A pesar de la mayor prevalencia-vida de riesgo de exposición a acontecimientos traumáticos en varones que en mujeres, estas tienen una mayor prevalencia vida de trastornos de estrés postraumático (TEPT) que ellos (10%-12% frente a 5%), de forma consistente con el patrón diferencial de género en la mayoría de los trastornos de ansiedad. Además, padecer un TEPT aumenta el riesgo de padecer otros padecimientos como es el de un primer episodio depresivo mayor, trastornos de conducta, suicidio, y trastornos relacionados con el alcohol. Los factores de riesgo para el TEPT son la exposición a acontecimientos traumáticos infantiles y ulteriores, incluyendo la separación de los padres durante la infancia, antecedentes psiquiátricos familiares y personalidad, neuroticismo y sexo femenino.

Los trastornos de la conducta alimentaria son mucho más prevalentes entre mujeres que entre hombres, según una razón de 10 a 20 veces frente a 1, que se comprende dentro de un modelo multifactorial por la influencia de diferentes factores psicosociales que determinan la pérdida del sentido vital, de la autonomía y del control personal sobre el desarrollo psicosexual propio.

La mayor prevalencia de trastornos conversivos entre mujeres, con una relación 3 a 1 respecto de los hombres, se comprende como consecuencia de los diferentes procesos de socialización y del desarrollo de la identidad psicosexual personal, y de los efectos dañinos de los roles y estereotipos sexuales vigentes: los distintos patrones de conducta vinculados a lo masculino y a lo femenino son relativos y dependen de numerosos factores como las normas, las creencias y los valores sociales, las prácticas de crianza y de educación sexual en las distintas culturas, etc. La mayor morbilidad disociativa-conversiva de la mujer es objeto de numerosos estudios desde la teoría psicoanalítica, e incluye varios factores psicodinámicos que han sido revisados en varias publicaciones recientes como son las de la Dra.

Emilce Dio Bleichmar (50, 51), la Dra. Enriqueta Moreno (52) y la Dra. Isabel Usobiaga (53). Destacaremos la mayor intensidad de la represión de los deseos sexuales y agresivos en la mujer que en el hombre, con una intensa sanción social sobre las actividades sexuales de la mujer, que ha contaminado algunas hipótesis del desarrollo psicosexual de la mujer, con desconocimiento de su experiencia subjetiva por estereotipos de género tales como son la asimilación de femineidad con pasividad y debilidad, y la de la masculinidad con actividad y fortaleza creativa. La sobreexplotación sexual de la imagen corporal femenina facilita la genitalización del cuerpo de la mujer, y el desarrollo de síntomas conversivos, representaciones simbólicas de conflictos emocionales inconscientes, además de ser formas de satisfacción sustitutiva deformada de los impulsos prohibidos. La violencia sexual de los adultos con las niñas interfiere de modo traumático en su desarrollo psicosexual, con reactivación de intensas ansiedades características de la mujer, que las hace más vulnerables para desarrollar los diferentes trastornos neuróticos. En varios estudios se ha comunicado que las mujeres perciben mejor que los hombres sus reacciones emocionales a acontecimientos negativos, mientras que son menos eficaces en la utilización de estrategias orientadas a la identificación de resolución de problemas, pero estas supuestas diferencias de género en el afrontamiento del estrés se han cuestionado por apreciarse varios defectos metodológicos y dependen de la naturaleza del estresor y de su valoración cognitivo-afectiva por las diferentes personas. Según su personalidad unas se van a afectar más por los estresores laborales, mientras que otras van a ser por el estrés familiar. El impacto diferencial de los estresores psicosociales refleja la importancia atribuida a cada tarea según los valores personales y las expectativas característicos de cada género. En relación con las mujeres el problema no es desempeñar roles diversos, sino las experiencias y la calidad de ambos roles. Las mujeres casadas empleadas que experi-

mentan altos niveles de estrés en sus roles principales tienen mayor riesgo de deprimirse que las no empleadas, con similares niveles de estrés familiar. Al contrario, mujeres satisfechas con las experiencias de sus roles desempeñados se sienten más sanas (54).

Conclusiones y últimas reflexiones

La preponderancia femenina en cuanto a algunos trastornos mentales se ha tratado de explicar parcialmente desde diferentes teorías etiopatogénicas. En esta revisión se han destacado las siguientes:

1. El mayor malestar de las mujeres en comparación con los hombres, que padecen un estrés psicosocial más intenso, sea por mayor exposición diferencial y/o por mayor vulnerabilidad diferencial.
2. La relativa insuficiencia de recursos adaptativos de las mujeres para el afrontamiento del estrés que padecen, sean recursos económicos, socioculturales y/o psicológicos. Entre estos últimos se ha comunicado la existencia de diferencias de género en autoestima y autoeficacia o maestría personal percibida, factores centrales del autoconcepto, así como la existencia de diferencias cualitativas en cuanto a los mecanismos inconscientes de defensa que de forma prioritaria se utilizan por hombres y mujeres. Ellas utilizan más mecanismos de defensa de tipo introyectivo, con internalización de la agresión en forma de autocrítica, autosacrificio y formaciones reactivas, que dañan la autoestima y la percepción de control vital. Ellos usan más a menudo defensas externalizadoras como la proyección, tendencia a utilizar comportamientos activos orientados al control del medio. Este patrón defensivo diferencial media en la mayor prevalencia de depresión entre las mujeres y de conductas de riesgo entre los hombres quienes culpan a los demás de los problemas y tienden a ser más agresivos, mientras que las mujeres tienden a responsabilizarse de sus experiencias desagradables (55).

3. Estas diferencias de género se asocian a otras diferencias, como las biológicas y sexuales, e interactúan con otros factores de protección y resistencia al estrés, determinando el perfil psicopatológico diferencial de hombres y mujeres.

En resumen a partir de la adolescencia en las mujeres hay un claro predominio de los trastornos mentales de ansiedad y depresión, lo que se asocia a un mayor consumo de asistencia médica y de psicótopos en relación con los hombres, quienes predominan en cuanto al consumo alcohólico excesivo, y otras conductas adictivas y en trastornos graves de personalidad.

Esta psicopatología diferencial de género hay que estudiarla con un modelo integrador que tenga en cuenta la influencia de varios factores, como vulnerabilidades biológicas, exposición a estresores, disponibilidad de recursos de afrontamiento, etc., en una secuencia temporal continua multifactorial e interactiva.

El Servicio Norteamericano de Salud Pública ha propuesto que «las enfermedades que son más graves entre las mujeres o algunos subgrupos de mujeres» deberían ser objetos prioritarios de investigación como son los trastornos relacionados con el estrés, los de ansiedad y depresión, y los diferentes trastornos psicósomáticos como la fibromialgia y las enfermedades cardiovasculares. En nuestro país se deben coordinar los esfuerzos de investigación acerca de la salud de la mujeres, aumentando los recursos para el diagnóstico precoz y el tratamiento eficaz de sus alteraciones.

Freud caracterizó la salud mental de una persona por su capacidad de amar y trabajar, de participar en la mejora de las condiciones de vida y en la construcción de los valores culturales, artísticos e intelectuales, etc. Desde esta perspectiva hombres y mujeres pueden trabajar juntos y amarse en unos desarrollos en parte similares y en parte complementarios, dife-

rentes, como refleja Escher en sus «Manos dibujando».

Bibliografía

- MUÑOZ, P. E. (1990): «Vulnerabilidad psiquiátrica en la mujer», *Anuario Psiquiátrico*, vol. 1, pp. 175-192.
- MACÍAS FERNANDEZ, J. A. (coord.) (1996): *Trastornos psíquicos en la mujer*, Valladolid, Secretaría de Publicaciones de la Universidad.
- FERRANDO, L. (1998): «La psicopatología en la mujer: condicionamientos biológicos», *Libro de Ponencias del II Congreso Nacional de Psiquiatría Biológica*, pp. 85-90, Barcelona Doyma S.A.
- OTERO CAMPRUBÍ, A. (1998): «Psicofarmacología y mujer», *idem*, pp. 91-98.
- GONZÁLEZ DE CHAVEZ, A. (1992): «Mujer: Cultura, identidad y Salud Mental (I)», *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.*, vol XII, n.º 40, pp. 9-29.
- GONZÁLEZ DE CHAVEZ, A. (1992): «Mujer: Cultura, identidad y Salud Mental (II)», *idem*, n.º 41, pp. 104-114.
- DE SANTIAGO, A.; VÁZQUEZ BARQUERO, J., y DIEZ MANRIQUE, J. F. (1987): «La enfermedad mental en la mujer», *Anales de Psiquiatría*, vol. 3, n.º 5, pp. 191-200.
- FRANKENHAEUSER, M.; LUNDBERG, L., y CHESNEY, M. (1991): *Women, work, and health: Stress and opportunities*, New York, Plenum Press.
- ADESSO, V. J.; REDDY, D. M., y FLEMING, R. (1994): *Psychological perspectives on womne's health*. Washington, Taylor & Francis.
- HEILBRUN, A. B. (1998): *Stress and the risk of psychological disorder in collegue women*, New York, United Press of America.
- CZAJKOWSKI, S. M. (1992): «Biobehavioral influences on women's health», *Symposium conducted at the meeting of the American Psychological Association*, Washington D. C.
- CALDERONE, K. (1990): «The influence of gender on the frequency of pain and sedatine medication administered to postoperative patients», *Sex Roles*, 23, pp. 713-725.
- HOCHSCHILD, A. (1989): *The second shift*, New York, Avon.
- FRANKENHAEUSER, M. (1989): *Stress, helath, job satisfaction*, Stockholm, The Swedish Work Environment Fund.
- (1991): «Ther Psychophysiology of Sex Differences as related to occupational states», en *Frankenhaeuser, Lundberg y Chesney; Women, work and health* Plenum Press.
- AMIR, M.; KAPLAN, Z.; NEUMANN L., et al. (1997): «Posttraumatic stress disorder, tenderness and fibromyalgia», *Journal of Psychosomatic Research*, 42, pp. 607-613.
- GOLD, P. W.; GOODWIN, F. K, y CHROUSOS, G. P. (1988): «Clinical and biochemical manifestations of depression», *New England Journal of Medicine*, 319, pp. 346-353.
- SALONEN, J. T.; NYSSONEN, K.; KORPELA, H., et al. (1992): «High stored iron levels are associated

- with excess risk of myocardial infarction in eastern finnish men», *Circulation*, 86, pp. 803-811.
- ENGELS, G. L. (1977): «The need for a new medical model: A challenge for biomedicine», *Science*, 196, pp. 129-135.
- HARTMAN, L. (1992): «Presidential address: Reflections on humana values and biopsychosocial integration», *American Journal of Psychiatry*, 149, pp. 1.135-1.141.
- BANDURA, A. (1985): «Catecholamine secretion as a function of perceived coping self-efficacy», *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol. 53, n.º 3, pp. 406-414.
- UNGER, R. K. (1979): «Toward a redefinition of sex and gender», *American Psychologist*, 34, pp. 1.085-1.094.
- SPRINGER, S., y DEUTSCH, G. (1989): *Left brain, right brain* (3.ª ed.), New York, Freeman.
- SCHLAEPFER, T.; HARRIS, G.; TIEN A., et al. (1995): «Structural differences in the cerebral cortex of healthy feucle and male subjects», *Psychiatry Research*, 61, pp. 129-135.
- BRANNON, L. (1996): «Gender», *Psychological Perspectives*, Boston, Allyn & Bacon.
- STOLLER, J. R. (1968): *Sex and Gender. The development of masculinitu and femininity*, London, Karnac.
- WALDRON, I. (1983): «Sex differences in illness incidence, prognosis, and mortality: Issues and evidence», *Social Science and Medicine*, 17, pp. 1.107-1.129.
- VERBRUGGE, L. M. (1985): «Gender and health: an update on hypothesis and evidence», *Journal of Health and Social Behavior*, 24, pp. 16-30.
- BELLE, D. (ed.) (1982): *Lives in stress: Women and depression*, Beverly Hills, Sage.
- NOPOULOS, P.; FLAUM, M., y ANDREASEN, N. C. (1997): «Sex differences in brain morphology in schizophrenia», *American Journal Psychiatry*, 154 (12), pp. 1.648-1.654.
- WEISSMAN, M. M., y KLERMAN, G. L. (1977): «Sex Differences and the epidemiology of Depression», *Archives General Psychiatry*, 34 (1), pp. 98-111.
- KENDLER, K. S., y PRESCOTT, C. A. (1999): «A population-based twin study and lifetime major depression in men and women», *Archives General Psychiatry*, 56, pp. 39-44.
- BLECHMAN, E. A., y BROWNELL, K. D. (1992): *Medicina Conductual de la Mujer*, Barcelona, Martínez Roca.
- NOLEN-HOEKSEMA, S. (1990): *Sex Differences in Depression*, Stanford CA, University Press.
- KESSLER, R. C.; MC GONAGLE, K. A.; ZHAO, S., et al. (1994): «Lifetime and 12 month prevalence of DSM III-R psychiatric disorders in the United States», *Archives of General Psychiatry*, 51, pp. 8-19.
- BROWN, C. G., y HARRIS, R. (1978): *Social origins of depression*, London, Tavistock.
- KEITNER, G. I., y MILLER, I. W. (1990): «Family function and major depression: an overview», *American Journal Psychiatry*, 147, pp. 1.128-1.137.
- RUSO, N. F.; GREEN, R. M., y NIGHT, G. (1993): «The relationship of gender, self-esteem, and instrumentality to depressive symptomatology», *Journal of Social and Clinical Psychology*, 12, pp. 218-236.
- GOLD, E. R. (1986): «Long term effects of sexual victimization in childhood», *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, pp. 471-475.
- KILPATRICK, D. G.; BEST, C. L.; VERONEN, U. et al. (1985): «Mental health correlates of criminal victimization», *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 53, pp. 886-873.
- NOLEN-HOEKSEMA, S.; GIRGUS, J. S. (1994): «The emergence of gender differences in depression during adolescence», *Psychological Bulletin*, 115, pp. 424-443.
- WOLF, M., y MOSNAIM, A. D. (ed.) (1990): *Post-traumatic stress disorder*, Washington D.C., American Psychiatric Press.
- O'BRIEN, L. S. (1998): *Traumatic events and mental health*, Cambridge University Press.
- COLTEN, M. E.; GORE, S. (1984): *Adolescent Stress: causes and consequences*, New York, Aldine de Gruyter.
- ÁLVARO, J. L.; TORREGROSA, J. R., y GARRIDO LUQUE, A. (1993): *Estructura Social y Salud Mental, Siglo XXI*, Madrid.
- BARNETT, R. L.; BARUCH, G. K. (1985): «Women's involvement in multiple roles and psychological distress», *Journal of Personality and Social Psychology*, 49, pp. 135-145.
- TURNER, J. R., y AVISON, W. (1989): «Gender and Depression», *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 177 (8), pp. 443-455.
- WARR, R., y PARRY, G. (1982): «Paid employment and women's psychological wellbeing», *Psychological Bulletin*, 91, pp. 498-516.
- VÁZQUEZ-BARQUERO, J. L.; DÍEZ MANRIQUE, J. F.; PEÑA, C. y cols. (1987): «A Community Mental Health surbeg in Cantabria: A general description of morbidity», *Psychological Medicine*, 17, pp. 227-241.
- EMILCE DIO BLEICHMAR (1985): *El feminismo espontáneo de la histeria*, Madrid, Adotraf S.A.
- (1997): *La sexualidad femenina*, Barcelona, Paidós.
- MORENO, E. (1995): «Problemas de contratransferencia y otras consideraciones en la relación de "la" analista con "la" paciente, hoy día», *Revista de Psicoanálisis*, 21, pp. 9-32.
- USOBIAGA, I. (1995): «Las amazonas involuntarias», *Revista de Psicoanálisis*, 21, pp. 59-76.
- BARNETT, R.; MARSHALL, N.; SINGER, J. D. (1992): «Job experiences over time, multiple roles, and women's mental health», *Journal of Personality and Social Psychology*, 64, pp. 634-664.
- ENDLER, N. S., y PARKER, J. D. A. (1990): «Multidimensional assessment of coping. A critical evaluation», *Journal of Personality and Social Psychology*, 58, pp. 849-854.

La identidad femenina en la sociedad actual

Enriqueta Moreno Orué

3

Identidad y espacio cultural

«La identidad del yo no es algo meramente dado como resultado de las continuidades del sistema de acción individual, sino algo que ha de ser creado y mantenido por el individuo.» (A. Giddens, 1995).

Tendríamos que preguntarnos a qué se refiere hoy día el concepto de identidad en un espacio cultural, el posmoderno, que cuestiona la noción misma de identidad.

En la filosofía clásica uno de los primeros principios del conocimiento es el de la identidad: «lo que es, es». Hasta el siglo XIX se sostenía que el ser es pensable solamente si es también permanente. A partir del Idealismo alemán, tanto la noción como el principio de identidad han sido puestos en duda. Posteriormente, conceptualizado desde la lógica simbólica, es considerado como una «tautología», para Wittgenstein sólo puede hablarse de identidad desde el punto de vista de una teoría determinada.

Inevitablemente para entender los procesos que intervienen en el establecimiento de la identidad femenina, hay que tener en cuenta también los datos de la realidad externa que en gran medida interactúan con los procesos psíquicos inconscientes. Freud en 1932 señalaba: «debemos cuidarnos de no pasar por alto la influencia de las normas sociales que de igual modo fuerzan a la mujer hacia situaciones pasivas». Adquirir identidad está pues referido a un proceso intrapsíquico y a la vez relacional, el sí-mismo emerge en el espacio de la representación y del significado.

El sentimiento de identidad constituye una experiencia subjetiva del *self*, que se inicia en la niñez y cuyo núcleo de formación se genera a partir de la imagen corporal en un proceso que culmina en la adolescencia dentro de un contexto social determinado.

La identidad de género está inevitablemente inscrita en el desarrollo psicológico

normal, esbozándose muy tempranamente a partir del mensaje familiar y social junto a la propia imagen corporal. Por el contrario, la identidad sexual, que no es sinónima de la de género en el sujeto humano, es decir psíquico, obedece a un proceso de integración y diferenciación de identificaciones masculinas y femeninas en el curso del desarrollo y de elección de objeto, de tal forma que se puede afirmar que la psico-sexualidad en el ser humano es siempre conflictiva.

La teoría psicoanalítica sostiene que ni el determinismo biológico ni el social definen de manera convincente la identidad del ser, porque la realidad corporal por evidente que sea se transforma, no obstante, en la representación subjetiva del propio cuerpo. Metamorfosis que el símbolo propicia, resignificando una identidad más allá de la anatomía y sus funciones propias, para establecer, a través de la historicidad del sujeto, el asentamiento de una subjetividad vivencial de identidad, traspasada por vínculos humanos presentes desde el nacimiento.

La anatomía no determina el destino, lo condiciona, se nace varón o hembra pero se deviene hombre o mujer. Freud en 1932 decía: «el psicoanálisis por su naturaleza no pretende describir qué es la mujer, sino indagar cómo deviene». Simone de Beauvoir se manifiesta en el mismo sentido al decir que ser mujer es un devenir, un proceso y señala que el drama de la mujer es un conflicto entre el deseo fundamental en todo sujeto de sentirse significativo y las exigencias de una situación que lo constituyen como insignificante.

Hay un nexo en la historia del psicoanálisis que une sus orígenes al tema de la feminidad. Freud estaba fascinado por su misterio, pero al mismo tiempo sentía miedo de su fascinación, las metáforas que utiliza para referirse al genital femenino representan el vacío, la carencia, el continente oscuro, el enigma... El tema de la mujer se le ocultó de modo tan particular que le hizo decir: «las mujeres sois vo-

sotras mismas tal enigma...» (1932) y en su artículo sobre «La Femenidad» termina aludiendo a la insatisfacción de sus conclusiones y a la esperanza de que ese enigma de mujer lo desvelen las propias mujeres o la ciencia y mientras tanto que sean los poetas los que hablen de ese decir de mujer del que Freud recogió sus balbucesos.

La feminidad ha sido definida desde una cultura de dominio masculino, identificando al hombre con la transcendencia y la actividad y a la mujer con la inmanencia y la pasividad.

La tendencia, en el plano lingüístico, a utilizar lo masculino hace que quede oculto el género femenino produciendo el fenómeno de eclipse social de la mujer.

La naturaleza femenina o masculina ha sido y es manipulada de forma artificial dentro del contexto socio-cultural a través de ideologías, que conducen a la formación de roles adscritos a la identidad sexual. Estas ideologías ocultan a la vez que reflejan el imperativo social de lo convencional-convenido.

La ideología que subyace en la discriminación de grupos humanos en función de las diferencias sexuales es semejante a la basada en diferencias de color, etnia, religión, rasgos físicos, etc., pues establece de forma artificiosa categorías discriminativas en orden al uso perverso del poder y es perverso porque actúa con la fuerza de lo oculto. Poder invisible, difícil de detectar ya que se trasmite a lo largo de la historia por medio de mensajes sociales, políticos o religiosos, dificultando el discurso colectivo de los marginados, propiciando la enajenación individual, pues al identificarse el individuo con el rol asignado parcela una parte de su potencial humano, con el consiguiente derecho a utilizarla y obtener las satisfacciones legítimas derivadas de ello. Es perverso ese uso del poder porque al establecer artificialmente asimetrías no permite la libre opción, por el contrario encasilla al sujeto

en un determinismo social que es sinónimo de violencia, al tiempo que permanece oculta la esencia del ser donde se inscribe lo femenino y lo masculino, cuyas diferencias no pertenecen al orden de categorías sino de funciones, derivadas éstas de los procesos de identificación por tanto con posibilidad de integración.

Reconocer las diferencias que existen entre el hombre y la mujer no implica ideología alguna, siempre que ese conocer-reconocer las diferencias no conduzca a planteamientos que las transforme en desigualdades. El destino de la anatomía no es lo que fundamentalmente marca la diferencia entre mujeres y hombres, sino cómo se accede y simboliza ese cuerpo sexuado y cómo se incluye en unas relaciones que definen la calidad de vínculos con uno mismo y con los demás.

Cada medio cultural crea sus propias formas de expresión, estos factores culturales tienen el poder de modificar el comportamiento humano influyendo en los aspectos más profundos, organizando la expresión clínica de los conflictos psíquicos.

Las pautas sociales con la adscripción de roles y estatus se configuran como una segunda naturaleza donde se perfila la dialéctica entre lo que el «ser es» y lo que «debe llegar a ser», constituyendo esto último la formación del Ideal del Yo.

Mito o castración femenina

La mujer ha sido, por una parte, exaltada a la categoría de lo mítico-divino, depositaria de la vida, dueña de la fertilidad, la idealización del misterio de la gestación y de la procreación, suscita comportamientos míticos en todas las culturas, son la expresión del miedo inconsciente y de la angustia frente a la vida y la muerte que se deposita en el sexo femenino en su función materna. Su interior, pantalla oscura donde se proyecta el poder de decidir sobre el embrión: destruirle o darle la posibilidad de vivir. Es la relación más asimé-

trica por la que pasa el ser humano, el exponente dramático de la indefensión absoluta. Desde esa realidad abrumadora se instaura la figura mítica de la mujer.

Ella es el receptáculo de la omnipotencia, el objeto envidiado, temido, deseado, necesitado, amado, es el misterio, la evidencia, la tranquilidad y el desasosiego... es LA MADRE.

Figura fantasmática universal, propiciada desde la prematuridad de la criatura humana, pantalla donde se proyectan anhelos universales de completud, cuerpo sexuado investido desde el exterior, fetiche que sosiega y llena ese lugar sin nombre del espectro humano.

Mito que arrasa a la mujer imponiendo su fuerza, diluyendo y fragmentando la esencia de sí-misma, enajenándola por su complicidad para mantenerse en ese lugar del enigma, del misterio, pues dar paso a la transparencia es dejar entrever un continente sin contenidos míticos, un espacio interno expectante del objeto, dependiente de él, espacio de tránsito destinado a contener y perder, donde también anida el deseo de completud, ese que ningún objeto concreto puede satisfacer porque corresponde a un deseo narcisista inalcanzable.

Interior femenino donde los goces y los duelos se suceden y la temporalidad marca su historia, pérdidas de sangre que señalan la espera a la realización del deseo, cuerpo de mujer que graba el tiempo cíclicamente, experiencia de lo irreversible por un lado, de lo inalcanzable por otro, sometida a la elección de mantenerse como ese objeto «idealizado» al precio de un eclipse parcial de su ser o devenir mujer dentro de esas coordenadas que marcan los límites de lo real a la vez que desalojan los fantasmas que la fragmentan.

Poder y subordinación

No voy a hacer una lectura histórica de hechos que significativamente define en

un pasado posiciones políticas, culturales o religiosas en torno a la identidad de la mujer, tan sólo señalaré que el poder legislativo ha tratado a través de los tiempos de inutilizar la influencia de la mujer en la sociedad.

Tanto el derecho romano como el canónico o napoleónico la han subordinado al hombre, situación de tutela que lleva implícita una desvalorización además de incapacitarla para ejercer sus derechos.

La represión sexual de que ha sido objeto la mujer abarca un amplio espectro de matices, desde negarla como sujeto con posibilidad de goce y de deseo, hasta el extremo opuesto que pasa a considerarla como un ser potencialmente maligno cuyo poder de seducción, malas artes y goce puede ser letal para el hombre. Baste recordar el uso del cinturón de castidad que se impuso en el medievo o el estallido de violencia misógina a raíz de la bula del Papa Inocencio VIII que promovió la caza de brujas bajo la apariencia de justicia y limpieza, lo irracional se apoderó de la razón, el número de mujeres torturadas que ardieron en las hogueras fue significativamente más elevado que el de hombres, un 86% fueron mujeres. Todavía en 1974 el profesor Pierre Hanzy, especialista en erótica africana, se pronunció en los siguientes términos en el Congreso Internacional de Sexología Médica, a propósito de la ablación del clítoris: «la escisión del clítoris suprime un órgano de placer estéril, por lo tanto asocial, para dejar subsistir solamente el órgano de placer fecundo, es decir social».

Con el triunfo del fascismo se impone un modelo de mujer de acuerdo a las tres «K» de Hitler (Kinder, Küche, Kirche) niño, cocina, iglesia. El rol de la mujer y con ello su identidad queda delimitado al interior doméstico. Este modelo de la «mujer de casa» se establece en Occidente a partir del siglo XIX. En las sociedades premodernas el lugar de la casa no era relevante para la mujer, en las clases populares sus tareas se relacionaban más con el

exterior: mercado, artesanía, ganado, agricultura y en las clases elevadas la mujer no trabajaba ni en el exterior ni en el interior, más aún el concepto de trabajo para ambos sexos no tiene entidad hasta bien entrado el siglo XVIII, pues estaba relacionado con necesidad y penuria, la aristocracia y los terratenientes cultivaban el ocio.

Correlativamente a esta entronización de la «mujer de casa» se produce una exaltación cada vez mayor de la maternidad y del espíritu de abnegación y sacrificio como una prebenda de la madre de familia, que sólo ha de «vivir para los demás», esta es su gran misión y su gran pedestal, ese que la impide bajar a ocupar otros lugares.

No obstante, coincidiendo con la revolución industrial, se inicia a finales del siglo pasado un movimiento feminista de protesta y reivindicación de derechos cuyas demandas se centran principalmente en la igualdad económica, política y laboral.

Aquellas pioneras, en tantas ocasiones ridiculizadas, abrieron una vía que hasta entonces parecía inexpugnable para dar paso a cambios, aparentemente espectaculares, respecto a la posición que ocupa la mujer en nuestra sociedad desde hace treinta años, y digo aparentemente porque quizás hay cosas que profundamente no han evolucionado. Estos cambios son el resultado de un largo proceso precedido por momentos de crisis social en el que han intervenido diversos factores.

Cabría señalar de forma esquemática:

— la revolución industrial que introduce un nuevo modelo en las relaciones producción-trabajo, al que se incorpora la mujer, no por razones ideológicas sino por necesidades económicas;

— las dos guerras mundiales que obligaron a la mujer a salir de su entorno doméstico para ocupar las tareas de los hombres;

— el uso racional de anticonceptivos que va a facilitar a la mujer una nueva relación con su cuerpo. Por vez primera logra separar, que no disociar, maternidad de sexualidad. La liberación de ese vínculo: sexualidad-maternidad, le va a permitir decidir sobre sus embarazos y en consecuencia programar su vida más allá de la exclusiva función materna, lo que le permite incorporarse al mundo laboral.

Planificación familiar, trabajo, autonomía económica, son la trilogía que realmente marcan un cambio social revolucionario que ni la teoría marxista ni el psicoanálisis lograron. Se trata de un proceso irreversible en la mujer que afecta a la sociedad en su conjunto.

La mujer comienza a hablar cuando la ciencia la respalda

A partir de los años sesenta se inicia un cambio en la mentalidad de Occidente resultado de la complejidad de un tejido vectorial como el económico, científico, tecnológico, por citar algunos, que convergen creando un campo de fuerza cuya aceleración imprime una modalidad nueva de habitar, el individuo, el espacio de su experiencia. Estos cambios, casi mutantes, se enmarcan con el apelativo de «Posmodernidad», paradoja de nombre frente a lo mutante, sólo un prefijo a modo de prótesis marca la diferencia con el pasado, como si reflejara el vacío de «lo innombrable».

El Posmodernismo intenta dar una respuesta a los cambios fundamentales de la cultura occidental y a las consecuencias epistemológicas y sociopolíticas de esas transformaciones. El deconstructivismo posmoderno alcanza al concepto del Yo, incluyéndolo como una posición en el discurso. Así la Eva de la Posmodernidad pasa al derecho de nombrarse en lugar de ser nombrada, sin embargo y como señala Jane Flax (1990): «En las filosofías posmodernas suele seguir utilizándose como la «Otra» o el espejo del Hombre, es la

depositaria de las cualidades que el hombre se ha negado a sí-mismo» (p. 368).

La mujer pide que se la reconozca, que se la identifique no sólo en función de su naturaleza, el sexo o la maternidad sino en todo lo que es y potencialmente puede desarrollar. Lo que caracteriza este momento es la globalidad social en comparación con los pequeños grupos o elementos aislados de otras épocas, cuyas voces a veces sofocadas otras ridiculizadas y las más de las veces ignoradas no entraban a formar parte de un discurso social consciente y colectivo.

¿Cómo se articula y qué desequilibrios produce el cambio de identidad que la mujer experimenta, en tanto que sujeto con presencia participativa, en una sociedad cuya escalada de niveles competitivos y de consumo fagocita las identidades?

Eva en la Posmodernidad

Si en épocas anteriores la mujer era «pensada» por el hombre, representante del poder social y ella trataba de adecuar su ideal a aquél que le proponía ese «otro», como si fuera el suyo propio, actualmente continúa presente el riesgo de continuar siendo «pensada» por un otro que a diferencia de épocas anteriores no tiene rostro ni sexo, podría decirse que tiene la calidad de lo virtual, su mensaje se extiende como una atmósfera, ofreciendo un fruto que en lo fundamental es incomedible porque es falso pero reúne todos los requisitos para seducir a Eva en la posmodernidad, como si retornara la serpiente del Paraíso con un nuevo fruto que ofrecer, fantasma de lo reprimido, anhelo de completud.

El consumo no se reduce a una proliferación de productos tangibles cuya caducidad está en función de los tiempos de producción necesarios para mantener la cadena consumista, sino que alcanza a modelos, ideales, escalas de valores tan fungibles y efímeros como los objetos.

La mujer es el blanco de esta tirada propagandista, cuarteándola en múltiples identidades que se filtran en su interior como Ideal del Yo, ideal por otra parte inalcanzable porque es un puzzle imposible de construir, a consecuencia de ello su autoestima se erosiona.

La identidad múltiple paraliza al Yo sometido a una pluralidad de opciones que se configuran en la incertidumbre. Antes se hablaba de explotación, alienación en la mujer, hoy día podemos pensar en términos de problemas de identidad. La identidad contemporánea en opinión de A. Giddens se perfila bajo el imperio de dos signos: el del riesgo y el de la compartimentación de la experiencia a fin de limitar el riesgo en un mundo de controles parciales y de elecciones que condicionan el futuro. La identidad personal tiene que defenderse sin cesar contra la fragmentación y los cambios de registro, fundamentalmente contra la ausencia de referencia interna, lo que se traduce en los numerosos dilemas propios de nuestro tiempo, teniendo en cuenta que incluso la autonomía del Yo deviene una mercancía estandarizada.

Anthony Giddens señala que estamos en un momento puntual dentro de un proceso de larga duración, con cambios acelerados lo que produce una extraña imbricación a nivel micro y macro social, dificultando un análisis reflexivo del acontecer histórico.

Esta aceleración, que es una constante hoy día en cualquier manifestación de la vida, semejante a los tiempos que rigen la ecuación producción-consumo, incide con violencia en el psiquismo humano, pues las normas, valores e ideales propuestos por la sociedad, por su propia inestabilidad, desorganizan los procesos de introyección e identificación tan necesarios para la estructuración del psiquismo y de la identidad, generan confusión y superficialidad. El Yo del sujeto se defiende del apego por sentirse obligado continuamente a despegarse lo que conduce a

instaurar un estilo de pensamiento y afectos que se caracterizan por su «banalidad». Este síndrome, porque así lo podríamos considerar, como el mal de final de siglo, produce mayores estragos entre la población joven y la de mujeres en función de que ambos grupos participan, con las diferencias que les son inherentes, de unos procesos de cambio que afectan a la identidad.

Lipovetsky en *L'ère du vide* señala que en la posmodernidad aparecen nuevas actitudes tales como que el principio de seducción sustituye al principio de convicción. La austeridad y el esfuerzo se desvalorizan frente al deseo y su realización inmediata. El narcisismo como un nuevo lenguaje y modalidad de relación social, que se adhiere a los objetos superponiéndose en una profusión de imágenes-modelos-ideales, propiciados por esa metapublicidad que nos invade. Hipertrofia de una cultura que pierde la capacidad crítica y creativa frente a la adaptativa y asimilativa por ósmosis de esos slogans-deseos-programados, es la desobjetivización del Yo que se diluye en un Yo-Colectivo-Imperativo.

El cuerpo tiene, de acuerdo a los cánones de cada cultura, un significado social que es interiorizado a nivel individual. En nuestra sociedad actual, el cuerpo es objeto de culto y consumismo, carcasa representativa para la cotización de una imagen que se expone en el mercado de valores. Desprovisto de hedonismo y sexualidad, es un cuerpo fetichizado cuyo único goce es el narcisista. Disociado del sujeto se somete a los imperativos de moda para ser utilizado como un objeto más de consumo.

Parece ser que la investidura narcisista en la mujer ha estado fundamentalmente referida al cuerpo, como el lugar del deseo del otro, tributaria de gustarse, gustando. La pérdida de sus atributos como reclamo para el deseo, suponía el naufragio de su identidad, castración que se apuntalaba en lo social.

Hasta época muy reciente, el único territorio exclusivo de la mujer era la maternidad y no sólo exclusivo sino excluyente, una mujer que no estaba casada y/o no tenía hijos no era nadie, ser invisible es un triste destino, para evitarlo la mujer vehiculizaba su cuerpo hacia el deseo de ser deseada, este era el reclamo para salir del anonimato. Cuando las generaciones jóvenes hacen una crítica hacia aquellas mujeres que son de este siglo, no decimonónicas, algunas de ellas son sus madres, fundada en que no se planteaban la libertad de opción respecto a la maternidad, sienten que se comete una gran injusticia resultado de un desconocimiento que sorprende tengan las mujeres hacia sus semejantes, aquéllas mujeres optaban, sabiendo muy bien lo que querían, lo cual no quiere decir que fuera lo único que quisieran, pero sí lo único posible para lograr una entidad-identidad que es equivalente a existencia, además de otras realizaciones de deseos que la maternidad procura.

Evidentemente lo femenino no se restringe a lo maternal sino que esto queda incluido en aquéllo, es más, trasciende a la realización biológica, concreta de la maternidad porque forma parte del funcionamiento mental y psíquico de la mujer, es la disponibilidad para la vida, la capacidad de tolerancia e intuición, de recibir, contener y desprenderse.

La mirada social es el espejo en el que se refleja el fantasma del Ideal, fantasma difícil de conjurar, aunque no imposible. M. Yourcenar dice que el verdadero lugar de nacimiento es aquél en que por vez primera nos miramos con una mirada reflexiva. Pasar de ser identificado a identificarse es una andadura de soledad y a veces de marginación.

La mirada social hacia la mujer, tradicionalmente, privilegiaba el cuerpo, continente-señuela del contenido-uterino, expectante y subsidiario del deseo del hombre. De hecho en los tratados de medicina hasta bien entrado el siglo XX el útero era

el objeto de interés clínico con respecto a la mujer, lo que reflejaba la clínica era en el fondo un sentir social colectivo. La mujer se sentía jubilada como tal cuando su reloj biológico marcaba el final de la procreación, de ahí tantos problemas psicológicos que se derivaban del climaterio, en contadas excepciones se valoraban en el verdadero contexto. Estos hechos continuaban sucediendo en cierta medida hoy día, ante el síndrome del ama de casa o de la menopausia se medica a la mujer con ansiolíticos o antidepresivos sin preguntarse por los motivos más profundos de su malestar, se cronifica la medicación con todos los efectos secundarios y la mujer continúa sin ese interlocutor válido que ponga palabras a la ausencia de una representación de sí-misma.

Ambivalencia y ambigüedad del mensaje social

En la actualidad se superponen una serie de planos antagónicos, incompatibles, modelos aparentemente obsoletos que siguen funcionando junto a innovaciones importantes.

La ambivalencia y la ambigüedad continúa presente en los mensajes sociales y lo más sintomático es que la mujer, en una gran mayoría, continúa en complicidad con ellos, como si algo en lo más profundo de su ser no pudiera desligarse de lo que ella representa para el «otro», a falta, tal vez, de una convicción sobre sí-misma.

Las contradicciones, producto de esa ambigüedad, se manifiestan en paradojas, como es la exaltación de que es objeto la maternidad y la dedicación a la familia y el hogar y la desvalorización de esas funciones en una sociedad que se rige por la ecuación producción-remuneración. El trabajo reconocido es el remunerado, el trabajo doméstico no participa de esas prebendas cuando se realiza dentro de la propia familia, es por lo tanto inexistente, negando a la mujer que se dedica a las ta-

reas familiares el aporte que con su trabajo hace a la sociedad conyugal.

Hay desvalorización cuando la mujer tiene que dar cuenta de los gastos al marido como si se tratara de una empleada y cuantas veces miente sintiéndose afeada por ello porque está convencida de que ese dinero no le pertenece, acepta así la dependencia más enajenante que es aquella que la propia persona ignora.

Esta atmósfera de dependencia es equivalente a violencia porque contribuye al mantenimiento de la alienación, del infantilismo.

La mujer ha carecido de un bagaje histórico-cultural que vehiculizara la palabra colectiva, aislada de lo público, reducida al ámbito doméstico, sin poder confrontarse con sus iguales, ni atreverse a expresar lo que siente por temor a no ser lo que se espera de ella y por tanto al rechazo, ha tratado pues de sobreadaptarse a esos imperativos a expensas de abortar una parte de ella misma.

Los logros en la conquista de los derechos políticos, jurídicos, el acceso a la cultura y al trabajo profesional, han ocultado lo que aún continúa sumergido: la exclusión del trabajo doméstico del área económica. Por consiguiente, el rol de la mujer en el hogar, el del ama de casa y madre de familia, permanece inexistente a efectos laborales, sin remuneración, ni jubilación, ni seguridad social, a expensas en su vejez de la benevolencia de sus hijos. Es inadmisibile esta gratuidad pues queda excluido de ser considerado un trabajo productivo, con la paradoja añadida de que si se realiza fuera del propio hogar es remunerado. Junto a esta figura de mujer sumergida, inexistente en el plano laboral emerge el protagonismo del ama de casa como la principal consumidora, faceta favorecida por la publicidad que la dedica la mayoría de sus «spots» en consonancia y complicidad con la bulimia consumista que la mujer padece como relleno al vacío de una par-

te de su existencia, consumismo que acen-
túa la espiral de dependencia económica
del marido.

La mujer ha tenido que salir al exterior
para ganarse su autonomía económica. El
modelo masculino de actividad laboral
difiere notablemente del de la mujer, el
hombre ha contado con una mujer que
sostuviese las tareas cotidianas familiares,
la mujer no cuenta con ese sostenimiento,
más que en muy contadas excepciones, y
aún así la calidad de disponibilidad y de
compromiso no hacen equivalentes las
cotas de nivel logístico entre los miem-
bros de la pareja. Esta desigualdad la su-
fren todas las mujeres que trabajan fuera
del hogar, incluso las más afortunadas
económicamente, pero no cabe duda que,
como siempre, es la mujer de la clase
obrera la que más la padece, entre otras
razones por el atavismo cultural que fa-
miliarmente las rodea, empezando por
sus propias madres.

La mujer que trabaja fuera del hogar, tie-
ne una jornada extra que alcanza un pro-
medio de dieciocho horas, pluriempleo
que dificulta sus conquistas laborales e in-
telectuales.

Durante el tiempo de gestación y crianza
se produce una disminución laboral que
repercuta en su currículo profesional y ge-
neralmente en sus ingresos, lo que induce
de nuevo a la formación de roles subsi-
diarios del género.

El desencuentro que acontece en este do-
ble estatus de la mujer, por el sobre es-
fuerzo que supone y las gratificaciones
que a cambio recibe, dificulta el que pue-
da libidinizar sus tareas, tanto las profe-
sionales como las maternas, ambas pue-
den entrar en conflicto entre sí, tanto por
motivos internos (sentimientos de culpa,
Ideal del Yo que se quiebra...) como exter-
nos (cargos de responsabilidad, ascenso
profesional, facilidad de empleo...), y si
logra alcanzar un reconocimiento profe-
sional es a costa de mucho sacrificio y
gasto de energías, a veces la mujer siente

que lo invertido con tanto esfuerzo no es
rentable.

Articulación de los deseos femeninos

La articulación de los deseos femeninos:
sexuales, maternas, profesionales, re-
quiere de un delicado equilibrio difícil de
lograr, por tratarse de vectores vitales que
a veces se contraponen.

En gran medida depende de la capacidad
de cada mujer de manejar la realidad ex-
terna, la tolerancia a la frustración y a los
límites que impone la vida, sin perder la
ilusión y la capacidad creativa y lúdica.
No perder el equilibrio en situaciones vi-
tales que demandan un reajuste continuo
porque forman parte del proceso de la vi-
da y la vida es cambio, requiere una verti-
calidad afianzada en la identidad, a la vez
que flexible para el desarrollo. Evidente-
mente la construcción de esa identidad
obedece a un proceso interno, psíquico,
de identificaciones estructurantes, donde
la conciencia de sí-misma y la valoración
del Yo personal sean lo suficientemente
sólidos y fiables para desafiar y no dejar-
se invadir por aquello ajeno que amenaza
con enajenar.

Los cambios y las crisis pueden tener con-
secuencias catastróficas, como Bion seña-
lara, pero también tienen la posibilidad
de ser estructurantes. La movilidad social
característica de nuestra época, tanto a ni-
vel de estatus social, económico o psicoló-
gico, cuestiona los modelos y parámetros
convenidos en las relaciones de poder en-
tre los sexos, situación que no depende de
la evolución aislada de un grupo social, el
de mujeres, sino que obedece a una diná-
mica social general.

Los valores centrales del posmodernismo
son: la heterogeneidad, multiplicidad y
diferencia. Se repudia toda teorización
que pretenda comprender la realidad co-
mo un todo, a cambio de intentar crear
modos de pensamiento y prácticas alter-

nativas. Estos cambios muestran una tendencia abierta a la feminidad como parte de un proyecto de modificaciones de las relaciones humanas de poder. Pero todo ello parece discurrir por unos cauces que intentan desviar los múltiples problemas que surgen de la complejidad. Las formas no corresponden, en lo profundo, a unos contenidos y funciones que discurren por otros cauces subterráneos.

Las aguas que se ofrecen para reflejar el rostro de esta neo-mujer no son claras, han sido manipuladas, el rostro que aparece no corresponde al de la mujer que trata de encontrarse en esa nueva mirada, lo que esas aguas reflejan es una imagen virtual, pero no cabe duda que es atractiva, se ajusta al perfil más completo del Ideal del Yo femenino, un ser que linda en la completud, autosuficiente, prepotente y omnisciente: madre de familia eficaz y amorosa (tiene tiempo de hacer postres después de la jornada laboral y de llevar niños a múltiples actividades extras), valiosa profesionalmente, activa (al menos un par de veces a la semana hace deporte) atractiva físicamente (consume litros de agua y no fuma) y todo lo hace sin agobio, está satisfecha. Pues bien esta imagen virtual es una imagen letal, inculca el mal de la idealización en complicidad con los intereses de una economía de consumo, ya que una tal diosa necesita fabricarse a partir de muchas prótesis que la publicidad le ofrece. Es una imagen dañina porque empobrece al yo-real que no alcanza a reunir tantos atributos, imposibles de integrar si no es a costa de fragmentarse, pero sobre todo es antisolidaria con una inmensa mayoría de mujeres que pertenecen a nuestra cultura occidental (no incluyo otras culturas de las que todos sabemos lo patética que es la situación de la mujer) cuyo trabajo tanto laboral como doméstico no participa de esas facilidades ni satisfacciones. Para este gran colectivo de mujeres también se han producido cambios, esos que toda mujer debe valorar por no ser discriminativos en orden a la economía o al estatus social, su calidad de universales

les concede el carácter de irreversibles y de verdadera apertura a nuevos cambios reales.

La mujer accede a la palabra

Evidentemente el cambio fundamental para la mujer y sobre cuyo eje han girado todos los demás, ha sido el descubrimiento de técnicas sobre el control de la natalidad, a partir del cual se establece la diferencia entre pasado y presente con la fuerza de lo irreversible y la capacidad de transformación social. Es un hecho que implica a la sociedad en su conjunto. Sin temor a exagerar se puede considerar como la revolución más significativa del siglo XX.

Al separar la función maternal de la sexual, y tener acceso a la planificación familiar, la mujer se compromete con la responsabilidad de asumir su propio proyecto vital.

Es a través de un descubrimiento científico, que la mujer accede a la palabra. Enmudecida durante siglos, la ciencia le ayuda a localizar en su archivo histórico lo que permanecía oculto y bajo censura. El contexto político, cultural o religioso nunca quiso saber de la existencia de ese archivo, es más la negaba.

Esa palabra deviene una estructura de lenguaje: al «Verbo» le precede un pronombre personal propio: «Yo-mujer», soy, pienso, deseo, acepto, rechazo, me comprometo, elijo, etc.

A pesar de las importantes modificaciones y de lo previsible, por evidente, el cambio al que asistimos es más de apariencia que de profunda convicción. Las razones para que esto suceda son variadas, provienen desde distintos campos de acción, desde la inercia, el inmovilismo, conformismo y situaciones de conveniencia político-económicas, en otros casos ideológicas, todo ello se levanta como una barrera de resistencia frente a esta muta-

ción femenina. Pero es fundamentalmente la mujer la que continúa con dificultades para asumir un cambio en el que se cuestiona su identidad. Parecida a la crisis adolescente no sabe cómo se puede conservar a la vez que cambiar, como ser quien se es siendo diferente. Todavía estamos en un periodo de transición, de búsqueda, encuentros y desencuentros, es la adolescencia de la nueva-feminidad, no olvidemos que hasta el año 1968, en Francia, estaba prohibida la venta de anticonceptivos y que tanto la jerarquía médica como la eclesiástica condenaba el uso de la píldora, recordando con insistencia que la mujer que rehusa la maternidad, no merece más sus derechos, voluntariamente estéril cae en el rango de prostituta.

La clase médica se caracteriza en general por ser reaccionaria, hoy día es frecuente oír cómo los pediatras culpabilizan a las madres que llevan sus niños a las guarderías, haciéndolas responsables de los catarrros y virus que padecen sus criaturas, cuando en realidad los niños pequeños siempre han tenido mocos y anginas aunque no fueran a guarderías, pero el resultado es que las madres se sienten mal consigo mismas. La sociedad abre de continuo el dilema en la mujer: reproducción o producción y dificulta su elaboración, el medio social actúa como esos padres de adolescentes con mensajes contradictorios pero que en el fondo no los dejan crecer como individuos independientes.

La mujer todavía se siente viajando en trenes de distintas velocidades.

La independencia, que es equivalente a pensamiento autónomo y libertad de opción, es siempre una amenaza al poder establecido, esta es una constante a lo largo de la historia. El poder necesita un pedestal formado por acólitos descerebrados y todo lo que atente contra ello tratará de ser manipulado con la finalidad de asimilarlo al sistema.

El mayor peligro que acecha a la mujer en este proceso de cambio, es la inoculación

de un producto novedoso y atractivo que aparenta cumplir los requisitos de un cambio evidente (la Eva-posmoderna) con la alevosía de hacerla creer que es ella la que lo ha creado, siendo por lo contrario, un producto de opciones controladas desde una estructura social que funciona de acuerdo a los intereses de los sistemas macro-económicos. Para el logro de sus objetivos cuenta con la estrategia informática. El bombardeo de información, repleto de mensajes subliminales, devastan la intimidad del sujeto, se introducen como parásitos que anidan en el pensamiento, son facilitadores de elecciones, imágenes *pret a porter* y a domicilio, suprimen el esfuerzo que toda conquista de identidad, para ser considerada como tal, requiere, obvian lo fundamental porque eso es lo más peligroso, y lo fundamental por primario es que la mujer no se encuentre consigo misma por medio de una imagen dada sino por el descubrimiento paulatino de su esencia, respondiéndose a esa pregunta que se formula en edades tempranas: «¿quien soy yo?» Mirada interior que supone un esfuerzo, en la medida que el proceso psíquico conducente a la identidad es un camino de soledad y violencia necesaria al servicio del Yo para rescatarle del secuestro de identificaciones enajenantes, tanto las que tienden a idealizar a la mujer como aquellas que la desvalorizan.

Pensarse y sentirse mujer es también aceptar lo que no se es y nunca se podrá ser, la limitación propia de todo ser humano, lo cual es bien diferente a sentir que esta limitación-castración viene dada en función de su identidad femenina.

El conflicto psíquico está presente desde las épocas más tempranas de la vida, es inevitable porque es inherente a nuestra condición humana, la identidad no es un logro que se consuma, continuamente sufre de reajustes entre la continuidad, lo que permanece idéntico a sí-mismo como reconocible en el tiempo vital y la discontinuidad, las transformaciones necesarias para el desarrollo personal.

El impacto del medio hoy día excede en magnitud a la capacidad psíquica del sujeto para metabolizarlo, debido a factores tales como la aceleración en el tiempo, la invasión de información, las variables de cambio que inducen rápidas transformaciones a las que adaptarse en orden a la supervivencia.

Estas transformaciones aceleradas inciden desestabilizando los tiempos necesarios para decantar un proceso de encuentro e integración entre los cambios sociales, estatus y rol de la mujer y el tiempo psíquico necesario para elaborarlos, principalmente a nivel inconsciente, puesto que no es suficiente que la mujer tenga un saber intelectual acerca de sus funciones y proyectos, es necesario que lo internalice. El fallo en este proceso conduce a la formación de un pseudo-self, frágil en su constitución, subsidiario de la nueva imagen-ideal, carente de auténtico re-conocimiento.

Autenticidad y anacronismo emocional

El fracaso de la autenticidad se observa en la contradicción de comportamientos. La disparidad entre los signos adquisitivos y el anacronismo del discurso a nivel emocional, por ejemplo, para la mujer de hoy día el matrimonio no se perfila bajo el imperativo de adquirir un estatus consolidado sino ante el derecho individual de encontrar una felicidad y equilibrio emocional cuya caducidad cuestiona la idea del matrimonio vitalicio, lo cual introduce un factor de intensidad y transparencia en los vínculos de pareja a la vez que los hace más vulnerables y transitorios. De hecho, hoy día, la gran mayoría de separaciones en las parejas surgen a propuesta de la mujer, en ese sentido parecería que la mujer ha logrado no sólo una autonomía económica y social sino también emocional, en la medida que no acepta una mala calidad de vínculo con su pareja, evitando ese deterioro personal que ha traspasado generaciones de mujeres, do-

lientes y abnegadas, negadoras de su infortunio.

Por otra parte, la paradoja está presente en la dependencia tan generalizada del hombre como representación valiosa de sí-misma, como si aún perdurase vigente la idea que la mujer sin hombre sufre de un eclipse parcial.

Recientemente, en la última década aparece un nuevo estatus, el de hombres y mujeres que viven solos como una opción que no la plantean como privilegio sino en razón de diversas circunstancias al igual que sucede con las mujeres que optan por no ser madres.

Estas actitudes continúan siendo sospechosas para la sociedad en general, con el agravante de mantener un criterio social discriminatorio: si el hombre vive solo no se pone en duda su libre elección, sencillamente no quiere comprometerse, pero a él no le faltan atributos o en todo caso es un misógino, en el caso de la mujer es que no encuentra pareja, algo le sucede para no lograrla, así la diferencia se establece en la conjugación de los verbos querer y poder: el hombre puede pero no quiere, la mujer quiere pero no puede.

El nuevo «formato familiar» como resultado de parejas separadas con hijos habidos en matrimonios anteriores que intentan hacer compatibles con los que recién se incluyen, provoca un cambio en el sistema de roles adjudicados tradicionalmente a la madre o al padre, pero la observación de nuevo pone de manifiesto que es la mujer la que en mayor medida realiza el sobreesfuerzo de adaptación de todos los componentes del grupo.

El movimiento de libertad y conquista puede inclinarse hacia el plano del conformismo adaptativo que es sinónimo de dependencia aunque sea dentro de otro contexto, o evolucionar al polo opuesto como escapada neurótica en identificaciones con el poder masculino que históricamente ha predominado.

El punto de inflexión del lugar que en la actualidad ocupa la mujer en el contrato social, de acuerdo y en armonía con su propia identidad, es todavía un proyecto en desarrollo, a pesar de que en lo maniifiesto se contemple como una realidad dada.

El logro de la identidad femenina es el resultado de una capacidad de desarrollo vital, de un trabajo intrapsíquico, cuyo éxito depende de la posibilidad de armonizar, integrando, los múltiples deseos y necesidades, en consonancia con las dificultades derivadas de una realidad presente en su doble vertiente de productora-reproductora.

El desencuentro que acontece en este doble estatus incide traumáticamente en esas personalidades cuya identidad corresponde a la de un pseudo-*self*, al estar fundamentadas en identificaciones imitativas siempre expuestas a desestabilizarse. El resultado es la aparición de las nuevas «enfermedades del alma» cuya patología habla del vacío y depresión por insatisfacción y agotamiento, síntomas como el estrés, frigidez, trastornos alimentarios, pérdida de autoestima, adicciones ocultas, disociaciones..., fenómenos significativos de cambios culturales que afectan a la dinámica y economía psíquica.

En épocas anteriores el modelo de mujer estaba unificado, una sola Eva se paseaba por el planeta tierra arrastrando la culpa y haciéndose cargo del dolor de los demás, consecuencia de su pecado: quiso probar el fruto del árbol de la sabiduría.

Actualmente asistimos a una diversidad de Evas, unas todavía arrastran la culpa y tratan de reparar el daño con espíritu de abnegación, sacrificio y entrega a los demás, otras andan atareadas buscando ese fruto que no se sabe dónde quedó perdido y lo confunden de continuo con las falsificaciones que le ofrecen.

Algunas de esas Evas sienten que la función materna no constituye un deseo pro-

pio de realización, otras se someten a toda clase de métodos novedosos: úteros en usufructo, esperma de préstamo, con tal de ser madres.

Esta diversificación, ¿es el exponente de una locura colectiva? La respuesta más equitativa sería: no sustancialmente. Es el resultado de momentos de transición que implican la de-construcción y re-construcción de nuevas alternativas en la vida.

Para que este cambio de fin de siglo conduzca a un desarrollo estructurante en la mujer, Eva tiene que afrontar la realidad que se abre a esa neo-mujer desde un lugar que no es el de diosa ni el de castrada por ser mujer, sino un ser con limitaciones y potencialidades, que libremente puede optar a las conquistas logradas en los últimos veinte años, y que este nuevo mundo no es equivalente a recuperar el paraíso perdido, sino a la conquista de ser significativa y por tanto responsable en un mundo habitado por hombres y mujeres en el que todos participan de esa falta que es la inevitable fisura del ser, espacio del vacío que engendra la representación del deseo cuyo anhelo siempre insatisfecho trata de encontrar alivio en el amor y el conocimiento.

El peligro que acecha a Eva en la posmodernidad es que confunda el sonido del eco procedente de un exterior ajeno con su propia palabra, esa que expresa el deseo de un decir de mujer con caracteres propios en el discurso social contemporáneo.

Bibliografía

- BADINTER, E.: *L'un est l'autre*, Odile-Jacob, Paris, 1968.
BEAUVOIRE, S.: *Le deuxième sexe*, Gallimard, Paris, 1976.
BURNES, E.; MOORE y BERNARD, D. FINE. Diccionario: *Términos y conceptos psicoanalíticos*, Biblioteca Nueva-APM, 1997.
COSNIER, J.: *Los destinos de la feminidad*, Continente-Contenido, Madrid, 1992.
EICHENBAUN y ORBARCH: *¿Qué quieren las mujeres?*, Revolución, Madrid, 1990.
FREUD, S.: «La cabeza de Medusa», vol. XVIII, Amorrortu, 1992.

- «Algunas consecuencias psíquicas de las diferencias anatómicas entre los sexos», vol. XIX, 1925.
- «La sexualidad femenina», vol. XXI, 1931.
- «La feminidad», vol. XXII, 1932.
- FLAX, J.: *Psicoanálisis y feminismo*, Cátedra, 1990.
- GUIDDENS, A.: *Modernidad e identidad del yo*, Península, 1995.
- KRISTEVA, J.: *Las nuevas enfermedades del alma*, Cátedra, 1993.
- LANGER, M.: *Maternidad y sexo*, Paidós, 1964.
- LEMOINE-LUCCIONE: *Partage des femmes*, Seuil, Paris, 1967.
- LIPOVETSKY, S.: *L'ère du vide. Essai sur l'individualisme contemporain*, Gallimard, Paris, 1987.
- MORENO, E.: «Mito o castración, o el mito como castración en la sexualidad femenina», *Revista de Psicoanálisis APM*, n.º 16, 1992.
- OLDFIELD HAYES, R.: «Female genital mutilation, fertility control, women's role patrilineage in modern Sudan, a functional analysis», *Rev. American Ethnologist*, 1975.
- POPPER, K.: *La Sociedad abierta y sus enemigos*, Paidós, 1967.
- SAMI ALI: *Cuerpo real, cuerpo imaginario*, Paidós, 1974.
- VERA OCAMPO, S.: *Los roles femenino y masculino, condicionamiento o biología*, col. Controversus, Buenos Aires, 1982.
- YOURCENAR, M.: *Memoria de Adriano*, Edhasa, 1982.

Construcción cultural de la feminidad

Silvia Tubert Cotlier

4

La problemática de la mujer como sujeto se inscribe en determinadas coordenadas histórico-sociales. La sociedad patriarcal establece una división del trabajo entre hombres y mujeres en la que no se genera de ninguna manera una relación igualitaria y simétrica sino una de dominación y sometimiento. Aunque en las últimas décadas ha habido cambios en este aspecto, debemos tener en cuenta que estos cambios afectan a sectores muy minoritarios de la población de los países occidentales y más reducidos todavía si nos referimos al mundo en general. Esta relación de subordinación del sexo femenino se articula con la construcción discursiva de las categorías, imágenes y símbolos que definen los lugares que habrán de ocupar hombres y mujeres a lo largo de su existencia. Cada sujeto, a su vez, sostiene y transmite inconscientemente la misma estructura que lo ha constituido y que lo limita, lo que se pone de manifiesto a través de sus creencias, actitudes, actos, valores y también de su imagen de sí mismo. El resultado es que se suele aceptar el *destino femenino* como algo inevitable, en tanto se lo considera determinado por la naturaleza y se encubre su fundamento cultural e histórico. Por lo tanto, el estudio de la salud y enfermedad mental de la mujer no se puede limitar a sus particularidades subjetivas sino que debe considerar las redes sociales en las que se encuentra inmersa. Sin embargo, es necesario aclarar que el hecho de tener en cuenta las condiciones en las que viven las mujeres en nuestra sociedad no supone hacer una generalización sociológica que relacione la posibilidad de enfermar con una determinada situación de frustración objetiva. Los trastornos mentales son, en lo esencial, un precipitado de problemas referidos a diferentes dimensiones de la vida humana: sufrimiento psíquico, fracaso social, inadecuaciones de conducta, conflictos con la vida de pareja o familiar, desamparo, rupturas con la realidad consensual, y aparecen como las manifestaciones de un malestar que no se puede reducir a un determinismo absoluto, ya sea biológico, psíquico o social.

La consideración de la posición de la mujer en la realidad social nos lleva a pensar que la demanda de atención médica, incluyendo en ella la demanda de atención psiquiátrica (mayor entre las mujeres que entre los hombres), es una de las pocas posibilidades accesibles para canalizar su dolor psíquico. Por un lado, no disponemos de símbolos que den cuenta de la feminidad, puesto que la cultura representa a la mujer fundamentalmente como madre: feminidad es sinónimo de maternidad. Por otro lado, no existen espacios adecuados, en el tejido social, para que las mujeres puedan expresarse como sujetos mediante su propia palabra. En consecuencia, la demanda de atención médica cumple una doble función: encubre su posición subjetiva, sus deseos, al mismo tiempo que es la manera en que se expresa su *malestar* (Tubert, 1990, 1991). Lo habitual es que las instituciones sanitarias no estén organizadas de manera tal que podamos preguntarnos por la mujer como *sujeto*, por aquella dimensión de sufrimiento humano o por los interrogantes sin respuesta que no pueden formularse abiertamente, por lo que sólo logran abrirse paso a través de los síntomas. Sin embargo, el psicoanálisis ha puesto de manifiesto que todo síntoma, no sólo de carácter psíquico sino también somático (aunque reconocemos la escasa validez de este dualismo) está íntimamente relacionado con la situación vital, los acontecimientos del pasado y la historia de relaciones intersubjetivas en la que se constituyó no sólo el síntoma sino también la persona que lo padece.

Por lo tanto, en el corazón de la psicopatología y, en consecuencia, de todo proyecto psicoterapéutico, se plantea una exigencia fundamental que marcará tanto nuestra comprensión teórica del problema como la posibilidad de un quehacer profesional éticamente válido: la de considerar a la mujer como *un sujeto que se cuestiona por su propia condición de mujer*. Todas sus manifestaciones, desde sus capacidades más creativas hasta sus síntomas más debilitantes, son otras tantas respuestas

que ella ha ido encontrando para sus interrogantes existenciales a lo largo de su vida o, simplemente, una manera de formularlos. El objetivo terapéutico ha de ser entonces desbloquear la falsa respuesta que representa el síntoma para que se pueda enunciar la pregunta y relanzar el proceso de búsqueda de respuestas más constructivas. Pero esto sólo es posible si se intenta desvelar el sentido de la demanda formulada al sistema médico, entendiéndola ante todo como demanda de reconocimiento. Por ello, es necesario cuestionar el planteamiento del tratamiento como un *correctivo*, que es lo que se deriva de la concepción de los fenómenos psicopatológicos como formas de desviación de un modelo abstracto y normativo de la salud mental. Asimismo, debemos evitar la medicalización y la psiquiatrización de los problemas de las mujeres, creando la posibilidad de alcanzar, a través del acceso a su propia palabra, el reconocimiento de cada una como sujeto deseante pero, al mismo tiempo, en razón de su *sujetamiento* a las exigencias culturales, como sujeto de un sufrimiento inherente a su posición social.

Esta perspectiva se ve corroborada por los estudios de epidemiología en salud mental que se realizan sobre la población en general, y no sobre los usuarios de la asistencia sanitaria, buscando la auto-definición del sujeto como enfermo, la percepción del sufrimiento psicológico por parte del mismo (E. Méndez Méndez, 1990). Es interesante observar que la mayor tasa de percepción de la enfermedad, en general, en las mujeres se asocia con períodos de atención sanitaria e ingresos hospitalarios más breves y por causas más leves que en el caso de los hombres. Quizás podamos aventurar la hipótesis de que las mujeres detectan *antes* que los hombres el surgimiento del malestar. Y esto, a su vez, podría relacionarse con un mayor grado de auto-observación, con un umbral más bajo de percepción de sus procesos tanto psíquicos como corporales. Tal vez la limitación al ámbito de lo privado, a pesar de sus efectos perjudiciales para la salud

de las mujeres, favorezca una mayor libidinización de, y atención hacia, todo lo relacionado con la interioridad. Quizás la dificultad para localizar las fuentes del sufrimiento (que los hombres, a través de su actividad pública, pueden definir como factores sociales, laborales, políticos, e intentar actuar sobre ellos ya sea real, imaginaria o simbólicamente, con la consiguiente reducción del malestar) limite la posibilidad de elaboración y búsqueda de soluciones, condenando al malestar a enquistarse como tal y a intensificarse paulatinamente.

Al mismo tiempo, las peculiaridades de la construcción de la imagen del propio cuerpo y de la auto-representación de la mujer en nuestra cultura, como ha mostrado el psicoanálisis, le permiten reconocer más fácilmente que al hombre lo que falla, las carencias, el vacío. Esto representa una ventaja en lo que respecta a la enfermedad propiamente dicha, en tanto permite buscar *antes* la atención sanitaria adecuada (lo que quizás se relacione con la expectativa de vida más prolongada en las mujeres). Sin embargo, se convierte en desventaja si tenemos en cuenta el sufrimiento psíquico asociado con el *malestar en la cultura*, en la medida en que puede ser el punto de partida de una creciente medicalización o psiquiatrización de la demanda.

En lo que respecta al sujeto femenino, es importante que al considerar el hecho diferencial de ser mujer evitemos algunos peligros conceptuales que pueden incidir gravemente en la práctica clínica e institucional:

- 1) negar o desconocer la especificidad de las mujeres, elaborando modelos psicopatológicos y clínicos sobre la base de estudios realizados mayoritariamente con hombres;
- 2) construir una especificidad *esencial*, atribuyéndola a una supuesta naturaleza femenina, ignorando la incidencia de los factores sociales y culturales y, por otra

parte, negando los mecanismos comunes a todo sujeto humano, más allá de la diferencia entre los sexos;

3) construir categorizaciones comunes a todas las mujeres, negando las diferencias existentes entre ellas, en función de la edad, la clase socio-económica, el medio (rural o urbano), el nivel cultural y educativo, la pertenencia étnica y religiosa, la variable del trabajo en casa o fuera de ella, el tipo de familia a la que pertenece (si es que pertenece a alguna), como puede ser la convivencia conyugal o la monoparentalidad, el hecho de tener o no hijos, su orientación sexual, etc.;

4) construir un modelo monolítico del funcionamiento psíquico femenino negando las diferencias internas que caracterizan a todo sujeto humano, es decir, la contradicción, el conflicto, el desconocimiento de parte de nosotros mismos (pulsiones, deseos, fantasías y representaciones inconscientes).

Puede resultar de utilidad establecer una diferenciación entre los siguientes conceptos: *mujeres* se refiere a la realidad biológica y social de la mitad de la humanidad; *sexualidad femenina* corresponde a la posición que asume la mujer en tanto sujeto sexuado, es decir, en relación a la estructuración de su propio deseo sexual (que no es unitario sino que varía de un sujeto a otro); *feminidad* alude a la intersección de la mujer con el orden cultural, en tanto lo *femenino* no concierne al cuerpo biológico de las mujeres sino a una norma estadística (cómo son predominantemente las mujeres de una sociedad o grupo social) y a un modelo que cada cultura propone como *ideal* para sus miembros. Los movimientos feministas han denunciado, desde el siglo pasado, los efectos destructivos y avasalladores que la definición cultural de la feminidad produce en el sujeto femenino. En las historias clínicas de las pacientes que demandan asistencia psiquiátrica o psicológica se pone de manifiesto la vinculación entre la psicopatología femenina y las relaciones de

dominación social y familiar que afectan a la mujer, que se encuentra capturada en redes sociales de las que depende intensamente por lo que los daños sufridos cuando resulta abandonada o agredida son tanto mayores que si hubiera logrado más autonomía. Es por ello que algunos autores llegan a hablar de la *mujer-síntoma*, en tanto su psicopatología personal es también un producto, además de sus conflictos subjetivos, de las relaciones familiares que oprimen a la mujer y le imponen muchas veces el sacrificio de sus deseos, que entonces sólo podrán expresarse a través de síntomas. Estos ponen de manifiesto, al mismo tiempo, su sometimiento y su rebeldía, revelando el carácter insoportable de una realidad social oprimiente (Assoun, 1984).

Ya en 1908 Freud había analizando los efectos adversos de la moral sexual cultural sobre los individuos y, en particular sobre los de sexo femenino, afirmando que tanto del matrimonio como de las demás instituciones sociales en las que está involucrada la mujer sale *neurotizada*: «bajo los efectos de las decepciones del matrimonio caen en neurosis severas», afirmaba. Y también: «El matrimonio, en las condiciones culturales actuales, ha dejado de ser la panacea contra los males nerviosos de la mujer» (Freud, 1908). Independientemente del hecho de que es muy cuestionable que alguna vez haya sido tal panacea, es interesante observar que los estudios epidemiológicos recientes vienen a corroborar estas apreciaciones: «Los hombres casados tienen mejor salud mental que los hombres no casados y que las mujeres casadas. En la población no casada, por el contrario, las mujeres tienen tasas de morbilidad mental más bajas que los hombres». E. Méndez concluye: «El matrimonio ejerce un efecto protector sobre la salud mental en los hombres, pero puede ser una fuente de estrés para las mujeres. En la situación matrimonial, tanto sea en áreas urbanas como rurales, los hombres reciben más apoyo de sus esposas que a la inversa» (E. Méndez, 1990).

Freud afirmaba hace ya 90 años que la cultura asigna a la mujer la tarea de «portadora de los intereses sexuales de la humanidad»; en tanto se encuentra casi exclusivamente dedicada a la procreación y cuidado de la familia, se reducen para ella los espacios propicios a la sublimación, es decir, a la utilización de su energía pulsional para fines socialmente aceptados, alejados de la función sexual. Esta afirmación es cuestionable por cuanto la crianza de los hijos no es idéntica a la mera procreación y la función materna es un ámbito que exige una buena capacidad sublimatoria, pero sigue siendo válida la idea de que la confinación en el espacio doméstico puede ser patógena: los estudios epidemiológicos nos informan de que la combinación de empleo y trabajo doméstico, en el medio urbano «incluso con la sobrecarga de la doble jornada, parece repercutir en unas tasas de morbilidad mental más bajas que las observadas para las mujeres que realizan exclusivamente el rol de ama de casa». Es decir, lo patógeno no es la doble jornada (aunque ésta resulte profundamente problemática para la vida de las mujeres), sino la restricción al ámbito de lo privado con la consiguiente limitación de los espacios propicios a la sublimación que, a su vez, es una fuente de satisfacción personal y de aumento de la autoestima.

Si bien es cierto que existe un margen de malestar, de sufrimiento psíquico, que resulta inevitable puesto que no podemos vivir fuera de una cultura, de un grupo humano, y esto nos impone ciertas restricciones ineludibles para garantizar la convivencia, también hay un *exceso* de sufrimiento vinculado a la posición social de la mujer (y también de otros colectivos que padecen subordinación u opresión). Ese exceso de sufrimiento o de malestar está asociado al hecho de que, en la medida en que la concepción, la gestación y el nacimiento de nuevos seres humanos tienen lugar en el cuerpo femenino, la cultura ha llegado a identificar a la mujer con la dimensión material, natural, corporal y mortal de la existencia humana, que cons-

tituyen una fuente de angustia permanente para todos. Está claro que la feminidad no es ninguna esencia natural; lo que la mujer es resulta de las ideas y discursos sobre la feminidad, que varían su significación en distintas épocas y sociedades. La feminidad (como la masculinidad) es contingente y cambiante en tanto producción histórico-cultural. Sin embargo, en la medida en que el concepto de feminidad no tiene un contenido fijo y universal —lo que también es fuente de ansiedad y de malestar, puesto que no hay una respuesta inmediata al interrogante sobre lo que significa ser mujer ni al enigma de la diferencia entre los sexos—, los seres humanos crean mitos y teorías para explicar el enigma de la diferencia entre los sexos, creando representaciones de lo femenino que actúan como modelos ideales que, a su vez, influyen en la estructuración psíquica del sujeto. Estos valores se transmiten a través de la familia y otras redes sociales. En nuestra cultura, como en toda sociedad patriarcal, la feminidad se identifica con la maternidad, de modo que el sujeto femenino que no se define como madre no encuentra símbolos que lo puedan representar y le permitan acceder a un espacio social. Por otra parte, las representaciones culturales de la feminidad se han ido configurando como estereotipos —lo que ya es una fuente de coerción y de alienación, en tanto nos impone la exigencia de asumir acríticamente modelos generados independientemente de nuestras necesidades, deseos y aspiraciones— y no sólo eso, sino que se trata de estereotipos que denigran la feminidad. Así, por ejemplo, se asigna a lo femenino el descontrol emocional, la hipersensibilidad, las demandas irracionales e ilógicas; se considera a la mujer subordinada a su fisiología especialmente en lo que concierne a su capacidad procreadora (menstruación, embarazo, parto, puerperio, menopausia), lo que limitaría sus posibilidades intelectuales y sociales; al mismo tiempo, sus funciones reproductivas se encuentran dirigidas, asistidas y legalizadas desde el ámbito masculino y, mientras se produce una apropiación de la repro-

ducción por parte de la política, la ciencia, la ley y la religión, el hecho reproductivo mismo está despojado de valor social y económico para su protagonista; asimismo, se suele considerar que las mujeres son más pasivas, dependientes, inseguras, abnegadas y sumisas que los hombres.

De modo que, como venimos sugiriendo, los roles desempeñados por las mujeres y las limitaciones de los modelos que el orden simbólico le propone se convierten en factores de riesgo en lo que respecta a la morbilidad psíquica: como ya hemos dicho, el malestar o sufrimiento que no puede ser descifrado y expresado en palabras para ser elaborado y buscar las soluciones adecuadas, no encuentra otra vía que la de los síntomas para lograr exteriorizarse en busca de ayuda. Es evidente el exceso de malestar que genera el desempeño de unos roles y la identificación con unos estereotipos esencialmente negativos y desvalorizados, que redundan en una reducción de la autoestima típica de las situaciones depresógenas. De este modo, podemos apreciar que entre el malestar habitual y la patología sólo hay un paso, una diferencia de grado. Toda mujer se encuentra ante el desafío de construir su propia representación de la feminidad, manteniendo cierto grado de acuerdo con los ideales culturales y, al mismo tiempo, asumiendo su autonomía y su deseo. Esto genera conflictos en la relación con su propio cuerpo, consigo misma y con los otros, y son esos conflictos básicos los que se pueden expresar como malestar, como síntomas o como enfermedad.

Los roles de género femenino inciden, en general, en los modos de enfermar de las mujeres; así, por ejemplo, ocurre con el rol maternal, el conyugal, el de ama de casa, en la medida en que tienden a determinar la totalidad de la vida de la mujer y absorben su definición como sujeto deseante; la mujer, por su parte, en función de sus identificaciones con la figura materna y de su asunción del ideal cultural de la maternidad, tenderá a *maternizar* todos sus roles y funciones, más allá del rol ma-

terno específico. Esto se convierte en un factor de riesgo en tanto la limitación del sujeto a un único deseo o modo de funcionamiento resulta necesariamente opresiva y ahoga el resto de sus posibilidades como ser humano. Los modos de vida tradicionales, asimismo, constituyen factores de riesgo por cuanto implican aislamiento social, falta de apoyo o ayuda por parte de amistades, escasa comunicación entre los miembros de la pareja y, en términos generales, la definición de la mujer como reguladora de las relaciones afectivas en el seno de la familia, la asignación cultural del poder de los afectos a las mujeres: éste es su ámbito privilegiado de poder, puesto que es la mujer quien se hace cargo de las relaciones emocionales con los hijos, la pareja y eventualmente otros miembros de la familia.

Según los estudios epidemiológicos, los factores de riesgo para la salud mental de las mujeres son los siguientes (M. Burin, 1990):

- el matrimonio (que, en cambio, es un factor de protección para los hombres);
- el trabajo de ama de casa (como ya hemos visto, el trabajo fuera del hogar es un factor de protección);
- estar al cuidado de tres o más niños pequeños;
- la falta de apoyo por parte de familiares o amigos;
- la falta de comunicación con la pareja.

A esto debemos añadir la importancia de los factores predisponentes, como ocurre en el caso de experiencias infantiles traumáticas (violencia, abusos sexuales, abandonos, etc.), y los factores desencadenantes, entre los que podemos mencionar las situaciones actuales de violencia, las migraciones con toda la problemática asociada al desarraigo y a la falta de inserción social que conllevan, y las pérdidas, especialmente por muerte de seres queridos, especialmente cuando se trata de la madre o de un hijo. En cambio, se ha observado que un factor de protección de la salud mental de las mujeres es la inser-

ción laboral y social, que puede actuar como una red de contención, especialmente en el caso de impulsos suicidas o toxicomanías.

Se han descrito tres *síndromes* vinculados a la especificidad psicopatológica femenina, particularmente referidos a las depresiones en la mujer:

— El *síndrome de desamparo* es el más frecuente y se caracteriza por sentimientos de orfandad, falta de ayuda, carencia de cuidados. A menudo se lo asocia con la pérdida temprana de la madre pero puede referirse también a la pérdida de los ideales femeninos, a la pérdida de los orígenes o a la ausencia de una madre que ofrezca garantías para desplegar los deseos hostiles de la hija en situaciones de crisis vital. Aunque en estos casos el rasgo común es la pérdida o ausencia, su resultado parece ser un proceso de identificación con lo perdido, de modo que la mujer asume la posición materna, convirtiéndose no sólo en madre de sus hijos sino también maternalizando otros roles y relaciones, merced a la asunción de los ideales maternos propios de la cultura patriarcal.

— El *síndrome de impotencia* abarca sentimientos de incapacidad, falta de fuerzas, inferioridad, acompañados por una percepción desvalorizada de sí misma. El síndrome se centra en las sensaciones de debilidad y de vacío y se vincula con el fracaso en cuanto a la regulación afectiva de la familia que, como hemos dicho, es el espacio específico de poder que la sociedad asigna a las mujeres. El ejercicio de este poder coloca a las mujeres en la posición de dominar-dominarse-ser dominada en los sutiles interjuegos emocionales que se desarrollan en el ámbito de la pareja y de la familia: la mujer ha de generar complejos mecanismos psíquicos de contención y de control no sólo de sus propios conflictos emocionales sino también de ella misma en relación con los otros y de los otros entre sí (marido, hijos, padres). El fracaso en este espacio de poder, con alguna de las personas que forman

parte de él, conduce al síndrome de la impotencia. Esto se encuentra especialmente intensificado cuando se trata del fracaso psíquico o social de alguno de los hijos, tal como ocurre en el caso de perturbaciones emocionales, delincuencia y toxicomanías.

— El *síndrome de privación sensorial* es un padecimiento típico de las amas de casa y se caracteriza por una actitud de aislamiento, con un pensamiento referido obsesivamente a los propios problemas y un marcado desinterés por lo que ocurre en el mundo extradoméstico. La rutinización de las actividades cotidianas y la falta de estímulos externos agravan el cuadro. Es uno de los síndromes en los que se presenta con mayor frecuencia la falta de lenguaje, de palabras que permitan expresar y comprender lo que les sucede: el discurso se lentifica, las palabras parecen carecer de sentido.

Quiero destacar, para concluir, la importancia de las situaciones de violencia ejercida contra las mujeres como factor de riesgo para su salud mental en general, ya sea que se trate de violencia visible (abuso sexual, violación, maltrato físico, explotación laboral o afectiva, etc.) o invisible (formas de relación que colocan a las mujeres en posición de inferioridad, desvalorización o desigualdad). Estas situaciones vienen a confirmar y reforzar la desvalorización del sujeto femenino y su reducción a la categoría de objeto.

Bibliografía

- BURIN, M.: *El malestar de las mujeres. La tranquilidad recetada*, Buenos Aires, Paidós, 1990.
- COZZETTI, E.; LEWINTAL, C.; MORANDI, T.: «Aspectos psicológicos del proceso de salud y enfermedad en la mujer».
- ESTEBANEZ, P.: «Atención primaria a las mujeres en situación de riesgo socio-sanitario», en *La salud de las mujeres en atención primaria*, Madrid, FADSP, 1991.
- FREUD, S. (1905): «Tres ensayos de teoría sexual», *Obras Completas*, Madrid, Biblioteca Nueva, 1968.
- (1908): «La moral sexual cultura y la nerviosidad moderna», *op. cit.*
- (1930): «El malestar en la cultura», *op. cit.*

- (1931): «Sobre la sexualidad femenina», *op. cit.*
— (1932): «La feminidad», *op. cit.*
- HUERTAS ZARCO, M.: «Mujer y salud mental», en *La salud de las mujeres en atención primaria, op. cit.*
- HYDE, J. S. (1991): *Psicología de la mujer*, Madrid, Morata, 1995.
- MÉNDEZ MÉNDEZ, E.: *Informe de situación para el Symposium Internacional «Mujer y Calidad de Vida»*, dirigido por C. Valls Llobet y E. Méndez Méndez, Barcelona, 1990.
- TUBERT, S.: *La sexualidad femenina y su construcción imaginaria*, Madrid, El Arquero, 1988.
- «Psicopatología femenina y malestar en la cultura», ponencia presentada en el *Symposium Internacional «Mujer y Calidad de Vida»*, Barcelona, 1990.
- *Mujeres sin sombra. Maternidad y tecnología*, Madrid, Siglo XXI, 1991.
- VALLS LLOBET, C. y MÉNDEZ MÉNDEZ, E.: «Introducción», en *Quadern CAPS*, n.º 16, Barcelona, 1991.

Las mujeres y las «profesiones de ayuda»

Mercedes Valcarce Avello

Profesora Titular de la Universidad Complutense

Creo que la elección de profesión es un paso tan decisivo en la vida, como puede serlo la adecuada elección de Objeto* para formar pareja. León Grinberg (1962), por ejemplo, ha vinculado esta elección con los procesos de identidad. Destaca cómo, en la consolidación del sentimiento de identidad del sujeto, interviene la elección profesional cuando ésta se ha logrado de un modo auténtico.

Pienso que esa elección podría entenderse —preferentemente— como el impulso a la expresión coherente y adecuada de las exigencias reparatorias, surgidas como respuesta a la percepción inconsciente de un Objeto interno dañado. Dicho proceso se inicia muy pronto y tiene su origen en la elaboración de las ansiedades correspondientes a la posición depresiva, que el psicoanálisis considera como una etapa evolutiva normal. En torno a cada una de las micro-experiencias depresivo-reparatorias de la posición depresiva empezaría a integrarse una cierta «constelación vocacional», según L. Wender. (1965).

Para entender el sentido de esta «vocación» («llamada»), habría que considerar el vínculo entre un sujeto «llamado» y su Objeto interno que «le llama». Es decir, sería la percepción de la llamada o exigencia del Objeto internalizado que puede pedir, exigir, reclamar, atención, cuidado, reparación... por los daños que, en nuestra fantasía inconsciente, le hemos hecho.

En cuanto a las raíces sublimatorias que también pueden tener una profesión, si entendemos por sublimación una transformación de las pulsiones, es evidente que, a veces, una profesión determinada se desarrolla, sobre todo, a expensas de la necesidad de sublimación de determinados instintos parciales, lo que me parece

(*) De modo resumido, podríamos decir que Objeto es, para el Psicoanálisis, aquello hacia lo que se dirige la acción o el deseo; lo que necesita el sujeto para conseguir una satisfacción instintiva, aquello con lo que el sujeto establece una relación interna significativa.

que sería el caso tanto para los hombres como para las mujeres.

También habría que distinguir entre elección profesional a causa, sobre todo, de tendencias reparatorias, y elección en la que lo que predomina es la identificación con un Objeto que, en la fantasía inconsciente del sujeto, es un Objeto adecuado para satisfacer necesidades internas importantes. Son evidentes las consecuencias conflictivas que se siguen de la dificultad para establecer identificaciones adecuadas cuando la persona no cuenta, por razones reales (biográficas), con el respaldo de figuras identificatorias que sustenten y posibiliten la respuesta correcta a la «llamada» interna. Por ejemplo, sabemos que la niña con una relación suficientemente armoniosa con la madre, internaliza —desde muy pronto— el mensaje cultural materno de mantener la capacidad de empatía con las situaciones de desamparo. Como dice Valeria Egidi (1998), está bien comprobado que las mujeres tienen, en general, una capacidad superior a la de los hombres para internalizar los sentimientos y las experiencias de la propia infancia. Tal capacidad supone, entre otras cosas, poder volver a considerar en el propio mundo interno, objetos y relaciones humanas con funciones de consuelo y de atención a situaciones de desamparo y temor.

Naturalmente, hacen falta también «instrumentos» disponibles, que estén al alcance de la persona. Por ejemplo, una mujer española del siglo XIX no tenía, en absoluto, a su alcance el ir a una Facultad de Medicina. Pero muy pronto, las mujeres predominaron en el Magisterio y en la Enfermería, estudios a los que sí se les permitía acceder. (Actualmente, además de en esas primeras profesiones «de ayuda» que se les abrieron, parece que las mujeres son mayoría, por ejemplo, en todas las Facultades de Medicina europeas.)

Personalmente, el concepto psicoanalítico de reparación, desarrollado por Melanie Klein (1948a, 1948b, 1957, 1960), me parece el punto esencial para tratar este tema,

tanto en sus aspectos normales como patológicos. Ella escribe, por ejemplo:

«Cuando el proceso de integración iniciado en la posición depresiva prosigue, la ansiedad disminuye y la reparación, sublimación y creatividad, sustituyen ampliamente a los mecanismos de defensa psicóticos y neuróticos.»

Pero la «reparación» se refiere, sobre todo, a la vivencia inconsciente de haber «destruido» algo. Y hay que considerar los procedimientos mediante los cuales el individuo daña y «destruye», en su fantasía inconsciente, el mundo de sus Objetos internos; y —como diré más adelante— no olvidemos que los impulsos destructivos hacia la madre son más fuertes y duraderos en la niña que en el varón. Seguramente, incluso los mecanismos defensivos que son útiles e indispensables para un determinado momento del desarrollo mental, van acompañados siempre de la vivencia inconsciente de destrucción del Objeto, al tener que ser abandonado éste o disociado en una determinada etapa.

Además, a esas «destrucciones», hay que sumar las que son consecuencia de la actividad normal del instinto de muerte en todas sus manifestaciones y etapas: la avidez, la envidia (mucho más intensa en la niña y centrada en los primeros momentos, sobre todo, en la capacidad nutricia y procreadora de la madre), la voracidad, el sadismo... Y, por otra parte, como muchos estudios evolutivos lo demuestran desde diferentes marcos referenciales, el pensamiento mágico es también mucho más persistente en la niña que en el varón, por lo que también hay en ella más probabilidad de una evolución patológica del proceso reparatorio, que consistiría en una identificación fantástica (mágica) y masiva del mundo interno dañado con el mundo externo, vivido éste como un Objeto que ha sido realmente dañado. La evolución sana, en cambio, establece una «responsabilidad limitada» ante los Objetos externos y permite hacerse cargo de lo que —efectivamente— al sujeto le compete respecto de ellos. El impulso reparador

hacia el Objeto interno es improductivo, cuando está regido por fantasías inconscientes omnipotentes. El «amor omnipotente» es tan ineficaz y negativo como el odio omnipotente.

Ésa sería la llamada «reparación maníaca», un mecanismo «cuyo objetivo es reparar al Objeto, en forma tal que culpa y pérdida no lleguen a experimentarse» (Segal); pero, seguramente, en esos casos tampoco se experimentará amor. Habría en este tipo de reparación, fantasías de omnipotencia (sádica) y también de efectos mágicos de ayuda, (elementos que —como ya he dicho— pertenecen mucho más a la estructura de personalidad de la mujer).

Precisamente, creo que una identificación masoquista y melancólica con el Objeto, ante el fracaso real o fantaseado de las posibilidades reparatorias, juega un papel importante en algunos fracasos de las profesiones de «ayuda» (caso muy frecuente en mujeres, aunque también en algunos varones de estructura acusadamente narcisista).

Y si la culpa y los impulsos reparatorios son muy fuertes, también puede ocurrir que una sola ocupación no logre satisfacer la totalidad de esos impulsos y, entonces, un remanente de éstos exige actividades complementarias. Es muy frecuente, por ejemplo, el que mujeres con menos hijos de los deseados, con hijos que ya han dejado la casa o en el momento de la jubilación (sobre todo si su profesión no les había dado suficiente ocasión de «ayudar»), busquen actividades externas complementarias de «cuidar» a otros.

También hay que tener en cuenta que un estímulo constante para las actividades reparatorias es la agresividad porque ésta genera culpa. Y, debido a la persistencia de esa agresividad, el sentimiento de culpa está siempre, más o menos, presente en el amor; y sirve como estímulo para un mayor cuidado y responsabilidad por el Objeto.

Si es evidente que hay más mujeres que hombres en profesiones de «ayuda» a los demás (reparatorias) —y que esto ocurre mucho más actualmente, al no tener acceso alguno vedado— mi hipótesis es que se debe, en parte, a que la culpa persiste mucho más en las mujeres.

Si hacemos un breve resumen del desarrollo evolutivo de la niña, en aspectos en los que no coincide con el varón, vemos que el período de intensa fijación a la madre (pre-edípico) es en ella mucho más prolongado (hasta los 4 ó 5 años). Tal dependencia tiene características extremas. La niña toma como Objeto sexual a la madre (período de masculinidad normal) y como este fin no logra cumplirse, se produce la insatisfacción. Tales frustraciones despiertan una intensa hostilidad que disuelve esa fijación y da lugar a impulsos agresivos, al mismo tiempo que la niña proyecta sobre la madre fantasías de amenaza. Además, como ya he dicho antes, la hostilidad hacia la madre se incrementa también por la envidia inconsciente a su capacidad nutricia y procreadora; y, más tarde, por ser su clara rival frente al padre.

Precisamente, todas estas vivencias explican el apogeo de la lectura o escucha placentera de los cuentos con «bruja» que envenena, que se come a los niños... o, si existen prohibiciones para tales lecturas, la aparición de sueños (pesadillas) de «mujeres malas» que envenenan o atacan de alguna manera.

Opino que esa rivalidad en tantos campos, contribuye a que los impulsos destructivos hacia el cuerpo de la madre sean más fuertes y duraderos en la niña que en el varón y actúen de un modo más solapado y secreto; apoyándose más en pensamientos mágicos y omnipotentes (¿quizá debido a la realidad de ser menos fuertes, físicamente, que los varones?). Y creo que esta modalidad «secreta» tiene mucho que ver con la angustia generada por el hecho de que el aparato genital femenino no es visible. La niña no puede servir-

se de los datos de la percepción —como el varón— para tener la seguridad de que está «entera»; y la consecuencia de esa situación es también la extensión del narcisismo a todo el cuerpo (en el varón se centra en el pene). No se debe olvidar que la conducta de ayuda proporciona también beneficios secundarios de tipo altamente narcisista.

En cuanto a los ataques que la niña dirige —en su fantasía inconsciente— a la madre, éstos le crean profunda ansiedad y culpa, lo que a su vez refuerza su vínculo con ella y hace que se incremente el impulso a la reparación. Es evidente que la niña tiene deseos más intensos que el varón de tener hijos y de «cuidar». Por una parte, los hijos biológicos le confirman que está «entera»; pero también la posibilidad de «cuidar», en general, es un medio de elaborar su ansiedad y aliviar sus sentimientos de culpa.

Seguramente, la intuición y también la inclinación al engaño y a la intriga solapados, que se suponen más intensos en las mujeres, tengan su raíz en la fantasía inconsciente de controlar los Objetos malos internalizados.

Es posible que una capacidad genuina para «ayudar» (sin que quede dañado ni «el que ayuda» ni el «ayudado») tiene que ver con la calidad, tanto de las diferentes respuestas depresivo-reparatorias como de los recursos (instrumentos) empleados; e, igualmente, con el trato, interés y respeto que esa persona que quiere ayudar, ha tenido con los que primero le han ayudado a ella.

Sandor Ferenczi (1929) hizo, en este terreno, la hipótesis curiosa de que el proceso de desarrollo del individuo es una repetición en pequeño, de la historia de la especie. Desde un principio, en los dos sexos se habría despertado la tendencia a proteger las células germinales, en el interior de un organismo que proporcionara alimento y humedad. «Posiblemente, se llegó a plantear un combate, cuyo resultado

debía decidir el sexo al que incumbiría el sufrimiento, el deber pasivo y el deber de la maternidad y del cuidado... el sexo femenino resultó vencido pero se resarcó de este fracaso, aprendiendo a disfrutar de ser mujer y de cuidar... a partir de sus sufrimientos y dolores». (Los subrayados son míos.)

Bibliografía

- CABEZUDO, D.: *La investigación científica española en el cruce finisecular*, Universidad de Castilla-La Mancha, 1999.
- EGIDI, V. (1998): «L'intimità e la capacità femminile/materna di relazione. En Concetto di intimità in psicoanalisi», Comunicación en el *Símpoio de la Asociación de Historia del Psicoanálisis*, Londres, julio 1998, inédita.
- ESKELINEN DE FOLCH, T. (1999): «Antígona y la ética femenina», inédito.
- FERENCZI, S. (1929): «Masculino y femenino», en *Obras Completas*, t. IV, Madrid, Espasa-Calpe.
- GRINBERG, L. (1962): «Identidad y pseudo-identidad en la elección vocacional», *Conferencia en el Congreso de Psicología de Mar del Plata*, inédita.
- KLEIN, M. (1948a): «Contribuciones al psicoanálisis», Buenos Aires, Hormé.
- (1948 b): «El psicoanálisis de niños», Buenos Aires, Hormé.
- (1957): «Envidia y gratitud», Buenos Aires, Hormé.
- Klein, M. y RIVIÈRE, J.: «Amor, odio y reparación», Buenos Aires, Hormé.
- MINGOTE, C.: «Diferencias de género y salud mental», cap. II de este libro.
- SEGAL, H. (1965): *Introducción a la Obra de Melanie Klein*, Buenos Aires, Paidós.
- WENDER, L. (1965): «Psicoanálisis de la vocación», en *Revista de Psicoanálisis*, Argentina, t. XXII, n.º 1-2.

Y, volviendo a la postura que yo he tratado de desarrollar aquí, quizá podríamos decir que el ideal sería lograr la adecuada puesta en comunicación del Objeto «que llama» con el sujeto «llamado», para que éste pueda encontrar una respuesta (profesional) productiva y genuinamente reparatoria.

*El miedo a ser mujer:
trastornos de la conducta
alimentaria*

Amparo Escrivá Catalá

Miembro de la Asociación Psicoanalítica de Madrid

Introducción

Numerosos debates, tanto en la historia del psicoanálisis como en otras disciplinas, se han realizado sobre el tema de la feminidad que ha sido estudiado desde distintos modelos teóricos y vértices, con aproximaciones y divergencias entre ellos.

Los trabajos de S. Freud sobre la sexualidad femenina, como dice C. Chiland (1979) han tenido sus contradicciones al partir de la teoría sexual infantil de los niños en la que sólo existe un órgano genital para los dos sexos. La feminidad la definía a partir del hombre, considerando que «*la niña es un niño hasta la pubertad*» (1933). Su enfoque: «*La anatomía es el destino*» (1924) sentencia que recogió de Napoleón, le hizo no dar un lugar prioritario al juego de identificaciones del niño/a a los dos padres, figuras clave en los dos sexos.

S. Freud reconoció que sus trabajos no eran definitivos, y dejó abierta la discusión para seguir pensando sobre lo que él llamó el «*continente negro*» (1926) para dar cuenta del carácter enigmático de esta problemática. En su conferencia «*La feminidad*» (1933 [1932]) (p. 108) expresa:

«*El psicoanálisis, por su particular naturaleza, no pretende describir qué es la mujer, una tarea de solución casi imposible para él, sino indagar cómo deviene, cómo se desarrolla la mujer a partir del niño de disposición bisexual.*»

Y termina la conferencia (p. 125) diciendo:

«*Si ustedes quieren saber más acerca de la feminidad, inquieran a sus propias experiencias de vida, o diríjense a los poetas, o aguarden hasta que la ciencia pueda darles una información más profunda y mejor entramada.*»

Sin embargo, sí debemos a S. Freud: por una parte, la perspectiva innovadora y revolucionaria al hablarnos de la sexualidad infantil y de la psicosexualidad, es

decir, de una sexualidad atravesada por las fantasías; y por otra, una línea de pensamiento que se basa en la oposición actividad-pasividad y el paralelismo que establece entre una serie de oposiciones, masculino-femenino, fálico-castrado, sádico-masquista, agresivo-sometido. Esta línea de pensamiento abre una perspectiva que no se basa en lo anatómico, sino en un nivel psíquico que tiene en cuenta la relación intersubjetiva desde los inicios del ser humano, en distintas modalidades de funcionamiento, empezando por la relación madre-bebé, a través de los cuidados maternos.

Psicoanalistas posteriores a S. Freud han modificado algunos de sus planteamientos, sobre todo la teoría «*falocéntrica*».

En la actualidad, nos seguimos preguntando y reflexionando sobre este tema, con un intento de búsqueda de respuestas que puedan ayudar a entender ciertas sintomatologías que encontramos, sobre todo, en la población femenina adolescente y que están relacionadas, a nivel manifiesto, con la representación de su cuerpo y con la alimentación, y a nivel latente, con el «*ser mujer*», expresión que puede condensar todo un recorrido de configuraciones en el proceso identificatorio: niña-púber-adolescente-femenina-amante-madre.

Mi aproximación al tema va a seguir el camino identificatorio del devenir mujer pasando por la pubertad y adolescencia, con los obstáculos y fracasos que expresan estas patologías relacionadas con la alimentación que, de entrada, nos hacen pensar en la modalidad de relación oral del bebé con el pecho de la madre. Me voy a centrar más en el cuadro de la anorexia mental debido a la gravedad de sus consecuencias. La mortalidad, a largo plazo, de las personas hospitalizadas es del 10%.

Mis reflexiones son el fruto de mi experiencia clínica de muchos años y de mis referencias teóricas psicoanalíticas.

Trastornos de la alimentación

La psicopatología actual considera que los trastornos de la alimentación, y, en concreto, el síndrome anorexia-bulimia, están relacionados con *la adolescencia femenina*. El predominio femenino es considerable (90 al 95% entre los 13 y 25 años), así como esta proporción se da en los varones en cuanto a las toxicomanías. En España existen 6.000 nuevos casos cada año que se clasifican como trastornos del comportamiento alimentario y de estos casos la anorexia y la bulimia se reparten al 50%. (Informe semanal 10 enero de 1998. Fuente: Hospital bellvitge, Barcelona). (Estos datos coinciden bastante con los datos del Ministerio de Sanidad y Consumo del año 1996).

Según mi experiencia, la evolución y el pronóstico de los distintos trastornos de alimentación que corresponden a diferentes formas clínicas, van a depender de la problemática y funcionamiento mental de cada caso, por lo que es de capital importancia un buen estudio diagnóstico, ya que en este momento se están diagnosticando como anorexias algunas reacciones anoréxicas que pueden ser frecuentes en una separación, duelo, o en una situación traumática.

La anorexia mental y la bulimia van asociadas, en general, a una psicopatía del cuerpo y a la adicción. Se ha definido este síndrome como «encrucijada patológica», ya que estos trastornos pueden manifestarse en distinta estructura y funcionamiento psíquico: neurótico, psicótico, inverso o picosomático.

La anorexia mental grave se presenta en la adolescencia y algunos casos en los primeros meses de vida del bebé. Voy a considerar primero el tema de la adolescencia y el acceso a la feminidad con sus posibles fracasos (anorexia-bulimia). El tema de la anorexia del bebé lo retomaré más adelante.

Cambios puberales y adolescencia. Trabajo de reestructuración psíquica

Pienso que la anorexia mental y la bulimia constituyen un lugar de confrontación entre la psicopatología del adolescente y la psicopatología de la diferencia de sexos, lo cuál nos hace pensar en una dificultad en el advenimiento de la adolescencia y en la aceptación de los cambios puberales. Según E. Kestemberg (1984): «Si todo se prepara en la infancia, puede que desde los primeros días de la vida, todo se juega en la adolescencia».

Los tratamientos analíticos nos dan cuenta de que los procesos de la anorexia y de la bulimia sustituyen a un proceso imposible del trabajo psíquico de reestructuración y resignificación de lo infantil que se produce en la adolescencia. El impacto respectivo de los distintos factores internos y externos puede producir un *impasse* o un impedimento en el proceso de subjetivación.

¿Qué es lo que se entiende por proceso de subjetivación? R. Cahn (1998) lo define como un proceso de apropiación subjetiva que se recorre desde el nacimiento hasta una fase que permite la instauración de un espacio psíquico personal con la posibilidad de un trabajo interno de transformación y de creación.

Creo que este proceso sería el resultado de la elaboración del complejo edípico.

La adolescencia se sitúa en un tiempo del sujeto donde lo biológico, lo psíquico y lo social se entrecruzan en el largo camino entre el recién nacido y el adulto. Es cierto que no hay que olvidar la incidencia de lo social. De ahí, que al existir distintas configuraciones políticas y culturales, éstas influyen de diferente forma en la adolescencia. Nos encontramos en una sociedad post-moderna que nos confronta, cada vez más a una pérdida de referencias, lo cual, teniendo su marca en las neopatologías que se presentan, creo que debería

ser un tema de reflexión en los profesionales de la salud mental.

En estos últimos años y en los países desarrollados se observa un predominio de «el actuar» sobre «el pensar». De ahí, que patologías como la anorexia, bulimia seguida de vómitos, toxicomanías e intentos de suicidio no cesan de aumentar.

Esta evolución de las patologías tiene relación con la disminución de la función paterna o de autoridad, la reducción de la diferencia entre las generaciones, la idealización de algunos modelos de identificación, la prolongación de la dependencia con respecto a los padres y, también, la inseguridad relacionada con la independencia económica.

Estamos viviendo en un mundo donde la tecnología favorece nuestros deseos omnipotentes, sobre un fondo de peligro y guerra entre países. El cambio de estatus y de roles entre el hombre y la mujer sacuden y remueven las relaciones entre los sexos.

Para los adolescentes, existe una presencia simultánea y contradictoria entre una «cierta libertad» en costumbres y en el consumo de objetos y, al mismo tiempo, unas fuertes exigencias en cuanto al nivel de estudios y de profesión.

Los padres y los modelos que los representan también se plantean dudas, en muchos casos, a la hora de poder dar a sus hijos un modelo identificatorio.

En la actualidad, el adolescente se encuentra desprovisto de rituales de iniciación que cumplen el papel de integración en un sitio propio, en una ilusión transicional, en una pertenencia a un grupo. Por el contrario, tiene que forjarse su propio mito personal, a partir del cuál, utilizará con este fin el mundo externo, en la búsqueda de dar sentido a su vida.

Los adolescentes se mueven entre dos polos opuestos, entre la solicitud de lo

biológico, de los deseos incestuosos, como reactivación de la problemática edípica; y la solicitud del objeto externo junto a la necesidad de situarse como sujeto dentro del grupo.

En todo este contexto, los cambios puberales pueden ser vividos como amenazantes. El nuevo estatus del cuerpo, de su identidad y de su lugar, tanto en la familia como en la sociedad, debe elaborarse en el psiquismo del adolescente. De ahí, la exigencia de este trabajo de elaboración psíquica con el fin de contener, dar sentido y organizar los cambios que le afectan. Se podría decir de otra manera: proceso de transformación, de cambio, de pasaje y de aceptación de la diferencia de sexos y de generaciones.

Este proceso puede vivirse con cierta normalización en unos casos; y en otros, con una crisis, implicando una patología por lo que sería conveniente una intervención terapéutica.

Algunos adolescentes pueden vivir el cuerpo como extraño, extraño a sí mismo y a los demás, siendo la angustia de aniquilamiento, reactivada por la angustia de castración la que aparece en el núcleo de estas problemáticas. En estos casos, los cimientos narcisistas, el sentimiento de identidad y la representación de sí mismo se tambalean.

La pubertad y la adolescencia juegan el rol de un revelador de la problemática dependencia-independencia, desembocando, a veces, en la siguiente paradoja: «aquello que necesito, porque lo necesito y en la medida misma de esa necesidad, es lo que me amenaza».

Esto es lo opuesto al proceso normal de identificación, por el cual la identificación al objeto de deseo contribuye a reforzar la estima de sí mismo, permitiendo incorporar las cualidades admiradas en los otros para transformarlas en cualidades propias (como el proceso digestivo). Pero es necesario que ese proceso de intercambio,

gracias a la relación con el otro, se inscriba en una relación «suficientemente buena» y «aseguradora», como diría D. Winnicott. Esto sólo es posible si, a partir de la infancia, se han constituido unos cimientos narcisistas sólidos.

La sucesión de los procesos de identificación puede permitir al Yo del adolescente autorrepresentarse de forma estable pudiendo integrar los cambios. Permanencia y cambio, duelo de las identificaciones antiguas e integración de las nuevas, son movimientos psíquicos que forman parte de la dialéctica que subyace en la identidad del adolescente.

Trabajo psíquico de acceso a la feminidad

Pienso que el acceso de la niña a ser mujer y femenina se realiza a través del camino de las identificaciones con una figura materna que permita un lugar a la figura del tercero-padre. Padre que, al mismo tiempo, pueda investir la feminidad de su hija. Lo que determina la identidad sexuada no es el sexo genital externo, sino el sexo que le asignan e invisten los padres.

Estoy de acuerdo con J. Chasseguet-Smirgel (1964) cuando considera que si la relación de la niña con su madre está dominada por experiencias buenas y frustraciones normales, dosificadas progresivamente, necesarias para la formación de un Yo sólido y armonioso y, si además, el padre presenta características susceptibles de formar un adecuado soporte de proyecciones de los aspectos buenos del objeto, así como de una suficiente firmeza, la niña efectuará el cambio de objeto a favor de las frustraciones, habiendo realizado las identificaciones no conflictivas a la madre, sin que la idealización del segundo objeto, el padre, sobrepase la función que le corresponde en un momento del desarrollo.

Si estas primeras experiencias fueron complicadas y el segundo objeto no pre-

senta ningún trazo que favorezca la proyección del buen aspecto del objeto, nos encontramos ante un camino en el que se pueden presentar alteraciones graves y entre ellas: los trastornos graves de la conducta alimentaria.

Fracaso y fallos en el proceso identificatorio

Algunos modelos de identificación se construyen desde un Yo frágil y con un Ideal del Yo de perfección, para poder ser admirados por los otros, a modo de defensa y de compensación. Es quizá en este punto, «ser admirados», es decir, «hipersensibles a la mirada del otro», que yo encuentro un elemento de enlace de «las anoréxicas» con «las modelos de las pasarelas» (aunque algunas de ellas presenten estos síntomas). Las anoréxicas buscan un ideal de perfección que las confunde: «ser miradas pero no como mujeres». Pienso que éste es el núcleo de la problemática de la anorexia «ser antifemeninas». Una vez más, ellas se sienten «amenazadas» cuando se las compara con estas mujeres «ideales» en cuanto al cuerpo. Su confusión las hace convertirse en heroínas trágicas dentro de una locura pasional negativa.

Nos encontramos que la anorexia mental es una patología fundamentalmente visible y llamativa que apunta a focalizar la mirada del otro sobre la envoltura somática, pero al mismo tiempo la sintomatología se convierte en un obstáculo a esa mirada del otro en profundidad.

Si tenemos en cuenta las consideraciones anteriores sobre el proceso de la adolescencia, podríamos entender que tanto en la anorexia como en la bulimia, toxicomanías y en los intentos de suicidio, se presenta un proceso de subjetivación alterado, inacabado, patológico, donde predomina la escisión del Yo, las identificaciones patológicas, una búsqueda de autenticidad que el adolescente no encuentra y, sobre todo, un dominio de la actuación sobre el pensamiento, un dominio de la

realidad del objeto sobre su representación, unas fuertes exigencias del Ideal del Yo, un dominio del recurso al cuerpo, que en el caso de la anorexia y bulimia traducen un desorden en la identidad femenina o, dicho de otra manera, un fracaso en el proceso identificatorio.

Los varones que presentan anorexia suelen asociar el estar demasiado gruesos con el sentirse femeninos. El sentimiento de falta de virilidad viene a ser muy invasor, lo que representa un problema grave de identidad que, generalmente, va acompañado de comportamientos extraños con los otros y perturbaciones en el curso del pensamiento.

La anorexia está íntimamente relacionada con la bulimia, como antes he dicho, articulándose en la misma adolescente, yendo de un comportamiento a otro, representando dos respuestas simétricas a angustias referentes a la forma de no poder integrar, en su actividad psíquica, la representación de un nuevo objeto, que es su propio cuerpo sexuado y que se inicia en la pubertad. Ante la angustia que acompaña a tales representaciones y el fracaso de elaboración psíquica, que se manifiesta con el paso al acto, la bulimia responde con el acto de llenar y la anorexia por el de cerrar y destruir todas las salidas. Podríamos decir que los procesos de asimilación-introyección están obstruidos, como si la transición desde la realidad de la incorporación a su metáfora psíquica no se hubiera realizado.

Fragmentos de una historia

Para comprender el funcionamiento de estos trastornos de la alimentación les voy a presentar unos fragmentos de unas memorias de una anoréxica con episodios bulímicos, Marya Horbancher, que acaban de ser publicadas (1998) en inglés y en francés con el título *Atrapada*.

Marya era la única hija de la pareja de los padres. Su padre tenía dos hijos de un an-

terior matrimonio. Cuando Marya tenía nueve años era bulímica. A los trece años, con una talla de 1,63 m, su peso pasó de 60 a 23 kg. Estuvo hospitalizada varias veces con el diagnóstico de anorexia mental antes de emprender un largo camino hacia la cura. A los 24 años, ya casada, decidió escribir sus vivencias para transmitir que se podía salir de la anorexia y evitar las trampas que una misma se pone con el riesgo de sentirse prisionera.

«Recuerdo que de pequeña tenía miedo por la noche y me ponía nerviosa de relacionarme con la gente. Tenía muchos muñecos de peluche y muchos amigos imaginarios pero me sentía insegura con los compañeros de clase.

«Mi padre comía mucho, era muy afectuoso conmigo pero era inestable. Se enfadaba mucho con mi madre. Mi madre casi no comía, se quejaba mucho de mi padre y se pasaba todo el tiempo mirándose en el espejo.

«Cuando yo tenía 5 años mis padres discutieron sobre una posible separación. Mi madre estaba interesada en gustar a otros hombres, y se preocupaba mucho de su cuerpo y de sus vestidos. Mi padre estaba loco de celos y me dijo en esos momentos: tú eres lo único que me da estabilidad y sentido para vivir. Si tú no estuvieras me suicidaría. Yo no sabía qué hacer. Empecé a inventarme un mundo porque no me gustaba el que tenía. Cuando hacía algo que gustaba a uno de los dos, éste me decía: tú eres igual que yo; ...y cuando hacía algo que no le gustaba a uno de ellos, éste me decía que era igual que el otro... Estuvieron varios años mal con muchas peleas y cada uno por separado me decían que estaban unidos por mí...

«Cuando iba a comprarme ropa me asustaba cambiar de talla, no me gustaba ver que mi cuerpo cambiaba, no me gustaba ver el vello que notaba en algunas partes de mi cuerpo... empecé a rezar y a pedir a Dios que quería estar delgada. Le dije a mi madre que tenía un cáncer cuando ví que mi pecho aumentaba. Me llevó al médico y éste dijo que el cuerpo de niña empezaba a transformarse en cuerpo de mujer. Me asusté y mi madre sólo me dijo: "Bueno, pues vas a tener unas tetas". Esa no-

che soñé que mi cuerpo aumentaba y que ocupaba toda la habitación. Ese sueño empezó a convertirse en una obsesión y en una gran angustia, y la manera de calmar esa angustia era comiendo y después necesitaba vaciarme como fuera porque no quería que mi cuerpo cambiara.

»A los 10 años tuve la menstruación. Mi madre me dió una compresa y me fui al colegio. Cuando me levanté de la silla un compañero me dijo que había sangre en la silla, empecé a correr hasta la enfermería y me dijo la enfermera que era una escuela de primaria y allí no tenían compresas. Llamaron a mi casa y como mi madre no estaba, vino mi padre a por mí. Me puse enferma una semana y no paraba de comer... después vomitaba.

»Empecé a pensar que el problema estaba en mi cuerpo. Los chicos me preguntaban si llevaba sujetador, no quería que se me notaran las tetas. Cuando llegaba a casa lo primero que hacía era abrir el frigorífico, comer, vomitar, y después empecé a tomar laxantes. De esa manera mi cuerpo sería un cuerpo puro... no me mirarían los chicos... ni me dirían nada.

»Y así inicié mi viaje al palacio de los espejos del infierno. Este viaje tenía como consecuencias un cuerpo destruido y la tentación constante de destruirlo.

»La comida se convirtió, para mí, en un nudo de contradicciones mortales, una demostración de fuerza, un deseo de probar que no dependía de ninguna necesidad humana. Era una búsqueda de identidad que privaba de toda identidad, era una caricatura de los cánones de belleza, era una protesta contra los modelos femeninos, buscando el modelo más débil pensando que me daba mucha fuerza. Creía que ese modelo me protegía y me daba la independencia, pero se convertía en lo contrario.»

A los 16 años Marya fue hospitalizada por segunda vez con el diagnóstico Anorexia-Bulimia con riesgo mortal de pérdida de peso (23 kg). Después empezó los estudios para ser actriz de teatro, estudios que siguió de forma intermitente, alternando hospitalizaciones, tratamientos y perio-

dos de mejora en los que podía tener relaciones sexuales promiscuas de las que se sentía culpable. En los tratamientos ella reconoce que mentía. Después de la última hospitalización, a los 19 años, se dio cuenta que *las plantas necesitaban agua para crecer* y empezó un análisis. Comenta en su libro que descubrió que era un ser vivo, que quería poner orden en su vida, entender lo que le estaba pasando, reordenar sus sentimientos. Entendió que sus trastornos en la alimentación no eran sólo una enfermedad, sino una manera de evitar el dolor del crecimiento humano, de hacer frente a todo lo que le daba miedo en la vida.

Marya piensa que fue anoréxica porque tenía miedo de ser un ser humano. Si se convertía en un espacio vacío no tendría problemas. En la última parte del libro comenta que ha empezado a encontrar placer en las pequeñas cosas de la vida, puede confiar en los que le han ayudado a vivir y comienza a encontrar a una mujer cuando se mira en el espejo.

De forma breve les he resumido la historia de Marya que, según ella, pudo salir de la prisión que se había construido, dejándose ayudar.

Ejes psicoanalíticos explicativos de la anorexia-bulimia

La evolución de la teoría psicoanalítica ha permitido la comprensión de esta patología en varias direcciones o ejes explicativos.

Una de las primeras observaciones sobre un caso de anorexia la relata S. Freud (1893), cuando utilizaba la hipnosis como tratamiento. En *Un caso de curación hipnótica*, nos muestra cómo una madre se vuelve anoréxica con el nacimiento de su hijo. No podía alimentar a sus hijos. Con el primero, tuvo que interrumpir el amantamiento al cabo de dos semanas debido a que padecía anorexia y no tenía leche. Con la llegada del segundo hijo reapa-

reció el mismo cuadro: vómitos, anorexia, depresión. Freud realizó unas sesiones de hipnosis que dieron como resultado que durante ocho meses amamantara a su hijo; y en el tercer parto los síntomas volvieron a reaparecer.

Esta observación apoyaría la tesis de los psicoanalistas que pensamos que la anorexia traduce, entre otros aspectos, una perturbación en la identidad femenina, en poder asumir la feminidad y la maternidad. Freud no dió entonces una interpretación psicoanalítica pero en el *Manuscrito G* (1895) puso el acento en el significado melancólico de la anorexia, que últimamente ha sido retomado por otros psicoanalistas por medio de las nociones de regresión narcisista, de fantasía no integrable de incorporación, de masoquismo y de perversión. En el mismo año (1895), en *Estudios sobre la histeria*, Freud consideraba la anorexia como síntoma de tipo histérico, efecto de la regresión ante la conflictiva edípica manifestándose hacia fijaciones orales.

Los trabajos de K. Abraham (1920) *Las manifestaciones del complejo de castración en la mujer* y (1924) *La influencia del erotismo oral en la formación del carácter*, aportaron elementos nuevos que pueden aplicarse a una teorización de la anorexia mental señalando: por un lado, la equivalencia «comer = estar embarazada» y, por el otro, el placer del dominio anal.

M. Klein (1934), a través de sus estudios sobre la función de las fantasías arcaicas, propone una nueva comprensión a partir de la dinámica oral. Señaló la importancia de las fantasías arcaicas de devoración sádica, de destrucción y de envenenamiento, mostrando la ambivalencia de la incorporación oral cara al objeto. Estas concepciones pueden encontrarse, treinta años después, en M. Selvini (1963) al considerar la anorexia como una «paranoia intrapsíquica». Contemporánea a M. Klein, A. Freud (1936), en *El Yo y los mecanismos de defensa*, sitúa la anorexia mental de la joven entre los comportamientos ascéticos

de la adolescencia, un modo de defensa propio de la edad. El ascetismo apunta al rechazo de las pulsiones que la adolescente siente como amenazantes. Este rechazo que primero concierne a las tendencias incestuosas de la prepubertad, se extiende a cualquier satisfaccional pulsional.

Hubo una serie de psicoanalistas que avanzaron una serie de conceptos que en la actualidad siguen vigentes. M. Wulff. (1932) relacionó los trastornos de alimentación con la adicción; S. Rado (1926) introdujo el término «orgasmo alimentario» en el caso de la bulimia; H. Deutch (1940) estableció una técnica innovadora para que el proceso analítico tenga lugar en este tipo de pacientes, y consideró que la anorexia traduce el deseo y el rechazo de la fecundación oral, y la amenorrea la consecuencia del embarazo y rechazo de la sexualidad genital.

O. Fenichel (1945) consideró la bulimia una forma particular de «toxicomanía sin droga» concepto que recientemente ha sido desarrollado por otros psicoanalistas, L. Igoín y Garfinkel y col. (1982) y B. Brusset (1996). Estos autores consideran que en la anorexia-bulimia existe una dimensión adictiva, convirtiéndose esta conducta en causa y consecuencia de una insuficiente elaboración psíquica. Tanto el alimento como la droga se invisten del mismo poder. A la idealización del objeto droga corresponde la idealización del Yo de la anoréxica que rechaza, del Yo ascético que renuncia. En los dos casos, toxicomanía y anorexia, los conflictos edípicos devienen imposibles, las defensas son masivas y tienen por función evitar que los conflictos accedan al psiquismo. En la anorexia, el deseo de adelgazar de manera adictiva se convierte en deseo del no-deseo, y deseo de destruir el cuerpo en tanto puede ser objeto de deseo del otro.

A partir del simposium de Göttingen (1965) la comprensión de la anorexia mental se centró sobre las anomalías de la relación con el cuerpo, la problemática narcisista (Ideal del Yo megalomaniaco,

noción de paranoia intrapersonal en la relación con el cuerpo y sus necesidades), pero también teniendo en cuenta la psicopatología de la familia y de la adolescencia. Los trabajos de H. Bruch (1975) y de M. Selvini (1965), fueron elaborados de acuerdo a esta comprensión psicoanalítica pero a nivel del tratamiento eligieron otras técnicas (terapia reeducativa y terapia de familia).

Los estudios de psicoanalistas posteriores sobre la problemática del vacío y los fallos en la organización narcisista han sido centrales para comprender la patología anoréxica por lo que algunos autores la consideran como patología del narcisismo. D. Winnicott (1974) consideró la bulimia como una modalidad defensiva contra el carácter espantoso del vacío y J. Mc Dougall (1991) señala que en estas patologías se encuentra un vacío allí donde se debía dibujar en el espacio psíquico las primeras huellas de un objeto.

E. y J. Kestemberg y S. Decobert (1974), en su excelente libro *El hambre y el cuerpo* consideraron que la configuración edípica sigue siendo el motor esencial de la regresión en la anorexia. También señalaron que la intensidad y la forma de regresión se refieren a un fallo en la organización narcisista de la personalidad, a un defecto en la constitución del objeto interno, al fracaso relativo de las zonas erógenas y a la escisión múltiple del Yo, lo cual determina el carácter vertiginoso de la regresión y el recurso al «orgasmo del hambre» como última tentativa de enlace y salvaguarda de un Yo, amenazado por la destrucción de la misma manera que sus objetos.

Los psicoanalistas contemporáneos que se interesan por esta patología (B. Brusset, 1996, 1998; A. Birraux, 1996; P. Jeammet, 1997; R. Henny, 1995; A. Lasa, 1995; M. Samanes, 1995), en general, comprenden la anorexia como una crisis de identidad en la adolescencia que expresa —en la relación con el cuerpo— un modo de figuración poderoso y omnipotente: un cuerpo asexuado, sin formas, que —al mismo

tiempo— «oculta tanto como muestra». Este cuerpo asexuado permite establecer una neoidentidad, una identidad ficticia, que se define por la vía negativa y que funciona como efecto antipulsional y anti-depresivo. Este cuerpo fálico y fetiche les da seguridad y les protege ante el contacto traumático con el objeto pero que va a constituir su propio cierre, negando la necesidad de dependencia con el objeto que, al mismo tiempo, necesitan controlar de forma sádica.

Así pues, vemos que la paradoja se inscribe en este cuerpo maltratado, que está al mismo tiempo hiperinvestido bajo la forma de sensaciones corporales. Cuerpo percibido como enorme, inerte, amenazando con asfixiar al sujeto que se pierde en el espejo mortífero de su Yo Ideal. Este cuerpo lo llegan a convertir en el lugar de su delirio, un cuerpo vacío de deseos, un cuerpo alienado que convierte a la anoréxica en la víctima de su drama personal donde los personajes juegan el papel de objetos-cosa (comida), que se hiperinvesten considerablemente, de ahí sus intereses culinarios. Al mismo tiempo, la anoréxica encuentra un placer autoerótico en su cuerpo, tanto en la sensación del hambre como en la hiperinvestidura motriz, del pensamiento y en algunos casos de los estudios, como defensa ante el abandono o la destrucción del objeto deseado.

Otros psicoanalistas sostienen que en la anorexia hay una re-actualización de las dificultades relacionales precoces con la madre confundiendo a ésta con la comida. Según R. Henny (1995) las anoréxicas «son la sombra de sus madres y al mismo tiempo quieren borrar la posibilidad de hacer sombra a sus madres».

Existen trabajos de psicoanalistas realizados en instituciones, como los de J. y E. Kestemberg y S. Decobert (1972) y Ph. Jeammet (1971), que señalan las dificultades en la relación que han tenido las madres de anoréxicas con sus propias madres. Dice Ph. Jeammet: «estas madres presentan una posición depresiva mal ela-

borada que se presenta cuando hablan de sus propias madres». Según estos autores «este tipo de dependencia de la madre a su propia madre aparece como causa profunda que interfiere en ella, para poder adoptar una posición maternal en relación a la hija». El estudio de las tres generaciones, en los casos de anorexia, podría dar cuenta del destino de un conflicto imposible con la madre, de una suma de influencias poderosas del lado femenino que cortocircuitan la identificación femenina.

Este planteamiento, con el que estoy de acuerdo, lo sostienen varios psicoanalistas como C. Flavigny (1985), J. André (1995), J. Schaeffer (1999), F. Guignard (1999), S. Faure-Pragier (1999), considerando el núcleo de la patología anoréxica. Se parte de que la feminidad tiene sus fundamentos en la identificación a una madre «suficientemente buena», que junto al marido-padre, pueda investir la feminidad de la hija. Lo femenino estaría representado por varias figuras: niña, mujer, madre y amante, que suponen distintos tiempos e identificaciones estructurantes en el devenir de la mujer. Lo femenino está siempre precedido y al mismo tiempo seguido por lo maternal.

El acceso a la feminidad supone el reconocimiento del deseo de los dos padres, el uno por el otro, el acceso a la diferencia de sexos, es decir, que a cada uno le falta lo que muestra el otro. Situarse en esa diferencia, como en la diferencia de generaciones, será el efecto del Edipo.

C. Flavigny considera que la dependencia de la madre de la anoréxica a su propia madre puede funcionar dificultando la función materna con respecto a su hija, dando lugar a dos tipos de consecuencias en grados variables:

1. Una actitud de compensación, un exceso en las funciones de maternaje manteniendo a la hija en una posición infantil que agrava el conflicto madre-hija teniendo como consecuencia una difícil diferenciación de la figura materna.

2. Un fenómeno de suma de influencias de la parte femenina, observándose el poder de la abuela materna como figura idealizada que cortocircuita o excluye a la madre de su función materna.

Estas dos posturas tienen en común cierta anulación de la función materna, que se traduce en un conflicto masivo madre-hija y se expresa en términos de alternativa de muerte. Una madre, en un grupo de padres de anoréxicas dirigido por Ph. Jemmet, dijo: «¿No creéis que estarían mejor nuestras hijas si nosotras muriéramos?». Al mismo tiempo la hija anoréxica, considera amenazante y mortífero el ser mujer (recordemos el caso de Marya). El conflicto lo podría expresar: si yo vivo, mato a mi madre. La anoréxica no se permite expresar sentimientos de agresividad y de rivalidad hacia una madre que al mismo tiempo siente frágil y que no puede soportar su odio, por lo que la agresión hacia ella se convierte en auto-agresión permanente. Podríamos decir que la anoréxica se sitúa en la imposibilidad de alimentarse como una manera de expresar que no ha sido jamás alimentada por la madre.

Esta agresividad en su configuración oral corresponde a la dificultad en la relación de identificación primaria con la madre interfiriendo en el proceso de incorporación. Una imagen buena de la madre no puede ser interiorizada porque está vivida (en espejo) de forma peligrosa. La madre no juega el rol de «precursor del espejo» del que habla D. Winnicott. En la interacción especular entre madre e hija, la madre no reenvía una imagen buena para que la hija pueda aprehender la integridad y los límites de su propio cuerpo. Este fallo en la organización de la pulsión agresiva-oral y en la interacción especular madre-hija, condiciona la imagen deformada y casi delirante que tiene la anoréxica de su cuerpo.

A pesar de este fracaso de la pulsión oral, la pulsión anal se va configurando teniendo una función de contención, control y dominio, a través de una motricidad de-

senfrenada como defensa ante las anteriores angustias.

Y todo esto se pone en juego en la adolescencia, en el momento de la aparición de la potencialidad sexual adulta, dando cuenta de un fracaso de la identificación a la figura materna y femenina.

La práctica psicoanalítica nos enseña que la relación madre-hijo/a no sólo se basa en un aporte de alimentos, sino en una relación de identificación. Pienso que la madre debe ser tanto alimentadora como alimentada por esta relación. R. Spitz ya decía que los padres «comían» alimentando a sus hijos. La madre que amamanta a su hijo se identifica también con él. El concepto de «capacidad de reverie» de la madre de W. R. Bion (1962), que consiste en ejercer una función metabolizadora de las ansiedades del niño, es de una gran riqueza para entender la importancia de la función estructurante de la madre. En este sentido, entiendo que la anorexia del bebé puede asociarse con un fallo de esta primera identificación de la madre con el bebé, y de un fracaso de la identificación de esta madre a una figura materna. L. Kreisler (1998) comenta el caso de la anorexia de un bebé de tres meses relacionándolo con una madre muy deprimida justo al final del embarazo. Aquí también podemos recordar el caso de Freud, que he mencionado al principio, siendo la madre que no puede asumir la función materna, y presenta anorexia en el momento de amamantar a sus hijos.

Ahora bien: ¿Qué sucede con el padre de la anoréxica? (Podemos volver a recordar el caso Marya.) La anoréxica encuentra serias dificultades de relacionarse con el padre debido a la gravedad de la relación con la madre. El acercamiento al padre lo hace desde unas defensas masivas reprimiendo todo indicio de feminidad tanto a nivel del cuerpo como en la forma de vestirse. Aquí tenemos otra diferencia respecto a las *top models*. Éstas pretenden seducir, mientras que las anoréxicas castigan su cuerpo para no atraer, de tal ma-

nera que la solución es acercarse al padre con un cuerpo que le aleja de él, un cuerpo que evita la castración tomando la forma de falo. Otros autores consideran este cuerpo erecto como representante de la «bisexualidad» de la anorexia que paradójicamente presenta un cuerpo desexualizado, desprovisto de carga libidinal. La amenorrea es un indicio más del rechazo a la identidad femenina, indicando que detrás de esta defensa masiva existe una gran vulnerabilidad en la relación con el padre, teniendo como salida una posición anti-femenina, que ya he comentado desde otras perspectivas.

Resumiendo, diría que la anoréxica y la bulímica nos hablan, con toda la complejidad de su funcionamiento, de la génesis de la identificación femenina, del sufrimiento del Yo, de su desbordamiento, de su desorganización, del miedo a ser mujer; y la perturbación en la alimentación la considero un desplazamiento del desorden de este proceso, indicando una tentativa de control y de defensa fracasada.

Abordaje terapéutico

El abordaje terapéutico presenta también su complejidad: una patología grave en la etapa siempre complicada de la adolescencia, la intervención de los padres, en la mayoría de los casos la colaboración de un endocrino y, en casos de riesgo vital, la hospitalización.

Es cierto que las anoréxicas que llegan a nuestra consulta privada expresan ya un deseo de vivir. Como en otras patologías que están fuera de las neurosis clásicas, el psicoanalista modifica el encuadre del proceso analítico clásico y mantiene el encuadre analítico interno. Tiene en cuenta la organización psíquica de cada caso e intenta, en primer lugar, poner en marcha un trabajo analítico creando un espacio en el que la resistencia masiva a la transferencia (como al alimento) pueda co-existir con la búsqueda de un nuevo sentido para el Yo, de beneficio narcisista. La posibi-

lidad de ir nombrando los afectos y de reconocer las contradicciones internas va permitiendo las condiciones para construir un espacio para la representación, es decir, un espacio para la capacidad fantasmática y su verbalización. Este primer tiempo es fundamental para que se consolide la situación analítica y la paciente se pueda comprometer en el proyecto analítico.

El psicoanalista necesita mucha tolerancia y analizar constantemente su contratransferencia porque la relación analítica va a estar permanentemente amenazada a causa de la capacidad de estos pacientes en recurrir a una desinversión de las relaciones y a una relación de tipo sado-masoquista. La relación terapéutica puede ser muy difícil porque nos encontramos en un terreno muy resbaladizo. La anoréxica ha ido construyendo unas defensas masivas para esconderse, mejor dicho, para esconder su cuerpo detrás de una piel «lisa» e «impermeable», sobre la cuál puede resbalar la palabra del analista. Más aún, la puede «vomitar». La relación con el objeto-comida se va a vivir en la relación terapéutica, pero es importante no polarizar el tratamiento en cuestiones de comida y oralidad porque sería caer en la misma trampa que la anoréxica se tiende.

El trabajo terapéutico consiste en que la paciente pueda entrar en contacto con sus necesidades emocionales sin desorganizarse. Trabajo psíquico de interiorización y de asociación, que supone una mínima confianza con el analista para emprender un camino de pensar en lo desconocido, en lo que la anoréxica vive como amenazante. Esto implica un camino, a veces largo, con cierto riesgo a la depresión y, en algunos casos, cierto agravamiento temporal de la sintomatología, pero necesario para contactar con el mundo interno y encontrar un placer en investir su funcionamiento psíquico y restaurar su imagen.

Reinstaurar su capacidad interna para un trabajo de elaboración psíquica, movilizar los movimientos de vida, asegurar la fi-

gurabilidad de las representaciones y su asociación con los afectos; comporta una re-organización narcisista y una reestructuración edípica. Creo que, en una primera fase del trabajo analítico, la angustia de castración está en un segundo plano, siendo central la angustia de separación y de pérdida (de amor) del objeto, oscilando entre vivencias de abandono, rechazo e intrusión sádica, la cuál puede ser un elemento que puede articular los dos registros: el narcisista y el edípico.

Aceptar vivir, obtener satisfacciones e intercambios es aceptar la dependencia del otro y situarse en una filiación, aceptar la incompletud y la no omnipotencia. Éste trabajo psíquico es el que se plantea el psicoanálisis.

En la medida en que el proceso terapéutico avanza, en la paciente se produce un trabajo psíquico de desidentificaciones patológicas y nuevas identificaciones a través de un camino de transformación, resignificación, elaboración e historización. La paciente puede ir haciendo suyo el deseo de ser mujer y femenina. En palabras de Mayra «*puede ir saliendo de la cárcel que ella misma se había construido y en la que se encontraba atrapada*».

Bibliografía

- ABRAHAM, K. (1920): «Manifestación del complejo de castración femenino», en *Psicoanálisis clínico*, Buenos Aires, Lumen Hormé, 1994.
- (1924): «La influencia del erotismo oral en la formación del carácter», en *Psicoanálisis clínico*, Buenos Aires, Lumen Hormé, 1994.
- ANDRÉ, J.: *Aux origines féminines de la sexualité*, Paris, P.U.F., 1995.
- BION, W. R (1962): «Una teoría del pensamiento», en *Volviendo a pensar*, Buenos Aires, Hormé, 1990.
- BIRRAUX, A.: *L'adolescent face à son corps*, Paris, P.U.F., 1994.
- BRUCH, H.: *Les yeux et le ventre*, Paris, Payot, 1975.
- BRUSSET, B.: «Anorexia mental y toxicomanía», *Psicoanálisis APdeBA*, XVIII, n.º 2, 189-221, 1996.
- *Psychopathologie de l'anorexie mentale*, Paris, Dunod, 1998.
- CAHN, R.: *L'adolescent dans la psychanalyse. L'aventure de la subjetivation*, Paris, P.U.F., 1998.

- CHASSEGUET-SMIRGEL, J. (1964): *La sexualidad femenina*, Madrid, APM Biblioteca Nueva, 1999.
- CHILAND, C.: «Réflexions d'une psychanalyste en 1979 sur la sexualité féminine», *Psychanalyse à l'Université*, n.º 14, 341-347, 1979.
- DEUTSCH, H. (1940): «Anorexia nerviosa», *Revista Psicoanálisis con Niños y Adolescentes*, 1994, n.º 6, pp. 7-18.
- FAURE-PRAGIER, S.: «Le désir d'enfant comme substitut du pénis manquant: une théorie stérile de la féminité», *Débats de Psychanalyse*, Paris, P.U.F., 1999.
- FENICHEL, O. (1945): *Teoría psicoanalítica de las neurosis*, Buenos Aires, Paidós, 1984.
- FINE, A.: «Entretien sur la boulimie avec J. McDougall», en *La boulimie, Monographies de la R.F.P.*, Paris, P.U.F., 1991.
- FLAVIGNY, C.: «Anorexie de l'adolescence, généalogie féminine et comportement supplicial: la relation à la mère», *Psychanalyse à l'Université*, 10, 38, 219-236, 1985.
- FREUD, A. (1936): *El Yo y los mecanismos de defensa*, Buenos Aires, Paidós, 1965.
- (1892-93): «Un caso de curación por hipnosis», A. E. I.
- (1895): «Manuscrito G», A. E. I.
- (1895): «Estudios sobre la histeria», A. E. II.
- (1924): «El sepultamiento del complejo de Edipo», A. E. XIX.
- (1926): «¿Pueden los legos ejercer el análisis? Diálogos con un juez imparcial», A. E. XX.
- (1933 [1932]): «33ª conferencia. La feminidad», A. E. XXII.
- GUIGNARD, F.: «Maternel ou féminine? Le roc "d'origine" comme gardien du tabou de l'inceste», *Débats de Psychanalyse*, Paris, P.U.F., 1999.
- HENNY, R.: «Terapéutica e indicaciones de la anorexia y bulimia», en *Jornadas sobre Anorexia Mental y Bulimia*, Bilbao, GPAB, 1995.
- HORBANCHER, M. (1998): *Piégée*, Paris, Bayard.
- IGOIN, L.: *La boulimie et son infortune*, Paris, P.U.F., 1979.
- JEAMMET, Ph.; GORGE, A.; ZWEIFEL, F. et FLAVIGNY, H.: «Étude des interrelations familiales de l'anorexique mentale et d'un groupe de psychothérapie des parents», *Rev. Neuropsychiatrie inf.*, 19, pp. 691-708, 1971.
- JEAMMET, Ph. (1994): «El abordaje psicoanalítico de las conductas alimentarias», *Revista Psicoanálisis con niños y adolescentes*, 6.
- KESTEMBERG, E.; KESTEMBERG, J. et DECOBERT, S. (1974): *El hambre y el cuerpo*, Madrid, Espasa Calpe, 1976.
- KESTEMBERG, E. (1984): «Astrid ou Homosexualité, Identité, Adolescence», *Cahiers Centre Psychanal. et psychothérap.*, 8, pp. 1-30.
- KLEIN, M. (1935): «Contribución a la psicogénesis de los estados maniaco depresivos», O. C., 1, pp. 267-295.
- KREISLER, L. (1998): «Du fonctionnement opératoire à ses orígenes», *R. F. P.*, LXIII, pp. 1.499-1.504.
- LASA, A.: «Los pecados de la carne», en *Jornadas sobre Anorexia Mental y Bulimia*, Bilbao, GPAB, 1995.
- SAMANES, M.: «Volviendo a pensar en la anorexia», en *Jornadas sobre Anorexia Mental y Bulimia*, Bilbao, GPAB, 1995.
- SCHAEFFER, J.: «Que veut la femme? ou le scandale du féminin», en *Débats de Psychanalyse*, Paris, P.U.F., 1999.
- SELVINI, M.: *L'anoressia mentale*, Milano, Feltrinelli, 1963.
- «Interpretation of mental anorexia», en *Symposium of Göttingen*, Meyer et Feldman Ed., 1965.
- WINNICOTT, D. (1974): «El miedo al derrumbe», en *Exploraciones psicoanalíticas I*, Buenos Aires, Paidós, 1991.
- WULFF, M. (1932): «Sur une intéressant complexe symptomatique oral et sa relation à l'addiction», trad. franc. en *La boulimie*, Paris, P.U.F., 1991.

La anorexia/bulimia y el género femenino.

Notas para su comprensión y tratamiento

Emilce Dio Bleichmar

Universidad Pontificia de Comillas, Madrid

Introducción

La creciente incidencia de la anorexia/bulimia en los últimos treinta años y las dificultades para un tratamiento exitoso constituyen un reto para la comunidad profesional dedicada a su atención. Tanto psiquiatras como psicoanalistas han redoblado los intentos de comprensión y de intervención a fin de dar una respuesta adecuada a lo que se considera una epidemia y un tipo de patología característico de la época actual.

Es nuestro intento en el presente trabajo hacer una serie de puntualizaciones sobre ciertos interrogantes en torno a este trastorno, a partir de los cuales pensamos que es posible trazar un balance del estado de la cuestión y proponer un ordenamiento teórico-clínico.

¿Se trata de una enfermedad psicósomática, de un trastorno del comportamiento, de una distorsión de la imagen corporal o de una desregulación del balance narcisista? ¿El trastorno anorexia/bulimia que alcanza carácter epidémico en la actualidad tiene las mismas causas que aquellos casos que la psiquiatría viene documentando desde hace más de un siglo y que la historia de la psiquiatría remonta al *Corpus Hipocraticum*? ¿Tratándose de un síndrome que admite causas variadas podemos, no obstante, delimitar una especificidad de la estructura y dinámica del síntoma? ¿La anorexia/bulimia de la adolescencia se halla siempre precedida de un período de anorexia infantil? ¿Se trata de un trastorno específico del género femenino? ¿Existe alguna semejanza entre las «epidemias» de histeria del siglo pasado y las de anorexia/bulimia de la actualidad?

Del examen de estos interrogantes, lo primero que se destaca es un cuestionamiento a las concepciones simplificadoras que intentan una unificación —ya sea de la psicogénesis temprana, de la relación madre-hija o de un trastorno en la discriminación autoperceptiva de las sensaciones de hambre— que conduce a la creación de

una identidad psicopatológica imaginaria como es «la» anoréxica o «la» bulímica, en singular. La clínica muestra, por el contrario, una diversidad y singularidad de configuraciones subyacentes que tienen sólo en común la profunda vulnerabilidad narcisista del período de la pubertad y la adolescencia femenina, desbalance que encuentra una ilusión de reequilibración en la fetichización de la delgadez que la cultura le ofrece.

Frecuentemente, la pubertad y la adolescencia femenina se explicaban por medio de concepciones reduccionistas como la regresión a etapas preedípicas o la reactivación edípica, y/o los procesos de separación/individuación incompletos durante la infancia, sin poner de relieve la complejidad y alcance de la problemática inédita que la adolescencia inaugura, con especial particularidad en la época actual. Los riesgos para la autoconservación que la puesta en acto de la sexualidad tienen para la integridad corporal de la mujer ante los imperativos de la sexualidad precoz y activa, es decir, el antagonismo y conflicto entre las motivaciones sexuales y las de autoconservación; los riesgos de pérdida precoz y masiva de los vínculos de apego —necesarios de transformación pero imprescindibles en su mantenimiento a lo largo del ciclo vital— por las motivaciones crecientes de afirmación narcisista en torno a la androginia o masculinización normalizada de la identidad femenina; conflictos intrasistémicos entre deseos narcisistas de excelencia en metas y ambiciones del self e imperativos de perfeccionismo de los ideales de la imagen corporal y la belleza física.

Cualquiera que sea la naturaleza de la ansiedad desencadenada —pérdida de las referencias de apego primarias, retos de la sexualidad, colapsos del Yo ideal—, siempre le es posible a una adolescente mujer apelar al recurso del perfeccionismo corporal a través de la búsqueda y mantenimiento de la delgadez como defensa narcisista universal de compensación ofrecida por los valores de la cultura actual.

Al igual que la histeria, el trastorno anorexia/bulimia se inscribe en el cuerpo, pero en este caso no sin materia sino con efectos desestructurantes y destructivos para la personalidad y la vida de la paciente, lo que hace necesario un primer recorrido por los aspectos epidemiológicos y psiquiátricos, para después adentrarnos en el examen de sus componentes estructurales/dinámicos que son aquellos que nos permitirán comprenderlos y encarar formas de tratamiento que tengan especificidad para cada caso.

Los temas a desarrollar serán los siguientes: delimitación conceptual de la anorexia/bulimia; la epidemia actual; síndrome y especificidad causal; correlación entre el síntoma y la estructura intrapsíquica; valor de los antecedentes de la anorexia infantil; concepciones sobre el papel causal de la madre; la imagen del cuerpo y la pubertad femenina; tratamiento del síntoma de anorexia/bulimia y de la adolescente mujer.

Delimitación conceptual de la enfermedad mental

Pensamos que las diversas propuestas que se han dado para la delimitación conceptual del cuadro: enfermedad psicósomática (Deutsch, 1940; Blitzer, 1961; Spertling, en Wilson, 1983; Strauss, 1987), trastorno del comportamiento alimentario (DSM-IV), patología del peso (Kalucy, 1977, Hall, 1986), desregulación del balance narcisista (Jeammet, 1991), se refieren a distintos niveles de análisis del cuadro:

1. *La motivación* que desencadena el trastorno: la configuración motivacional que instituye la búsqueda de la delgadez para la estabilización del balance narcisista del Self, que al constituirse en motivación dominante sobre los otros sistemas motivacionales, y a veces exclusiva, produce efectos adversos sobre la personalidad.
2. *La patogenia*: los procedimientos extremos a los que se recurre para la pérdida de

peso —vómitos autoprovocados, laxantes, diuréticos— que generan una dinámica de autocentramiento y aislamiento.

3. *Los síntomas*: la pérdida de peso, la alteración del juicio sobre la imagen corporal, la desnutrición a la que conduce tal pérdida como responsables de la afectación corporal y del riesgo de muerte.

De manera que las diversas caracterizaciones fenoménicas vigentes sobre la anorexia/bulimia aparecen como recortes de componentes —todos presentes— en el cuadro: un nivel de causación, de procedimientos y de consecuencias que constituyen el trastorno en sí mismo. Pero si bien se hallan todos comprendidos, no parece válido, en rigor, erigir a uno de ellos como el que se hace cargo de la titularidad del trastorno y concebir a la anorexia/bulimia como una enfermedad psicósomática porque exista amenorrea o hipotermia. Así como tampoco centrar el tratamiento en modificar los hábitos alimenticios sin tener en cuenta el profundo desbalance narcisista que sostiene a dichos hábitos. Esto no quiere decir que durante el tratamiento se desatienda la necesidad de un ingreso hospitalario si hay riesgo de muerte, o las consecuencias restitutivas del estado de salud física ante la ganancia del peso perdido, pero sí clarificar en el encadenamiento de factores cuáles son las causas y cuáles las consecuencias.

El continuo de la anorexia/bulimia

Aunque se han adoptado criterios clínicos específicos para el diagnóstico de pacientes con trastornos alimenticios (DSM-IV), los síntomas, frecuentemente, se presentan como un continuo entre aquellos de la anorexia nervosa y los de la bulimia nervosa. Pacientes con anorexia pueden alternar entre períodos restrictivos y bulímicos en diferentes etapas de su evolución. Y entre el tipo bulímico de anorexia nervosa están las que se purgan o vomitan después de un atracón y las que sólo vomitan o se purgan sin atracón. Preocu-

pación por el peso y una sobrevaloración de la silueta y la delgadez se presentan por igual en la anorexia, así como en la bulimia, y la mayoría de las pacientes presentan una combinación de comportamientos bulímicos y anoréxicos (Practice Guideline, Am J. Psychiatry, 2000).

La anorexia/bulimia y la epidemia actual

El conocimiento de esta afección es muy antiguo y hay referencias de la anorexia en Hipócrates, Galeno y de la bulimia en el Talmud, así como también sobre las prácticas de Teresa de Avila con una rama de olivo para inducirse el vómito (Blinder, 1992; Reda, 1997). En el siglo pasado, ya contamos con las publicaciones de Lasègue (1873) Gull en el *British Medical Journal* (1874), y con fotografías de la señorita K. R. en *Lancet* (Las Notas Clínicas, 1888). Posteriormente, encontramos en la literatura psiquiátrica y psicoanalítica casos que han sentado las bases de las propuestas explicativas sobre el trastorno, pero siempre se trataron de casos aislados. Es recién a fines de la década de los 60, y principalmente, a partir de los 70 que se empieza a dar un incremento considerable de la incidencia y se comienza a hablar de epidemia

¿Qué observamos como diferencia, además del número, entre las anorexias/bulimias del pasado y las actuales? Que las adolescentes que presentan una patología asociada severa son las menos, que la mayoría de ellas padecen el síntoma en forma más o menos aislada y que es sobre esta última población —ya sea las que figuran en alguna estadística por tratarse de consultantes en clínicas u hospitales, o las que forman el grueso de las estadísticas ocultas de las consultas privadas— sobre las que se basa la idea de una epidemia en tiempo presente de anorexia/bulimia.

El caso de Ellen West referido por Binswanger en 1945 —uno de los casos psiquiátricos descrito con más detalle y que

más comentarios ha merecido. Se trataba de una anoréxica purgativa, con evolución a la bulimia y síntomas de gran apatía que terminó suicidándose; fue diagnosticada como histeria por un primer analista, de simple melancolía por Kraepelin, esquizofrenia simple por Bleuler y Binswanger, una constitución psicopática de desarrollo progresivo por otro psiquiatra, y algo endógeno endocrino parecido a una psicosis endógena por Zutt (Chinchilla, 1994; Ruiz Lázaro, 1999).

Si comparamos el caso de Ellen West con los datos aportados por un trabajo reciente de Goldner y col. (1999), de evaluación dimensional de 136 casos —que abarcan el abanico completo de trastornos de la alimentación— describen tres agrupamientos: 18,4% con altos puntajes en rasgos psicopáticos, neuróticos e impulsivos, diagnosticados como trastornos borderline; 49,3% con algunos rasgos compulsivos y dificultades interpersonales; y 32,4% de personalidades que no se diferencian de otras consideradas como normales por el grupo control. Nos encontramos ante el hecho que en los casos actuales, ese 18,4% de patología severa asociada mantendría la presencia del trastorno anoréxico/bulímico en una proporción aproximada a cómo venía presentándose hasta el presente. El resto tendría que ver con nuevos factores que agregan aún más interrogantes a un trastorno que continúa catalogándose de enigmático.

Otro hecho a considerar es la escasa prevalencia de los cuadros completos de anorexia/bulimia o que cubren todos los criterios diagnósticos —0,5 a 1%— frente al mayor número de los cuadros parciales o incompletos —3 al 5%— (Walters y Kendler, 1995; Bunell y col. 1990).

De manera que el imperativo de la delgadez puede ser considerado como el factor que diferencia a las anoréxicas/bulímicas actuales de las del pasado, lo que conduce al planteamiento sobre la diversidad de configuraciones motivacionales que pueden desencadenar el síntoma.

Síndrome y especificidad causal

Ante los datos clínicos que muestran un espectro tan amplio de cuadros —neuróticos, psicóticos y borderlines en los cuales la anorexia/bulimia puede estar presente— son muchos los autores que consideran la anorexia/bulimia como un síndrome. Las diversas causas suelen dividirse entre las de orden individual, familiar y culturales (Risen, 1982; Selvini Palazzoli, 1999). Sin embargo, admitir la multiplicidad de causas y la inespecificidad de la complementariedad de las mismas no impide delimitar una especificidad de la estructura y de la dinámica del síntoma.

1. FORMAS DE EQUILIBRACIÓN DEL BALANCE NARCISISTA POR MEDIO DEL PATRÓN ESTÉTICO DE BELLEZA ACTUAL.

Claramente el inicio es a partir del comienzo de una dieta para perder peso. En estos casos, que son la mayoría de los que se presentan en la actualidad, la motivación prevalente es la ganancia narcisista que se espera obtener mejorando la silueta. El grueso de la literatura actual explica la prevalencia de 10 a 1 de este trastorno en las mujeres a partir de la cultura de la delgadez imperante (Garner y col., 1983)

Todas buscan un estado de bienestar psíquico por medio del reconocimiento interpersonal de la belleza de sus cuerpos, o a la delgadez del mismo que parece ser, básicamente, un equivalente. Si bien el objetivo las unifica, la condición psicológica de la cual parten puede variar en un amplio rango. En la clínica, encontramos desde la jovencita que imita a sus compañeras en el colegio que hacen dieta y que la mueve exclusivamente un afán perfeccionista, ya que forma parte de ese perfil descrito para la anorexia/bulimia de niña modelo, con excelente expediente académico, guapa y sociable, un poco «rellenita»; la adolescente que no sintiéndose muy favorecida físicamente espera que la delgadez le otorgue los atributos necesarios para acceder al otro sexo; hasta las que fracasando en varios ámbitos en-

cuentran en la empresa de la dieta una compensación ilusoria para su malestar general.

De manera que la motivación que impulsa la conducta restrictiva se desencadena a partir de una neta predominancia del sistema narcisista vinculado a un atributo corporal que funciona tanto como a) un estereotipo de género que garantiza una especularización narcisizante; b) como una cualificación imprescindible para una actividad: gimnastas, modelos, acróbatas, escaladores.

2. SÍNTOMA PRODUCTO DE UN CONFLICTO.

a) *Conflictos edípicos*

Que generan pánico y rechazo a la sexualidad.

b) *Abuso sexual*

Las revisiones de la investigación sobre abuso sexual muestran una potencial relación con los cuadros de anorexia/bulimia, a predominio de los síntomas bulímicos (Baldo, 1996; Connors, 1993; Everill, 1995; Eyre, 1991; Martínez Benlloch, 1999; Pope, 1991; Schwartz, 1996; Wiederman, 1998).

La afectación corporal obedecería a una modalidad de resolución sintomal y defensiva ante el descontrol que supone la experiencia emocional de abuso sexual y que puede significar un borrado del cuerpo objeto del abuso, con la consiguiente inhibición de la sexualidad o bien, en otros casos, una actividad compulsiva a la ingesta con el objeto de desaparecer como objeto del deseo sexual del otro.

c) *Síntoma dentro de una patología mayor*

Estados depresivos se consideran tanto condición predisponente, asociada o consecuencia de un cuadro de anorexia/bulimia, ya que sus manifestaciones son muy similares: trastornos del sueño, retracción social, disminución del deseo sexual y falta de placer en las actividades, irritabili-

dad, disminución del apetito. Así también en algunos casos de trastornos de angustia con crisis de pánico severos se presentan síntomas de restricción alimentaria asociados, como también en trastornos borderline de mediana gravedad con grados importantes de ansiedad e impulsividad.

Períodos de restricción alimentaria en cuadros de psicosis esquizofrénica también se hallan descriptos.

d) *Comorbilidad*

Se ha llegado a sostener que la anorexia/bulimia pertenece a la familia de los trastornos obsesivo-compulsivos (McElroy, 1994; Stein, 1993; Thiel, 1998) por su alta comorbilidad y prevalencia en ciclo vital (Fahy, 1993; Kasvikis, 1986; Rubenstein, 1992). Algunos autores como Noshirvani y col. (1991), sostienen un factor de género divergente que explicaría la alta incidencia de la anorexia/bulimia en mujeres.

e) *Síntoma ante situaciones de cambio*

Dificultades en la tramitación adolescente del vínculo de apego, ya sea por el sólo hecho del cambio de situación vital, que correspondería a un tipo de crisis adolescente (Selvini Palazzoli las incluye en una tipología de personalidad previa dependiente, 1999, p. 196), o por cambios de residencia por motivo de estudio o trabajo. Estos casos suelen ser de buen pronóstico, con cuadros clínicos parciales o incompletos, a los que se tiende a llamar «reacciones anoréxicas».

Factores de cronicidad

Muchas pacientes sufren este cuadro en forma crónica por décadas con recurrentes ingresos hospitalarios, lo que conduce a pensar en la existencia de importantes factores de mantenimiento del trastorno tanto de orden biológico como psicológico. El cambio de los patrones nutricionales persiste a pesar de la normalización de la ingesta como quedó comprobado en los

trabajos de Keys (1950). A su vez, aunque la motivación inicial no haya sido narcisista, una vez instalado el cuadro encuentra un soporte de mantenimiento en el formato que la cultura idealiza para la identidad femenina actual: un cuerpo delgado con aspecto adolescente que aporta una fuerte ganancia narcisista interpersonal. Por otra parte, el probarse la capacidad de alcanzar y mantener un estado físico que la mayoría de las mujeres aspiran y de mantenerla les otorga una autovaloración que sostiene el balance intrapsíquico.

El cuerpo violentado y la anorexia/bulimia

Hasta el presente, la resonancia conflictiva de la pubertad en la niña se ha explicado por la tesis de la mayor vulnerabilidad a la regresión, la que se atribuye, a su vez, a factores tales como la mayor prolongación del período de apego primario a la madre, orientación hacia «el interior» y tendencias masoquistas (Deutsch, 1930; Blos, 1957, 1970; Kestenberg, 1968; Sarlin, 1970; Nágera, 1975; Kaplan, 1976; Mahler, 1981). Acorde con este principio rector, Sours (1980) y Risen (1982) consideran que el inicio de la anorexia/bulimia en la adolescencia temprana se debe a la disminución de la tolerancia a la frustración por la regresión a etapas pregenitales, y esta línea es también acentuada ante la incidencia actual de síntomas de anorexia/bulimia en embarazadas y en el postparto (Brinch, 1988; Lacey & Smith, 1987; Woodside, 1990).

Por nuestra parte, pensamos que habría que tener en cuenta cuál es la articulación que se establece entre la fantasmática procesada en la infancia y el impacto de las consecuencias de una puesta en acto de la sexualidad por parte de la adolescente, así como el descubrimiento de la violencia asociada con la sexualidad. Pensar si esta articulación no remodela la dinámica infantil de manera tal que el fantasma de escena primaria sádica deja ya de ser sólo

una teoría infantil sobre la sexualidad adulta para convertirse en amenaza real y, por lo tanto, en factor traumático. Debíamos reflexionar sobre el hecho que la fantasía de escena primaria tiene un formato estable, un guión repetitivo: la victimización de la madre. El sadismo presente en la escena, se considera aportado por el sujeto niño/a dueño del deseo sexual que pone en marcha el fantasma. Indistintamente del sexo, se suele interpretar que este sadismo es producto de los celos y situación de tercero/a excluido del niño/a. Ambos se sienten excluidos de la madre por el padre. El padre sería el agente separador. Pero ¿por qué la madre es atacada, dañada, ensangrentada, tantas veces años después en el fantasma de la adolescente? ¿Por qué en la niña en el período de la latencia la fantasía de un hombre oscuro que la ataca de noche se considera su fantasma sexual inconsciente normal?

¿Cuál es la incidencia en los niños/a de los formatos permanentes de violencia doméstica, televisiva, verbal, escrita, que observan sobre el papel femenino en la sexualidad? ¿Se podría pensar en una amalgama de escenarios adultos, impulsos infantiles y el modelo de macho fuerte y agresivo, formato de género, como elementos básicos en la construcción del fantasma sexual?

La teoría del desarrollo en Psicoanálisis se halla formulada en términos patomórficos y regresivos, es decir, a partir de un modelo evolutivo en que prevalece el pasado como repetición inconsciente (Stern, 1985). No obstante, existen autores que han sostenido líneas de investigación diferentes. Edith Jacobson (1976) y Plaut & Hutchinson (1986) afirman que la pubertad es una época del desarrollo mucho más crítica para la niña que el período del complejo de Edipo en la infancia. Gran parte de los aspectos que requieren su resolución durante el período edípico masculino no se afrontan totalmente por la mujer hasta llegar a la pubertad. A su vez, no se considera que esta época representa sólo una recapitulación del conflicto edí-

pico, sino que introduce una nueva fuente de angustia severa. Jacobson (1976) afirma: «...el temor a la castración que experimenta el niño tiene su contraparte en el temor que experimenta la niña a sufrir algún daño en los órganos genitales. Este temor a sufrir un daño en los órganos genitales cobra una importancia mayor para la niña durante el período de la menarca y esta angustia es el fundamento de la "ola de represión" a la que Freud hace referencia» (p. 537).

Hemos discutido con anterioridad en detalle (Dio Bleichmar, 1997) los estudios diferenciales y los trabajos de observación entre varones y chicas que modifican el supuesto consagrado de la envidia al pene como contrapartida femenina de la ansiedad de castración. Por el contrario, la pubertad como lo demuestran no sólo los trabajos de Jacobson (1976), Koff (1981) y Rierdan (1980) sino la clínica cotidiana genera una serie de ansiedades en la niña sobre la integridad de su cuerpo y sobre las consecuencias indeseables que la satisfacción del deseo sexual puede conllevar. Una revisión de la literatura psicoanalítica muestra que la pubertad es una fase del desarrollo del aparato genital que se ha estudiado básicamente sobre el modelo femenino (Deutsch, 1944; Kestenberg, 1956, 1961, 1968), así como la etapa genital infantil sobre el modelo masculino. El logro de un funcionamiento sexual adulto y la aceptación de una identidad de género definitiva constituyen acontecimientos fisiológicos que tienen lugar más tarde y se presentan de manera más súbita en las mujeres que en los hombres (Freud, 1925; Blos, 1957, 1970; Kestenberg, 1956, 1961, 1968; Fast, 1978, 1979).

Si bien uno de los pilares diagnósticos de la anorexia/bulimia es la distorsión del esquema corporal, su importancia como fenómeno psicopatológico aparece poco remarcado en los estudios psicoanalíticos. Vandereycken y col. (1987) se preguntaban si el escaso éxito de los programas terapéuticos no radicaría en la desatención puesta en la experiencia de las mujeres

con su cuerpo, y en un trabajo muy reciente Probst y Vandereycken (1998) proponen que debemos reemplazar el concepto de imagen corporal por el de experiencia corporal, para poder dar cuenta de significados y contenidos múltiples y complejos, tanto en la investigación como en el tratamiento de estos desórdenes.

Esta inflexión desde la imagen hacia la experiencia corporal reconectaría la anorexia/bulimia con la histeria, o sea con la problemática de una identidad femenina que debe dar cabida a la experiencia sexual. La importancia de la imagen como imperativo cultural es obvia pero habría que profundizar en los significados de tal imperativo, «ser delgada para ser más aceptada, popular y querida», «ser delgada para ser más sexy», «ser delgada para ser menos sexual o inaccesible», «ser delgada como medio para conseguir una posición profesional». El reto de la sexualidad en la adolescente mujer no se limita a enfrentar el empuje de la pulsión desde su interior, una empresa conflictiva sin duda, pero subjetiva, interior, «secretada» como sucede en el caso del varón sino que el cuerpo y la imagen femenina se hacen tan imperativos y tiranos por lo que se le impone a ellos como demanda, ya que en todo momento son objeto de la mirada y del voyeurismo adulto. Esta es una especificidad de la sexualidad femenina como hemos desarrollado con anterioridad (Dio Bleichmar, 1994, 1997) La mujer espectáculo, la mujer en los medios, el cuerpo desnudo son algunos aspectos de la imagen que pueden convertirse en un polo de seducción amenazante y ambivalente. Sumamente engañoso para la misma protagonista de la experiencia porque efectivamente, lo desea profundamente, pero las angustias a la integridad corporal tienen un estatuto de desconocimiento y deslegitimación para el narcisismo femenino y, a pesar de los cambios en la condición femenina, esto se mantiene aún en la actualidad (Dio Bleichmar, 1999).

La necesaria e imprescindible revolución sexual —la liberación de la opresión en

las relaciones sexuales como la liberación para la actividad sexual, para sentir y ser sexual— llegue a las niñas prepúberes y adolescentes convertida en un imperativo a ser sexualmente activas (Devereux, 1980; Young-Bruehl, 1993) y ya no basta sólo acceder a la sexualidad sino a toda forma de sexualidad. La frontera entre el erotismo y la pornografía se pierde en la pantalla del TV bajo la mirada y la presencia de toda la familia reunida. ¿Qué siente la niña que pueda ser fantaseado cuando parece que todo está dicho y expuesto? ¿Cómo se tramita la rebelión adolescente, la diferenciación generacional cuando la *Lolita* de Navokov ya no es un personaje literario sino que se presenta como modelo de existencia real? (Dio Bleichmar, 1999).

Stoller ya se preguntaba, en 1970, sobre el posible efecto que hubiera podido tener el venderle pornografía a las mujeres que las estaba conduciendo a la hambruna, agregando que no debíamos seguir pensando en el carácter enigmático de la sexualidad para ella misma sino que lo enigmático para las mujeres es, sobre todo, la sexualidad masculina. «Damos por supuesto que entendemos la sexualidad masculina porque la mayoría de los estudios han sido efectuados por hombres, quienes al ser sujetos de la experiencia no sienten la necesidad de curiosidad o de mistificar» (Stoller, *Pornography and Perversion*, p. 499).

Asexualidad y hipersexualidad tienen mucho en común en términos de manifestaciones que evidencian la disociación entre los comportamientos sexuales —propios de una mujer adulta y madura— y las capacidades psicológicas de su *self* adolescente para hacerse cargo de la sexualidad. Con el agravante de la dislocación psíquica que sufren, ya que en otras dimensiones de la experiencia y de la identidad son chicas capaces, exitosas (excelentes expedientes académicos, habilidades deportivas o artísticas, etc.) que han gozado de una muy alta estima familiar. Un gran número de anoréxicas se

presentan como muy puritanas, normativas, relativamente ascéticas, y en la investigación clínica parecen rebelarse al mandato de la sexualización, de ser sexualmente activas, tienen una extrema necesidad de ser ellas las únicas que controlan lo que «entra en su cuerpo», como decía una chica en una entrevista.

Los dilemas de la feminidad

HISTERIA Y ANOREXIA/BULIMIA

La historia de conversión prácticamente ha desaparecido, pero si hay un equivalente en la actualidad ese es la anorexia/bulimia. A un primer examen ambas condiciones presentan similitudes que requieren muy poca elaboración: son trastornos que afectan mayoritariamente a mujeres y comienzan en la adolescencia, se caracterizan por la represión, restricción y/o renuncia a deseos y placeres básicos, grados variables de manipulación interpersonal o «beneficio secundario» se hallan asociados para atraer la atención o preocupar a otros, y tienen un carácter «contagioso». Las epidemias de historia en los colegios de chicas mencionadas por Freud son un calco de la compulsión a la dieta de las niñas de hoy día. Bemporad y col. (1988), refieren el inicio de la anorexia en una clase cuando como parte de un tema de biología estudiaban las calorías de los alimentos y su incidencia en el peso. De 30 chicas de la clase, no menos de 8 perdieron peso en forma significativa al poner atención en la calidad calórica de la comida. Aunque la mayoría recuperó su peso anterior, dos de ellas enfermaron.

¿Son ambas condiciones exagerados extremos del estereotipo, o sea del rigor de los mandatos de género? ¿Continúan siendo los mandatos de género limitantes y deshumanizados a tal punto que las formas idealizadas de feminidad se constituyen en trastornos severos que hipotecan de por vida la subjetividad y la vida de muchas mujeres? En la época victoriana, el ideal femenino era la envolvente y dis-

tante suavidad de la honorable mujer que mantenía la sexualidad bajo control y represión, pero que se caracterizaba por necesitar protección. En el presente, este ideal ha girado hacia la silueta controlada por la dieta y la tecnología, así como en pos del alto rendimiento académico y la autonomía. De modo que tanto la historia en su época como la anorexia/bulimia en la actualidad podrían ser consideradas como expresiones de profundos conflictos que los imperativos de la feminidad demandan a las mujeres.

Perfeccionismo, una infancia de obediencia y excelentes expedientes académicos, demuestran la presencia de una estructura fuertemente normativa que llega al autosacrificio, en muchas futuras anoréxicas (Gordon, 1989). La identificación a la imagen de mujer fetichizada, ideal construido e impuesto culturalmente exige esfuerzo y sacrificio. Llegadas a la adolescencia aborrecen la grasa porque podría representar el conjunto de los aspectos de sí misma que consideran débiles, autoindulgentes y voluptuosos. Más que usar el cuerpo como un instrumento de poder, la anoréxica somete su cuerpo en un esfuerzo por lograr seguridad a través de la abstinencia. Una mujer decía, «sólo me siento segura cuando tengo hambre, pues de ese modo tengo la garantía de tener el cuerpo vigilado. Necesito una señal constante que mi "historia" está bajo control».

El aspecto autosacrificial del síntoma parece sostener un intento de salvaguardar un sentido del sí misma y un grado de autodeterminación en un contexto que es percibido como ofreciendo una posibilidad de autonomía muy incierta, ya que el patrón de feminidad corporal deseable para ser deseada es más riguroso que nunca. El ascetismo es una forma de tramitar la situación traumática, de aliviar el dolor psíquico insoportable que es reemplazado por el sacrificio del cuerpo, dolor voluntario, elegido. Pero también es una forma paradójica de resistencia, de oposición a la extrema atención, significación y valoración que se presta a lo exterior, a la

superficie del cuerpo en detrimento del *self*, de la persona. Tal como sucede con el asceta el rechazo a los objetos socialmente designados como deseables funda una actividad de auto-construcción alternativa que le permite escapar ilusoriamente a la pasividad y al sometimiento (Tubert, 1999).

El trastorno resulta de una suerte de extrema exageración, podríamos aventurar, de una enfermedad del ideal. Sólo cuando se pone en riesgo la autoconservación se repara en la patología de la meta perseguida pero no queda suficientemente clarificado el carácter patogénico del ideal que se impone. Ya que se trata de una imagen despersonalizada que sacrifica la sexualidad y la subjetividad para perfeccionar la materialidad del cuerpo. Pero en la medida que la materialidad del cuerpo se hace presente a través de las constantes físicas y fisiológicas, es decir, desde su propio nivel de autonomía biológica, se convierte en necesario redoblar los esfuerzos para separarlo, alienarlo, tratando de controlar el desorden incluso castigarlo por su falta de perfección y respuesta a los deseos del *self*. La disociación histérica, la «*belle indifférence*», también consistía en una renuncia para lograr la valoración narcisista, pero resultaba menos peligrosa para la autoconservación, ya que sólo se perseguía controlar la sexualidad y no el hambre.

PSICOTERAPIA PSICOANALÍTICA Y SUBTIPOS DE ANOREXIA

Una revisión de la literatura pone de manifiesto la diversidad psicopatológica que se considera subyacente al síntoma a partir de la cual se caracteriza a la anorexia/bulimia: dificultades en el proceso de separación-individuación (Friedlander & Siegel, 1990); conflictos irresueltos de la etapa de reaproximación (Fisher, 1989); fracaso específico en la relación contenido/contenedor (Williams, 1997); falso *Self* (Stern, 1992); patología narcisista (Winnicott, 1974; Mc Dougall, 1991); conflicto edípico, fantasías de embarazo incestuo-

so, deseo de tener un hijo de su padrastro (Risen, 1982); depresión (Walters & Kendler, 1995; Alessi y col., 1989); trastorno obsesivo-compulsivo (Thiel y col., 1995); trastorno de ansiedad generalizado y crisis de pánico (Walters & Kendler, 1995); alexitimia (Zonis de Zukerfeld (1996).

Estas diferentes explicaciones como causas subyacentes al síntoma a veces constituyen la condición fundamental que sostiene al cuadro por lo que permiten definir subtipos de anorexia/bulimia. En otros casos son dimensiones que al articularse entre sí generan ciertas configuraciones.

Entendiendo de esta manera a la anorexia/bulimia, se puede superar el quedar reducido a un síntoma unificador, desconociendo la multiplicidad de condiciones subyacentes, y simultáneamente, no caer en explicaciones reduccionistas que eliminan los diferentes subtipos al postular una única condición causal.

La anorexia/bulimia nos sirve así, una vez más, para afirmar una concepción psicoanalítica que dé cuenta del elemento común en lo manifiesto que organiza la categoría gnoseológica —en este caso la anorexia/bulimia— y las múltiples condiciones dinámicas y estructurales de la personalidad que subyacen a la unidad en lo fenoménico.

INESPECIFICIDAD DE LA PSICOPATOLOGÍA DE LA FAMILIA

Nuestra experiencia es coincidente en relación tanto a la diversidad de la configuración psicológica de las pacientes como de sus familias que, también, muestran un perfil muy amplio y variado. Incluso los autores del enfoque sistémico que tanto habían insistido en caracterizar la familia de las anoréxicas parecen haber abandonado el intento de darles unidad como lo expresan en su último texto Selvini Palazzoli y col., (1999): «No existe la familia de la anoréxica», y se inclinan hacia el tratamiento de «la dimensión individual y personal de la paciente y sus padres».

Si bien la tradición psicoanalítica es la que ha implantado la cura en torno a la configuración singular del mundo interno de cada paciente, y la anorexia/bulimia no constituye una excepción a tal principio sino todo lo contrario, no obstante, pensamos que lo que sí resulta posible es considerar la especificidad del tratamiento del síntoma.

Resistencias al cambio: la ganancia del síntoma

CONSTRUCCIÓN DE LA IDENTIDAD

Gran parte de las adolescentes actuales se enfrentan a la tarea de inventarse su propio modelo de feminidad ya que la línea generacional, o se quiebra o se diferencia, notablemente de la anterior por los profundos cambios que se han dado en las últimas décadas en torno a la identidad de las mujeres. La ruptura o cambio con los modelos de feminidad de sus madres redobla la crisis de la adolescencia, de manera que a los conflictos de la relación madre-hija se suman los que provienen de la expansión del género. Debemos tener presente en la relación terapéutica de las pacientes con anorexia y bulimia esta dimensión no regresiva, y que los conflictos con la madre contienen un reclamo a la falta o carencia de respuestas de los adultos para conflictos nuevos en la genealogía de la feminidad. Es en este punto que el sexo/género del analista en tanto adulto de otra generación puede ser interpelado, no así su capacidad de contención, de empatía y de figura de apego de relevo para acompañar a la paciente en su travesía de construcción de una identidad femenina que contenga una posición de sujeto de deseo.

BATALLA POR LA AUTONOMÍA EN LA TRANSFERENCIA

Debemos tener presente que cuando una paciente con anorexia/bulimia busca terapia o es enviada por su familia, o lo hace guiada por la necesidad de aumentar

su dominio sobre conflictos que pueden abarcar diversas dimensiones, como lo hemos desarrollado con anterioridad, pero siempre estará en primer plano un serio conflicto con la autonomía y la autoestima, es decir, con una dimensión del *Self*. De manera que el reto técnico que se presenta es cómo generar una relación terapéutica en que la paciente mantenga algún grado de control sobre la relación —por medio de la distancia u otros medios— y, al mismo tiempo, reconocer su profunda necesidad de contacto afectivo que le permita comprenderse y cambiar.

Es bastante frecuente que la batalla por la autonomía comience por dificultades en torno al encuadre —cambios de horarios y de sesiones— que efectivamente son usados para poner a prueba tal condición de control por su parte (Stern, 1992). La cuestión es cuanto uno se deja usar para esos propósitos sin forzar a la paciente a que repare en la función que como analista se está cumpliendo. Un verdadero reto contratransferencial pues la impersonalidad, la devaluación implícita de la importancia del analista, puede inducir sentimientos de desinterés o no compromiso, similares a los que ha tenido en su experiencia de niña con sus padres o, por el contrario, una batalla y un forzamiento que son sentidos como intentos de control sobre ella. Teniendo esto en cuenta es posible evitar actuar movido por la contratransferencia en forma complementaria, siendo necesario por el contrario una más vívida apreciación y reconocimiento de la fuerza del deseo de control que le es esencial a la paciente para mantener su frágil cohesión del *self*.

CUIDADO A LA VULNERABILIDAD DEL SELF

Hay que tomar en cuenta al sostener que padecen de un serio trastorno de la autoestima, que ésta, a su vez, es una dimensión que resulta necesario descomponer y saber cuáles de sus elementos estamos tomando en consideración ya que, en lo que se refiere a la capacidad de trazarse un objetivo y cumplirlo, parecen tener una

gran confianza en sí mismas y desarrollan rasgos marcados de perfeccionismo y compulsividad (Gordon, 1989; Peñas Lledó, 1999). Poseen, además, recursos para llevarlos a cabo como son las múltiples estrategias para esconder o deshacerse de la comida y mantener su síntoma en secreto.

Un claro ejemplo de la multiplicidad de facetas del Self, ya que junto al profundo sentimiento de ineficacia y baja autoestima que constatan la mayoría de los autores (Bruch, 1973), sin embargo, se halla presente una dimensión del Self vigorosa y férrea: perseguir un objetivo superior para centrar su identidad. En las anorexias restrictivas se observa esta dimensión en su máxima expresión no obstante las prácticas bulímicas —teniendo en cuenta que las pacientes anoréxicas valoran como «atracones» volúmenes de ingesta muy reducidos— también exigen una capacidad de autodisciplina ante un propósito. A su vez, después del acceso bulímico los autorreproches redoblan el propósito de fortalecer el objetivo.

Garner y Bemis (1982) han demostrado claramente que estas pacientes no desean perder el miedo a engordar porque esto las ayuda a mantener su autoestima. Se trata de una postura de antagonismo frente a cualquier intento de cambio lo que crea enormes dificultades contratransferenciales ya que para las pacientes el mundo se divide en «ansiosos rescatadores y enemigos resentidos» (Jessner, 1960). Las anoréxicas, principalmente, han recibido calificativos tales como «salvajes» (Gull, 1874); «perversas o manipulativas y engañadoras». Quizá estas características conducen a que muchos clínicos eviten y se opongan a la psicoterapia. Si el trabajo psíquico de las pacientes se ha volcado a la autodemostración de su capacidad para sostener un esfuerzo que genera una alta valoración, y en la necesidad de su reconocimiento por los otros, cualquier desvío puede considerarse fatal y bien vale redoblar los esfuerzos. Los grupos de anoréxicas han sido dejados de lado por muchos terapeutas al comprobar que las

chicas lejos de potenciarse unas a otras en su afán de cambio, competían por ser aún más capaces de resistir las imposiciones hospitalarias.

De modo que si bien es necesario en todo plan terapéutico tender a la normalización de la ingesta y proveer información sobre los efectos de la desnutrición, esto deberá manejarse por medio de intervenciones que reconozcan la amenaza a la valoración de sí misma que conllevan, al sentimiento de pérdida de autoestima al someterse a un requerimiento exterior.

INTERPRETACIONES TRANSFERENCIALES

Lo mismo sucede con las interpretaciones transferenciales que pueden ser consideradas una suerte de intrusión, control excesivo o humillación. Bruch fue la primera en poner de manifiesto la dificultad de estas pacientes para cualquier interpretación transferencial, ya que es sentida como una forma del terapeuta de tener el control sobre ella, basada en la experiencia temprana de haber constituido un objeto narcisista para sus padres. Bruch modificaba su técnica de trabajo cambiando desde la tendencia interpretativa hacia la especularización y el entonamiento positivo de manera de conducir el proceso de la paciente hacia la autoexploración y autodefinición. Stern (1992) y Gedo (1979) preconizan un manejo no verbal, no interpretativo de la relación transferencial y la interpretación de los conflictos en las relaciones externas de la paciente hasta que se consolide la alianza terapéutica.

LA DIFICULTAD PARA ESTABLECER UNA ALIANZA TERAPÉUTICA MÁS O MENOS ESTABLE

Para muchas de estas pacientes la rivalidad y la competitividad erosiona todas sus relaciones, especialmente con mujeres, lo que se manifiesta específicamente en la competencia por la delgadez. Esto constituye el eje de su identidad. Pero la delgadez es un estado muy precario: una vez alcanzada todo la pone en peligro y la comparación con otras chicas, o con la

propia silueta que le devuelve el espejo o el contorno (en las pruebas que se utilizan para valorar la distorsión del esquema) es un método continuo de evaluar la capacidad en conseguir una meta fuera de lo corriente, es decir, salir airoso en la competencia.

La competitividad puede ser tan generalizada que todas las mujeres son valoradas de acuerdo a este parámetro. Se suelen quejar de que los médicos y terapeutas —ya sean hombres o mujeres— sólo quieren «cebarlas», «ponerlas como un cerdo», y la analista mujer como «otra mujer» ante la cual la paciente tiene que sentirse más delgada, será reprochada con una rudeza y hostilidad extra. El reproche es en parte una manera de poner a la analista a distancia de la central y dolorosísima preocupación que es su autovaloración, que desconoce en su extensión e importancia. Pelea por su delgadez en una desesperada y solitaria lucha contra el mundo —su familia, sus amigos/as, y su terapeuta. La desconfianza y reticencia es la regla y debemos entenderla como la extrema sensibilidad de la paciente para defender el ser la única que pone las reglas para la constitución de esa identidad tan ansiada y tan extraviada que persigue. Tolerar esta distancia y déficit de alianza, así como una infinita paciencia para esperar el momento de encuentro, sin reproches ni culpabilización por nuestra parte, son herramientas terapéuticas imprescindibles. Bruch sostiene que el objetivo fundamental es ayudar a estas chicas a encontrar un sentido propio para sí mismas y una autonomía que les permita darse cuenta de sus estados de ánimo e impulsos.

Cuanta inmunidad logre tener el/la terapeuta ante la presión sociocultural respecto a la delgadez es otra situación intersubjetiva que puede crear una barrera para la formación de la alianza, ya que la paciente puede sospechar que no será comprendida y que compartir sus más íntimos secretos y procedimientos sólo encontrarán el eco del ridículo y del rechazo de la/el analista. Es necesario estar muy

atenta —si se trata de una terapeuta mujer— a las reacciones contratransferenciales, si, efectivamente, está preocupada por su propio peso. Las pacientes observan no sólo su propio peso sino el de la terapeuta mujer quien, por sus propias angustias, puede intentar desviar la mirada que la convierte en foco de evaluación.

Bibliografía

- ALESSI, N. E.; KRAHN, D.; BREHM, D., y WITTEKINDT, J. (1989): «Prepubertal anorexia nervosa and major depressive disorder», *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 28(3), pp. 380-384.
- BEMPORAD, J.; RATEY, J.; O'DRISCOLL, G., y DAELHER, M. (1988): «Hysteria, anorexia and the culture of self-denial», *Psychiatry*, 51, pp. 96-102.
- BLINDER, B. (1992): «Trastornos de la alimentación», en *Síntomas gastrointestinales. Interpretación clínica*, J. B. y W. Haubrich (comp.), Barcelona, Áncora.
- BLITZER, J.; ROLLINGS, N., y BLACKWELL, A. (1961): «Children who starve themselves: anorexia nervosa», *Psychosom. Med.*, 23, p. 369.
- Blos, P. (1957): «Preoedipal factors in the etiology of female delinquency», en *The Psychoanalytic Study of the Child*, 12, pp. 229-249.
- (1970): *Los comienzos de la adolescencia*, Buenos Aires, Amorrortu.
- BUNNELL, D.; SHENKER, I.; NUSSBAUM, M.; JACOBSON, M., y COOPER, P. (1990): «Subclinical versus formal eating disorders: differentiating psychological features», *Int. J. Eating Disorders*, 9, pp. 239-252.
- CHINCHILLA, A. (1994): «Revisión histórica de la anorexia y bulimia», en *Anorexia y bulimia nerviosa*, A. Chinchilla (comp.), Madrid, Ergón.
- DEUTSCH, F. (1940): «Anorexia Nervosa: a Psychosomatic Entity», *Psychosom. Med.*, 2.
- DEUTSCH, H. (1930): «The significance of masochism in the mental life of women», *Int. J. Psychoanal.*, 11, pp. 48-60.
- (1944): «Feminine masochism», en *The Psychology of Women: A Psychoanalytic Interpretation*, New York, Grune and Stratton.
- DEVEREUX, G. (1980): «Female juvenile sex delinquency in a puritanical society», en *Basic problems of ethnopsychiatry*, Chicago, University of Chicago Press.
- DIO BLEICHMAR, E. (1994): «La femme provocatrice: une théorie sexuelle infantile (les effets du regard sexuel de l'adulte sur la subjectivité de la petite fille)», en *Colloque International de Psychanalyse*, Jean Laplanche, Collaborateurs (comp.), Paris, P.U.F.
- (1997): *La sexualidad femenina de la niña a la mujer*, Barcelona, Paidós.
- (1999): *Género, desarrollo psicosexual y trastornos de la imagen: bases para una acción social y educativa*, Memoria de investigación, Instituto de la

- Mujer, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Madrid.
- EYRE, D. (1991): «Therapy with a sexually abused woman», *International Journal of Psycho-Analysis*, 72, pp. 403-415.
- FAST, I. (1978): «Development of gender identity: The original matrix», *Int. Rev. Psychoanal.*, 5, pp. 265-273.
- (1979): «Development in gender identity: gender differentiation in girls», *Int. J. Psychoanal.*, 60, pp. 441-453.
- FISCHER, N. (1989): «Anorexia nervosa and unresolved rapprochement conflicts. A case study», *Int. J. Psycho-Anal.*, 70, pp. 41-54.
- FREUD, S. (1925): «Algunas consecuencias psíquicas de la diferencia anatómica entre los sexos», *Obras Completas*, vol. XIX, Buenos Aires, Amorrortu, 1979.
- FRIEDLANDER, M. L., y SIEGEL, S. M. (1990): «Separation-individuation difficulties and cognitive-behavioral indicators of eating disorders among college woman», *Journal of Counseling Psychology*, 37(1), pp. 74-78.
- GARNER, D.; OLMSTED, M., y POLIVY, J. (1983): «Development and validation of a multidimensional inventory for anorexia nervosa and bulimia», *Int. J. Eating Disorders*, 2, pp. 15-34.
- GEDO, J. (1979): «Beyond Interpretation», *International Universities Press*, New York.
- GOLDNER, E.; SRIKAMESWARAN, S.; SCHROEDER, M., LIVESLEY, W., y BIRMINGHAM, C. (1999): «Dimensional assessment of personality pathology in patients with eating disorders», *Psychiatry*, 85, pp. 151-159.
- GORDON, C. (1989): «The parents relationship and the child's illness in anorexia nervosa», *Journal of the American Academy of Psychoanalysis*, 17(1), pp. 29-42.
- GULL, W. (1874): «Anorexia Nervosa (Apepsia hysterica, Anorexia hysterica)», *Transact. Clin. Soc.*, London, 7, pp. 22-28.
- HALL, A.; LEIBRICH, J.; WALKEY, F., y WELCH, G. (1986): «Investigation of "weight pathology" of 58 mothers of anorexia nervosa patients and 204 mothers of schoolgirls», *Psychological Medicine*, 16, pp. 71-76.
- JACOBSON, E. (1976): «Ways of female superego formation and female castration conflict», *Psychoanalytic Q.*, 45, pp. 525-538.
- JEAMMET, P. (1991): «Dysrégulations narcissiques et objectales dans la boulimie», *Monographies de la «Revue Française de Psychanalyse»*, La boulimie, pp. 81-104.
- KALUCY, R. S.; CRISP, A. H., y HARDING, B. (1977): «A study of 56 families with anorexia nervosa», *Br. J. Med. Psychol.*, 50, pp. 381-395.
- KAPLAN, E. (1976): «Manifestations of aggression in latency and pre-adolescent girls», *Psychoanal. Study Child*, 31, pp. 41-50.
- KESTENBERG (1968): «Outside and inside, male and female», *J. Amer. Psychoanal. Assn.*, 16, pp. 457-520.
- (1956): «Vicissitudes of female sexuality», *J. Amer. Psychoanal. Assn.*, 4, pp. 453-476.
- (1961): «Menarche», en *Adolescents: Psychoanalytic Approach to Problems and Therapy*, S. L. a. H. Schneer (comp.), New York, Hoeber Press.
- KEYS, A.; BROZEK, J.; HENSCHEL, A.; MICKELSEN, O., y TAYLOR, H. (1950): *The Biology of Human Starvation*, Minneapolis, University of Minnesota Press.
- KOFF, E.; RIERDAN, J., y JACOBSON, S. (1981): «The personal and interpersonal significance of menarche», *J. Amer. Acad. Child Psychiatry*, 20, pp. 148-158.
- LASÈGUE, C. (1873): «De l'anorexie hystérique», *Archives Générales de Médecine*, 21, pp. 385-403.
- MAHLER, M. (1981): «Aggression in the service of separation individuation», *Psychoanal. Q.*, 50, pp. 625-638.
- MARTÍNEZ BENLLOCH, I.; BONILLA CAMPOS, A.; DIO BLEICHMAR, E.; PASTOR CARBALLO, R.; SANTAMARINA, C., y TUBERT, S. (1999): *Género, desarrollo psicosexual y trastornos de la imagen: bases para una acción social y educativa*, Memoria de investigación, Instituto de la Mujer, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Madrid.
- NAGERA, H. (1975): *Female Sexuality and the Oedipus Complex*, New York, Jason Aronson.
- PROBST, M.; VANDEREYCKEN, W.; VANDERLINDEN, J., y VAN COPPENOLLE, H. (1998): «The significance of body size estimation in eating disorders: its relationship with clinical and psychological variables», *Int. J. Eat. Disord.*, 24, pp. 167-174.
- REDA, M. (1997): «Anorexia y Santidad en Santa Catalina de Siena», *Revista de Psicoterapia*, VIII (30/31), pp. 153-160.
- RIERDAN, J., y KOFF, E. (1980): «The psychological impact of menarche», *Journal of Youth Adolescence*, 9, pp. 49-58.
- RISEN, S. (1982): «The psychoanalytic treatment of an adolescent with anorexia nervosa», *Psychoanal. St. Child*, 37, pp. 433-439.
- RUIZ LÁZARO, P. (1999): «Trastornos alimentarios en varones», *Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil*, 3/99, pp. 361-365.
- SARLIN, C. (1970): «The current status of the concept of genital primacy», *J. Amer. Psychoanal. Assn.*, 18, pp. 285-299.
- SELVINI PALAZZOLI, M.; CIRILLO, S.; SELVINI, M., y SORENTINO, A. M. (1999): *Muchachas anoréxicas y bulímicas*, Barcelona, Paidós.
- SOURS, J. (1980): «Starving to Death in a Sea of Objects», *The Anorexia Nervosa Syndrome*, New York, Aronson.
- STERN, D. (1992): «The opposing currents technique: For eating disorders and other false self problems 1», *Contemp. Psychoanal.*, 28, pp. 594-615.
- STOLLER, R. (1970): «Pornography and perversion», *Arch Gen. Psychiat.*, 22, pp. 490-499.
- STRAUSS, J., y RYAN, R. M. (1987): «Autonomy disturbances in subtypes of anorexia nervosa», *Journal of Abnormal Psychology*, 96(3), pp. 254-258.
- THIEL, A.; BROOKS, A.; OHLMEIER, M.; JACOBY, G., y SCHÜBLER, G. (1995): «Obsessive-Compulsive Disorder Among Patients with Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa», *Am. J. Psychiatry*, 152, pp. 72-75.
- TUBERT, S. (1999): *Género, desarrollo psicosexual y trastornos de la imagen: bases para una acción social y educativa*, Memoria de investigación, Instituto

- de la Mujer, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Madrid.
- VANDEREYCKEN, W.; DEPREITERE, L., y PROBST, M. (1987): «Body-oriented therapy for anorexia nervosa patients», *American Journal of Psychotherapy*, XLI (2), pp. 252-505.
- WALTERS, E., y KENDLER, K. (1995): «Anorexia Nervosa and Anorexic-Like Syndromes in a Population-Based Female Twin Sample», *Am. J. Psychiatry*, 152, pp. 64-71.
- WILSON, P.; HOGAN, C., y MINTZ, I. comp. (1983): *Fear of Being Fat. The Treatment of Anorexia Nervosa and Bulimia*, New York/London, Jason Aronson.
- WILLIAMS, G. (1997): «Reflections on some dynamics of eating disorders: "no entry" defences and foreign bodies», *Int. J. Psycho-Anal.*, 78, pp. 927-941.
- WOODSIDE, D. B.; SCHEKTER WOLFSON, L. F. (1990): «Parenting by patients with anorexia nervosa and bulimia nervosa», *International Journal of Eating Disorders*, 9(3), pp. 303-309.
- YOUNG-BRUEHL, E. (1993): «On feminism and psychoanalysis—In the case of anorexia nervosa», *Psychoanalytic Psychology*, 10, pp. 317-330.
- ZONIS DE ZUKERFELD, R. (1996): «Trastornos de la alimentación: Alexitimia, Imagen corporal y tercera tópica», *Fundamh*, 8, pp. 21-27.