



UNIVERSIDAD NACIONAL DE ROSARIO
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

Trabajo Integrador Final
Investigación bibliográfica

Psicopatología en mujeres
Diagnóstico y padecimiento en trastornos de ansiedad
y trastornos depresivos

Estudiante: Restovich, Sofía

Legajo: R-5639/1

DNI: 41159751

Docente Responsable: Ps. Ratti, Alejandra

-2024-

“Las mujeres han permanecido invisibles como seres diferentes en la Biología, en la Psicología y en la Psiquiatría. No se ha incluido en las investigaciones sobre salud, sobre patologías o sobre fármacos qué influencias tienen la cultura, las relaciones de poder y los estereotipos de género en la Salud Mental”.

Margarita Sáenz Herrero

Índice

1

Resumen y palabras claves.....2

Palabras claves.....	2
1. Introducción.....	3
1.1 Objetivos.....	5
2. Categorías de análisis.....	6
2.1. Psicopatología en mujeres.....	6
2.2. Criterios diagnósticos de la psicopatología actuales.....	8
3. Exposición del material.....	10
3.1 Una mirada desde el discurso médico-hegemónico ¿patriarcal?.....	10
3.2. Implicancias del género. Aportes desde el psicoanálisis.....	12
4. Análisis.....	16
4.1. Divergencias en el tratamiento de las diferencias.....	16
4.2. Herencia biológica, filogenética y cultural.....	17
5. Reflexiones finales.....	18
6. Referencias bibliográficas.....	20

Resumen:

En la presente investigación bibliográfica se exponen diversas respuestas al interrogante ¿Por qué las mujeres tienen mayor posibilidad de ser diagnosticadas y de

padecer trastorno de ansiedad o trastorno depresivo?, con el fin de reflexionar sobre padecimiento subjetivo y el diagnóstico psicopatológico en mujeres. Se desarrolla una investigación médica-psiquiátrica realizada por la Asociación Americana de Psiquiatría titulada "Psychopathology in Women and Men: Focus on Female Hormones", en donde se analizan los efectos neuroendocrinos que tienen los esteroides gonadales en la subjetividad femenina. Por otro lado, se estudian diferentes propuestas realizadas por psicoanalistas argentinas sobre el desarrollo subjetivo de la mujer, y qué relación tiene este con su posible padecimiento psíquico, entre ellas se destacan Irene Meler, Mabel Burin y Emilce Dio Bleichmar.

Palabras claves: Psicopatología - mujeres - Trastorno de ansiedad - Trastorno depresivo - Psicoanálisis

La psicopatología es una ciencia que tiene como objetivo comprender los trastornos mentales, incluyendo su clasificación y diagnóstico. Para ello, tanto psicólogos como psiquiatras de diversos países se basan en un sistema de categorías diagnósticas y clasificación de trastornos y patologías psicológicas desarrollada por la Asociación Americana de Psiquiatría (APA) con el nombre de Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM). En el año 1952 se hizo público su primer sistema taxonómico de enfermedades mentales, el DSM-I, abriéndose una época nueva en el campo de la psicopatología. Actualmente está en vigencia su quinta edición (DSM-5) publicada en 2013.

El DSM-5 se utiliza como base común para la investigación en el campo de la Salud Mental. Si bien las investigaciones sobre salud mental son recientes, y más aún los análisis que incluyan y diferencien la salud mental entre géneros; estudios de carácter epidemiológico en Estados Unidos, España y recientemente en Argentina han arrojado diferentes porcentajes de diagnóstico de Trastorno de Ansiedad y Trastorno Depresivo en hombres y mujeres, siendo las últimas mayormente afectadas (Stagnaro, 2018).

Ya en la década de 1980 en Estados Unidos, la Encuesta Nacional de Comorbilidad demostró que las mujeres experimentan tasas excesivas de ansiedad y depresión. En el año 2000 un informe publicado por la Organización mundial de la Salud (OMS) titulado "Género y Salud Mental de las mujeres" demostró que la tasa de trastornos mentales como depresión, ansiedad, alteraciones psicológicas y quejas somáticas surge el doble en mujeres que en hombres. Dentro de esta prevalencia, la depresión de la mujer conlleva episodios depresivos más largos, las recidivas son más frecuentes y hay una mayor cronicidad del mismo (OMS, 2001). Como consecuencia, se advierte de una mayor frecuencia de prescripción de psicofármacos a las mujeres. En España, en el año 2017 se ubicó en primer lugar el consumo de benzodiazepinas en mujeres. En nuestro país, encuestas realizadas en 2018 arrojaron como resultado que las mujeres argentinas tienen un 85% más de probabilidades de padecer trastornos de ansiedad que los hombres (Matud Aznar, García Pérez y Bethencourt Pérez, 2017).

Desde la práctica Psi es inevitable observar estos porcentajes sin preguntarse por su etiología, por el porqué de la diferencia de padecimiento y diagnóstico entre hombres y mujeres en dichas psicopatologías. No solo como mero interrogante, sino como problemática de la salud, específicamente de la salud mental y de cuestiones de género.

La presente investigación bibliografía se escribirá a modo de tesis panorámica; proponiendo explorar diversas respuestas a dicha problemática basadas en diferentes fundamentos teóricos-epistemológicos, con el propósito de exponer algunas aproximaciones que nos conduzcan a conformar una postura crítica respecto a la etiología, el diagnóstico y el tratamiento de trastornos de ansiedad y trastornos depresivo en mujeres. Sin dejar de considerar aportes de la medicina, la psiquiatría y la sociología, la finalidad de este escrito es procurar una mirada psicológica al respecto.

Para ello se desarrollarán dos posicionamientos respecto a la pregunta inicial: ¿Por qué las mujeres tienen mayor posibilidad de ser diagnosticadas y de padecer trastorno de ansiedad o trastorno depresivo? Desde una perspectiva biologicista, se tomará la investigación "Psychopathology in Women and Men: Focus on Female Hormones" (1997) llevada a cabo por la Asociación Americana de Psiquiatría, a cargo de María V. Seeman, centrada en los efectos neuroendocrinos de los esteroides gonadales en la psicopatología. Cabe destacar que la Asociación Americana de Psiquiatría es la misma entidad que desarrolla el DSM, por lo cual se entrevistó una posición psicopatologizante.

Teniendo en cuenta el enfoque psicoanalítico se tomará a diferentes psicoanalistas argentinas, principalmente las investigaciones compiladas por Mabel Burin y Emilce Dio Bleichmar en *Género, psicoanálisis y subjetividad* (1996); allí se analizan los entrecruzamientos entre la psicopatología, los feminismos y el psicoanálisis. También se

tendrá en consideración los aportes realizados por Mabel Burin en *Género y Psicoanálisis: subjetividades femeninas vulnerables* (1996), donde la autora estudia cómo los factores de la cultura patriarcal, incluyendo sus normas y valores influyen en la subjetividad de la mujer, y cómo ciertos factores opresivos constituyen modos de vida enfermantes para ellas.

Ambas perspectivas proponen una respuesta a la pregunta planteada, desde distintos marcos teóricos, razón por la cual es conveniente indagarlos.

1.1 Objetivos

Objetivo general:

- Analizar dos respuestas a la pregunta por la causa de un aumento exponencial en la cantidad de diagnósticos psicopatológicos en mujeres.

Objetivos específicos:

- Indagar la psicopatología en las mujeres desde el siglo IV a.C en adelante.
 - Explorar una investigación médica/psiquiátrica e investigaciones psicoanalíticas con perspectiva de género que proponen una respuesta a los diagnósticos psicopatológicos en mujeres.
- Reflexionar acerca del padecimiento subjetivo y el diagnóstico psicopatológico desde una perspectiva de género.

2. Categorías de análisis**2.1. Psicopatología en mujeres**

El estudio de la conducta normal-anormal ha sido una constante histórica en todas

partes del mundo; aunque no es hasta finales del siglo XIX cuando surge en el campo de las ciencias una disciplina formal dedicada al estudio científico de tales comportamientos. En la actualidad, se considera a la psicopatología como una ciencia que tiene el objetivo de comprender los trastornos mentales, incluyendo su clasificación y diagnóstico (Ruiz, 2020).

Sin embargo, ¿qué son los trastornos mentales? En cada época y contexto cultural se han formulado diferentes respuestas sobre el comportamiento anormal, “la locura”. Desde el chamanismo hasta la farmacología actual, han sido muchas las definiciones dadas para este concepto. En este trabajo no se pretende hacer una historización de la psiquiatría o de la psicología, sin embargo la psicopatología sienta sus raíces en ambos campos (Domenech, 1991).

El siguiente recorrido es desarrollado para comprender la complejidad del estudio de la patología mental a lo largo de los años, su diversidad de enfoques y cómo fue utilizada como herramienta de subordinación hacia las mujeres. “Las mujeres han sido históricamente calificadas de *inferiores mentales, locas o enajenadas mentales*, como consecuencia de un patriarcado existente en la medicina y ciencias afines más que de un saber científico [las cursivas son nuestras]” (Ortega Ruiz, 2011, p. 208).

En los siglos IV y V a.C en la cultura greco-romana se creía en la existencia de un pensamiento mágico, en donde una posesión demoníaca jugaba un papel esencial en la explicación de la locura. La concepción demonológica se contrapuso con los pensamientos de Hipócrates (460-377 a.C.), quien consideraba a la medicina como un conocimiento inductivo. A su vez, el médico griego planteó que tanto las enfermedades físicas como los trastornos mentales eran causados por una alteración anatómica; hizo la primera clasificación de los trastornos mentales al dividirlos en manía, melancolía y frenitis. “Con ello, el concepto de locura sufrió un cambio radical, ya que pasó de ser considerada como una maldición o imposición divina a conceptualizarse como una enfermedad” (Belloch, 2008, p.28). El origen de la medicina occidental se sitúa en Grecia debido a los aportes de Hipócrates.

Ya desde la antigüedad la histeria, *hysteron* (útero, en griego) fue una patología predominantemente asociada a las mujeres. Los médicos consideraban que las enfermedades femeninas eran producidas desde el útero; su teoría del “Útero Errante” consiste en suponer que dicho órgano se movilizaba por todo el cuerpo aplastando a los demás. Como tratamiento médico, se limitaba a “alimentar” al Útero con toda clase de sustancias para que éste volviera a su lugar o casar de forma inmediata a aquella mujer que fuese virgen e incluso a la que había enviudado.

Durante la edad media, que comprende desde el siglo V al XV, en la Europa cristiana la Iglesia se convirtió en la institución legal y social más importante por lo que se consideraba a la conducta desviada como una acción contra Dios provocada por el demonio. Siguiendo a Ruiz (2020), hay dos hitos históricos: comienzan a fundarse centros hospitalarios que acogían personas padecientes de trastornos mentales; y surge un fenómeno inigualable en la historia de las mujeres, la persecución de brujas.

La imagen del caballero con su armadura, el símbolo del ascenso, y de la bruja negra como símbolo de la depravación encarna el odio «sexocida» hacia la mujer... [puesto que] el caballero es siempre un hombre [y la] bruja es siempre una mujer en todos los cuentos de hadas y las mitologías de la historia (Chesler, 2019, p.232).

La vida de las mujeres se estructuraba en sus roles de esposa y madre, irremediablemente ligada a un varón: padre, esposo, hermano. Por ende, aquellas

se dejan influenciar por el Diablo.

En *Mujeres y locura*, Phillips Chesler (2019) señala diferentes especulaciones acerca de este hecho histórico; los perseguidores eran hombres poderosos, pertenecientes a la iglesia católica que rechazaron en labor de parteras, curanderas, o mujeres que tenían conocimientos sobre medicina herbal. Otra teoría es que dichas mujeres vivían solas o en grupo con otras mujeres, contaban con propiedades o riquezas y no estaban bajo el control de ningún hombre; realizaban prácticas sexuales prohibidas como masturbación, lesbianismo o sexo pagano en grupo. Chesler (2011) sostiene que “los psiquiatras y los inquisidores comparten ciertas ideas acerca de las mujeres-brujas: puesto que no son hombres, son enigmáticas y, en consecuencia, peligrosas” (p. 235).

En los siglos XVII y XVIII, la Ilustración supone el comienzo de la medicina moderna, y con ella, el intento de dar explicaciones menos axiomáticas a las alteraciones mentales. Thomas Sydenham (1624-1689), médico inglés, comenzó a observar sistemáticamente a sus pacientes para dictaminar síntomas, y posteriormente, agrupaciones, síntomas o síndromes. Inauguró lo que hoy se conoce como enfoque clínico moderno en medicina. Si la razón ocupaba un lugar privilegiado, quien estaba *loco*, quien no razonaba, debía ser ocultado. Los manicomios adquieren un carácter represivo y defensivo; las familias ocultaban allí a quienes padecen una enfermedad mental por lo que cada vez se van saturando más de enfermos que eran tratados de manera inhumana (Domenech, 1991). Los manicomios estaban en su gran mayoría poblado por mujeres encerradas por sus familias o maridos, principalmente por no *respetar* o llevar una vida de acuerdo a las normas sociales de la época.

Durante el siglo XVII se producen grandes avances en los conocimientos anatómicos y fisiológicos del organismo dando lugar a teorías anatomopatológicas de la locura encabezadas por sus precursores, como el doctor Willis (1621-1675), que califica a las enfermedades mentales como enfermedades nerviosas o neurosis. Sin embargo, durante todo el siglo la consideración de la locura como enfermedad fue intermitente y la concepción demonológica de la Edad Media seguía en parte vigente. Hacia fines del siglo XVIII surgen los grandes alienistas franceses, fundamentalmente Pinel (1745-1826), defensor del tratamiento moral y Esquirol (1772-1840), partidario de una psiquiatría más científica, consideraba el asilo como el arma más poderosa contra la enfermedad mental. Ambos propugnan un trato más humano a los locos. Pinel colabora en proporcionar un mayor refinamiento en las ideas y una mayor claridad conceptual en psicopatología. Desde su trabajo hay un principal interés en sistematizar y ordenar las clasificaciones según nociones empíricas (Domenech, 1991).

En el siglo XIX se acrecienta la idea de que las enfermedades mentales son causadas por anomalías en el cerebro. “Un clima propicio para este tipo de afirmaciones es la avalancha de descubrimientos neuroanatómicos de la época: Wernicke, Jackson, Korsakof” (Santos Ruiz et al. 2020, p.13). Entre los aportes de esta época se destaca el psiquiatra Emil Kraepelin (1855-1926), debido a que elaboró una clasificación de las enfermedades mentales basándose en las manifestaciones clínicas y no en las causas, ya que estas no estaban esclarecidas. De esta manera era posible pensar un diagnóstico común en pacientes de similares alteraciones.

En este punto, bajo el saber/poder del médico neurólogo, las histéricas continúan siendo un misterio. La mujer, relegada a las tareas domésticas y de reproducción, presenta cada vez más síntomas que van desde parálisis a problemas respiratorios sin ninguna causa biológica aparente. Así es como, una vez más, dicha patología está relacionada con el útero, la posibilidad de reproducción y la sexualidad femenina. Su etiología es relacionada con la alteración nerviosa en los órganos genitales, es decir, frustración sexual; indicando diferentes tratamientos para relajar la zona que varían desde sahumadores, hidroterapias a “masajes pélvicos”. Si bien las terapias ayudaban a atenuar los síntomas, los médicos no lograron encontrar una cura para la histeria (Fernandez, 2014).

A finales del siglo surgen diferentes teorías psicológicas alternativas, con particular relevancia de Charcot (1825-1893), neurólogo interesado en el poder curativo de la hipnosis en los fenómenos histéricos; Breuer y Freud fueron sus discípulos. Con Freud se comienza a pensar un modelo explicativo que excluye lo orgánico para explicar lo psicopatológico. Además, comenzó a otorgarle mayor importancia a la historia del paciente que a la historia de la enfermedad, saliéndose de la lógica manicomial para hacer énfasis en la relación médico-paciente. Los desarrollos psicoanalíticos en torno a la histeria merecen ser desarrollados en una siguiente investigación debido a su relevancia en la historia de la psicopatología femenina y en las concepciones psicoanalíticas sobre *la mujer*. (Ramos, 2000).

A finales de este siglo, algunos hospitales como por ejemplo la Salpêtrière, en Francia, mantenían a sus “locas” atadas y encadenadas; utilizando tratamientos como el electroshock, lobotomía, termoterapias de choque, entre otras. Gracias a los contactos entre disciplinas entre los siglos XIX y XX, como la medicina, fisiología, biología evolucionista y psicología, dentro de las ciencias naturales la psicopatología se abre como disciplina independiente. A su vez, se produce un estallido de escuelas que estudian la psicopatología: hasta los años 50 la orientación predominante en la psicología y en la psiquiatría fue el psicoanálisis freudiano.

Con la emergencia de los psicofármacos en 1953 se produce una gran transformación en la psicología, la psiquiatría y la psicopatología; promoviendo la desinstitucionalización de los años 70 y el inicio de una orientación marcadamente biologicista. Si los psicofármacos lograban reducir los síntomas de enfermedades psicopatológicas como la esquizofrenia, era de suma importancia la clasificación y descripción de dichas enfermedades para administrar el fármaco específico; tal como funcionaba hasta el momento la medicina. A partir de entonces las clasificaciones psiquiátricas que se utilizan hasta hoy en día, como el DSM cobran importancia ya que uno de sus principales intereses es unificar la nomenclatura de las enfermedades mentales a nivel mundial, distinguir un diagnóstico de otro para otorgar un tratamiento eficaz y proporcionar un lenguaje común entre profesionales (Mases, 2011).

Hoy en día la histeria no es considerada una categoría diagnóstica según el DSM, sin embargo continúa siendo un adjetivo negativo asociado a lo femenino. A su vez, se puede pensar que su eliminación del Manual solo encubre su consecuente reemplazo por nuevos diagnósticos asociados a lo femenino, como el Trastorno de Ansiedad y Trastorno depresivo. Entonces, ¿Con nuevos términos se continúa patologizando a las mujeres por cuestiones de género? Estos nuevos trastornos mayormente diagnosticados en mujeres, ¿Son utilizados para denigrar sin tener en cuenta la etiología de los mismos?

2.2. Criterios diagnósticos de la psicopatología actuales

Desde la publicación del DSM-I por parte de la Asociación Americana de Psiquiatría en 1952 hasta el DSM-V vigente desde 2013, los criterios diagnósticos en salud mental se han consolidado en una misma guía. Esto permite obtener tratamientos eficaces, proporcionar un lenguaje común entre profesionales y facilitar la investigación (Mases, 2011).

El DSM-5 se ha diseñado para satisfacer mejor la necesidad que tienen clínicos, pacientes, familias e investigadores de contar con una descripción clara y concisa de cada trastorno mental, organizada por criterios diagnósticos explícitos y complementada, cuando sea conveniente, con medidas dimensionales que crucen los límites diagnósticos, un breve resumen del diagnóstico, los factores de riesgo, las características asociadas, los avances

de la investigación y las diversas manifestaciones. (APA, 2013, p.6)

El DSM-5 se estructura en tres secciones principales. La Sección I se enfoca en proporcionar directrices para el uso clínico y forense del manual. La Sección II presenta

9

los criterios y códigos diagnósticos de los diferentes trastornos. Por último, la Sección III abarca medidas dimensionales para evaluar los síntomas. Entre sus clasificaciones se encuentran los trastornos de ansiedad, en los que se incluyen 11 subtipos; y los trastornos depresivos, que diferencia 5 subtipos. Son los profesionales, los que luego de evaluar los criterios diagnósticos, deciden el trastorno, y su correspondiente subtipo, es adecuado para el caso (APA, 2013).

Dentro de los subtipos de trastornos de ansiedad se encuentran la agorafobia, trastorno de ansiedad por separación, mutismo selectivo, fobia específica, trastorno de ansiedad social, trastorno de pánico, trastorno de ansiedad generalizada, inducido por sustancias/medicamentos, inducido por otra afección médica y trastorno de ansiedad especificado y sin especificar. Cada uno de ellos presenta sintomatología específica, sin embargo los más comunes son: sensación de nerviosismo, agitación o tensión; sensación de estar en peligro inminente, pánico o catástrofe; aumento de ritmo cardíaco, de la respiración, sudoración y temblores y problemas para concentrarse en algo diferente a la preocupación actual (APA, 2013).

En los Trastornos Depresivos se ubican los trastorno de desregulación destructiva del estado de ánimo, trastorno de depresión mayor, trastorno depresivo persistente, trastorno disfórico premenstrual que incluye el trastorno depresivo debido a otra afección médica o inducido por una sustancia/medicamento, y trastorno depresivo especificado y no especificado. Su principal sintomatología consiste en estados de ánimos deprimidos la mayor parte del día, disminución del interés o el placer, pérdida o aumento de peso, disminución o aumento del apetito, insomnio o hipersomnia, agitación o enlentecimiento sicomotor, fatiga y pérdida de energía, sentimientos de culpa excesiva que impiden concentrarse, pensamientos de muerte recurrentes e ideas de suicidio, entre otros (APA, 2013).

3. Exposición del material

3.1 Una mirada desde el discurso médico-hegemónico ¿patriarcal?

Desde los años 80 varios estudios relacionados al padecimiento, diagnóstico y tratamiento de los trastornos de ansiedad y los trastornos depresivos en hombres y mujeres han hecho hincapié en su diferente sintomatología y en cómo se presentan mayormente en las mujeres. Sin embargo, las investigaciones científicas continúan tomando como sujetos de experimentación a personas del sexo masculino, como se ha hecho en gran parte de la historia de la medicina, psiquiatría y psicología (Arenas y Puigcerver, 2009).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) señala la falta de atención hacia los determinantes específicos de cada sexo en la promoción de la salud mental y la resistencia al estrés (OMS, 2000). La diferenciación sexual, influenciada por factores genéticos y hormonales, abarca varios procesos, desde el sexo genético hasta los caracteres sexuales secundarios en la pubertad. En primer lugar se establece el sexo genético o cromosómico (XX-XY), luego el sexo gonadal (ovarios-testículos), posteriormente se desarrolla el fenotipo genital y en la pubertad se establecen los caracteres sexuales secundarios. Aunque las hormonas sexuales son cruciales en este desarrollo, su influencia perdura a lo largo de la vida. A pesar de la escasez de datos, se reconocen diferencias en la anatomía cerebral y neuroquímica, lo que puede afectar la etiología y el curso de los trastornos psiquiátricos (Arenas & Puigcerver, 2009).

La OMS se fijó dos objetivos primordiales en relación con este tema: recolectar

datos sobre la prevalencia y las causas de los problemas de salud mental en las mujeres, junto con los factores mediadores y protectores, y desarrollar e implementar medidas de salud que aborden las necesidades y preocupaciones específicas de las mujeres a lo largo de todas las etapas de la vida, desde la infancia hasta la vejez (OMS, 2001).

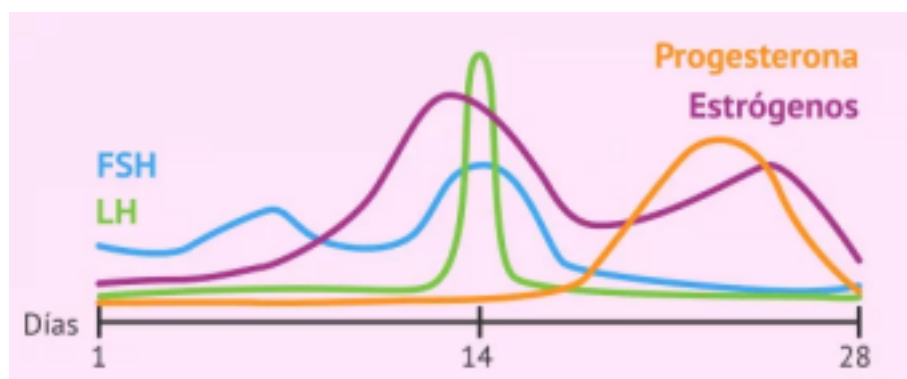
Un artículo publicado en *American Journal of Psychiatry*, revista oficial de American Psychiatric Association, revela datos epidemiológicos sobre los trastornos de ansiedad. Las mujeres son más propensas que los hombres a sufrir trastornos de ansiedad, específicamente la fobia es dos veces más común en mujeres mientras que la prevalencia de la fobia social a lo largo de la vida es del 2% para la población en general siendo el 70% de los afectados mujeres. Asimismo, el trastorno de pánico ocurre en 20 de cada 1.000 mujeres y en solo 8 de cada 1.000 hombres, con respecto a la agorafobia el porcentaje es de 8% a 3% y aumenta en mujeres en etapa premenstrual. El trastorno de ansiedad generalizada varía entre el 1%-2% en hombres, y entre el 2%-5% en mujeres (Seeman, 1997).

De igual manera, las fluctuaciones hormonales se han propuesto como posibles contribuyentes a la comprensión de la diferencia entre los sexos en los trastornos de ansiedad. Se expresa que las mujeres sufren de mayor ansiedad en el periodo premenstrual y durante el posparto.

Las mujeres se vuelven más ansiosas durante épocas de niveles relativamente bajos de estrógeno y progesterona circulantes. Los esteroides ováricos parecen actuar como ansiolíticos. Su abstinencia fisiológica periódica imita la abstinencia ansiolítica y podría ser responsable de que las mujeres, como grupo, sean más sensibles que los hombres a los efectos ansiogénicos del estrés inespecífico (Seeman, 1997, p.1644).

En la siguiente imagen se puede observar cómo los niveles de estrógeno y progesterona comienzan el ciclo menstrual en un estado basal y aumentan o disminuyen a favor de la ovulación. Es decir que en su disminución o estado basal se produce la abstinencia fisiológica de la que habla la autora de la investigación.

Figura 1:
Hormonas sexuales en el ciclo menstrual



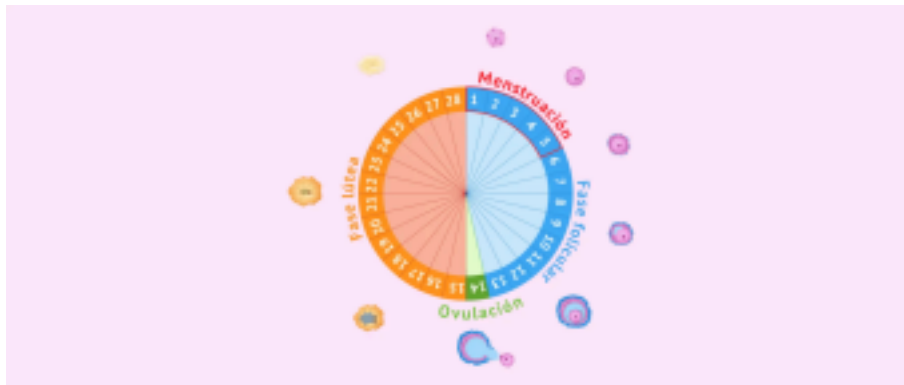
En concordancia con lo anterior, el DSM IV expresa que el trastorno disfórico premenstrual (TDPM), subtipo del trastorno depresivo, también conocido como síndrome premenstrual (SPM), es un conjunto de síntomas físicos, emocionales y conductuales que algunas personas experimentan antes de su menstruación. Estos se hallan relacionados con cambios en los niveles hormonales durante el ciclo menstrual, en donde el estrógeno aumenta considerablemente hasta aproximadamente el día 14 del ciclo para luego descender bruscamente permitiendo la ovulación dando paso al aumento de progesterona hasta aproximadamente el día 22, y luego disminuyendo para completar la fase lútea.

Entre los síntomas principales se encuentran: estados de ánimo deprimidos, desesperanza, ideas de autodesprecio, ansiedad y tensión (APA, 2013). Es posible observar que en esta ocasión la American Psychiatric Association sostiene una vez más dicha premisa.

En la siguiente imagen se visualizan las diferentes fases del ciclo menstrual que se relacionan con el aumento y disminución de las hormonas.

Figura 2:

Diferentes fases en el ciclo menstrual



Algo similar sucede en el trastorno depresivo persistente. Siguiendo a Seeman (1997), este subtipo de trastorno depresivo, también conocido como distimia, es dos veces más usual en mujeres adultas que en hombres adultos ya que hunde sus raíces en la adolescencia. En otras palabras, los niveles de estrógenos, que aumentan en la adolescencia y son responsables de los caracteres secundarios femeninos, también intervienen en otros niveles. Se relacionan directamente con el eje hipotalámico-pituitario-adrenal (eje HPA) que regula la respuesta al estrés, neutralizando los efectos de glucocorticoides como el cortisol si este se presenta de manera crónica o en grandes dosis. A su vez, la fluctuación hormonal normal (cíclica según el ciclo menstrual), patológica o inducida por el consumo de anticonceptivos hormonales, puede producir abstinencia recurrente de estrógeno interfiriendo en su capacidad de neutralizar los efectos indeseados. Siguiendo a Semman (1997), esta hipótesis se ajusta a la evidencia epidemiológica de que la alta prevalencia de estas enfermedades en las mujeres es

12

evidente sólo después de la pubertad y aumentan considerablemente después de la menopausia donde se produce una importante disminución de hormonas. En síntesis, los receptores hormonales están presentes en el cerebro desde la vida fetal, organizando circuitos cerebrales como el eje hipotalámico-pituitario-suprarrenal-gonadal, preparando el cuerpo para la pubertad y regulando el comportamiento sexual. Semman (1997) señala que es interesante que estos receptores se ubiquen en regiones del cerebro que median la cognición y el afecto, como los núcleos del tabique, el área de Broca, el hipocampo o cercanos a la amígdala. Este hecho, relacionado a la secreción clínica de hormonas (con sus aumentos y disminuciones) y la retirada casi total de ellas en la menopausia, puede explicar la vulnerabilidad de las mujeres a los trastornos depresivos y de ansiedad. Una pregunta interesante es ¿Qué sucede con las mujeres que consumen anticonceptivos hormonales combinados? En una investigación realizada en Argentina por el INDEC (2013), 51% de las mujeres entrevistadas entre 14 y 49 años utilizan pastillas anticonceptivas combinadas. Este tipo de anticonceptivos le otorga al cuerpo estrógeno y progesterona sintéticas para inhibir la ovulación, reduciendo el grosor del revestimiento uterino y alterando el fluido cervical. Si en estos casos ambas hormonas sexuales se mantienen altas, y solo disminuyen para producir el sangrado vaginal, siguiendo la hipótesis planteada ¿no deberían funcionar como ansiolíticos? Si no hay menstruación ¿no

estaría descartado el TDPM?

3.2. Implicancias del género. Aportes desde el psicoanálisis

Las mujeres como tema de estudio ha sido un punto nodal en el psicoanálisis desde sus comienzos, investigando sobre la etiología y cura de la histeria, patología específicamente femenina. Sin embargo, el psicoanálisis no escapa a las lógicas patriarcales. En Argentina, las instituciones psicoanalíticas no se han interesado en interrogar sus propias teorías a partir de los aportes realizados por estudios de la mujer y estudios de género; si lo han hecho diferentes profesionales frente a invisibles sexistas dentro de las ciencias humanas en general, y en el psicoanálisis en particular (Fernández, 1996).

A su vez, que las formas más institucionalizadas del psicoanálisis ignoren el diálogo teórico y práctico con las problemáticas de género no significa que no sea un tema actualmente discutido. Mabel Burin y Emilce Dio Bleichmar (1996) realizaron un compilado de escritos de psicoanalistas argentinas que investigaron el surgimiento y consolidación no solo del sexo, sino también del género, entendiéndolo como una categoría fundamentalmente psicológica. “Los psicoanalistas que incorporan el concepto de género a sus investigaciones van aportando un cuerpo de datos y de conocimientos que ponen a prueba propuestas psicoanalíticas del desarrollo que se repiten en una suerte de recurrencia intratextual” (p. 17).

Asimismo, señalan que este debate no es simplemente teórico, ya que muchos analizantes hombres y mujeres no pueden ser escuchados en sus sufrimientos de género en un marco psicoanalítico que carece de perspectiva de género. Fernández (1996) señala que “la teoría de la sexuación de este cuerpo doctrinal (psicoanálisis) conlleva un implícito de difícil desconstrucción: naturaliza el patriarcado, dando como un ya-dado inconsciente lo que es construcción histórico-social de significaciones imaginarias” (p.146).

El psicoanálisis tiende a considerar categorías conceptuales como universales y a-históricas: hombre, mujer, falo, inconsciente, Edipo. La posibilidad de pensar dichas categorías en relación con los dispositivos políticos-sociales que las sostienen permite abrir la inscripción histórico-social en la construcción de la subjetividad (Burin, 1996). Fernández (1996) denuncia que en los textos freudianos la sexualidad femenina es pensada como *lo mismo*, es decir, homologada a lo masculino o equivalente a menos, apostando a las analogías, comparaciones jerárquicas y oposiciones dicotómicas, perdiendo la positividad de la diferencia. “Al perder la positividad de lo otro, lo mismo se ha transformado en lo único” (p. 157).

13

Por otra parte, el psicoanálisis mantiene con la psicopatología una relación ambivalente. Freud ha realizado grandes aportes a la psicopatología desde sus inicios como neurólogo interesado en la etiología de las enfermedades mentales, hasta la teorización del inconsciente y sus diferentes mecanismos. Sin embargo, el psicoanálisis no se ajusta a un modo de clasificación como sí lo hace la psicología clínica, que se ve plasmado en el DSM. El primero sostiene una mirada crítica a los esfuerzos por categorizar las patologías mentales, objetando que se deja de lado la historia individual, los conflictos inconscientes y las relaciones personales, señala Irene Meler (1996). Esta psicoanalista argentina, señala que “el afán cognitivo por cercar, delimitar y solidificar categorías se desliza fácilmente hacia un objetivo normalizaste que, en última instancia, revela su carácter socialmente conservador” (p. 241). A su vez, señala que la flexibilidad y la potencialidad creativa ante situaciones de crisis resulta un insoslayable indicador de salud mental.

Teniendo en cuenta las mencionadas vicisitudes en las relaciones psicoanálisis-mujeres y psicoanálisis-psicopatología, diversas psicoanalistas argentinas

han investigado y teorizado sobre la magnitud de diagnósticos y padecimientos de trastornos de ansiedad y trastornos depresivos en mujeres.

Meler (1996) realiza grandes aportes para la construcción de una psicopatología con enfoque psicoanalítico y perspectiva de género. Se centra en estudiar la construcción de la subjetividad femenina vinculada a determinantes sociales y culturales, para así comprender las diversas formas de enfermar. Para la autora, las estructuras psicopatológicas y psicoanalíticas clásicas: neurosis, psicosis y perversión, deben ser sostenidas para evitar un vaciamiento teórico; por otra parte, propone considerarlas en conjunto con la construcción social del género y la personalidad sexuada del sujeto, interpretando sus mediaciones.

A su vez, Meler (1996) señala que los principales padecimientos de la subjetividad femenina son la histeria y la depresión: “la histeria, en sus diversas variantes, y la depresión constituyen la modalidad subjetiva que caracteriza a la feminidad, en función de la ubicación asignada a las mujeres durante la historia conocida de las sociedades humanas” (p. 247). Si bien la histeria no es una psicopatología presente en el DSM-IV, ya se manifestó la posible relación entre su omisión en la última edición del DSM y el aumento exponencial de diagnósticos de trastornos depresivos y trastornos de ansiedad.

Históricamente, se espera que cada persona actúe de manera determinada según su género asignado al nacer, y se impulsa esta idea mediante la socialización primaria repercutiendo en su ejercicio de la sexualidad y desempeño laboral. Así, se genera un cúmulo de expectativas, es decir, de proyectos identificatorios con los padres, según sea niña o varón. Estas experiencias tempranas tienen un valor significativo para el psicoanálisis, ya que se consideran como fundamentales en la estructuración del aparato psíquico.

Partiendo de las ideas de Freud acerca del surgimiento de la subjetividad femenina, se señala que no se busca definir qué es la mujer, sino más bien investigar cómo esta se desarrolla a partir del niño con disposición bisexual lo que condujo a Freud (2001) a teorizar sobre el complejo de Edipo en niñas y niños.¹

¹ En la fase pre edípica, tanto niña como niño sienten una gran inclinación a su madre, ya que es quien realiza las tareas de cuidado hacia ellos, tomándola como primer objeto de amor. En un segundo momento, en la fase fálica, el único órgano que importa para ambos sexos es el falo (primacía fálica), la niña se comporta como un pequeño varoncito en la cual el clítoris es la zona erógena rectora. Sin embargo, la diferencia anatómica se hace evidente y contradice dicho supuesto, si bien por un tiempo las niñas creen que “ya crecerá” o “solo es un pene más pequeño” prontamente la niña cambia de objeto amoroso por desilusión. Dice Freud (2001): “la diferencia anatómica no puede menos que imprimirse en consecuencias psíquicas” (p. 115). La niña se siente castrada al igual que su progenitora, y se acerca al padre en busca de ese falo que la madre no tiene. En este punto, Freud señala el complejo de castración femenino y la entrada al complejo de Edipo, e indica que en una ecuación simbólica el falo transmuta de pene a niño, y así la niña queda en una posición de espera inconsciente de un pene-niño por parte del padre. Dicha posición pasiva constituye la base en su futura función sexual. El descubrimiento de su castración y el engaño de la madre fálica marcaron un punto de viraje en el desarrollo infantil de la niña. A partir de ello, Freud (2001) delimita tres orientaciones

Meler (1996) toma la agorafobia, subtipo del trastorno de ansiedad en el DSM IV, descrita por Freud como temor a involucrarse en situaciones tentadoras de índole sexual, para pensar el origen de dicha patología en mujeres. Desde su experiencia clínica, la autora observa que las mujeres con agorafobia a menudo reflejan la perspectiva freudiana. Un punto común entre ellas es una crianza severamente represiva en hogares tradicionales, donde el entorno urbano y social fuera del hogar no era habitual para las mujeres. Estas pacientes mantienen una fuerte identificación con sus madres y suelen experimentar distancia o desdén hacia sus padres.

Posiblemente, ésa sea la clave que explica por qué las ancestrales prescripciones reguladoras de la sexualidad de las mujeres se encaminan en estos casos con tal nivel de literalidad. Efectivamente, esta sintomatología condensa más que ninguna otra la historia

secular de un proceso que Ana María Fernández (1993) denominó “pasivización de la sexualidad de las mujeres” (Meler, 1996, p.260).

La teoría de Meler sostiene que muchas mujeres no han podido cuestionar este mandato, lo que las lleva a enfermar. Para poder impugnar esta imposición se requiere cierto grado de masculinidad. Sin embargo, estas pacientes no han logrado incorporarlo mediante la identificación con el padre, que juega un papel crucial en el desarrollo de la sexualidad, así como en el desarrollo social y laboral, que a menudo implican rasgos masculinos prominentes.

¿Qué sucede con las mujeres que transitan su vida siendo masculinas, es decir, teniendo una vida sexual, social y laboral activa? Retomado los tres destinos del Edipo femenino propuesto por Freud, la inhibición podría corresponder con las agorafóbicas y la vuelta hacia la masculinidad se relaciona con estas mujeres que no siguen los mandatos tradicionales femeninos de pasividad; denominada en psicoanálisis histeria fálico-narcisista (Meler, 1996). Meler, basándose en su experiencia clínica, sostiene que estas mujeres de aspectos viriles no se sienten como *verdaderas mujeres*, resultando excluidas de la feminidad cultural. Rechazan las identificaciones que se relacionan con una posición devaluada, ya sean aspectos familiares o sociales, siendo que algunas representaciones con el padre excluyen identificaciones con la madre. Puede suceder que esta madre sea desjerarquizada o fálica.

La histeria fálico-narcisista se identifica con un padre amado y valorado a pesar del conflicto que a veces lo enfrenta con la hija. La acusación básica hacia el padre es haber contribuido al destino descalificado de la madre. (...) La identificación con el rol sexual del padre, que como en todos los casos forma parte del repertorio identificatorio de ningún modo aparece en primer plano. La envidia fálica no se refiere al goce erógeno que se supone en la madre, sino a un goce sublimado relacionado con la consagración narcisista. (Meler, 1996, p.253)

Entonces, aun cumpliendo con sus deseos viriles de poder y autonomía, presentan sintomatología de angustia e incomodidad por no poder cumplir con los mandatos femeninos. Así, todo el tiempo se presenta la lucha entre la identificación masculina y la asunción del rol socialmente femenino. Un ejemplo clínico que presenta Meler (1996) es el de una mujer que quiere comprar un auto lujoso -posición viril-, pero no lo hace porque no sería cómodo para llevar a sus padres de vacaciones, como hace una buena hija.

De manera similar, Mabel Burin (1995) estudia la depresión en mujeres de mediana edad. Propone pensar a la depresión como una construcción dinámica del malestar femenino para comprender los sentidos que lo construyen, principalmente teniendo en cuenta las condiciones de su vida cotidiana. Para la autora, la salud mental se construye, al igual que la patología; y lleva consigo la impronta de los procesos históricos, sociales, y económicos como los lugares que culturalmente fueron asignados para mujeres: la maternidad, el cuidado, los afectos, el ámbito doméstico. Basándose en su desempeño en

posibles: la inhibición sexual o neurosis, la alteración del carácter o complejo de masculinidad y por último, la feminidad normal.

15

la clínica, la autora señala que la asunción de dichos roles generan cada vez más las condiciones de malestar psíquico, ya que no cuentan con el valor, sentido social y cultural que tuvieron anteriormente. Algo similar sucede con las mujeres que se encuentran sin una motivación cuando sus hijos crecen, se sienten excluidas de sus roles de madres que han guiado su vida por mucho tiempo, suele llamarse “neurosis del ama de casa” o “síndrome del nido vacío” (Burin, 1995).

Asimismo, ¿qué sucede con las mujeres que han decidido no seguir los roles de género femeninos y dedicarse a su vida laboral? Burin (2008) toma de la sociología el

concepto de *techo de cristal*, descrito como la superficie superior invisible en la carrera laboral de las mujeres que les impide seguir avanzando; este límite no tiene significación aparente más que el simple hecho de ser mujeres. Para la autora, el techo de cristal se gesta en las mujeres en la temprana infancia, adquiere una dimensión más relevante a partir de la pubertad y se pueden observar sus efectos ulteriores sobre la salud mental y los modos de enfermar en mujeres adultas. Dentro de las principales consecuencias se encuentran los efectos depresógenos.

Burin (2011) utiliza el término “laberinto de cristal” para ilustrar lo que sucede con la trayectoria de las mujeres que tiene una triple carga de trabajo: el trabajo productivo: remunerado; el trabajo reproductivo: la maternidad y el trabajo de cuidados: que incluye ocuparse de familiares enfermos, con discapacidad. Sus itinerarios involucran varios puntos de entrada y salida, viendo por el cristal a otras mujeres en su misma situación. A diferencia del techo de cristal, donde lo que se busca es un ascenso unidireccional hacia un punto exitoso, el laberinto pone énfasis en las trayectorias, en las marchas y contramarchas, avances y retrocesos, más que en un punto de llegada. Sin embargo, estos modos de vivir producen sentimientos de confusión y perplejidad a causa de la ambigüedad relacionada con la doble presencia, es decir, el desempeño simultáneo en el ámbito privado de la esfera familiar y en el ámbito público del trabajo. También se desarrollan estados depresivos, que incluyen autorreproches, inutilidad, autculpabilidad, tristeza y desesperanza que suelen llevar a una detención en su desarrollo laboral

Las mujeres deben pagar un precio elevado si desean sostener simultáneamente deseos que en apariencia son contradictorios: deseos de prestigio, de reconocimiento social y de ocupar posiciones de liderazgo en el ámbito público, a la vez que deseos maternos y de crianza de sus hijos e hijas en la intimidad familiar (Burin, 2008, p.86)

En los tres casos mencionados, la depresión es una de las salidas más frecuentes. ¿Será el único destino que enfrentan las mujeres? Estos conflictos dejan sus marcas en la construcción de la subjetividad, en los modos de desear, de sentir y de pensar de las mujeres, y en la posibilidad de formar familias y de tener hijos e hijas.

4. Análisis

4.1. Divergencias en el tratamiento de las diferencias

Es imprescindible tener en cuenta la relación que tiene cada uno de estos enfoques

con el DSM para poder comprender sus aproximaciones y discrepancias. Mientras que la American Psychiatric Association (APA) se ocupa de promover la salud mental mediante la educación, investigación y defensa de estándares éticos y clínicos en la práctica psiquiátrica, también desarrolla y actualiza el DSM, herramienta crucial para la clasificación y el diagnóstico de trastornos mentales en gran parte del mundo (APA, 2013).

En cambio, los psicoanalistas perciben de manera diferente las psicopatologías humanas; y aun teniendo su propia clasificación (neurosis, psicosis y perversión), muchos psicoanalistas utilizan el DSM en pos del trabajo interdisciplinario con otros profesionales de la salud mental favoreciendo el diálogo. “Cuando nos referimos a *psicopatologías*, apenas conservamos esa nominación tradicional a los fines de poder comunicarnos con otros expertos en salud mental [las cursivas son nuestras]” (Meler, 2000, p. 241). Sin embargo, la posición de los psicoanalistas ante la clasificación psiquiátrica es clara, consideran que se basan en indicadores invariantes, con el objetivo de patologizar a quien sale de lo normal, señalando causas y pronósticos sin tener en cuenta la historia personal, dejando de lado la subjetividad. A su vez, el psicoanálisis ubica lo que en psiquiatría es una entidad nosológica, como un síntoma procedente de la misma estructura subjetiva; es decir que lo que denominamos trastorno de ansiedad o trastorno depresivo para el psicoanálisis puede ser pensado como un síntoma dentro de una estructura, por ejemplo en la histeria subtipo de neurosis (Meler, 2000).

No obstante, se encuentra una firme similitud entre ambos enfoques: la falta de estudio e investigaciones relacionadas al género y la psicopatología. Tanto en la psiquiatría, la psicología como en el psicoanálisis, los avances teóricos y clínicos se piensan y estudian en hombres, sin tener en cuenta las diferencias biológicas, culturales y por ende, subjetivas del género femenino. El material investigado en este trabajo es disruptivo en su ámbito, generando discusiones entre diversos campos y autores. En ocasiones se suele comparar lo que le sucede a las mujeres con lo que le sucede a los hombres, buscando similitudes y contrastes eludiendo el punto central: ¿qué sucede en las mujeres?

En el caso de la APA, esta focaliza sus investigaciones en buscar el origen biológico de las psicopatologías para así poder encontrar/crear el fármaco que la normalice, pero homologando a lo femenino lo estudiado en el cuerpo masculino los resultados farmacológicos no son los mismos. Es así que se puede entrever una patologización en lo femenino *in-situ*, como se describe en la investigación sobre los efectos ansiógenos producidos por la disminución de estrógeno y progesterona durante el ciclo menstrual, o los cambios hormonales que fomentan el trastorno disfórico premenstrual. En otras palabras, en vez de comprender el funcionamiento biológico de la mujer como una entidad diferente, con sus propios procesos biológicos y emocionales, se tilda esa diferencia como patología buscando homologarla a lo masculino, apaciguarla, esconderla.

Desde el psicoanálisis, el cambio significativo logrado por las autoras investigadas respecto a la teoría freudiana es de gran importancia y revelación. Ellas centraron su atención en desvincular la posición femenina de la masculina, considerándola como algo distinto. Además, desde los estudios de género, su enfoque permite establecer como premisa la desigualdad de poder entre hombres y mujeres, desde donde se investiga cómo se configura la subjetividad femenina desde una posición socialmente inferior. La integración de estas nuevas perspectivas, sin abandonar los fundamentos teóricos del psicoanálisis, abre nuevas posibilidades para la práctica clínica y aborda problemáticas contemporáneas con el fin de disminuir el sufrimiento subjetivo de las mujeres.

Mientras que desde la investigación realizada por la American Psychiatric Association responde a la pregunta inicial -¿por qué las mujeres tienen mayor posibilidad de ser diagnosticadas y de padecer trastorno de ansiedad o trastorno depresivo?- desde una perspectiva biológica, poniendo en primer lugar los aspectos orgánicos y genéticos de las mujeres, desde el psicoanálisis se le otorga mayor importancia a la historia de cada sujeto, incluyendo su herencia filogenética y cultura. Las psicoanalistas investigadas hacen permanente referencia al lugar que la mujer desempeña según cómo atravesó el complejo de Edipo, su historia familiar y su rol en la actualidad, siguiendo o rechazando mandatos socialmente establecidos.

Freud (1990) en "El Malestar en la Cultura" exploró cómo las exigencias y restricciones impuestas por la cultura y la sociedad pueden generar conflictos internos y afectar el bienestar de los sujetos. Abordó cómo las normas sociales y las expectativas culturales pueden reprimir los deseos individuales generando tensiones. En este trabajo y otros, Freud considera al sujeto como fundamentalmente social, argumentando que la constitución subjetiva se forma en relación con otros.

En Tótem y Tabú, Freud (2015) alega la posibilidad de que las experiencias y los traumas de generaciones pasadas pueden influir en el desarrollo psicológico de los individuos, poniendo como ejemplo a los mitos y rituales de las culturas primitivas, que pueden ser interpretados como manifestaciones simbólicas de conflictos psicológicos universales derivados de experiencias traumáticas ancestrales. "Si los procesos psíquicos de una generación no prosiguieran desarrollándose en la siguiente, cada una de ellas se vería obligada a comenzar desde un principio el aprendizaje de la vida, lo cual excluiría toda posibilidad de progreso en este terreno" (Freud, 2015, p.144). Entonces, ciertos eventos y conflictos podrían transmitirse de generación en generación a través de la memoria colectiva y el inconsciente colectivo de una cultura o grupo social.

Cada uno de estos aspectos están involucrados en el *porqué* las mujeres tienen mayor posibilidad de ser diagnosticadas y padecer trastornos de ansiedad y depresión. Cada respuesta es reduccionista si no se la piensa en conjunto con las demás, si no se las problematiza teniendo en cuenta su desarrollo teórico y se las pone en discusión con problemáticas contemporáneas.

5. Reflexiones finales

Desde la antigüedad a la actualidad las mujeres fueron consideradas histéricas o brujas, más de dos mil años cargando con el peso de ser las locas. Soportando atrocidades como la cacería de brujas, el encierro en manicomios, la restricción de su libertad sexual y de expresión. Se ha equiparado su cuerpo y su subjetividad con la norma masculina, considerando como patología o problema cualquier aspecto que difiera; buscando a través de diferentes tratamientos eliminar la diferencia. Encierro, tortura, electroshock son algunas de las medidas tomadas para *normalizar*, apaciguar a las mujeres, esconder la diferencia insoportable. En la actualidad se han encontrado nuevos recursos para sostener la subordinación de las mujeres. La patologización de su malestar y la medicalización como herramienta mágica demuestra que a pesar del paso del tiempo, del cambio cultural y social, las mujeres continúan en una posición de inferioridad, siendo calladas y negadas sistemáticamente.

Desde un punto de vista médico-biológico las investigaciones continúan realizándose mayormente en hombres, esperando que en las mujeres se desarrolle de igual manera. Se desconoce el alcance de muchos fármacos en la anatomía femenina por ignorar las diferencias subyacentes con el cuerpo masculino, al igual que se ignoran sus efectos secundarios. Recientemente se realizan investigaciones exclusivamente pensando en la mujer, como la expuesta en el presente trabajo. Sin embargo, allí se puede observar cómo se busca en el cuerpo, en las hormonas, una justificación para continuar sosteniendo el título de *enfermas*. Desde el *Útero errante* a la histeria, desde los trastornos sexuales a los hormonales se coloca a las mujeres en un lugar de predisposición a la enfermedad donde la única solución es dirigirse al médico experto en busca de la normalización. ¿Acaso la *normalidad* de la feminidades no puede ser otra?

En el campo psicoanalítico son pocos los analistas que han realizado una mirada crítica a los postulados teóricos y a sus propios trabajos. Irene Meler y Mabel Burin han logrado atravesar esa barrera en pos de pensar las problemáticas actuales que en ocasiones las mujeres llevan a la clínica y cómo las mismas influyen en su subjetividad.

Para pensar las psicopatologías parten de las estructuras freudianas, relacionando las modalidades subjetivas más usuales entre mujeres con el lugar en que se las ha ubicado socialmente y así poder pensar su malestar. El trabajo tradicional de las mujeres siempre ha estado ligado a las tareas domésticas de reproducción y cuidado, al equilibrio emocional propio y excluyendo la posibilidad de vivir su sexualidad libremente o realizar actividades fuera del hogar, quedando relegadas a una posición de inferioridad. Esta es la posición que Meler señala en las agorafobia, mujeres que han padecido el lugar de subordinación pero no han podido cuestionarlo. Sin embargo, en la actualidad las mujeres que han vivido siguiendo estos estereotipos han sido juzgadas de *vividoras* de sus parejas por no aportar económicamente al hogar y por el no reconocimiento del trabajo no remunerado que realizan en sus hogares; es así como a las ya nombradas expectativas se le agregan el poder económico y el éxito laboral. Es decir, que las mujeres contemporáneas tienen que ser sumisas pero tener éxito laboral en un mercado que continúa discriminándolas por su género; ser buenas madres, dedicadas con sus hijos y pareja pero a su vez contar con poder económico; cumplir con las tareas domésticas y los estereotipos de belleza. Las histérico narcisistas que describe Meler se encuentran en esta situación, intentado cumplir mandatos -superyoicos- contradictorios; similar a lo que plantea Burín en relación a la sintomatología depresiva que se desprende por la sobrecarga mental y laboral que padecen las mujeres.

La cita de Fernandez expuesta en la p. 13 transmite claramente lo que sucede en el psicoanálisis y en otros tantos ámbitos; el patriarcado es naturalizado, no problematizado y por lo tanto, avalado. Quien intenta salirse de la norma o cuestionarlo es tildado de *loco*. No se ha generado un verdadero cambio en los estereotipos de género, simplemente se han agregado más y más expectativas sobre los hombros de las mujeres. El aspecto peligroso de no poder visibilizar el poder que el patriarcado ejerce sobre las feminidades

19

es no dar lugar a su malestar, no contextualizar sus síntomas, desubjetivar a la mujer encasillando su padecimiento en un trastorno y *normalizar* su sentir con psicofármacos. ¿Qué queda de las mujeres por fuera de la locura? ¿Son los trastornos un nuevo mandato social? Actualmente que una mujer sea diagnosticada con trastorno de ansiedad o trastorno depresivo *le sirve* al sistema patriarcal para esconder lo que lo subyace, las razones por las cuales las mujeres presentan dicha sintomatología. Patologizar es una forma de callar a esas voces revolucionarias que buscan generar un movimiento subjetivo en los demás, mujeres y hombres.

Se trataría de que, en una sociedad un poco más justa y equitativa para todos, tanto los varones como las mujeres construyamos subjetividades con ambas capacidades - amar y cuidar, poder racional y económico- , para ser desplegadas tanto en la intimidad familiar como en el mundo público y en nuestras carreras laborales. Ésta es una propuesta viable para resquebrajar el techo de cristal, y las fronteras de cristal, o más aún, para que ni siquiera se construyan (Burin, 2008).

6. Referencias bibliográficas

- Arenas, M. C., & Puigcerver, A. (2009). *Diferencias entre hombres y mujeres en los trastornos de ansiedad: una aproximación psicobiológica*. Escritos en psicología, 3. <https://scielo.isciii.es/pdf/ep/v3n1/art03.pdf>
- Association, A. P. (2013). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5*. American Psychiatric Association Publishing.
- Barranquero, M., Rogel, C., & Salvador, Z. (2023). *El ciclo menstrual: ¿qué ocurre en cada una de sus fases?* Reproducción Asistida ORG. Retrieved May 24, 2024, from <https://www.reproduccionasistida.org/fases-del-ciclo-menstrual/>
- Belloch, A. (2008) *Manual de Psicopatología*. Recuperado de https://repositori.uji.es/xmlui/bitstream/handle/10234/187801/BellochA_Manual_de_psicopatolog%C3%ADa.pdf?sequence=1

- Burin, M. (1996). Género y psicoanálisis: subjetividades femeninas vulnerables. En: Burin M. & . Bleichmar E. D,(Eds.), *Género, psicoanálisis, subjetividad* (pp.61-99) Paidós
- Burin, M. (1995). Mujeres y salud mental. *Revista del Colegio Oficial de Psicólogos*, (44), 7-15.
- Burin, M. (1998) *Estudios de género. Reseña histórica en Género y familia*. Argentina. Editorial Paidós
- Burin, M. (2008) Las fronteras de cristal en la carrera laboral de las mujeres. Género subjetividad y globalización. *Anuario de Psicología*. (39), 75.89. <https://raco.cat/index.php/AnuarioPsicologia/article/view/99355>
- Burin, M. (2011). Laberintos de Cristal. *Página 12*, <https://www.pagina12.com.ar/diario/psicologia/subnotas/169304-53957-2011-06-02.html>.
- Burin, M. y Bleichmar, E. (1996). *Género, psicoanálisis, subjetividad*. Paidós. Carpintero Capell, H. (2015) *Una nueva mirada a la psicopatología. El DSM-V y su significación histórica*. En: *anales de la real academia de ciencias morales y políticas*. Fascículo 1
- Chesler, P. (2019) *Mujeres y Locura*. Madrid. Ed. Continta Me Tienes. Domenech, E. (1991) *Introducción a la historia de la psicopatología*. Universidad de Barcelona. Polagrafic, S.A.
- Fernández, A. (1996). De eso o se escucha: nel género en psicoanálisis. En: Burin M. & . Bleichmar E. D,(Eds.), *Género, psicoanálisis, subjetividad* (pp. 140-175) Paidós.
- Fernández Laveda, E.M; Fernández García, A. y Belda Antón, I. (2014) *Histeria: Historia De La Sexualidad Femenina*. Cultura de los Cuidados. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.7184/cuid.2014.39.08>
- Freud, S. (2001). 33° conferencia. *La feminidad*. En *Obras Completas* (Vol. XXII, pp. 104-125). Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1990) El malestar en la cultura. *En Obras Completas Vol. XXI*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Freud, S. (2015). *Tótem y Tabú* (J. L. Etcheverry, Trans.). Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Gamba, S. (2007). Estudios de género/perspectiva de género. *Diccionario de Estudios de Género y Feminismos*, Coord. Susana B. Gamba, Biblos, Buenos Aires. Martínez, I. (2005) *Actualización de conceptos en perspectiva de género y salud*. Universidad de Valencia. Olivieri, L. (4 de octubre de 2017) "El Caridad", el primer hospital.
- Mases, M. (2011). *Nociones generales sobre la utilización del DSM IV y el CIE 10*. Rosario, Santa Fé, Argentina.
- Matud Aznar, M. P; Garcia Pérez, L; Bethencourt Perez, J. M; Rodriguez-Wanguemert, C. (2017). "Gender and the use of anxiolytic and hypnotic drugs in Spain. *Journal*

of Feminist, Gender and Women Studies", En: <https://doi.org/10.15366/jfgws2017.5.003>

- Meler, I. (1996). Psicoanálisis y Género. Aportes para una psicopatología. En: Burin M. & . Bleichmar E. D,(Eds.), *Género, psicoanálisis, subjetividad* (pp. 241-265) Paidós.
- OMS (1948) *Constitución de la organización mundial de la salud*. Recuperado de https://www3.paho.org/gut/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=planificacion-a-nivel-mundial-c&alias=351-constitucion-de-la-organizacionmundial-de-la-salud&Itemid=518
- OMS (2000) *Salud de las mujeres: una revision basada en evidencia*. Recuperado de:

- <https://iris.who.int/handle/10665/66539>
- OMS (2001) *Informe sobre la Salud en el mundo 2001*. Recuperado de https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/42447/WHR_2001_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Ortega Ruiz, C. (2012). *Las mujeres y la enfermedad mental. una perspectiva de género a través de la historia contemporánea*. *CUADERNOS KÓRE*, 1(4), 208-223. Recuperado a partir de <https://e-revistas.uc3m.es/index.php/CK/article/view/1501>
- INDEC, (2013). Presentación de resultados - Encuesta Nacional sobre Salud Sexual y Reproductiva 2013. Recuperado de: https://www.indec.gob.ar/ftp/cuadros/sociedad/enssy_r_2013.pdf
- Ramos Gorostiza, P. (2000). *El desenvolvimiento de la psicopatología*. *Arch. psiquiatr*, 327-338.
- Santos Ruiz, J; Hernangómez, L; Taravillo, B. (2020) *Psicopatología*. Madrid. CEDE.
- Seeman, M. (1997) "Psychopathology in Women and Men: Focus on Female Hormones" *The American Journal of Psychology*. Visita 1 Dec 1997. En: <https://doi.org/10.1176/ajp.154.12.1641>
- Stagnaro, J. (2018) "*Estudio epidemiológico de salud mental en población general de la República Argentina*". En *Vertex*, revista argentina de Psiquiatría. Vol. XXIX: 275-299