cubiertaCURVAS 320INVESA 40.EPS 19/2/07 12:05 P gina 1

ATENCIÓN BIOPSICOSOCIAL AL MALESTAR DE LAS MUJERES

ATENCIÓN BIOPSICOSOCIAL AL MALESTAR DE LAS MUJERES

INTERVENCIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

MINISTERIO DE TRABAJO Y ASUNTOS SOCIALES
SECRETARÍA GENERAL DE POLÍTICAS DE IGUALDAD
INSTITUTO DE LA MUJER

SALUD 9

Primera edición 2006

Autora del Texto:
Sara Velasco Arias

Coordinación:
Begoña López-Dóriga Alonso
Programa de Salud y Servicios Sociales

Teresa Blat Gimeno
Subdirección General de Programas
Instituto de la mujer
Secretaría General de Políticas de Igualdad

Edita: Instituto de la Mujer
Secretaría General de Políticas de Igualdad
Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales
C/ Condesa de Venadito 34
28027 Madrid
www.mtas.es/mujer
Inmujer@mtas.es

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

NIPO: 207-07-066-7
Depósito Legal: M-52.436-2006

Realización a cargo de Cyan, Proyectos y Producciones Editoriales, S.A.

Atención biopsicosocial al malestar de las mujeres

Intervención en Atención Primaria de Salud

Agradecimientos

Mi agradecimiento y reconocimiento a Begoña López Dóriga, que dirige el Área de Salud del Instituto de la Mujer, por su apoyo y constantes aportaciones a la construcción de la teoría y la práctica.

Mi agradecimiento a las y los profesionales que han participado en el Programa de Atención Biopsicosocial al Malestar de las Mujeres en Atención Primaria y que han trabajado en la aplicación de este abordaje, porque han aportando continuamente a la experiencia y el conocimiento, empezando por las médicas que actuaron como coordinadoras en los centros de salud, Mª Dolores Calderó Bea, Consuelo Luna Rodríguez y Marina Tourné García; Amor Gea Serrano que coordinó a las trabajadoras sociales y Juan Carlos Sánchez Sánchez, a los psicólogo/as. A todas las sanitarias y sanitarios: Encarnación Abril Belchi, Mª Isabel Alcázar Fernández, Carmen Alfonso Cano, Rosario Arnau Cuenca, Inmaculada Barceló Barceló, Josefa Belando Fuentes, Ana Matilde Calvo Garzón, Mª Vicenta Candela Villanueva, Sergio Canovas, Mª Carmen Carrión María, Mª Dolores Cuevas Atienza, Mª Carmen Elgarresta Tarin, Natividad Fernández Perea, Virtudes Ferrer Prior, Bernabé García López, Julián García Martínez, Mª José García Martínez, José Luis Guirao Manzano, Luisa Pilar León Martínez, Rossana López Sabater, Antonio López, José Antonio Marín Rives, Amalia Martínez Landete, Encarna Martínez Sánchez, Mª José Martínez Villalba, Rosa Mª Martínez Vivancos, Lourdes Matas Pita, Carmen Nieves Orcajada Rodríguez, Ascensión Parra Hidalgo, Mª Carmen Pérez Muñoz, Remedios Piqueras González, José Antonio Piqueras López, Beatriz Ridaura Ruiz, Mª Dolores Ríos Beltrán, María Ros Marín, Mª Fuensanta Salinas Lorente, Elena Sánchez Campillo, Mª Isabel Sánchez López,

Maria Sánchez Prieto, Mª Carmen Sandoval Saura, Milagros Tomás Ros y Pilar Valera Alonso.

Y también agradecimientos a las personas que desde su responsabilidad en las Instituciones sanitarias de Murcia han asumido e impulsado el Programa, propiciando que se llevara a cabo la formación y aplicación del método en los centros de salud: Paloma Recio Bernárdez, Directora General del Instituto de la Mujer de la Región de Murcia. Griselda Frapolli, Instituto de la Mujer de la Región de Murcia. Concepción Escribano Sabater, Dirección General de Asistencia Sanitaria, Servicio Murciano de Salud. Carlos Jiriber, Subdirector General de Salud Mental. Julio César Martín, Jefe de Servicios Asistenciales de Salud Mental. José Antonio Alarcón, Gerente de Atención Primaria Área de Murcia. Francés Molina Duran y Antonio Martínez Pastor, Coordinadores de la Unidad Docente de MFyC, Gerencia de Atención Primaria de Murcia. Mª Teresa Martínez Ros y Susana Blanco, Técnicas de la Unidad Docente de MFyC y Amor Gea Serrano, Responsable de Trabajo Social, Gerencia de Atención Primaria de Murcia.

Presentación

La preocupación por plantear el problema del malestar de las mujeres, su presentación clínica y proceso de atención ha llevado al Instituto de la Mujer —Secretaría General de Políticas de Igualdad— a contar con un texto que aborde esta problemática, así como un método potencialmente útil para ser abordado desde los servicios de atención primaria.

Los servicios de salud atienden a un número creciente de personas, sobre todo de mujeres, que padecen depresión, ansiedad, angustia, síntomas y síndromes funcionales sin causa orgánica, si bien, las consideraciones causales biologicistas, el solapamiento diagnóstico y el tratamiento prácticamente unificado con psicofármacos están conllevando una medicalización de la vida de las mujeres y, sobre todo, la cronificación de su malestar psicológico.

A su vez, supone una fuerte presión sobre los servicios asistenciales, pero el proceso de atención en la práctica produce insatisfacción en las usuarias y los sanitarios y sanitarias muestran ciertas dificultades ante este tipo de demanda que no responde al tipo de atención y tratamientos aplicados desde un modelo biomédico.

El Instituto de la Mujer al presentar este material quiere facilitar un planteamiento sobre el malestar de las mujeres contemplado dentro de las realidades clínicas observadas cada día por los y las profesionales sanitarias contando con Sara Velasco Arias, médico, psicoanalista y experta en salud y género, que ha elaborado el presente texto en el que incluye un método para tratar el malestar; los instrumentos teóricos necesarios para comprender y aplicar ese método, así como una propuesta de un modelo de aplicación para la atención primaria.

Esta publicación se estructura en tres partes. La primera aborda el malestar de las mujeres, su presentación clínica y su atención, una propuesta para considerar el malestar como una entidad que puede ser abordada desde lo psicosocial, paralelamente a la labor de precisiones diagnósticas con fines biomédicos.

La autora expone esta problemática en el contexto de los servicios de salud y plantea la necesidad de profundizar ante el tipo de sintomatología que se manifiesta el diagnóstico, la clasificación y los tratamientos utilizados.

De ahí, la importancia de plantear un giro epistemológico para considerar esta problemática bajo la perspectiva de procesos de salud en los que se incluyan los determinantes del contexto social y el género, además de la esfera de la subjetividad, para unificar su sentido como síndromes del malestar de las mujeres.

La segunda parte, expone la teoría del modelo biopsicosocial, el género y la subjetividad, en las que ha pretendido ir tomando las partes básicas de las tres áreas conceptuales que las sanitarias y los sanitarios han de conocer para aplicar el método.

Este marco teórico basado en la consideración de la salud y enfermedad como proceso en interacción, en el que intervienen, tanto las condiciones de la biología que se materializan en el funcionamiento fisiológico del cuerpo, como todos los impactos que causan las condiciones del contexto social, así como la forma particular en que cada persona experimenta sus vivencias, que es la esfera subjetiva.

Tener en cuenta el contexto social supone abordar los condicionantes sociales de género que mediante los consensos culturales asignan funciones definidas y diferentes para hombres y mujeres.

Si bien, además en este marco se ha de contemplar la subjetividad, que implica incluir el significado que adquiere para cada persona las vivencias y cómo las integra, siendo una de esas maneras de integrarlas el malestar, los síntomas y el enfermar.

La tercera parte la autora desarrolla el método de atención al malestar y el modelo de aplicación propuesto para los servicios de primaria. Incluye un capítulo de casos reales aportados por sanitarias que han aprendido y aplicado el método, a quienes desde esta institución agradecemos sus aportaciones al texto.

Uno de los retos de esta publicación está en la transmisión y formación de una metodología habitualmente ajena a la formación y práctica biomédica, planteada de forma que sea accesible, asimilable y utilizable y, por supuesto, tenga efectos sobre la salud de las personas atendidas.

Si bien, no debemos olvidar que este texto ha de servir como material para el Programa de Atención Biopsicosocial al Malestar de las Mujeres en Atención Primaria que ha sido diseñado por la autora por encargo de esta institución, organismo que desde su inicio se ha comprometido con la dirección del programa para contribuir a dar respuesta a esta problemática desde los servicios de atención primaria de salud, contando con la colaboración de las comunidades autónomas. Para cumplir con su objetivo impulsa el aplicar un modelo de intervención, que requiere no sólo formación al personal sanitario, sino que los y las profesionales puedan disponer de sesiones clínicas biopsicosociales en sus centros de salud, además de supervisión de casos con psicólogos/as de salud mental y contar con un recurso adicional en los centros: grupos de apoyo de mujeres que actúen como refuerzo terapéutico.

Instituto de la Mujer
Secretaría General de Políticas de Igualdad

Índice

Pág.

Introducción 13

PRIMERA PARTE. EL ESTADO DE SALUD Y EL MALESTAR DE LAS MUJERES EN ATENCIÓN PRIMARIA. 15

Planteamiento del problema

CAPÍTULO I. Alteraciones psíquicas, dolor, síntomas somáticos y malestar en las mujeres 17

Importancia del problema de las alteraciones mentales 17

Las quejas de las mujeres y su salud mental en España 19

Quejas comunes y morbilidad en atención primaria 26

CAPÍTULO II. De la fisiopatología al malestar biopsicosocial 43

Insuficiencia del enfoque fisiopatológico 43

Otros enfoques teóricos. Factores determinantes biopsicosociales 44

De alteraciones mentales a 'síndromes del malestar' 45

CAPÍTULO III. Análisis del proceso de atención a los síndromes del malestar en atención primaria 47

Proceso de la demanda biopsicosocial en atención primaria 48

Vivencia de las pacientes con malestar en el encuentro con la medicina 53

Vivencia de sanitarios y sanitarias en el encuentro con el malestar 55

SEGUNDA PARTE. SUBJETIVIDAD Y GÉNERO PARA EL MODELO BIOPSICOSOCIAL DE LA SALUD 59

CAPÍTULO IV. Sistema biopsicosocial y género 63
Sistema biopsicosocial y registros real, imaginario y simbólico 63
Sistema sujeto-sexo-género 67
Conexión entre el contexto social y la subjetividad.
De las representaciones sociales a las representaciones psíquicas 70

CAPÍTULO V. La construcción de la subjetividad: el desarrollo psíquico 75
La fusión arcaica. Registro Real 76
Separación primaria. Pérdida primordial 78
La imagen del Yo. Registro imaginario 80
Estructura triangular. Acceso a la esfera simbólica 85
La crisis adolescente. Reedición del triángulo y vuelco al deseo exogámico 88
Construcción de las posiciones sexuales: niño o niña 90
El Yo no es el sujeto. Máscara imaginaria y estructura simbólica del sujeto 94
¿Qué importancia tienen los hitos del desarrollo en el tratamiento del malestar? 95

CAPÍTULO VI. Estructuras clínicas del sujeto 97
Estructura psicótica 98
Estructura perversa 101
Estructuras fronterizas 104
Estructura neurótica 104
Las neurosis y la normalidad 111
Acoplamiento del género tradicional y estructuras subjetivas 112
¿Cómo intervenir para la salud en las estructuras subjetivas y el género? 115

CAPÍTULO VII. Condicionantes biopsicosociales y de género para la salud 117
Condiciones de la subjetividad para la salud. La simbolización 118
Determinantes psicosociales para la salud 121
Condicionantes culturales contemporáneos. La frustración, el vacío y el cuerpo 125
Factores de vulnerabilidad de género 130

TERCERA PARTE. MÉTODO Y MODELO DE ATENCIÓN A LOS SÍNDROMES DEL MALESTAR DE LAS MUJERES EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD 141

CAPÍTULO VIII. Método de intervención biopsicosocial para los síndromes del malestar 145
Tipo de atención. Centrada en el/la paciente 147
Incluyendo el género 148
Escucha biopsicosocial 149
Relación sanitario/a-paciente 153
Método de subjetivación 171
Limitaciones y criterios de exclusión del método 190

CAPÍTULO IX. Casos clínicos de atención primaria 193
Análisis de casos 193
Caso Frida. 'Madre sufriente, mujer dolorida', Encarnación Abril Belchí 195
Caso Cindy. 'Esta forma de ser acaba conmigo', Marina Tourné García 198
Caso Leonora. 'Tengo un rencor dentro de mi cuerpo', Mª Dolores Calderó Bea 205
Caso Julia. 'Se sacrificaba con el dolor de su cuerpo', Mª Dolores Calderó Bea 211
Caso Artemisia. Fibromialgia. 'Que él vuelva a casa y me trate bien', Marina Tourné García 214

CAPÍTULO X. Un modelo para atención primaria 227
Los objetivos 228
Actividades 228
Recursos 237
Cooperación entre servicios 237

Implantación 237
Beneficios de aplicación del modelo 238

Bibliografía 241

Índice de casos

Caso Virginia. Crisis de angustia 84
Caso Dora. Infertilidad psicosomática 91
Caso Dolores. Estructura perversa 102
Caso Nan. Embarazo. Crisis de angustia 1ª parte 162
Caso Diego. Demanda de vasectomía 170
Caso Unica. Pérdidas de conciencia 173
Caso Camille. Asma 180
Caso Nan. Crisis de angustia 2ª parte 186
Caso Frida. Dolor músculo-esquelético 195
Caso Cindy. Mareo crónico 198
Caso Leonora. Mareos y ansiedad 205
Caso Julia. Colon irritable y somatizaciones múltiples 211
Caso Artemisia. Fibromialgia y depresión 214

Introducción

Este material responde a la necesidad de contar con un texto que reuniera varios aspectos en principio dispersos: un planteamiento sobre el malestar de las mujeres contemplado dentro de las realidades clínicas observadas cada día por los y las profesionales sanitarias; un método potencialmente útil para tratar el malestar; los instrumentos teóricos necesarios para comprender y aplicar ese método; y, por último, la propuesta de un modelo de aplicación para los servicios de atención primaria de salud.

Incluir esos aspectos ha supuesto poner en conexión y en estrecha cooperación marcos teóricos que, por lo general, permanecen distantes, incomunicados e incluso discrepantes. Sin embargo, el trabajo que realizamos se apoya en esos distintos marcos teóricos que intentamos poner a colaborar, porque cada uno de ellos estudia la experiencia humana desde una vertiente distinta pero, precisamente, cada uno aporta un punto de vista que no tiene porqué ser excluyente de los otros. Se trata sólo de circular por sus líneas tangenciales estableciendo los nexos. Para ello hace falta, desde luego, hacer multitud de concesiones a los lenguajes, para que sus términos sean comprendidos y seleccionar los conceptos de cada área que se pueden aplicar en ese territorio intermedio de entendimiento creado.

El fin principal de ese territorio inter-teórico es producir un método de abordaje terapéutico en la clínica diaria de la atención primaria de salud, tratando de que sea fundamentado, coherente, entendible, aplicable y todo lo eficaz que sea posible.

Los marcos teóricos en que se desenvuelve son: el área del conocimiento médico y las teorías contextuales de la salud, principalmente el marco de comprensión biopsicosocial

de la salud; las conceptualizaciones sobre el género; y la teoría psicoanalítica, en la medida en que, junto al contexto biopsicosocial y el género, incluimos la subjetividad, además de los conceptos de relación inter-subjetiva que sustentan el propio método de relación sanitario/a-paciente que se propone. El resultado es un entramado de estos tres campos teóricos.

PRIMERA PARTE

El estado de salud y el malestar de las mujeres en atención primaria. Planteamiento del problema

Debe ser una estrategia en la Región Europea (….)
estudiar la relación existente entre el cambio de roles que están experimentando
las mujeres y los niveles y tendencias en sus indicadores de salud.
OMS, 1985

CAPÍTULO I
Alteraciones psíquicas, dolor, síntomas somáticos y malestar en las mujeres

La demanda de asistencia sanitaria en base a problemas de tipo psicosomático (dolor músculo-esquelético, cefaleas, insomnio, depresión, problemas nerviosos, cansancio…) debe ser satisfecha y la planificación de los servicios teniendo en consideración esta demanda es imperiosa.

Mercedes de Onís, 1992

Importancia del problema de las alteraciones mentales

El Informe de Salud en el Mundo de la Organización Mundial de la Salud (OMS) dedicado en el año 2001 a la salud mental, destaca que afecta al 25% de la población en algún momento de la vida. Los trastornos mentales ocupan el quinto puesto en la Carga Global de Morbilidad[1] en el mundo y el segundo para el grupo de edad de 15 a 44 años, estimándose que en 2020 ocuparán el segundo lugar para todas las edades y el primero en las regiones desarrolladas si continúan las tendencias de transición demográfica y epidemiológica caracterizadas por el envejecimiento de la población y el avance de las enfermedades del desarrollo, entre las que la enfermedad mental tiene el principal lugar.

1. La Carga Global de Morbilidad (CGM) es un método de estimación de la morbilidad y mortalidad por edades, sexo y regiones y años de vida perdidos que mide la pérdida de salud, el impacto de la muerte prematura y la discapacidad y otros problemas de salud no mortales. Banco Mundial. *Informe sobre el Desarrollo Mundial. Invertir en salud.* Washington D.C.: Banco Mundial; 1993.

El informe de OMS incluye las enfermedades mentales más frecuentes y discapacitantes: las debidas al uso de substancias psicoactivas, de mayor prevalencia en hombres; la esquizofrenia, la epilepsia, la enfermedad de Alzheimer, de prevalencia similar en mujeres y hombres, el retraso mental y los trastornos de la infancia y adolescencia y, por último, los caudros depresivos, que son el **41,9%** de los trastornos neuro psiquiátricos en las mujeres y el **29,3%** en hombres.

El informe de OMS, 2002, sobre salud mental y género expone que mientras que entre los hombres son más frecuentes los trastornos adictivos y de personalidad y hay pocas diferencias por sexo en las enfermedades psiquiátricas mayores, como esquizofrenia o trastorno bipolar, que afectan sólo al 2% de la población, las diferencias por sexo se dan particularmente en las alteraciones metales comunes: —depresión, ansiedad, quejas psicológicas y somáticas—; estos cuadros que afectan al 30% de la población —hasta el 50% en algunas muestras de población atendida en atención primaria de algunos países (Patel, 1999)—, ocurren el doble en mujeres que en hombres. Y además, la evolución entre las mujeres es peor; los episodios depresivos son entre ellas más largos, las recidivas más frecuentes y con mayor tendencia a la cronicidad que entre los varones (Judith Usall, 2001).

Esta mayor afectación de las mujeres se debe tanto a factores psicológicos como sociales y de género, en la medida en que:

> El papel tradicional de las mujeres en las sociedades las expone a más tensiones, al tiempo que les resta capacidad para modificar su entorno estresante, así como la alta tasa de violencia doméstica y sexual a que están expuestas (OMS, 2001).

Además, existen diferencias en la atención sanitaria a las mujeres. Los médicos y médicas son más proclives a diagnosticar depresión a las mujeres incluso con la misma sintomatología y puntuaciones en test que los varones y, también, una mayor frecuencia de prescripción de psicofármacos a las mujeres (ansiolíticos, antidepresivos, sedantes, hipnóticos y neurolépticos), lo que señala OMS que puede explicarse, tanto por la mayor prevalencia entre ellas de trastornos mentales comunes, como por la mayor tendencia de las mujeres a recabar ayuda, aunque también apuntan a la influencia significativa del comportamiento de los médicos y médicas, que tienden a inclinarse por la opción de prescribir medicamentos cuando se enfrentan a una situación psicosocial compleja que en realidad exige medidas psicológicas y sociales, así como que actúan

bajo la influencia de estereotipos de género que inducen a mayor prescripción tranquilizante a las mujeres.

Los trastornos de ansiedad, depresivos y somatizaciones —llamados trastornos mentales comunes—, son un problema creciente de salud pública, progresan con el desarrollo y afectan el doble a mujeres que a hombres con peor evolución entre ellas.

Los médicos y médicas tienden a diagnosticar y prescribir psicofármacos más a las mujeres que a los varones, incluso a igualdad de síntomas.

La mayor presión de alteraciones mentales comunes sobre las mujeres se relaciona con factores psicosociales y de género.

Las quejas de las mujeres y su salud mental en España

• Salud percibida en la población general: su significado y magnitudes •

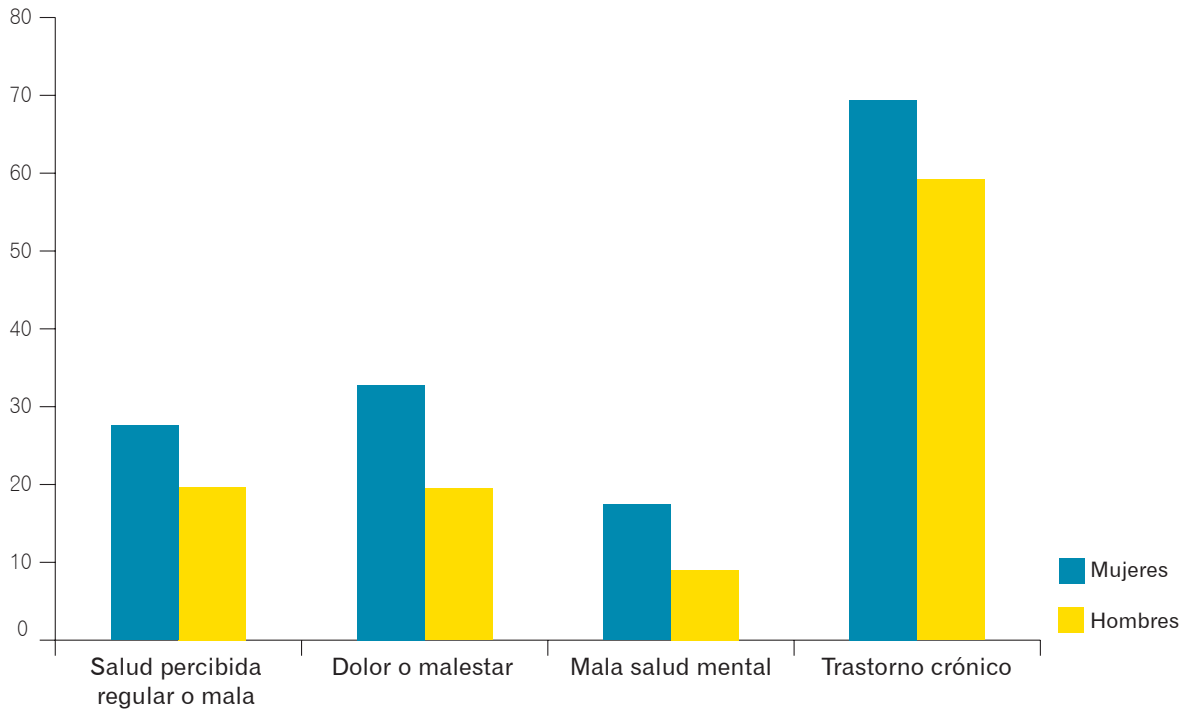
Podemos aproximarnos al estado de salud de las mujeres de la población general al menos por dos caminos: por un lado, la salud autopercibida, manifestada como, quejas de salud y los síntomas, a través de las encuestas y estudios de salud de la población; por otro lado, los diagnósticos establecidos para aquellas quejas, a través de los registros de morbilidad atendida en los servicios sanitarios y estudios de prevalencia.

La salud percibida habla de la percepción subjetiva de cada persona, de cómo se siente y esto difiere de la presencia o no de una enfermedad diagnosticada, es decir, no concuerda regularmente con la morbilidad más objetivable. Se ha encontrado que la salud percibida es peor cuando hay síntomas físicos y dolor, enfermedades crónicas —entre las que más influyen para peor salud percibida están artrosis, depresión, bronquitis, e hipertensión (Luis Ángel Perula, 1995)—, enfermedades graves, o de larga duración, o limitaciones en la capacidad funcional, o pasar días en cama y consumo de medicamentos. Hay un cierta paradoja que señalan Carme Borrel y Joan Benach (2005) de la falta de relación directa entre la percepción de salud y la morbilidad.

En el **gráfico 1** se recogen los porcentajes de hombres y mujeres que perciben su salud como regular o mala. Éstos son notablemente más bajos que los que responden tener algún padecimiento crónico.[2] Es decir, que estos últimos no condicionan del todo una percepción de merma en la salud, aun siendo la mayor parte de estos padecimientos diagnósticos de enfermedad que conllevan molestias y requieren tratamiento.

GRÁFICO 1

Salud percibida, dolor, salud mental y trastornos crónicos declarados por hombres y mujeres. Encuesta de salud de Cataluña, 2002



Fuente: Borrell y Benach, 2005. Elaboración propia.

Además, sabemos que un estilo de vida no saludable y preocupaciones, malestares psicológicos y somatizaciones empeoran la salud percibida (Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, 2001).[3] Esto orienta hacia los factores que subyacen en peores percepciones de salud.

2. Trastornos crónicos que agrupan hipertensión, enfermedades del corazón, colesterol elevado, asma, bronquitis, diabetes y molestias urinarias más frecuentes en los hombres y varices, estreñimiento, depresión, cataratas y problemas de piel más frecuentes en las mujeres.

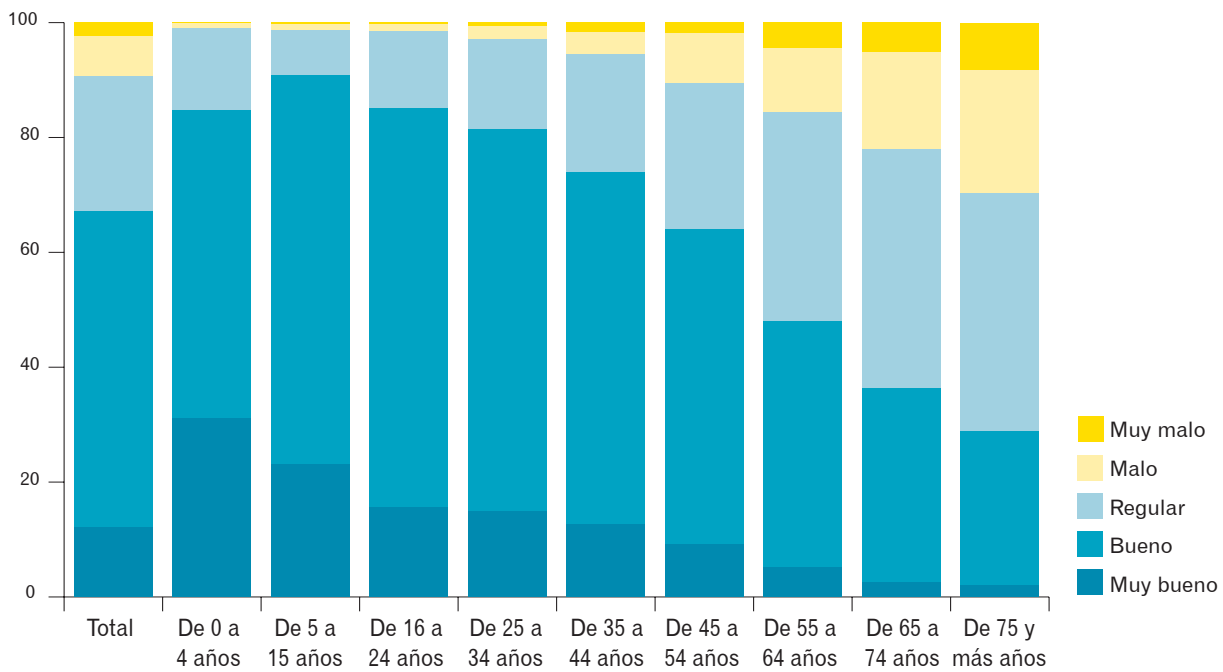
3. José Mª Martín Moreno, de AETS, realiza una revisión sobre el tema en la que, entre otras, cita las siguientes fuentes de estos hallazgos: Barsky AJ, Cleary PD, Klerman GL (1992). "Determinants of perceived health status of medical outpatients", *Soc Sci Med,* 34, 1147-1154; Ferraro KF, Yu Y (1995). "Body weight and self-ratings of health", *J. Health Soc Behav,* 36, 274-284; Fylkesnes K, Forde OH (1991). "The Tromso Study: predictors of self-evaluated health has society adopted the expanded health concept?", *Soc Sci Med,* 32, 141-146.

Es bastante constante también en los estudios sobre el tema, que tienen peor salud percibida las clases sociales de menor nivel cultural e ingresos y siempre peor las mujeres que los hombres (AETS, 2001; Carmen Borrell y Joan Benach, 2005). Así, la salud percibida, además de ser un indicador orientativo del estado de salud, es un indicador sensible a las condiciones ambientales culturales —incluidos los condicionantes de género—, ya que es influido por los significados de la salud y el bienestar según condición social, cultural y forma de vida (Marta Jylhä, 1998).

Según la Encuesta Nacional de Salud española de 2003, el **32,8%** de las mujeres y el **24,2%** de los hombres perciben su salud como regular, mala o muy mala. Estas proporciones aumentan hasta el **35,8%** de las mujeres del grupo de edad de 45 y 54 años y el **51,9%** entre los 55 y 65 años. La autopercepción del estado de salud es peor para las mujeres que para los hombres en todos los grupos de edad, como se aprecia en los **gráficos 2 y 3**. Es necesario interrogarse por las causas de esta diferencia entre mujeres y hombres, ya que si la mala salud autopercibida es un indicador de mayor presión de condicionantes sociales y de su vivencia personal, parece que estas condiciones están siendo peores para las mujeres, o bien, las mujeres están viviendo bajo presiones específicas por ser mujeres, es decir, hablamos de condicionantes de género.

GRÁFICO 2

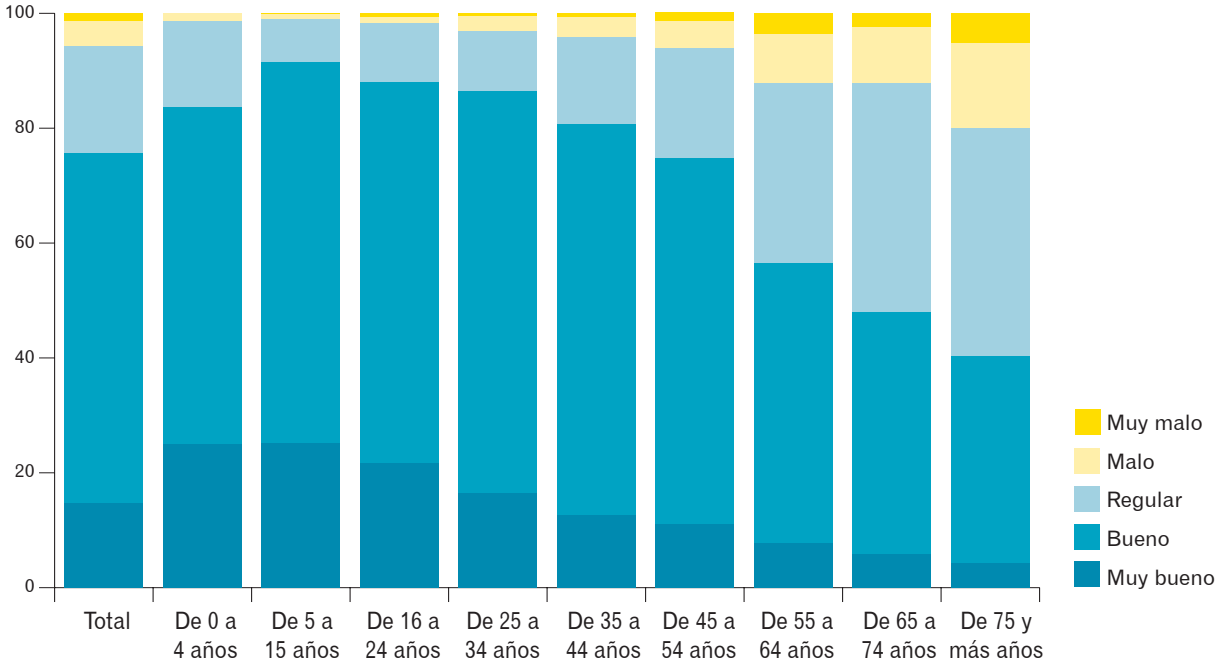
Porcentaje según estado de salud percibido y grupos de edad en población de mujeres. Encuesta Nacional de Salud en España, 2003



Fuente: Encuesta Nacional de Salud en España, 2003. Gráfica de elaboración propia.

GRÁFICO 3

Porcentaje según estado de salud percibido y grupos de edad en población de hombres. Encuesta Nacional de Salud en España, 2003



Fuente: Encuesta Nacional de Salud en España, 2003. Gráfica de elaboración propia.

Podemos decir que las mujeres españolas en las edades adulta, madura y mayores, se sienten con mala salud en proporciones altas y significativamente más que los hombres.

• Tipos de quejas y alteraciones mentales comunes •

Interesa indagar en cuáles serían las quejas que motivan esa percepción de mala salud. Preguntadas por problemas crónicos,[4] entre los 16 y 44 años, el **30%** informan de dolores de cabeza, dolores reumáticos y problemas psíquicos. Los porcentajes aumentan con la edad: entre los 45 y 65 años los problemas reumáticos ascienden a **46%** de las mujeres, seguidos de dolores de cabeza, varices y problemas psíquicos.

4. Según el Estudio de Salud de las Mujeres en España, de Mercedes de Onís, que utiliza los datos de la encuesta Nacional de Salud de 1987. Posteriormente, en las sucesivas encuestas nacionales, se preguntó por las mismas quejas y síntomas hasta la de 1995. En las siguientes ya sólo se preguntará por morbilidad o patología diagnosticada. Por ello utilizamos los datos hasta el momento en que estuvieron disponibles.

En cuanto a patología aguda —definida en la Encuesta Nacional como cualquier tipo de dolencia o enfermedad que haya afectado al entrevistado en las dos últimas semanas—, presenta un patrón similar a las enfermedades crónicas. Dolor de huesos, de columna y articulaciones, en primer lugar en el **25%** de las mujeres; dolores de cabeza y jaquecas en el **19%**; insomnio y dificultad para dormir en el **12%;** problemas de nervios y depresión en el **11%**; y cansancio sin razón aparente en el **11%**.

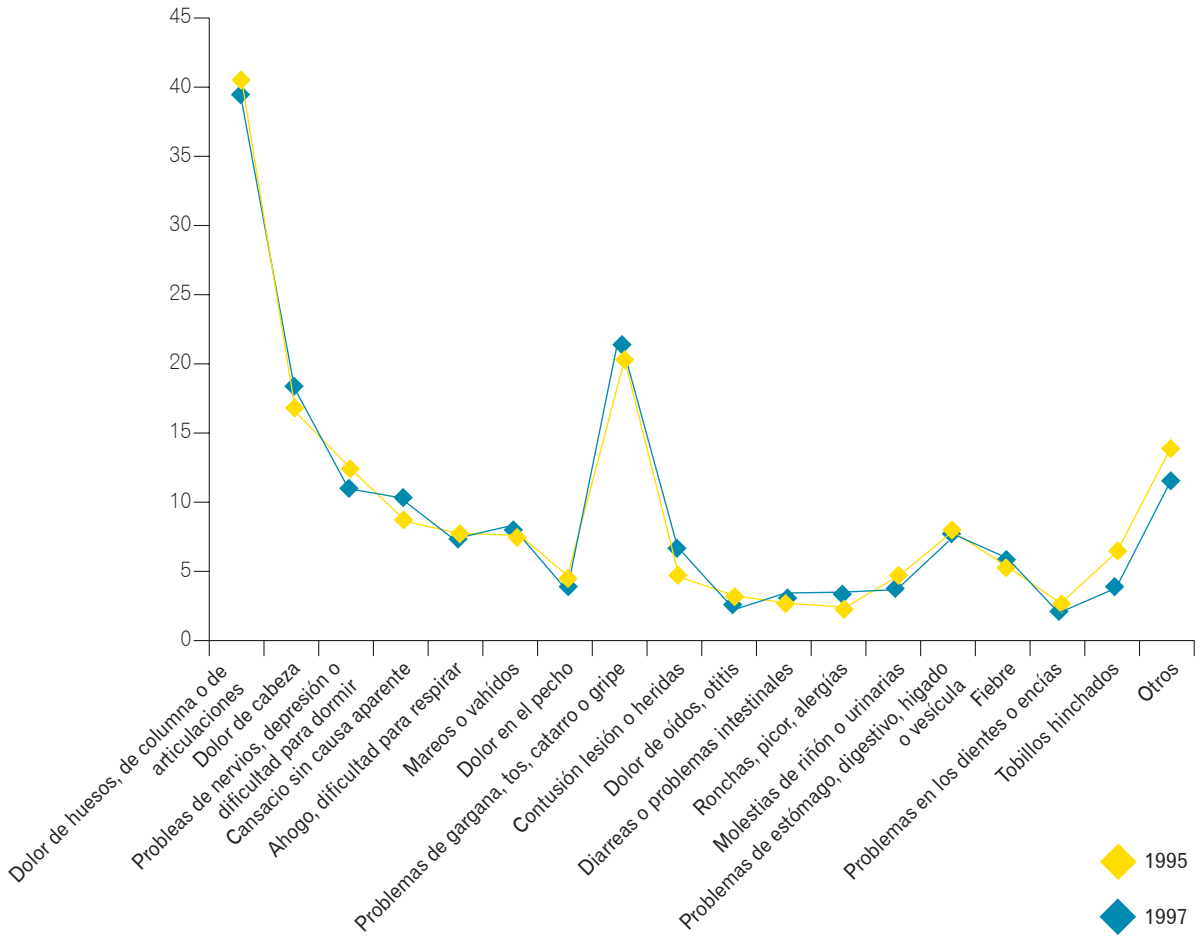
Hay que tener en cuenta que los síntomas somáticos son muy frecuentes, algunos estudios demuestran que el **75%** de adultos sanos presentan, en el plazo de un mes, algún tipo de malestar somático (Kerr L. White, 1961) ya que quizá la condición normal del ser humano es experimentar síntomas somáticos de manera frecuente (Luis Manuel Claraco, 1999), aunque parece que sería aun más normal entre las mujeres ya que en todos los grupos de edad, las mujeres presentan mayores porcentajes de síntomas agudos que los varones y las mujeres declaran el doble de problemas psíquicos, dificultad para dormir y cansancio injustificado.

Otras fuentes sobre el estado de salud de la población española (Brugulat, 2001), encuentran en la población catalana resultados similares en 2001: el **28,6%** de las mujeres y el **19,1%** de los varones declara mal estado de salud. Se confirma de nuevo un **68,2%** de mujeres frente a un **56%** de varones que declaran un padecimiento crónico, de ellos son los más frecuentes los del aparato locomotor y los trastornos mentales, estos últimos ahora **18,9%** de las mujeres y **15,9%** en hombres. Permanecen y coinciden los mismos perfiles de salud percibida por sexos y de la importancia relativa de los padecimientos de corte psicosomático o mental.

Este patrón ha continuado similar en las siguientes encuestas de salud españolas. En las últimas en que se preguntaba por el tipo de quejas —las de 1995 y 1997—, los padecimientos que han causado inactividad en las dos semanas anteriores a ser preguntados siguen el mismo patrón reflejado en el **gráfico 4**. El pico máximo corresponde al dolor de huesos y articulaciones. Alteraciones psíquicas enunciadas como problemas de nervios, depresión y dificultades para dormir además de una pequeña serie de síntomas que a menudo son síntomas somáticos sin causa orgánica que suelen corresponder a somatizaciones, como dolores de cabeza, ahogos y dificultad para respirar, mareos o vahídos y cansancio sin causa aparente, componen el grupo más frecuente —después de los problemas de garganta, tos, catarro y gripe—.

GRÁFICO 4

Síntomas o dolor que obligó a limitar la actividad principal en las dos últimas semanas (multirrespuesta). Encuestas Nacionales de Salud en España, 1995 y 1997



Fuente: Encuestas Nacionales de Salud en España, 1995 y 1997. Gráfica de elaboración propia.

En cuanto a la evolución temporal de los malestares, Carme Borrel y Joan Benach de nuevo en su estudio en Cataluña, comparan datos de 1994 a 2002 y encuentran que la salud percibida ha mejorado en ambos sexos y, sin embargo, **han empeorado el dolor y malestar, la percepción de salud mental y el padecimiento depresivo**, siendo este último el padecimiento crónico que más claramente ha aumentado.

Continúa vigente la síntesis realizada por Mercedes de Onís, en el informe de salud de las mujeres en España donde resume así los padecimientos principales manifestados por las mujeres:

- **Quejas agudas** más frecuente informada por las mujeres:
  1. **dolores óseos y de articulaciones**
  2. **cefaleas**
  3. **dificultades para dormir**
  4. **depresión y problemas nerviosos**
  5. **cansancio sin causa aparente**
- **Quejas crónicas** referida por ellas sigue un orden equivalente:
  1. **procesos reumáticos**
  2. **cefaleas**
  3. **varices**
  4. **problemas psíquicos**

Insistía Onís, ya en 1992, en la importancia para las mujeres de los problemas de dolor, alteraciones psíquicas y de tipo psicosomático, remarcando que *"la demanda que se produce con base en estos problemas debe ser satisfecha, la planificación de los servicios en base a esta información es imperiosa".*

Los malos perfiles de salud percibida por sexos concuerdan con alteraciones psíquicas —expresadas como nervios, depresión y dificultades para dormir—, dolor y síntomas que a menudo son síntomas somáticos sin causa orgánica, como dolores de cabeza, ahogos y dificultad para respirar, mareos o vahídos y cansancio sin causa aparente. Son las principales quejas de salud de las mujeres de la población general. Las mujeres declaran hasta el doble que los hombres este tipo de problemas, diferencia que nos obliga a interrogarnos sobre qué ocurre con aquellas presiones sociales y de género que están afectando más a las mujeres.[5]

5. Se retomará el análisis de estos factores psicosociales de género en el capítulo VII.

Quejas comunes y morbilidad en atención primaria

• Quejas más frecuentes en atención primaria •

Se calcula que entre el **30%** y el **60%** de todas las visitas en atención primaria son debidas a síntomas para los que no se encuentra causa médica (José Luis Vázquez Barquero, 1990). En Dinamarca, cerca del **20%** de los usuarios de servicios de salud no tienen un trastorno físico y en Alemania, el **52%** de los pacientes derivados padecen síntomas médicamente inexplicados (Chaichana Nimnuan, 2001). En el **cuadro 1**, se recoge un listado no exhaustivo de síntomas comunes que los y las pacientes refieren en las consultas, tomado de Nimnuan, 2001.[6] Son dolores y síntomas somáticos, muchos de ellos manifestaciones vegetativas, que la inmensa mayor parte de las veces resultan ser funcionales (es decir, sin trastorno orgánico evidenciable) y que se pueden asociar, tanto a alteraciones físicas, como psíquicas. Son la expresión sintomática de las quejas de salud que recogíamos en el apartado anterior y que llegan, en parte, de esta forma a los servicios de atención primaria. Los síntomas relacionados se presentan solos o por grupos con diversas combinaciones, alternantes o sucesivos en las mismas personas, asociados a situaciones conflictivas vitales, o bien, no se consiguen asociar con desencadenantes y, esto si, son bien conocidos por su frecuencia en las consultas de atención primaria.

Todos estas quejas de presentan mucho más en mujeres. Entre el **73%** y el **80%** de los pacientes de este tipo son mujeres (Airzaguena, 2002). Esta diferencia por sexos parece ser causada tanto por una forma distinta de enfermar por sexos (Carol Wool, 1994; Piccinelli, 1997) como por una forma diferente de quejarse por sexo, así como por una mayor tendencia de las mujeres a acudir al sistema sanitario y por tanto hacer los síntomas registrables (Kurt Kroenke, 1998; Campbell, 2001), además de una forma diferente de escuchar y diagnosticar de los médicos y médicas según el sexo de sus pacientes (Jozien Bensing, 1999) como veremos más adelante.

6. El listado de síntomas no es exhaustivo ya que existen varios otros síntomas somáticos médicamente inexplicados, como inquietud de piernas, hormigueos en extremidades, rechinar de dientes, diversas modalidades de insomnio, cólicos intestinales…, pero utilizamos el listado que Nimnuan ha sistematizado para sus investigaciones sobre los llamados síndromes funcionales en las que se interroga sobre la verdadera existencia de entidades funcionales diferentes.

Cuadro 1

Síntomas somáticos y quejas frecuentes

- Dolor persistente
- Dolor lumbar
- Sentir dolor por todas partes
- Entumecimiento
- Rigidez matutina
- Dolor pélvico
- Síntomas menstruales
- Dolor facial
- Cefalea
- Dolor abdominal

- Dolor torácico
- Palpitaciones
- Dificultad para respirar
- Temblor
- Vértigo
- Cansacio mental
- Cansancio físico
- Cambios de humor
- Irritabilidad
- Fallos de memoria

- Despertar temprano
- Dormir demasiado poco
- Angustia al caer dormido
- Somnolencia diurna
- Pesadillas

- Ardor
- Molestias en la garganta
- Boca seca
- Alteración del gusto
- Vómitos
- Náuseas

- Picor
- Reacciones a químicos o alimentos
- Zumbidos
- Fonosensibilidad
- Fotosensibilidad

Fuente: Chaichana Nimnuan.

Destino de las quejas en atención primaria

Entre la queja de el o la paciente y la morbilidad registrada, media un proceso de demanda y atención en los servicios sanitarios en el que intervienen múltiples factores no sólo relativos a la capacidad técnica de médicos y médicas, sino también de sus conceptos sobre salud-enfermedad y marcos teóricos según los que clasifiquen las enfermedades. Además intervienen los estereotipos sociales y de género que influyen en la resignificación de las quejas.

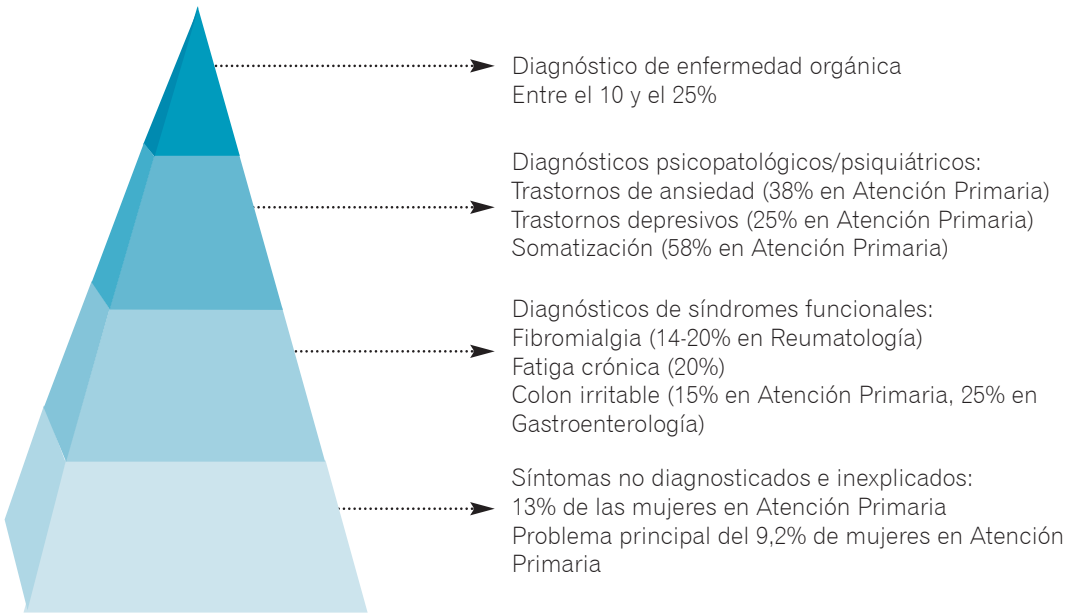
Haremos primero un repaso a las quejas y síntomas que se presentan en los servicios de atención primaria y qué resultados diagnósticos aparecen tras el proceso de atención —que serán los perfiles de morbilidad atendida—, teniendo en cuenta el marco teórico bajo el que se interpretan y procesan los síntomas.

El anterior listado básico de quejas y síntomas somáticos tiene cuatro destinos posibles cuando es reinterpretado en los servicios de atención primaria.

El **cuadro 2** muestra estos posibles destinos diagnósticos.

CUADRO 2

Destinos diagnósticos de los síntomas somáticos y alteraciones psíquicas comunes en atención primaria



Una parte de ellos —entre la décima y la cuarta parte, según Kart Kroenke y Mangelsdorff, 1989—, corresponderán al diagnóstico de una etiología orgánica.

Otros son considerados componente somático de un trastorno mental y, tras añadirse criterios referidos a estados anímicos, son diagnosticados como estados depresivos, trastornos de ansiedad y somatización o trastornos somatomorfos, siguiendo criterios de clasificación psiquiátrica del DSM (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)* de la Asociación Americana de Psiquiatría.

Si entran bajo el enfoque de las especialidades médicas, serán diagnosticados como trastornos de órgano o síndromes funcionales emergentes, como fibromialgia, síndrome de fatiga crónica, colon irritable, disfunción temporo-mandibular, etc.

Y finalmente una buena parte, de magnitud no conocida, quedará en la categoría de síntomas sin explicación médica, sin diagnóstico, y que en atención primaria engrosan las estadísticas de pacientes que acuden "sin enfermedad" o con "signos y síntomas mal definidos" que presentan el **13%** de las mujeres en atención primaria y es el problema principal en el **9%** de las mujeres en AP (Juan Gervás, 1992), así mismo, **podemos decir que es el tercer tipo de morbilidad más atendida en AP en mujeres (entre 25 y 50 años de edad), después de problemas respiratorios y circulatorios** (Mª José Aguilar, 2001).

Estos posibles destinos tienen que ver, en primer lugar, con los conceptos de salud y enfermedad que se utilicen en la práctica por los y las médicas, ya sea de forma explícita o abstraída.

A continuación revisamos los grupos diagnósticos y su prevalencia en AP y la influencia de los marcos teóricos subyacentes.

• Alteraciones mentales comunes: trastornos depresivo, de ansiedad y de somatización •

El modelo biomédico preponderante en la actualidad, basado en la fisiopatología, explica la enfermedad como un trastorno anatomofisiológico ligado, por tanto, a la biología. Este modelo explicativo es monista —unicausal— y esa causa es biologicista (Nancy Krieger, 2001; Alicia Azubel, 2001; Francesc Borrell y Carrió, 2002). La enfermedad queda definida por síntomas y signos objetivos correlacionables con un trastorno orgánico desembocando en un tratamiento farmacológico o quirúrgico cuya eficacia se basa en la acción directa sobre los procesos biológicos. El producto que marcó la era bajo este paradigma es el DSM *(Diagnostical and Statistical Manual de la American Psychiatric Association),* sistema de clasificación de las enfermedades mentales según criterios estadísticos de presentación de síntomas y signos. Enfermedades definidas por sus síntomas para ser tratadas por el correspondiente fármaco. Bajo esta conceptualización de la enfermedad, apoyada en una clínica de la observación del paciente para objetivación de signos que evidencien el trastorno, se producen sucesivas revisiones y clasificaciones de utilización internacional como la CIE-10 (Clasificación Internacional de Enfermedades); la CIPSAP (Clasificación Internacional de Problemas de Salud en Atención Primaria de la WONCA), compatible con las anteriores (CIE y DSM) y que incluye problemas de salud (no sólo enfermedades o síndromes) presentados en atención primaria.

Las categorías diagnósticas del CIE-10 (compatible con DSM) en las que se suelen encajar las alteraciones y trastornos mentales comunes y somáticos de las que tratamos son:

- *trastornos del humor o afectivos (episodios depresivos)*
- *trastornos neuróticos*
- *trastornos relacionados con el estrés*

- *trastornos somatomorfos (somatizaciones, ansiedad generalizada)*
- *trastorno mental no especificado*

Y en la WONCA de atención primaria, que incluye enfermedades, problemas y alteraciones de salud, en el apartado de *alteraciones mentales comunes*:

- *Neurosis*[7]
  - *ansiedad, estado de ansiedad (ansiedad generalizada y persistente, estado de angustia)*
  - *trastornos histéricos e hipocondríacos: ansiedad con queja somática, neurosis cardiaca, neurosis de renta, histeria de conversión, simulaciones, hiperventilación, estado histérico*
  - *depresión neurótica*
  - *otras neurosis: neurastenia, t. obsesivo-compulsivo, fobia*
- *Otras alteraciones mentales y psicológicas*
  - *insomnio trastornos del sueño*
  - *cefalea a tensión*
  - *dolores psicógenos*
- *Signos, síntomas y estados patológicos mal definidos (sin diagnóstico)*

La morbilidad en atención primaria se registrará mediante la interpretación y clasificación de síntomas, fundamentalmente somáticos sin causa orgánica y síntomas anímicos, como tristeza, apatía, ansiedad, sentimiento de vacío, dolor psíquico, a través de las anteriores categorías.

Veamos algunos datos sobre prevalencia de la morbilidad así interpretada.

Algunos autores/as sitúan la prevalencia de los **trastornos de ansiedad** en atención primaria entre el **5%** y el **17,2%** (Ronald Kessler, 1994; Levy Chocrón, 1995, Julio Bobes, 2005; Marc Ansseau, 2005) aunque hay autores/as que afirman que hasta la mitad de la población tiene síntomas de ansiedad. Sin embargo, estudios locales han encontrado que, de las personas que acuden a consultas de primaria encuestadas en la sala de

7. Define neurosis como "*alteraciones mentales sin causa orgánica demostrable* en las que el paciente mantiene una considerable autocrítica, buen contacto con la realidad y en las que habitualmente no confunde su experiencia con la realidad. Comportamiento muy alterado pero socialmente aceptable. Síntomas comunes: *ansiedad, histéricos, obsesivo-compulsivos y depresivos".*

espera, el **38%** (Galaverni, 2005) referían haber tenido crisis de angustia en el último mes, de ellos el **70%** eran mujeres.

La prevalencia de **depresión** se sitúa entre **8,6%** y **25%** de los y las pacientes (OMS, 2001; Bertakis, 2001; Gabarrón, 2002) un rango muy amplio de variación y siempre entre el doble y el triple en mujeres. Según un estudio transcultural y multicéntrico en centros de atención primaria, realizado por la OMS, alrededor del **24%** de todos los y las pacientes atendidos padecía un trastorno mental clasificado, siendo los diagnósticos más frecuentes depresión y ansiedad. OMS señala mayor comorbilidad entre las mujeres, asociándose la depresión con otros trastornos, como ansiedad y trastornos somatomorfos.

El llamado **trastorno de somatización**[8] —en el que se presentan todos los síntomas que hemos relacionado en el **cuadro 1** y algunos más— es también de prevalencia mal conocida y probablemente también alta. Se manejan márgenes entre **0,2%** y **18%** en consultas de atención primaria en España. La variabilidad diagnóstica es especialmente elevada en este trastorno. En el ámbito de investigaciones de otros países la prevalencia en consultas de atención primaria oscila entre **1 de cada 10 pacientes** a **más de la mitad**. Lobo *et al.* (1996) encuentran que el **9,4%** de los pacientes en atención primaria en España padecen somatización según los criterios de Bridges y Goldberg (1985). Pero hay gran variación dependiendo de los criterios diagnósticos utilizados. Hasta el **26,3%** la somatización es el motivo de consulta, según los tipos de somatización de Laurence Kirmayer y Robbins (1991) y hasta el **58%** según los criterios de trastorno de somatización (Per Fink, 1999).

• Síndromes somáticos funcionales emergentes •

La insistencia y aumento durante las últimas décadas de síntomas somáticos de los más diversos órganos y aparatos en las consultas, ha obligado a las especialidades médicas a definir síndromes funcionales emergentes, como la *fibromialgia*, que incluirá una variedad de síntomas musculoesqueléticos; *síndrome de fatiga crónica*, que asciende de la fatiga (antiguo síntoma mental de *neurastenia*) a la categoría de síndrome funcional. Y otros correspondientes a distintas especialidades: colon irritable, dispepsia no

8. Considerado como un síndrome crónico consistente en síntomas somáticos recurrentes y múltiples, situados en diferentes sistemas y órganos, que no pueden ser explicados por ninguna patología orgánica o mecanismo fisiopatológico y que se inicia antes de la edad de 30 años (García-Campayo, 1995).

ulcerosa, disfunción temporomandibular, síndrome de piernas inquietas, cefalea tensional, etc. Resumimos un listado tentativo y no exhaustivo de síndromes vigentes en el **cuadro 3.**

CUADRO 3

Síndromes somáticos funcionales (Nimnuan, 2001)

- Fibromialgia
- Síndrome de fatiga crónica
- Síndrome de colon irritable
- Cefalea tensional
- Dispepsia no ulcerosa
- Bolo histérico
- Dolor facial atípico
- Disfunción articular temporomandibular
- Dolor pélvico crónico
- Síndrome premenstrual
- Hiperventilación
- Dolor torácico no cardiaco
- Sensibilización química múltiple

La **fibromialgia** es un estado doloroso no articular que afecta predominantemente a los músculos; sus características principales fueron enunciadas como dolor generalizado y una exagerada sensibilidad en múltiples puntos predefinidos (*tender points* o puntos gatillo). Típicamente se asocia con fatiga persistente, sueño no reparador, rigidez generalizada que frecuentemente se acompaña de otros síntomas somáticos (Consensus Document on Fibromyalgia, 1993) como hormigueo en las extremidades, trastornos abdominales, necesidad de orinar con frecuencia, ansiedad y depresión. Se estima una prevalencia en población general entre **1%** y **11%** (Carme Valls, 2002; Antonio Collado, 2002), **6%** en las consultas de medicina general; es primer diagnóstico en el **14%** al **20%** de las consultas de reumatología; el **90%** son mujeres (Bonifacio Álvarez, 1996).

El **síndrome de fatiga crónica**, también con prevalencia desconocida en la población general, oscila según los estudios entre el **1%** y el **10,5%** (Jaume Alijotas, 2002), calculándose en España entre **5% y 20%,** cuando se habla de fatiga prolongada, que no llega a cumplir los criterios establecidos para el síndrome. Estudios europeos informan de una oscilación aún más amplia y máximo muy elevado, entre **7%** y **45%** de personas fatigadas según las diversas definiciones, criterios de exclusión e instrumentos de medida (Lewis, 1992).

El **síndrome de colon irritable**, formulado en los años 80, se caracteriza por dolor y distensión abdominal después de comer, estreñimiento pertinaz, o alternando con diarrea, náuseas, vómitos, alteraciones emocionales y depresión, durante al menos 6 meses, cuyas crisis se relacionan directamente con situaciones emocionales conflictivas. Se estima una prevalencia en población general del **5%**, se presenta en el **15%** de las consultas en atención primaria y es, después de la dispepsia, el síndrome más

frecuente en gastroenterología dónde lo presentan el **25%** de los y las pacientes (Antonio López San Román, 2000) y se presenta el doble en mujeres que en hombres.

• Síntomas inespecíficos y mal definidos •

Finalmente, una parte de los **síntomas somáticos quedan sin explicación médica** y sin clasificar. No se registran como problemas de salud y no se reconoce enfermedad y quedan como síntomas inespecíficos o mal definidos, cuando no se llega a filiar un diagnóstico.

Esta categoría residual enunciada como "signos y síntomas" (tos, dolor abdominal inespecífico, malestar, astenia, según la CISAP-2-D), es la morbilidad aguda más frecuente en la consulta de atención primaria en mujeres, después de infecciones respiratorias, con un **13%** de las consultas de mujeres cuando es el **8%** para los varones (Juan Gervás, 1992). Dicho de otro modo, si consideramos cuál es el problema principal registrado más frecuente en atención primaria, los signos y síntomas ocupan el quinto lugar (después de problemas sin enfermedad, respiratorio, circulatorio y musculoesquelético), en el **9,2%** de las mujeres y el **7%** de los varones.

Se pueden resumir las siguientes conclusiones:

La morbilidad más frecuentemente atendida en atención primaria tiene los mismos perfiles que las quejas de salud de la población general. Entre el 30% y el 60% de las consultas de atención primaria se deben a síntomas somáticos para los que no se encuentra causa médica, de ellas el 80% son de mujeres.

De la interpretación de estas quejas tras el proceso de clasificación biomédica de los síntomas, resultan diagnósticos de trastornos mentales comunes (depresión, ansiedad y somatización), síndromes funcionales emergentes (fibromialgia, fatiga crónica y colon irritable, los más frecuentes) o síntomas inclasificados.

La prevalencia de cada una de ellas presenta oscilaciones muy amplias, porque parece difícil marcar los límites diagnósticos de cada trastorno. La prevalencia en las consultas se estima en su límite superior:

- **38% de pacientes con ansiedad**
- **25% con depresión**
- **58% con somatización**

- **20% en reumatología con fibromialgia**
- **20% con fatiga crónica**
- **15% con colon irritable en AP y 25% en gastroenterología**
- **13% de las consultas de mujeres en primaria con signos y síntomas sin explicación médica y sin filiar.**

Todas estas entidades son mucho más frecuentes en mujeres, desde el doble hasta el 90% mujeres, lo cual debe tener algún significado.

• Solapamiento y variabilidad diagnóstica. ¿Son diferentes enfermedades? •

Comorbilidad y solapamiento

Existe un penetrante solapamiento diagnóstico entre las diversas alteraciones mentales comunes y, a su vez, entre estas y los síndromes funcionales y de estos últimos entre sí.

Comorbilidad entre trastornos mentales

Según John Rush (2005), el **25,6%** de los y las pacientes que padecían depresión sufría comorbilidad con otro trastorno, como ansiedad o somatización u otra alteración psiquiátrica; **16,1%** acumulaba dos diagnósticos; y **20,2%** tres o más condiciones comórbidas. María Dolores Ortiz (2005), en estudio en atención primaria encuentra que, de los y las pacientes diagnosticados de depresión, de los cuales el **80%** fueron mujeres, en el **47%** de pacientes se asocia ansiedad y en el **50%**, somatizaciones. Peter Henningsen (2005), en un estudio sobre síntomas somáticos médicamente inexplicados y su relación con los diagnósticos psiquiátricos, encuentra que el **79,6%** de los pacientes presenta comorbilidad entre trastorno somatoforme, depresión y ansiedad. Hay multitud de evidencias en el sentido de que la comorbilidad o solapamiento entre los trastornos o diagnóstico mentales comunes es muy penetrante (Bridges y Goldberg, 1985; Ronald Kessler *et al.,* 1994; Per FinK, 1999; Kenneth Belzer, 2004).

No es extraño, ya que todos los síntomas somáticos y anímicos pueden coexistir y ser parte de los diagnósticos psiquiátrico de ansiedad o depresión y somatización. Incluso, existe el recurso diagnóstico de **depresión "somatizada" o enmascarada,** es decir, una forma de *depresio sin depressione* que se manifiesta por síntomas somáticos y que hace

que un alto índice de personas que supuestamente padecen depresión, sea más difícil de clasificar y permanezca desconocido porque ésta se manifiesta a través de diferentes tipos de malestar físico sin presencia de los síntomas clásicos como son tristeza, la falta de motivación o la disminución del impulso vital. Por ello, la persona se dirige al médico/a de atención primaria para que le trate las patologías somáticas sin que sea posible diagnosticar una causa. Así, se calcula que el **45,4%** de las depresiones se presentan de forma psicológica y el **35,6%** como somatizadas (Enric Aragonés, 2005) y se calcula que permanecen infradiagnosticados un **44%** de las personas con probable trastorno depresivo (Elia Gabarrón, 2002).

Comorbilidad entre trastornos mentales y síndromes funcionales

En cuanto a los **síndromes funcionales**, existe amplia evidencia de que la depresión mayor se asocia con la **fibromialgia**. Los síntomas de astenia, trastornos del sueño y trastornos cognitivos que son característicos de la fibromialgia, también son características de depresión.

La presencia de antecedentes de depresión se halla en el **50-70%** de pacientes con fibromialgia. La presencia, sin embargo, de depresión mayor actual, se detectó en el **18-36%** de los y las pacientes con fibromialgia (Hudson, 1992; Goldemberg, 1999). Epstein, en un estudio multicéntrico, encontró una fuerte asociación con depresión (pasada **68%**, actual **22%**), y otros trastornos psiquiátricos como distimia (**10%**, sólo actual), trastorno de pánico (pasado **16%**, actual **7%**) y fobia simple (pasada **16%,** actual **12%**).[9]

La fibromialgia se asocia con otras alteraciones psicológicas y con multiplicidad de otros síndromes funcionales. Entre las afecciones asociadas a fibromialgia las más aceptadas son las siguientes (Jaume Alijotas, 2002; Antonio Collado, 2002; Carlos Méndez, 2002):

- síndrome de intestino irritable
- manifestaciones psicológicas
  - depresión
  - ansiedad
  - somatización
  - fobias
  - crisis de pánico

9. Datos y referencias citadas por Carlos Méndez en su trabajo “La Fibromialgia, los Trastornos Funcionales Digestivos y la Depresión”.

- fenómeno de Raynaud
- sistema cardiorrespiratorio
  - rinitis crónica
  - disnea
  - dolor torácico
  - apnea del sueño
  - prolapso de válvula mitral
- sistema genitourinario
  - urgencia urinaria
  - disuria
  - síndrome urinario femenino
  - dismenorrea primaria
- síntomas neurológicos
  - disestesias
  - cefalea tensional
  - síndrome de fatiga crónica
  - síndrome seco

Es decir, prácticamente con la mayoría de los síntomas y síndromes funcionales y psíquicos de los que hablamos.

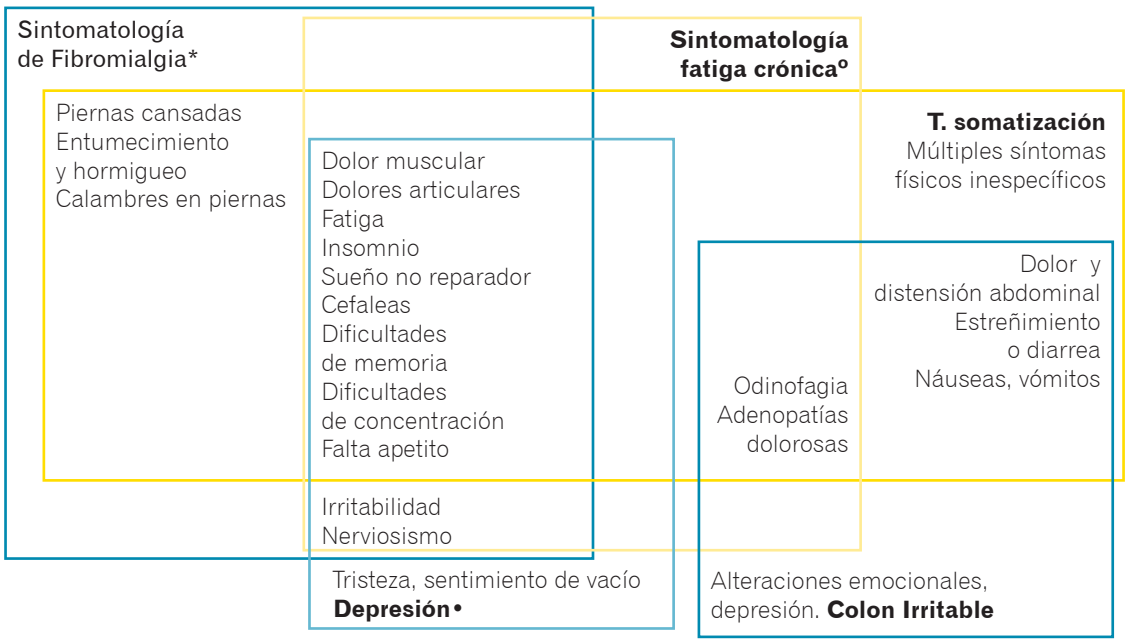
El **síndrome de intestino irritable** es con el que presenta una asociación más fuerte: el **75%** de las pacientes **con fibromialgia (93% mujeres**) reúne criterios para alguna otra categoría de los trastornos funcionales digestivos: síndrome de intestino irritable el más frecuente, dispepsia, constipación funcional y dolor abdominal funcional (Carlos Méndez, 2002).

Hay hipótesis que apuntan a que puedan ser manifestaciones diferentes del mismo tipo de conflictos a lo largo de la vida (Asunción González de Chávez, 2002). De todos modos, la mayoría de los síntomas somáticos de fibromialgia —y también de fatiga y de otros síndromes—, son comunes a la ansiedad y depresión. Que la ansiedad se manifiesta por palpitaciones, dolor torácico no cardiaco, sequedad de boca, hiperventilación, es bien conocido, así como que en un estado depresivo existen trastornos del sueño, irritabilidad, fatiga, mialgias, cambios de humor, incluso ansiedad.

El **cuadro 4** es una tentativa de mostrar los espacios sintomáticos compartidos por algunos de los síndromes.

Cuadro 4

Síntomas compartidos entre algunas alteraciones psíquicas y funcionales



*Tomada de Wolfe F *et al.* °Tomado de Fukuda *et al.* • Basado en Goldberg

Toda esta información muestra, al igual que en los trastornos psiquiátricos, la especial dificultad para definir los límites de los distintos trastornos y estimar las prevalencias.

Sabemos que son extremadamente frecuentes, tanto en la población general como en los servicios de atención primaria, pero hay problemas de definición que impiden establecer con claridad límites para entidades nosológicas que se puedan aislar en un diagnóstico y que no se solapen unas con otras.

Semejante solapamiento debería hacer pensar que el sistema de clasificación basado en síntomas por órganos y sin trastorno fisiopatológico no responde a la naturaleza de estos padecimientos. Es probable que no se trate de diferentes enfermedades identificables por el funcionamiento de órganos (incluida la mente cuando es tomada como un órgano más que se puede trastornar), sino de diversas manifestaciones no determinadas por trastornos fisiológicos sino síntomas multideterminados por factores del contexto social, interpersonales y psicológicas relacionados con procesos y conflictos vitales (George Engel, 1980; Mabel Burin, 1990; Carlos Méndez, 2002; Asunción González de Chávez, 2002).

Existe un penetrante solapamiento diagnóstico entre las diversas alteraciones mentales comunes y, a su vez, entre éstas y los síndromes funcionales y de estos últimos entre sí. Todos ellos comparten la misma sintomatología con diversa intensidad y que se reagrupa de formas distintas para dar lugar a aparentes diagnósticos distintos.

Este solapamiento debería hacer pensar que el sistema de clasificación basado en síntomas por órganos y sin trastorno fisiopatológico no responde a la naturaleza de estos padecimientos.

Variabilidad diagnóstica según especialidades médicas

Uno de los principales problemas que condiciona el solapamiento diagnóstico es la variedad de interpretaciones sobre las quejas que pueden hacer los y las médicas, dependiendo de aspectos subjetivos como su marco teórico, su área de conocimiento o estereotipos de género. La variabilidad diagnóstica depende, por una parte, de los conceptos de enfermedad que se utilizan de forma subyacente.

Por ejemplo, Salvador Ruiz Doblado (1997) realiza una revisión sobre la tasa de identificación de depresión por parte de médicos/as de atención primaria y las causas de las variaciones de este índice. Hay consenso en que en atención primaria se diagnostica una parte pequeña de las depresiones que se supone que se presentan. Depresión, esto sí, según los criterios diagnósticos del DSM. Hay evidencias amplias de que uno de los factores es que los médicos y médicas de atención primaria utilizan un concepto de enfermedad en el que lo psicosocial tiene más peso y tienden a considerar los cuadros que podría corresponder a depresión-DSM, como procesos vivenciales que conocen y tiene en cuenta, atendiendo los aspectos psicosociales para los que no precisan necesariamente ponen la etiqueta diagnóstica. En esta clínica no actúa de forma tan decidida la convicción de la enfermedad mental como orgánica. Así, lo que unos autores pueden llamar "falta de habilidad para el diagnóstico psicopatológico por los médicos de atención primaria", puede ser en realidad el efecto de trabajar con distintos conceptos subyacentes.

Del mismo modo, pueden influir los límites del área de conocimiento. Chaichana Nimnuan *et al.* (2001) estudian el conjunto de síntomas funcionales **(cuadro 1)** y se preguntan sobre los límites diagnósticos de los síndromes funcionales correspondientes

(cuadro 3). Estudian pacientes que acuden a diversas especialidades médicas. Se observa que, con iguales síntomas, las personas tienen más posibilidades de ser diagnosticadas del síndrome correspondiente a la especialidad del clínico que las atiende. Especialistas de digestivo tienden a diagnosticar más síndrome de colon irritable, despreciando los síntomas que exceden o no encajan con este diagnóstico —una media de 8 síntomas por paciente que para el médico/a no encaja en el síndrome de su especialidad y que no son considerados—, mientras que a iguales síntomas, si se trata de especialista en neurología, la misma persona tiene más probabilidades de salir diagnosticada de fatiga crónica. Se encuentra también que las mismas personas son diagnosticadas con frecuencia de varios síndromes funcionales. Los síndromes que más se solapan son el colon irritable, fibromialgia, cefalea tensional, dispepsia no ulcerosa, hiperventilación y dolor torácico no cardiaco. Todos los diagnósticos son más frecuentes en pacientes mujeres, aunque la autora no analiza su distribución, ni la posible correlación con el sexo del médico o médica. La autora se suma a la línea de cuestionar si existen tantos síndromes funcionales como se están estableciendo y si se trata de una inadecuación del sistema biomédico de clasificación por síntomas.

Variabilidad diagnóstica por condicionantes de género y clase

La variabilidad diagnóstica está también sujeta a factores relacionados con características de la persona como el sexo y su categoría socioprofesional.

Rebeca Furhrer (1995) estudia la epidemiología de la fatiga como queja actual en la consulta, como diagnostico y como síntoma crónico y la asociación entre fatiga y depresión. Encuentra que el **41,2%** de los pacientes presenta fatiga como síntoma persistente, aunque sólo el **7,6%** lo refiere como queja actual. Si bien las mujeres se quejan más de fatiga que los varones, sin embargo, tienen muchas más posibilidades de ser diagnosticadas de depresión que ellos, que son más frecuentemente diagnosticados de fatiga crónica. Así mismo, los y las pacientes de clases sociales más bajas, a pesar de quejarse de fatiga con más frecuencia, son menos diagnosticados de fatiga crónica. La autora interpreta este sesgo de género y clase social como una manifestación de la subjetividad diagnóstica de los médicos guiada por estereotipos de género y clase, en el sentido de tender a diagnosticar a los hombres y clases sociales altas de un síndrome de apariencia fisiopatológica, mejor valorados socialmente, y no enfermedad mental —estigmatizada socialmente—, dejando este estigma más fácilmente en las mujeres y en clases sociales más bajas.

Hay muchas evidencias de la existencia de sesgo de género en la actitud diagnóstica de médicos y médicas (Mª Teresa Ruiz, 2001).

Los diagnósticos de alteraciones mentales comunes y síndromes funcionales y síntomas somáticos inexplicados se solapan unos con otros, coexisten en las mismas personas y se suceden en el curso de la vida.

El solapamiento diagnóstico está condicionado por la variedad de interpretaciones que pueden hacer los y las médicas sobre las quejas, dependiendo de aspectos subjetivos como el marco teórico que utilizan, su área de conocimiento o estereotipos de género y de clase social.

Existe una línea bien sustentada sobre la necesidad de cuestionar si existen tantos síndromes funcionales como se están estableciendo o si se trata de una inadecuación del sistema biomédico de clasificación por síntomas.

Diagnósticos diversos, tratamiento unificado: los psicofármacos

Una cuestión de enorme importancia es la paradoja existente en el tratamiento de todas las alteraciones psíquicas menores y funcionales. Se realiza un enorme esfuerzo en diferenciar diagnósticos de procesos aparentemente distintos y, sin embargo, el tratamiento farmacológico es finalmente el mismo: antidepresivos y ansiolíticos.

La medicación tranquilizante utilizada en mujeres es un hito del que ya alertaba Mabel Burin en 1991, la tranquilidad recetada. Se utiliza en cualquiera de los síndromes que tratamos, así como cuando se concluye que la paciente atendida *"no tiene nada",* ninguna enfermedad diagnosticable que justifique su malestar. De algún modo se están identificando todos los diagnósticos en cuestión y las quejas no filiadas con una situación común: el **malestar psíquico, propio además de las mujeres,** y lo que se prescribe para este malestar son tranquilizantes menores y antidepresivos.

La tendencia internacional indica que el doble de mujeres que hombres consumen psicofármacos (Mabel Burin, 2003). Médicos y médicas tienen tendencia a recetar el doble de ansiolíticos y antidepresivos a mujeres que a hombres. Y además, si bien el auge del uso de ansiolíticos tuvo su cumbre en lo años 60 y 70, el progreso de la medicalización de los malestares, sobre todo de las mujeres, se va desplazando al aumento espectacular del uso de antidepresivos. Un estudio en Madrid (Alberto Ortiz Lobo *et al.,*

2005) encuentra un aumento de la prescripción de antidepresivos en atención primaria del **116%** entre 1996 y 2001. En otro estudio se encontraba que el **24,5%** de los pacientes derivados a un centro de Salud Mental por médicos/as de cabecera, no presentaban ningún trastorno mental diagnosticable y, sin embargo, la mitad ya llegaban con antidepresivos pautados. Este aumento espectacular es concordante con otros estudios. Ortiz Lobo y otras autoras como Nuria Romo (2003) explican este aumento, entre otras cuestiones, por el incremento de la utilización de antidepresivos para entidades clínicas diferentes a la depresión e, incluso, para problemas sin entidad clínica alguna: la medicalización del malestar.

Se realiza un enorme esfuerzo para diferenciar diagnósticos de procesos aparentemente distintos y, sin embargo, el tratamiento farmacológico es finalmente el mismo: antidepresivos y ansiolíticos. Es una paradoja que demuestra que, en la práctica, se está tratando un malestar psíquico de las mujeres, medicalizándolo con psicofármacos.

CAPÍTULO II

De la fisiopatología al malestar biopsicosocial

> Proponemos otros modos de comprensión de las psicopatologías de las mujeres: el origen social de los conflictos, su interrelación con los modos psíquicos de producción del malestar a través de los sentidos que cada sujeto otorga a tales conflictos…
>
> Mabel Burin, 1991

Insuficiencia del enfoque fisiopatológico

En el desarrollo que hemos hecho hasta aquí, se pueden resaltar las contradicciones que aparecen en la comprensión del problema cuando se apoya en la fisiopatología y sus sistemas de clasificación. Así son las marcadas oscilaciones de las prevalencias estimadas, la comorbilidad o solapamiento y variabilidad diagnóstica que se evidencia por diversidad de criterios diagnósticos, así como por lo subjetivo de la sintomatología y la subjetividad de médicos y médicas influenciada por estereotipos sociales. Esto debería apuntar a una debilidad del sistema de clasificación que define categorías o enfermedades de manera forzada y que no son tales, es decir, las agrupaciones de síntomas no deben corresponder a entidades mórbidas diferentes. El biomédico es un sistema de diagnóstico basado en la objetivación de evidencias orgánicas, que encuentra sus límites e insuficiencia cuando ésta no existe. Quizá el significado de los síntomas sea otro.

Habría que pensar que si no se puede alcanzar una definición de una enfermedad que permita diferenciarla de otras, puede ser porque el modelo explicativo para definirla no es

válido y los datos utilizados para clasificarla —los síntomas—, no están basados en la naturaleza que define esa enfermedad. El presente problema podría tratarse de una "anomalía", en el sentido que planteaba Thomas Kuhn, en la Estructura de las Revoluciones Científicas donde llama "anomalía" a un fenómeno que no puede ser explicado mediante los elementos teóricos del paradigma al uso, y que hace que éste encuentre allí su tope explicativo y comiencen a intentarse otras teorías que expliquen ese fenómeno anómalo (Thomas Kuhn, 1965). Los síndromes del malestar podrían estar apuntando a una insuficiencia del paradigma biomédico basado en la fisiopatología, cuando ésta no se presenta.

Otros enfoques teóricos. Factores determinantes biopsicosociales

Los factores causales de las alteraciones mentales comunes y somatizaciones son mal conocidos para el enfoque biomédico y las hipótesis son siempre de mecanismos fisiopatológicos que causen daño orgánico. Se barajan hipótesis neuro-endocrino-inmune o viral para los síndromes funcionales y disfunciones bioquímicas para los mentales.

Ahora bien, ampliamos la mirada sobre estos trastornos bajo el marco de teorías contextuales y de la subjetividad que se caracterizan por incluir en el proceso salud-enfermedad, tanto el contexto social y la biografía, como su interacción con la experiencia vivida y subjetiva de las personas (Sigmund Freud, 1923; Rene Dubos, 1975; John Cassel, 1976; George L. Engel, 1977 y 1980; Jorge L. Tizón, 1996 y 2000), y las teorías que además de los aspectos anteriores tienen en cuenta la importancia del sexo y de su interpretación social —que es el género—, en la explicación de los procesos de salud enfermedad (Jeannet Marecek, 1979; Evelyn Fox Keller, 1985; Borges, 1995; Mabel Burin, 1991). Bajo estas líneas se amplían los factores relacionados en varias direcciones porque buscan etiología y factores causales o asociados en la biografía y la forma en que las circunstancias psicosociales son experimentadas, es decir, el significado subjetivo, además de los condicionantes de género.

La investigación bajo marcos teóricos contextuales ha ido identificando factores que influyen en las alteraciones que tratamos: la clase social (Jochen Fahrenberg, 1995), el nivel cultural y la etnia (Campbell, 2001), la situación laboral, el estado civil (Sara Arber, 1991; Jochen Fahrenberg, 1995; Piccinelly, 1997) y estilos de vida y capacidad de

respuesta a estresores (Gulbrandsen, 1998) o eventos vitales. Y los factores de género (Mabel Burin, 1991; Isabel Montero, 2004): cuidado de hijos pequeños, carga del trabajo doméstico y múltiples roles (Joan Busfield, 1988; Sara Arber, 1991; Mabel Burin, 1991); se investigan también los aspectos relacionados con la subjetividad como los condicionantes de la feminidad y masculinidad y experiencia vivida (Ellen Annandale, 1990; Regina Rodríguez, 1990; Mabel Burin, 1991; Eva Johansson, 1999; Silvia Tubert, 2000) y introducción de análisis de género y poder y cómo éste interviene en la presentación de los síntomas en las consultas inmersas en un determinado tipo de relación médico-paciente (Candance West, 1993; Borges, 1995; Kirsti Malterud, 2000; May L Willeman, 2002). Se trata de considerar múltiples factores psicosociales y sus interacciones.

De alteraciones mentales a 'síndromes del malestar'

Desde un marco teórico que incluya en el proceso de enfermar la influencia del contexto social y la subjetividad, ambos además condicionados por el género, planteamos que los síndromes y síntomas que tratamos no tienen su causa sólo en la biología, que desde luego puede predisponer, y tampoco sólo a situaciones sociales precarias, sino en la esfera simbólica, es decir, que proceden de la posición subjetiva de la persona en su contexto social y cómo se enfrenta a los conflictos. Estos síntomas son símbolos de aquellos conflictos expresados en el cuerpo. Se pueden presentar como manifestaciones somáticas cada vez más diversas y como síntomas anímicos, cada vez más extendidos y esto ocurre mucho más en las mujeres, lo cual tiene un significado: se trata de su forma de vida sujeta a conducciones económicas de precariedad y pobreza, falta de recurso socio-económicos, circunstancias sociales adversas y condicionantes de género cultural y socialmente determinados, que las convierten en más vulnerables.

Las alteraciones psíquicas y somáticas, bajo su diversa presentación, tienen una procedencia común: el **malestar cultural de las mujeres.**[1]

1. El *malestar de las mujeres* fue propuesto como la otra salud mental en el Seminario Internacional sobre el Malestar Psíquico de las Mujeres (Roma, 1988) donde investigadoras desde la sociología y la clínica confluyeron en la necesidad de definir una nueva salud mental de las mujeres que diferenciara entre el sufrimiento procedente de las condiciones de la vida cotidiana y la enfermedad. El tema es desarrollado por varias autoras Carmen Sáez Buenaventura en 1979 y 1988, Irene Meler, 1987, Mabel Burin, 1987, 1991, 1998 y Ana María Daskal y Cristina Ravazzola como compiladoras en 1990; Asunción González de Chávez y Araceli de Armas, 1993, Irene Meler y Débora Tajer (comp.), 2000; Silvia Tubert, 2001 entre las más importantes autoras de estudios de género. Una buena recopilación es la de Carmen Torres *[On line].*

Malestar Cultural (Sigmund Freud, 1929), y no trastornos o enfermedades porque se trata de una posición subjetiva sufriente que procede de los conflictos generados por las vivencias sociales que la cultura impone mediante la presentación de ideales y prescripciones de formas de ser y actuar que es necesario intentar cumplir para ser reconocido socialmente;

De las mujeres (Regina Rodríguez (ed.), 1990; Carmen Sáez Buenaventura, 1977 y 1988; Mabel Burin, 1991; Silvia Tubert, 2001) porque si sistemáticamente les afecta específicamente y cada vez más, es porque la presión cultural y social de género impone restricciones, exigencias y condiciones conflictivas y enfermantes.

Trataremos de analizar a lo largo de los capítulos de este libro cuáles son esos condicionantes socioculturales de género, cómo estos conflictos toman cuerpo y cómo podemos aplicar un modelo de abordaje biopsicosocial que mantenga los beneficios de tener en cuenta los recursos biomédicos de acción sobre lo biológico, pero que incluya también la intervención sobre los componentes psicosociales y de género y sus significados subjetivos. Bajo esta perspectiva, no será tan importante mantener diagnósticos fisiopatológicos diferenciales, sino identificar y abordar los factores psicosociales que anidan como desencadenantes y mantenedores de los conflictos para cambiarlos y curar sus efectos.

Se define el *malestar psicosocial* como el sufrimiento que no puede ser descifrado y expresado en palabras y que aparece como sufrimiento anímico o en el cuerpo como síntomas mal definidos y sin causa orgánica demostrable.

Nos referiremos a los procesos en cuestión como los *síndromes del malestar de las mujeres* con un enfoque que los unifica a través de su significado, lo que permite abordarlos en su causalidad, factores asociados y repercusiones, dejando provisionalmente a un lado las necesidades diagnósticas, con un abordaje y tratamiento integral biopsicosocial que incluya condicionantes de género y subjetividad.

CAPÍTULO III
Análisis del proceso de atención a los síndromes del malestar en atención primaria

…el dolor, el malestar… Se necesita un poco de tiempo para atender estas cosas que no se pueden resolver de un plumazo.

…la mujer llega con sus cambios de ciclo y sus problemas emocionales, es sincera con el médico y… no hay a quien le preguntes que haya ido al médico y no le haya intentado convencer para que tome una pastilla, un antidepresivo.

Grupo de discusión de mujeres

Sé que toda esa gente toma antidepresivos porque algo va mal… y algo va mal cuando todas las mujeres tienen síntomas…

…la gente que va a la consulta quiere que se le resuelva el problema, no te piden una pastilla. Entonces el problema es nuestro. Y la ansiedad del profesional… Tenemos que planteárnoslo, si lo estamos haciendo bien, si tenemos que coger más información y hacer otro abordaje. El hacerles participar a ellos en toda esta historia… en todo este proceso.

Grupo de discusión de profesionales sanitarias[1]

A partir de este capítulo consideramos los síndromes del malestar como la agrupación de las alteraciones mentales comunes —cuadros de ansiedad, angustia y depresión—, y síntomas y síndromes somáticos funcionales —somatizaciones—. Trataremos sobre el proceso de atención a los síndromes unitariamente considerándolos quejas biopsicosociales, a pesar de los potenciales diagnósticos biomédicos diferentes.

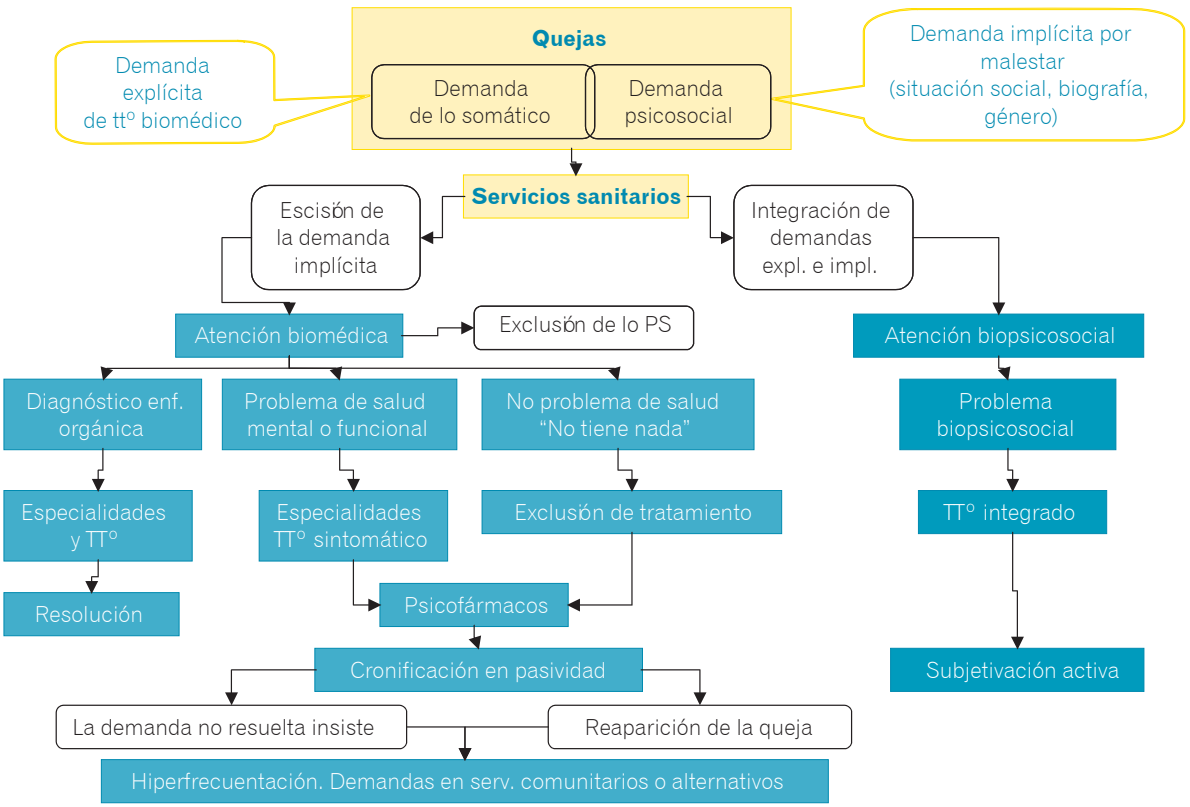
1. Ambos grupos formaron parte de la investigación cualitativa sobre la salud de las mujeres en Asturias, realizada por Carmen Mosquera, Marian Uría y Mercedes García y publicada por la Consejería de Salud y Servicios Sanitarios del Principado de Asturias.

Proceso de la demanda biopsicosocial en atención primaria

Cuando las mujeres acuden a los servicios de atención primaria con quejas y síntomas anímicos y somáticos sin causa orgánica, podemos decir que hacen una **demanda explícita** sobre sus síntomas y una **demanda implícita,** o no manifestada, **sobre su malestar que es de contenido psicosocial**. El ciclo del proceso de atención en el encuentro paciente y sanitario o sanitaria que vamos a describir se recoge en el **cuadro 5**.

CUADRO 5

Proceso de la demanda de síntomas somáticos y psíquicos comunes



• Demanda explícita e implícita •

La **demanda explícita** trata de que sean escuchados los síntomas y dolores esperando un diagnóstico y tratamiento; en definitiva, es una **demanda de atención biomédica**.

Pero la **demanda implícita** contiene los aspectos psicosociales que se relacionan con la biografía de la persona, con el contexto o situación social, con su estado psíquico y los recurso subjetivos ante los conflictos, con los condicionantes psicosociales de género a los que está sujeta; en definitiva, son todos los factores que condicionan el malestar y que pueden estar causando o perpetuando los síntomas.

• Escisión de la demanda •

En la situación estructural actual de los servicios sanitarios, uno de los caminos habituales es que el sanitario o sanitaria sea capaz de atender la demanda biomédica que se le dirige y para la que están bien preparados los recursos y la formación médica, pero escinda la demanda psicosocial implícita que no será escuchada y quedará omitida en el encuentro sanitario/a-paciente.

Los y las médicas de atención primaria, lo que probablemente es común a sanitarios de otros niveles asistenciales, retroceden ante aspectos de la vida de los y las pacientes en parte por la angustia e incertidumbre que les provoca, porque les confrontan con la propia impotencia y, en parte, por la dificultad para intervenir y cambiar aspectos psicosociales por la carencia de instrumentos y formación para ello. Así, la demanda atendida se reduce casi siempre a la demanda biomédica.

• Exclusión de lo psicosocial •

Los aspectos que suelen omitirse en las consultas[2] son:

- Las grandes carencias
- Las pérdidas
- La muerte
- La intimidad y sexualidad
- La vida de pareja
- Los roles de género

2. Estos aspectos, además de estar refrendados en la bibliografía, se han encontrado en un estudio de situación sobre las dificultades de sanitarios y sanitarias de atención primaria para atender síndromes del malestar dentro del programa de atención biopsicosocial al malestar de las mujeres realizado por el Instituto de la Mujer.

Es decir, aspectos de la experiencia vivida de las personas que tiene fuertes repercusiones en el proceso de salud-enfermedad y que son principales fuentes de malestar. Son los contenidos de la demanda implícita, que de poder ser explicitada permitiría a el o la paciente encontrar un significado a sus padecimientos relacionado con su experiencia personal.

Además, la marginación de lo psicosocial suele resultar diferente según el sexo. Con los pacientes varones el discurso médico margina el contexto social cuando presentan narraciones relacionadas con dificultades en el trabajo, especialmente cuando la enfermedad crea discapacidad física. El trabajo tiene alto valor para la realización masculina según los consensos tradicionales de género, y las incapacidades de ese ámbito son escuchadas con más dificultad, porque es visto como una pérdida que compromete la masculinidad.

Mientras, para las pacientes mujeres, se marginan los roles de género asociados a la presentación de síntomas somáticos y que expresan problemas emocionales con la pareja, expectativas del rol familiar, aspiraciones de trabajo, cuidado de los niños/as y problemas con la red de soporte social (Borges, 1995). Por supuesto, el o la profesional no margina conscientemente de su actuación los aspectos anteriores, sino que ello se produce no intencionadamente condicionado por los modelos sociales de género que nos presionan a todos y todas, influyendo en nuestro discurso y actuaciones.

• Búsqueda de diagnóstico fisiopatológico y medicalización del malestar •

Tanto si se asigna un diagnóstico del grupo que hemos desarrollado en el apartado anterior, como si los síntomas quedan dispersos sin interpretar, el tratamiento suele ser a base de los diversos fármacos sintomáticos (antiácidos, relajantes…), analgésicos y psicofármacos (ansiolíticos y antidepresivos). Puede interpretarse también las quejas y síntomas como alteración mental y, ya sea con o sin un diagnóstico de trastorno mental preciso, se suele optar por tratamiento con psicofármacos, concretamente antidepresivos, ansiolíticos o ambos, con o sin derivación a servicios de salud mental.

Al haber quedado oculto el origen de los síntomas en conflictos vivenciales, quedando en el plano visible sólo las expresiones orgánicas o funcionales corporales, lo que se produce es la patologización de la experiencia vivida.

A menudo, no se encuentra ningún sentido biomédico a los síntomas. Es sabido además que los esfuerzos diagnósticos y terapéuticos pueden ser menores en problemas

de salud de las mujeres y especialmente en aquellos ligados a síntomas subjetivos (García Campayo, 1995; Bellón, 1995; Teresa Ruiz, 2001). Se tenderá a concluir que la paciente "*no tiene nada*", lo que podríamos decir que funciona a modo de juicio clínico informalmente muy extendido, bajo el que subyace que un sufrimiento que no tiene daño orgánico objetivable no es tal sufrimiento y no es susceptible de intervención médica. Cuando esto ocurre, en la práctica se observa que la conducta terapéutica es, con la mayor frecuencia, la prescripción de psicofármacos (Ana Delgado, 2001), actuación paradójica con la ausencia de diagnóstico, pero que colabora al producto de alta frecuencia de prescripción tranquilizante entre las mujeres adultas (Ann A. Hohmann, 1989; Gail Lee Cafferata, 1983; Maria Zadoroznyj, 1990; Mabel Burin, 1991).

Es el camino de la medicalización como recurso de intervención superficial, adaptativa, que intenta aplacar las expresiones del malestar sin indagar, reconocer e intervenir en aquello que las causa. Medicalización que viene a obturar la posibilidad de un abordaje terapéutico que incluyera los propios términos de los que procede el malestar, es decir, los aspectos psicosociales y que, además, contribuye también a impedir que la persona pueda darse cuenta de las causas de su sufrimiento y abrir un camino para responsabilizarse de ellas.

Así, la prescripción de psicofármacos dificulta el tratamiento integral. Además, es sabido que las mujeres tienen muchas más posibilidades que los hombres de recibir medicación tranquilizante dirigida a amainar las manifestaciones de los efectos de la presión de la vida cotidiana sujeta a los roles estereotipados pasivos de cuidadora, de múltiples roles, de doble jornada o de las consecuencias de los conflictos de ideales, las pérdidas y frustraciones en el contexto de la dependencia material y afectiva (Gail Lee Cafferata, 1983; Ann A. Hohmann, 1989; Maria Zadoroznyj, 1990; Mabel Burin, 2003).

• Cronificación en la pasividad sintomática •

El siguiente paso en el proceso es producto de la escisión de la demanda implícita y es la cronificación en la pasividad sintomática. El manejo medicalizado del malestar psíquico y la tendencia a recomendarse descanso y tranquilizantes (Borges, 1995) produce una cronificación del malestar y su sintomatología, en una posición pasiva en la que la mujer se siente victima de sus circunstancias y objeto pasivo del saber y recursos médicos, queda expuesta a la sedación acrítica propuesta por la medicina, con incapacidad para actuar y modificar su *modus vivendi*, con síntomas que la mantiene en un

estado de pre-enfermedad, más bien letárgico, estabilizado por la medicación tranquilizadora.

• Insistencia de la demanda implícita. Hiperfrecuentación •

La demanda no satisfecha siempre insiste y reaparece por distintos caminos. Las pacientes volverán a insistir en múltiples consultas con los mismos y nuevos síntomas; buscaran interconsultas con especialidades, acudirán a servicios de urgencias, o bien, su demanda reaparecerá en redes de atención paralelas, alternativas o privadas, o en redes de atención psicosocial o comunitarias. La hiperfrecuentación, problema importante en los actuales servicios, procede de la insistencia de la demanda no resuelta.

Y no quiere esto decir que, a lo largo del proceso, la mujer manifieste expresamente los aspectos psicosociales que requieren atención. Por una parte, porque las mujeres pueden no ser conscientes de la relación que tiene con ello su malestar. Forma parte del mecanismo de la somatización el expresar a través del cuerpo lo que no puede ser reconocido de otro modo. La consecución de síntomas deja en silencio el posible conflicto que los origina. Y por otra parte, las pacientes manifiestan lo que saben que puede ser escuchado en las consultas médicas, y esto es la sintomatología somática. El juego establecido por la medicina contemporánea se centra en el cuerpo y sus manifestaciones, el cuerpo es el objeto de la medicina.

• Inclusión de lo psicosocial y subjetivación activa •

Un último camino que puede tomar el proceso de atención es que las quejas sean reinterpretadas por el o la médica de forma integral biopsicosocial. Por supuesto habría que realizar la búsqueda inicial de daños orgánicos, los efectos físicos de los síntomas, aunque no correspondan a trastorno fisiopatológico, pero también la escucha de los aspectos del contexto familiar y social de las pacientes que esté causando, o se asocie, o mantenga los síntomas.

Es necesaria también la escucha de las apreciaciones subjetivas de la propia paciente que es donde se puede encontrar el significado de sus síntomas. Se trata a la persona como sujeto activo de su padecimiento para que conozca, aprecie y tome responsabilidad activa para afrontar y modificar lo necesario que causa su malestar. El

resultado es lo que llamamos **subjetivación activa.** A lo largo de este libro trataremos de desarrollar este método de trabajo.

En resumen:

> **La perspectiva del proceso enfocado con exclusión de lo psicosocial, suele ser patologización de las vivencias, medicalización del malestar con tratamiento tranquilizante y sintomático adaptativo. El resultado incluye la producción de hiperfrecuentación de los servicios sanitarios por la insistencia de la demanda no resuelta y la cronificación de las pacientes en la pasividad sintomática.**
>
> **El abordaje biopsicosocial, con apertura de lo psicosocial, abre la posibilidad de atención integral y subjetivación activa de las pacientes.**

Vivencia de las pacientes con malestar en el encuentro con la medicina

Por parte de las mujeres, cuando acuden como pacientes con dolores, alteraciones del ánimo y síntomas variados, el encuentro con el proceso que anteriormente hemos descrito es conflictivo. Como hemos comentado, saben que las únicas quejas que parecen ser legítimas son las somáticas y participan de la supremacía social y médica que se concede a los hechos biofísicos sobre las explicaciones psíquicas o vivenciales. Esta falsa dicotomía sobre el fenómeno de enfermar hace que las mujeres no cuenten lo que puede ser tomado del lado de lo psicológico (Ritcham, 2001) o lo que a ellas les parece que tiene que ver con su biografía, que serían los factores psicosociales. Y lo cierto es que seleccionan, a menudo cuidadosamente, aunque no sean conscientes de ello, aquellos síntomas o dolores que pueden ser físicamente más expresivos. Además, cuando ya han visitado algunas veces las consultas con sus malestares tienen la experiencia de ver desvalorizadas sus quejas y sufrir, con frecuencia, experiencias de ser pacientes inadecuadas, humilladas y en discrepancia con la visión médica.

Experimentan la pérdida de control propia de sentirse enferma, que por definición es un estado con cierta pérdida de autonomía y desvalimiento en el que uno pide ayuda porque no puede resolver lo que le ocurre ni evitar el dolor (Jorge L. Tizón, 2000), pero se añade la pérdida de control que experimentan en la interacción con el médico o médica, que al desvalorizar sus quejas y no creer en su sufrimiento, oyendo a menudo

la frase “usted no tiene nada” no se siente reconocida (Arthur Kleiman, 1988; Kirsti Malterud, 2000).

A pesar de que las mujeres no expliquen al médico o médica lo que ellas creen que les ocurre y traten de presentar los síntomas desvinculados de sus vivencias, internamente tiene sus propias ideas al respecto. Eva Johanson (1999) realizó un estudio interpretativo sobre pacientes con dolor músculo-esquelético médicamente inexplicado en un centro de salud y encontró que las mujeres creen que el dolor es una amenaza de que algo va mal en el cuerpo. Es de aparición impredecible y fuera de control y que les lleva a la sensación de fragmentación corporal. Buscan tanto explicaciones de origen físico, como también lo relacionan con el trabajo, con tensiones y preocupaciones con los hijos o el marido. Como cuando ocurre algo a lo que no se le encuentra explicación, la respuesta de la culpa es una constante, el dolor aparece como si pudiera ser un castigo por decisiones equivocadas o mal comportamiento, por adicción a alcohol o tranquilizantes, por haber sufrido abusos o maltrato o un aborto. Las pacientes querrían una explicación física que les librara de tener algo que ver en su padecimiento.

En consecuencia, se establece en el encuentro con el o la sanitario/a una pugna oscilante entre la demanda de ayuda y tratamiento; la desconfianza y la hostilidad por no ser atendida y reconocida y la dependencia que se establece en un contexto que fomenta la pasividad y la adaptación a la situación. Las actuaciones de las pacientes pivotarán sobre estas actitudes respectivamente, coexistiendo la hiperfrecuentación y la exigencia de soluciones, pruebas complementarias, derivaciones y otros consumos de recursos; los enfrentamientos, incumplimiento de tratamientos y citas, insatisfacción, cuestionamiento del profesional y cambios de médico; consumo de analgésicos y tranquilizantes, resignación y pasividad ante sus situaciones vitales. Es un circuito de cronificación de los síntomas y dependencia del sistema sanitario.

Cuando las pacientes han llegado a ser diagnosticadas de síndromes funcionales emergentes, como fibromialgia o fatiga crónica, se sienten, en realidad, víctimas de una enfermedad desconocida. Asistimos a un aumento espectacular de la frecuencia de estos diagnósticos y lo cierto es que las mujeres que los padecen están siendo investidas en el medio sanitario de una tipología o carácter ante el que los sanitarios/as se alertan. Comentaremos en el siguiente apartado las vivencias de los y las profesionales al respecto, pero aquí, del lado de las pacientes están funcionando asociaciones agrupadas por patologías. Las pacientes, buscan en ellas, sobre todo, un espacio de apoyo mutuo y reivindicación en el que ser reconocidas, en realidad, a través de una identidad

definida por su enfermedad. Estos espacios reivindicativos aparecen, en parte, debido a la ineficacia sanitaria para resolver el malestar y para reclamar recursos para lo que consideran enfermedades desconocidas.

Un aspecto que evidencian también las asociaciones es la necesidad de defenderse del estigma que acompaña a las quejas y síntomas del malestar en la medida en que se asocian a alteraciones psicológicas que son infravalorados, tanto más en cuanto que afectan a mujeres. En 1951 se definió la entidad "*histeria*", como múltiples quejas somáticas debidas a conflicto intrapsíquico, este diagnóstico era aplicado a las mujeres; pero el mismo cuadro clínico en varones era llamado "*neurosis compensatoria"* (Carol Wool, 1994). Más adelante, el término "*neurastenia*" —astenia de origen nervioso—, ha ido representando el estigma que recaía sobre un estereotipo de mujeres del siglo XIX que se quejaban supuestamente sin motivo, victimas de sus '*nervios*' vagamente relacionado con represión sexual y que en realidad "*no estaban enfermas"*. Las asociaciones luchan contra la caída en este estereotipo. Influenciadas por este desprestigio procedente del paradigma tecnológico preponderante, tienden a rechazar los diagnósticos psicógenos y el recurso de tratamientos tranquilizantes y abogan por la investigación y el esclarecimiento de diagnósticos biológicos (inmunes, virales...), consideradas "*verdaderas enfermedades"* en la escala de valores de la biomedicina, aunque también reivindican una relación de respeto y reconocimiento por los sanitarios/as y la escucha de los factores psicosociales, especialmente de género, que les afectan. Aunque sea a la búsqueda de un reconocimiento de enfermedad orgánica, lo interesante del camino reivindicativo, es que las mujeres afectadas intentan salir de la cronificación pasiva y polimedicación sintomática y tranquilizante —adaptativa en definitiva—, pasando a una postura activa, de intento de control de la propia vida y del propio malestar, alternativa que, como veremos al hablar de los modelos de atención, representa un polo opuesto fundamental en el enfoque de los síndromes del malestar.

Vivencia de sanitarios y sanitarias en el encuentro con el malestar

Para las sanitarias y sanitarios, los pacientes con síndromes del malestar —que reconocen son mujeres en su inmensa mayoría—, consultan con excesiva frecuencia, con una demanda insistente y reclamando muchos recursos, pruebas complementarias, interconsultas y

derivaciones que el médico o médica puede no considerar necesarias. Son vistas como exigentes y siempre insatisfechas y no se curan con los tratamientos habituales de que se dispone. Son denominadas '*pacientes difíciles*' y vividas como inadecuadas y frustrantes. Son pacientes incomprensibles, con síntomas sin conexión lógica, que no responden a los recursos de que dispone el modelo biomédico. Desencadenan en el médico o médica sensación de impotencia (Gill, 1999; Sanz Carrillo, 1998, Sara Velasco, 2006) e incluso rechazo en cierta medida, causándoles sobrepresión asistencial, frustración y favoreciendo el *burn out*.

Enerva de este tipo de pacientes, tanto la exigencia constante, como su pasividad y la resignación y sometimiento a lo que parece una cultura de sufrimiento propia de las mujeres sacrificadas.

Ahora bien, los y las profesionales intuyen, e incluso saben, que lo que les ocurre a estas pacientes tiene que ver con situaciones vivenciales. Cuando pueden reflexionar sobre ello y se permite ser escuchado, incluso pueden deducir cuáles son los factores que están pesando en pacientes concretas. En las reflexiones con profesionales sobre casos clínicos realizadas dentro del Programa de Atención al Malestar,[3] una vez que se dejaba pasar la necesidad de búsqueda de causas biológicas y se permitían surgir sus propias ideas, identificaban en su discurso claramente los siguientes **factores socioculturales asociados**:

- La cultura del éxito y sus exigencias y la consecuente frustración
- La competitividad relacionada con los modelos de éxito social y personal
- La búsqueda del bienestar y perfección total
- La vida familiar y las situaciones sociales precarias
- Las crisis y acontecimientos vitales
- Las pérdidas
- La negación de la muerte
- Las peculiaridades de la personalidad

Y factores **psicosociales y de género** que conocen sobre sus pacientes y valoran como factores asociados a sus padecimientos:

3. En la intervención realizada por el Instituto de la Mujer mediante el Programa de Atención Biopsicosocial al Malestar de las Mujeres en Atención Primaria, se evaluaron las actitudes y vivencias de los y las profesionales que corroboraban ampliamente lo recogido aquí y descrito en la bibliografía sobre el tema.

- Trabajo de las mujeres dentro y fuera de casa
- Tipo de relación de pareja
- Hijos/as y relación con ellos
- Personas a su cargo
- Historia de las personas a su cargo
- Acontecimientos y accidentes reproductivos
- Hábitos tóxicos de ellas y sus parejas
- Sometimiento al cuidado de otros
- La carencia de proyectos propios de las mujeres pasivizadas
- Dependencia y aislamiento
- Carencias de red social
- Inmigración y desarraigo

Identifican también como enfermantes varios factores condicionados por el **modelo tradicional género**:

- Sobrecarga de cuidadora
- Dependencia
- Pasividad
- Soledad
- Malos tratos
- Incapacidad en los varones

Pero el saber sobre los aspectos psicosociales de los y las pacientes es escasamente utilizado porque no es incluido como saber médico (Ana Delgado, 2001), tanto porque lo psicosocial no está aún verdaderamente reconocido como factores determinantes de enfermedad, como por que existe carencia de formación e instrumentos para utilizar en los tratamientos lo intuido.

Además, aun cuando algunos/as profesionales sean conscientes de que los síntomas diversos están determinados por las vivencias psicosociales de género, no hay posibilidad de registrarlo o relacionarlo para que sea seguido y evaluado. Se concluye a partir de un grupo de profesionales sanitarias en un estudio cualitativo de Carmen Mosquera (2004):

Señalan (las profesionales), la dificultad para hacer visible este problema de salud a través del registro actual OMI-AP, ya que se pueden registrar las consecuencias —los síntomas clínicos señalados anteriormente (depresión, agotamiento, lumbalgia, ansiedad, tristeza…)—, pero no la causa que los genera o con la que se relacionan —la sobrecarga como cuidadoras en el ámbito familiar— a no ser que se introdujera un cuadro específico que contemplara esta realidad (Mosquera, 2004: 19).

En resumen:

Las mujeres saben que las únicas quejas que parecen ser legítimas son las somáticas y no cuentan a sus médicos lo que puede ser tomado del lado de lo psicológico y lo que a ellas les parece que tiene que ver de su biografía, que serían los factores psicosociales.

Además, experimentan la pérdida de control propia de sentirse enferma añadiéndose la pérdida de control en la interacción con el sanitario o sanitaria que, al desvalorizar sus quejas y no creer en su sufrimiento, oyen a menudo la frase "usted no tiene nada" y no se siente reconocida.

Se establece en el encuentro con el sanitario o sanitaria una pugna oscilante: hacia un lado la demanda de ayuda; la desconfianza y la hostilidad por no ser reconocida y, hacia otro lado, la dependencia que se establece en un contexto que fomenta la pasividad y la adaptación a la situación.

Por parte de los y las profesionales, son denominadas "pacientes difíciles" y vividas como inadecuadas y frustrantes. Son pacientes incomprensibles, con síntomas sin conexión lógica, que no se curan y no responden a los recursos de que dispone el modelo biomédico causándoles sobre-presión asistencial. Desencadenan en el sanitario o sanitaria sensación de impotencia e incluso rechazo.

Los y las profesionales intuyen, e incluso saben, que lo que les ocurre a estas pacientes tiene que ver con situaciones vivenciales pero este saber es escasamente utilizado porque no es incluido como saber médico.

SEGUNDA PARTE

Subjetividad y género para el modelo biopsicosocial de la salud

… lo personal es político, dado que lo político se convierte en personal
a través de sus efectos subjetivos en la experiencia del sujeto…
Teresa de Lauretis

En esta segunda parte trataremos el marco teórico basado en la consideración de la salud y enfermedad como proceso en interacción con lo biopsicosocial, el género y la subjetividad.

La salud es el resultado del proceso en el que se desenvuelve la vida humana, proceso en el que intervienen, tanto las condiciones de la biología que se materializan en el funcionamiento fisiológico del cuerpo, como todos los impactos que causan las condiciones del contexto social que contiene las interacciones que las personas mantienen con su medio y, en tercer lugar, la forma particular en que cada persona experimenta sus vivencias, que es la esfera subjetiva.

Tener en cuenta **lo social** al hablar de salud implica incluir en los determinantes de malestar y enfermedad, las circunstancias exteriores en que vive una persona. Entre estas circunstancias sociales se encuentran también los **condicionantes sociales de género** que mediante los consensos culturales asignan funciones definidas y diferentes para hombres y mujeres.

Tener además en cuenta **lo psíquico y la subjetividad,** implica incluir el significado que adquiere para cada persona las vivencias a las que se expone y cómo las integra particularmente, siendo una de esas maneras de integrarlas el malestar, los síntomas y el enfermar.

Añadir la subjetividad, compuesta por un entramado de posiciones subjetivas variables para cada persona en distintos momentos y entre distintas personas, supone imprimir la singularidad de cada uno en sus formas de reaccionar y de vivir, y no contemplar a la persona sólo como parte de un grupo o de una condición social, o de su condición

de género. Así contaremos también con los determinantes subjetivos. Entre ellos, hay que explorar también los **determinantes subjetivos de género**, que son aquellos condicionantes procedentes de los consensos culturales y sociales sobre los sexos que imponen ideales de feminidad y masculinidad llenos de contenidos imperativos interiorizados y que influyen desde el interior en cómo cada persona resuelve sus conflictos con su propia identidad masculina o femenina y en sus relaciones con el otro sexo.

Profundizaremos en la **concepción biopsicosocial y de género, incluyendo la subjetividad** y su construcción, así como su relación con el proceso de salud-enfermedad, lo necesario para facilitar la comprensión y puesta en práctica del método de atención que se propone para los síndromes del malestar y que trataremos en la tercera parte de este libro.

CAPÍTULO IV
Sistema biopsicosocial y género

El sistema sexo/género, homólogo a los sistemas de parentesco, explica la posición de las mujeres.

Gayle Rubin, 1975

Sistema biopsicosocial y registros real, imaginario y simbólico[1]

Partimos de una concepción del ser humano con tres instancias:

- La **esfera biológica** abarca el cuerpo que nos constituye, la anatomía, la fisiología, lo real.[2]
- La **esfera social** contiene los vínculos y formas de relación. Como seres sociales nos vinculamos, aprendemos, imitamos y desempeñamos los roles sociales. Nos identificamos como personas de una etnia, con un aprendizaje social para vivir en

1. El presente desarrollo, con algunas variaciones, se ha publicado en dos textos anteriores del Instituto de la Mujer, ya que forma parte del modelo teórico de salud y género en el que se basan algunas de las intervenciones y Programas del Área de Salud del Instituto. Estos textos son *Relaciones de Género y Subjetividad. Método para Programas de Prevención*, de 2001 y *La Publicidad y la Salud de las Mujeres. Análisis y Recomendaciones*, 2005.
2. Jaques Lacan teorizó los tres registros de la vida psíquica como Real, Imaginario y Simbólico. El término "Imaginario" se ha incorporado al lenguaje y al uso común para describir el conjunto de imágenes y representaciones sociales en las que funcionamos. No tanta fortuna ha tenido el registro simbólico que es mucho peor comprendido. Al buscar la equivalencia entre los tres registros lacanianos y las esferas biopsicosocial, puede haber discrepancias porque algunos matices psicoanalíticos no quedan reflejados, sin embargo, creo que esta equivalencia, buscando el entendimiento entre dos paradigmas diferentes, pero compatibles, aun siendo imperfecta, enriquece mucho la comprensión del funcionamiento humano y la concepción del género.

determinado grupo y desempeñar en él una función; nos identificamos como hijo o hija, como madre o padre, profesional, joven, vieja o viejo…, múltiples papeles que se construyen en la relación social con otros y otras. Es la **esfera de lo imaginario,** en la que los y las demás son espejos con los que ir construyendo nuestra propia imagen que será cambiante según el escenario y el lado de la escena en el que nos corresponda estar. Nos vamos identificando con un papel determinado según sea el personaje que tenemos enfrente y según los afectos que este provoca. La socialización implica entrar en este escenario repleto de imágenes con las que identificarnos, construidas largamente por la cultura como modelos, a menudo ideales. Son los espejos frente a cuya imagen nos vamos constituyendo, sin posibilidad de escapar a este entramado imaginario de lo social.

- Y la **esfera psíquica**, que corresponde al mundo interior donde reside la representación propia y la representación psíquica del resto de la realidad exterior. Se trata de la realidad psíquica que se construye a lo largo del desarrollo, comenzando con la introducción del lenguaje que trae la posibilidad de darle a cada cosa o persona una palabra que lo defina. Las palabras son símbolos que representan las cosas y que imponen una mediación con el mundo, es decir, las palabras, el lenguaje, crean un mundo intermedio con las cosas mismas. Son representaciones-palabras que se invisten de una carga afectiva según la vivencia en la que son conocidas (Sigmund Freud, 1915). Así, cada representación psíquica contiene una idea, pero también un significado afectivo que es singular para cada uno y una. No hay nada más singular que la realidad psíquica de cada cual.

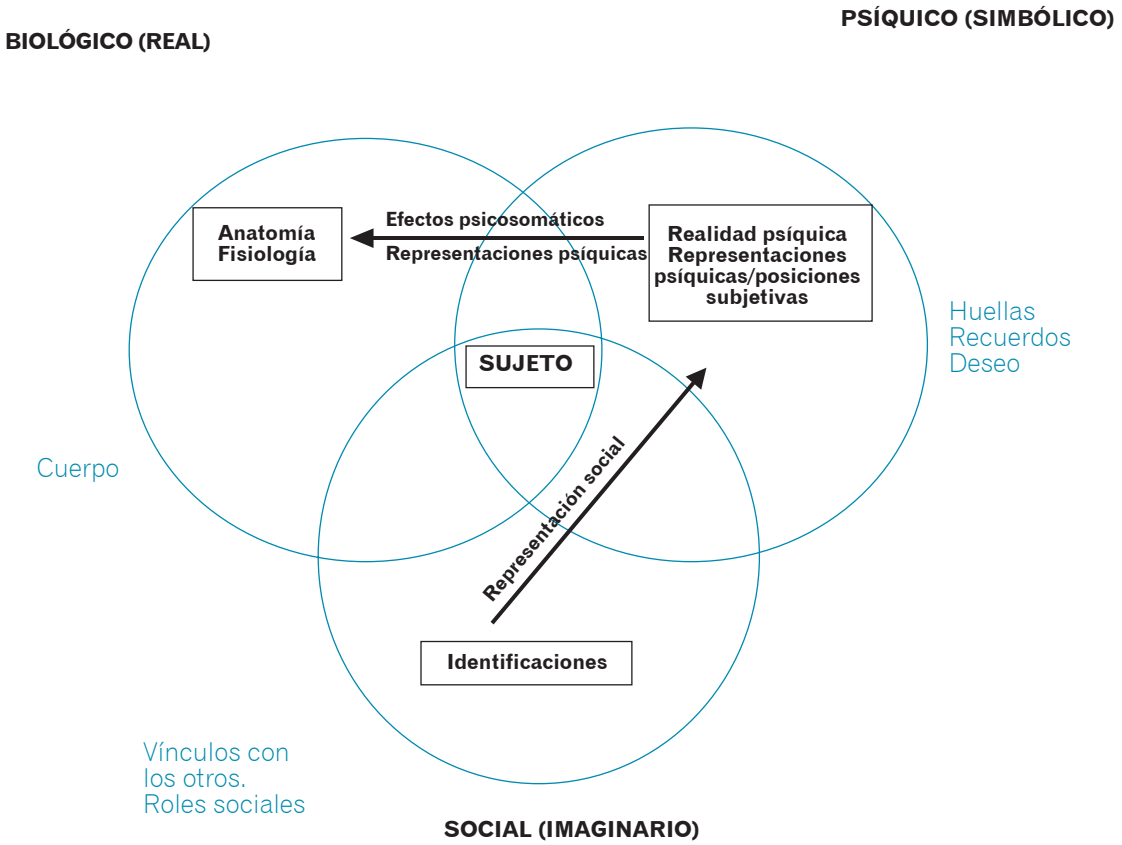
Vemos el mundo a través de las representaciones que de él tenemos, que de él nos hemos ido construyendo y, por lo general, lo vemos de forma diferente a como es y diferente para cada persona.

Del mismo modo que se construyen en la realidad psíquica representaciones del mundo exterior, se va construyendo una representación de sí mismo/a bajo la influencia de la vivencia que los demás significativos nos van devolviendo de nosotros/as mismos/as. Es decir, la propia imagen y la propia idea interna de sí, al final del proceso, la propia identidad, se construye singularmente para cada cual a golpe de la experiencia del encuentro con el espejo de los otros. Cuando miramos nuestra imagen en el espejo la vemos a través del filtro de la representación psíquica propia, marcada por el significado de nuestras experiencias, de lo que significamos para otras personas, del estado de ánimo del momento, de nuestro deseo.

Pues bien, este registro psíquico es el **registro de la simbolización** porque operamos en la realidad psíquica con los símbolos de las cosas, de las ideas sobre los y las demás. Más adelante trataremos la función simbólica un poco más ampliamente porque de ella depende nuestra integridad psíquica y buena parte de las posibilidades de salud.

Cuadro 6

El sujeto y el sistema biopsicosocial



Podemos hablar del **sujeto**, aquella estructura que nos hace humanos, como del ser constituido, no sólo por su cuerpo —lo que no lo diferenciaría de los animales—, sino también por sus relaciones sociales y la creación de una realidad psíquica interna a partir de los vínculos con los otros y estructurada por el lenguaje mediante representaciones de las cosas y el mundo. Cuando decimos aquí "sujeto", no nos referimos sólo a un individuo, sino a la existencia de esa estructura social y psíquica.

Los tres registros están interrelacionados, ninguno de ellos es independiente, sino que se construyen y retroalimentan mutuamente a lo largo de toda la vida. Un cambio

del vínculo social, conlleva una nueva posición subjetiva que se acompaña de un afecto seguramente distinto. Así, cambian las relaciones con las personas.

La persona con la que ha cambiado el vínculo ahora significará algo distinto porque la nueva relación provoca una representación psíquica diferente, tanto de la otra persona, como de uno o una misma, de este modo, el deseo y el empuje a los actos ligados a esa relación variarán.

Por ejemplo, una larga relación de pareja, en la que cada cual se identifica como amante y en la que el deseo sexual circula con fluidez, puede sufrir un cambio radical cuando ambos modifican su vínculo casándose y teniendo un hijo o una hija. En la nueva situación, cada uno es otra cosa para el otro. Para ella, él pasa a ser un padre y ella una madre; caen en una identificación mutua nueva —la de madre/padre—, que se inviste de una representación psíquica revestida de un afecto en el que puede haber ternura, posesividad, gratitud, los afectos propios de las posiciones de padre o madre, pero quizá el deseo sexual no está incluido. Es una dificultad muy frecuente que requiere recuperar la identificación de amantes para logra religar el deseo sexual. El cambio del vínculo entre ambas personas, arrastra un cambio de posición en la esfera psíquica, de posición en su entramado simbólico, en definitiva.

También puede haber efectos en la esfera física provocado por cambios en las representaciones psíquicas. En realidad, cada vez que hay un cambio físico —un aumento o pérdida de peso importante, una mutilación, una cirugía, el paso por una enfermedad, un accidente, un cambio de ciclo vital en el que empieza o cesa una función nueva (en la menarquia o menopausia, por ejemplo)—, conlleva una redefinición de la representación psíquica de uno o una misma. El paso intermedio por el registro imaginario, supone el cambio de identificación con la nueva forma del cuerpo, cosa que está influida, tanto por la mirada de uno o una misma, como por el espejo que es la mirada de los otros y lo que ésta devuelve. Lo que, por ejemplo una mujer en un cambio de ciclo vital, percibe en la mirada de los otros, forzosamente contribuye a modificar la visión de sí misma y los afectos ligados a su propia imagen (su estima, su idea de sí misma, de sentirse deseable…) y, de nuevo, un cambio en la manera en que simboliza (representa) su cuerpo.

Del mismo modo, un logro simbólico, cuando conseguimos una realización quizá largamente deseada, que nos transciende y nos inscribe en nuestra realidad psíquica como un sujeto que ha logrado representarse para los y las demás y para sí, a través de una obra, conlleva un cambio de la propia representación, incluso la del propio cuerpo, con afectos nuevos hacia una o uno mismo.

En definitiva, cualquier cambio en una en las esferas puede acarrear transformación o efectos en las otras, manteniéndose un equilibrio siempre dinámico. Sentamos aquí las bases para pensar un poco más adelante qué es saludable y qué puede enfermar en cuanto a las relaciones sociales y la forma subjetiva en que son vividas.

Sistema sujeto-sexo-género

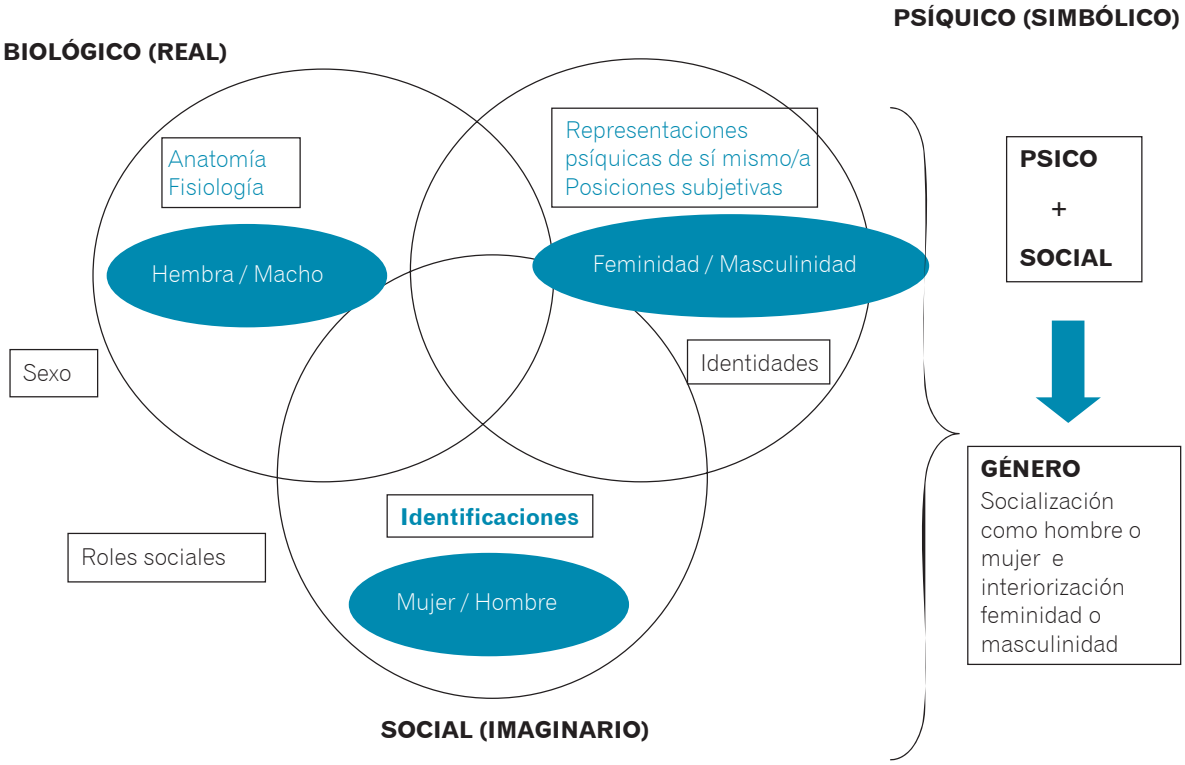
En cuanto al sexo, tiene también su lugar en las tres esferas: el cuerpo es portador de la diferencia anatomofisiológica que determina la adscripción a un sexo. La posición en un lado u otro de la diferencia sexual, cuando estamos en el registro inicial de lo real, se definiría dentro de la díada *macho o hembra*.

En la esfera social de relación y vínculos con los otros y otras, nos adscribiríamos a una identificación del lado de *mujer o de hombre***.** Esta díada pertenece al registro imaginario porque es una imagen de relación con la que nos identificamos. Es cierto que se construye en la socialización más primaria dentro de la familia, en relación con las personas y funciones significativas (padre, madre, abuelos, hermanas, hermanos..) y posteriormente, en el encuentro exogámico con el otro sexo. Así, hombre o mujer se construyen como experiencia humana que añade significados a la díada real macho/hembra. Esta adscripción, por cierto, puede no coincidir con el cuerpo. Precisamente, a raíz del estudio de hombres transexuales, Robert Stoller (1968), diferenció entre sexo y género al investigar a personas con anatomía masculina, sexo masculino, que se identificaban como mujeres, representándose a sí mismos y adscribiéndose al género femenino. Esto permite estudiar las variaciones de la construcción de la identidad de mujer u hombre (Robert Stoller, 1968; Emilce Dio Bleichmar, 1984) bajo la perspectiva de la cultura y la relación con el otro: el lazo social.

Y por último el tercer registro, la esfera psíquica en la que se inscriben las representaciones, construcción psíquica no idéntica a la realidad, sino que está mediatizada por el deseo, la fantasía, el lugar que ocupamos con respecto al otro, al otro sexuado en este caso, y los afectos que ese lugar nos provoca. Psíquicamente contamos con las representaciones de *feminidad y masculinidad***.** Se representan estos términos en el **cuadro 7**.

CUADRO 7

Sistema sujeto/sexo/género e interacción biopsicosocial



En la medida en que lo imaginario se transforma en simbólico, por el proceso de representación psíquica, lo que construye la dimensión humana, la feminidad y masculinidad se articulan con las identificaciones de mujer u hombre y con el sexo corporal en lo real, pero no se superponen matemáticamente. Alguien con cuerpo de hombre, puede estar funcionando socialmente como varón y simultáneamente tener una representación psíquica femenina de sí mismo. Y ésta es la condición de su posición psíquica con respecto a la diferencia sexual es la que guía precisamente la dirección de su deseo sexual. El deseo procede de lo psíquico y busca lo que le falta (no se desea lo que se tiene o se es, sino de lo que se carece o lo que uno no es. Así sería el caso de un varón que, en su sexuación (construcción de su identidad sexual) se ha identificado del lado femenino y su elección de objeto se dirigirá a un varón portador de masculinidad.

Además, las representaciones psíquicas femeninas o masculinas no son fijas, pueden ser variables para un mismo sujeto según el escenario y la identificación del momento. Una misma mujer, por ejemplo, puede estar funcionando en un escenario de

trabajo duro y exigente, identificándose con signos de masculinidad y, sin embargo, ella misma en el escenario íntimo desea, desde su feminidad, la masculinidad de un hombre; su actuación será concordante con su posición interna en ambas diferentes circunstancias. Hablamos por tanto, de **posiciones subjetivas** según las identificaciones, más que de identidades fijas.

Así mismo, también en la esfera sexual, las representaciones psíquicas pueden revertir sobre el cuerpo y producir efectos somáticos. Nuestros rasgos físicos cambian según el momento vital que atravesemos porque las identificaciones dejan, sin duda, sus huellas en el cuerpo.

En este siglo aumentan las somatizaciones sobre el cuerpo en las funciones donde la relación con la feminidad está comprometida. No es casual la creciente prevalencia de síndromes como la endometriosis —la sangre menstrual que se vierte hacia dentro—, y que se acompaña de infertilidad de evolución paradójica, que desaparece sin causa aparente tanto si se trata como si no y que probablemente está respondiendo a fantasías que simbolizan metafóricamente un cuerpo funcional con rasgos masculinos (Sara Velasco, 1994). O síndromes premenstruales cíclicamente invalidantes; o quistes anexiales cuya aparición encuentra su sentido en hechos biográficos localizables; o los ovarios poliquísticos, grandes, duros y perezosos para producir hormonas femeninas. Son metáforas del cuerpo cuando la feminidad está en conflicto y es aquí donde está surgiendo toda una patología ginecológica con un fuerte componente psicosomático que compromete, no casualmente, la fertilidad de las mujeres, ya que es la identidad femenina la que se ve en conflicto. Es el momento en que la feminidad expresa en carne viva los conflictos psicosociales que las mujeres viven en estos tiempos de transformación en que la representación del cuerpo femenino y de los roles de mujer, acusan también los cambios en la representación de la feminidad.

Cuando hablamos de **género,**[3] como se representa en el **cuadro 7**, hablamos de las esferas psíquica y social, es decir, de las díadas construidas culturalmente a través de la socialización tanto los roles de género del registro *imaginario*, con las identificaciones de **mujer u hombre***,* como de la interiorización de la representación psíquica de

3. Numerosas autoras y autores han tratado ya el concepto de género. Citamos aquí algunas de las autoras a través de las que se puede revisar la trayectoria del concepto y cuyas aportaciones se pueden relacionar con la salud y el psiquismo: John Money, 1982; Marie Langer, 1983; Emilce Dio Bleichmar, 1984; Regina Rodríguez, 1990; Evelyn Fox Keller, 1991; Mabel Burin, 1991, 1998, 2005; Asunción González de Chávez, 1998; Ana García Mina, 2000; Isabel Martínez Benlloch, 2000; Irene Meler, 2000; Virginia Maquieira, 2001; Silvia Tubert, 2003; Miriam Alizade, 2004; Gloria Bonder, 2006, obras reseñadas en la bibliografía.

feminidad o masculinidad —el registro *simbólico*—. Dejamos el *sexo* para hablar del registro de lo real en el que somos **macho o hembra**, lo anatomo-fisiológico sin palabras ni representaciones.

Cabe aclarar que la función de la sexualidad también es una construcción (Gayle Rubin, 1975) cultural. Es diferente de lo real del sexo porque no se trata del ejercicio de un sexo instintivo animal que sólo comprometa al cuerpo. La sexualidad humana es una función de la que forman parte el deseo, la fantasía y las representaciones psíquicas y, por tanto, también la sexualidad está culturalmente determinada.

Los contenidos e interacciones de este sistema compuesto de sexo y género (Gayle Rubin, 1975; Isabel Martínez Benlloch, 2000) (lo biopsicosocial aplicado a la diferencia sexual) son el motor de las relaciones entre hombres y mujeres, relaciones que se apoyan en el deseo, en los ideales de feminidad y masculinidad representados para el otro y deseados por el otro, en ocupar un lugar para el otro manteniendo posiciones subjetivas (Gloria Bonder, 2006) que funcionalmente convierten al otro en significativo e inspirador, tanto de amor como de otras emociones diversas, y por esto es por lo que añadimos la subjetividad a los términos del sistema. Cuando estudiamos las relaciones de género estamos analizando todos estos contenidos estructurados según este sistema de sexo, género y subjetividad.

Conexión entre el contexto social y la subjetividad. De las representaciones sociales a las representaciones psíquicas

Interesa observar cómo se produce el nexo de unión entre las condiciones sociales e históricas y las vivencias y formas de actuar, e incluso de desear de las personas. Importa analizar esa conexión para reconocer cómo se produce la influencia de las condiciones sociales sobre el psiquismo y, en definitiva, sobre la manera subjetiva de vivir y de enfermar.

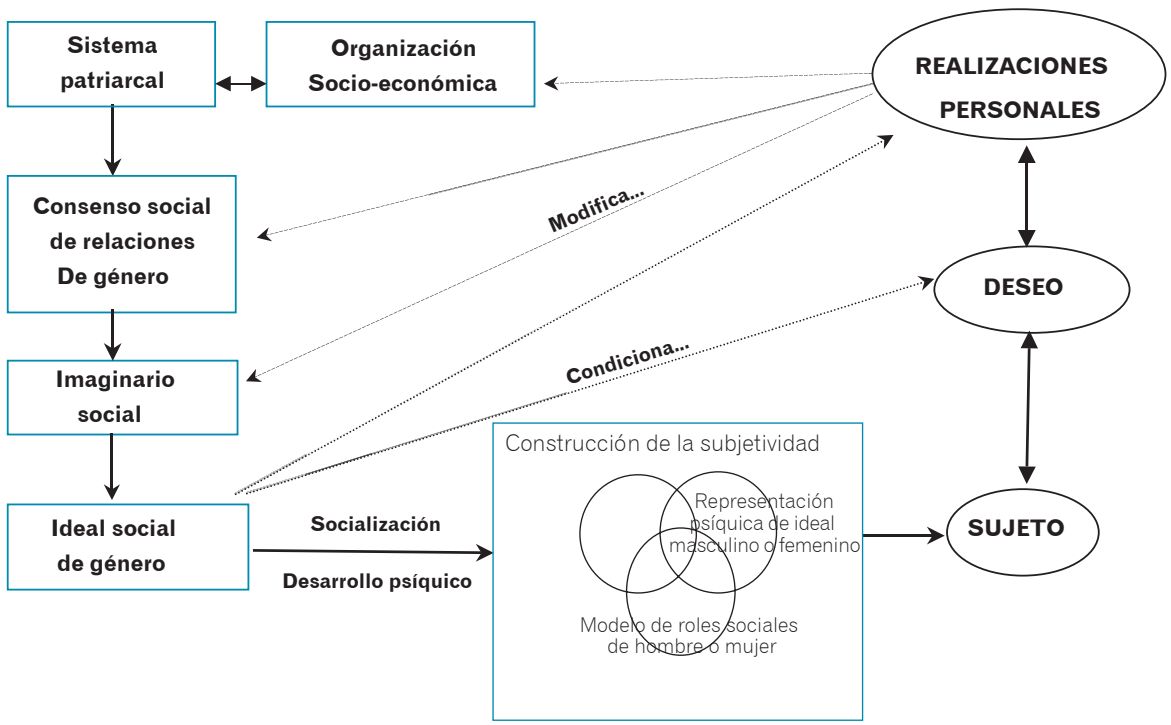
Todas las imágenes e ideas que aparecen en el escenario social pueden llegar a ser interiorizadas como modelos por los individuos. Se trata del paso de representaciones sociales a representaciones psíquicas. Este paso se produce a través de la propia estructura del sujeto psíquico, en la medida en que la esfera de lo social —lo imaginario—, es el escenario de desarrollo y socialización de cada persona y el nexo de paso a

la simbolización y creación de representaciones psíquicas a partir de las que desea y se realiza.

Cuando hablamos de las **representaciones sociales de mujer y de hombre**, estamos hablando de los contenidos de los consensos sociales de género. El **cuadro 8** muestra la secuencia que siguen los ideales de género del imaginario social en la construcción de la subjetividad.

CUADRO 8

Imaginario social y construcción de la subjetividad



Comenzamos con un consenso sobre los papeles a representar por cada sexo —que en el pasado y la cultura occidental ha sido el sistema patriarcal—, y una determinada organización socioeconómica que sirve de apoyo a este sistema. Se va construyendo un consenso no escrito sobre cómo han de ser y funcionar socialmente y en sus relaciones las mujeres y los hombres. Es un consenso de género que forma parte del imaginario social. Como consenso significativo funciona como un ideal social. Este ideal actúa como mandato en la socialización de las personas, mostrando los roles que hay que representar para ser reconocido en el estatus correspondiente a su sexo, mandato que se transmite a través de los medios instituyentes del ser social: la familia,

la escuela, los medios de comunicación y cualquiera de los entornos sociales donde vivimos.

La construcción de la subjetividad pasa por la incorporación de todas estas **representaciones sociales** y su progresivo pasaje a **representaciones psíquicas** que se instituyen como subjetivamente significativas a lo largo de las vivencias durante el **desarrollo individual** (Silvia Tubert, 2001; Mabel Burin, 1998 y 2005; Irene Meler, 2000). Por esta vía, se interioriza el **ideal social**, no sólo de los modelos socialmente propuestos que facilitan la identificación de mujer y hombre, sino de los contenidos de la masculinidad y feminidad como constituyentes de identidad sexual. Una vez incorporado de esa forma, el sujeto deseará en función de lo que ha interiorizado en la particular y singular **construcción de su estructura** y sus actos y realizaciones personales, producto de su subjetividad, estarán así marcadas por toda la secuencia anterior que lo ha estructurado.

Así, el imaginario social que es el vehículo de los ideales de una sociedad determinada, tiene alta capacidad para determinar los deseos y realizaciones de las personas y el tipo de vínculos sociales (Silvia Tubert, 1988 y 2001; Isabel Martínez Benlloch, 2001).

Ahora bien, se trata de la inserción de la construcción de la subjetividad en conexión con lo socio-cultural, pero no podemos afirmar que lo social sea un determinante definitivo para la constitución subjetiva.

Cada sujeto es una intersección singular que se estructura a partir de tres componentes (Sigmund Freud, 1913):

- **Lo constitucional**, que es lo genético, heredado, lo congénito que incluye también las experiencias primarias, incluso intraútero, primitivas pero somatizantes y estructurantes. La sustancia de la que cada uno está hecho, de cuyos mecanismos conocemos probablemente aun una pequeña parte, a pesar de los acercamientos de la genética.
- **Las disposiciones.** Posteriormente, se van adquiriendo disposiciones durante el desarrollo psíquico y físico, que dejan huellas, algunas más significativas que otras, que constituyen lugares de potencial impacto para posibles fijaciones posteriores. Parte de esas disposiciones adquiridas durante el desarrollo están determinadas por la socialización dentro de un modelo o ideal de hombre o de mujer. Pero en las disposiciones que cada uno y una va adquiriendo, interviene también el propio deseo y la capacidad de significar afectivamente de forma singular las vivencias e inscribirlas con diferentes significado psíquico aun bajo experiencias

similares. Esto es lo que hace que para personas con determinantes familiares o sociales similares, si no iguales, los resultados y salidas subjetivas puedan ser muy diferentes.

- **Lo contingente.** Y por último están las contingencias, las circunstancias que en cada momento el sujeto ha de afrontar y que van también formando parte de su experiencia y vivencias. Los hechos contingentes pueden provocar regresiones a lugares de fijación anteriores, o producir correcciones subjetivas de la forma en que hasta entonces se respondía o se sentía una situación.[4]

Quiere esto decir que, ni la constitución, ni las disposiciones del desarrollo concluyen o determinan una estructura subjetiva fija e inmutable. Siempre existe la posibilidad de corrección subjetiva en nuevas situaciones contingentes. Parte de esa posibilidad depende del deseo del sujeto.

Por este camino es por el que la libertad del sujeto existe, en la medida en que nunca está acabadamente determinado y por lo que finalmente puede crear, trabajar o producir cambios en el propio medio social. El círculo en el **cuadro 8** puede cerrarse de este modo y el imaginario social y los modelos ideales que contiene pueden transformarse por la acción de los propios miembros de la sociedad.

4. Freud describió de esta forma el desarrollo, señalando la importancia de los tres componentes. A menudo, determinadas disciplinas enfatizan, e incluso olvidan, la importancia de uno de los componentes, dando lugar a visiones parciales del funcionamiento humano, por ejemplo depositando la causalidad del comportamientos o enfermedades en la genética, o por el contrario toda la causalidad en el entorno familiar y ambiental.

CAPÍTULO V
La construcción de la subjetividad: el desarrollo psíquico

> En la vida psíquica nada de lo una vez formado puede desaparecer jamás; todo se conserva de alguna manera y puede volver a surgir en circunstancias favorables, como, por ejemplo, mediante una regresión de suficiente profundidad.
>
> Sigmund Freud

Siguiendo con las descripciones del **cuadro 8**, dejaremos para un poco más adelante los condicionantes sociales y la socialización de género para abordar primero la construcción de la subjetividad, que se produce a través del desarrollo psíquico individual, aunque estrechamente mediatizado por la socialización. Es necesario comprender cómo se construye el sujeto y cómo funciona para luego comprender cómo se produce el malestar y los síntomas de enfermedad y de qué manera podemos intervenir para modificar esas alteraciones que comprometen directamente al sujeto.

Las capacidades de cada persona para sentir afectos, actuar, amar, trabajar, crear dependen de su estructura subjetiva. Y ésta a su vez se construye a lo largo de la vida. Esta construcción no es lineal y homogénea sino que está jalonada por procesos en el desarrollo psíquico que dejan huella indeleble en el sujeto y constituyen una estructura de disposiciones a reaccionar de una forma particular. Son lugares de posible fijación,[1] a los que se puede regresar en momentos contingentes en que las exigencias ambientales afectivas y el deseo del sujeto evocan uno de estos hitos constituyentes. Dice Freud:

1. Estas fijaciones se producen en la instancia inconsciente según la teoría freudiana del funcionamiento humano.

> Las funciones psíquicas han de atravesar una larga y complicada evolución hasta llegar a su estado característico en el adulto normal. Suponemos ahora que estas evoluciones no se han desarrollado siempre tan irreprochablemente que la función total haya experimentado sin defecto alguno la correspondiente modificación progresiva. Allí donde una parte de dicha función ha permanecido retrasada en un estadio anterior, queda creado lo que llamamos un "lugar de fijación", al cual puede retroceder luego la función en caso de enfermedad por perturbación exterior... Estas inhibiciones de la evolución son nuestras disposiciones (Freud, 1913: 1738).

Con las contingencias de la vida adulta se puede producir un acoplamiento de la situación actual con la situación pretérita que dejó su huella en la estructura del sujeto. Por esto decimos que el sujeto tiene una estructura, porque está organizado como una red en la que hay nudos significativos que se pueden activar en un momento posterior que equivale en representación y en afectos a aquel momento pasado, y hacer sentirse al sujeto de la misma forma que se sintió entonces. Esto es de especial importancia, porque esas posiciones acopladas a momentos de fijación anteriores pueden ser posiciones subjetivas sufrientes y enfermantes.

No todas las etapas del desarrollo tienen el mismo valor constituyente. Existen unos pocos hitos del desarrollo de importancia prácticamente universal, porque en ellos se juegan pasos cruciales en la constitución de la estructura subjetiva. Estos hitos principales son: la fusión arcaica con el otro materno; la separación primera de ese otro; la construcción de la primera imagen narcisista con la primera aparición de un *Yo*; la constitución del triángulo edípico y la crisis de la adolescencia. Veremos a continuación cada uno de ellos y algunos de los momentos posteriores en la vida en que puede haber un acoplamiento regresivo.

La fusión arcaica. Registro Real

Al principio de la vida todo es lo real. Al no haber aún lenguaje, no existen palabras que medien con las cosas y la única esfera que podemos decir que existe es la de lo real. No hay constancia consciente de aquellos momentos iniciales de la vida, no se pueden recordar, pero podemos construir teóricamente cómo deben ser por sus efectos a través de las producciones psíquicas posteriores.

La conciencia de la propia existencia que puede tener el ser, debe limitarse a una percepción somática de existir unido al otro materno. Un estado fusional diádico en el que aún no están conformados los límites entre el propio cuerpo/ser y el de la madre en el que ha estado incluido durante nueve meses, cuerpo del que se ha desprendido, aunque el proceso de creación psíquica de ese desprendimiento aún está por hacer.

Durante unos pocos meses, la unión somática con la madre permanece y se experimenta mediante el sostén en los brazos maternos, el amamantamiento, la percepción del tacto por todo el cuerpo del que aún no hay conciencia y de una presencia materna (o su equivalente) que es la que proporciona la sensación de existir. Françoise Dolto (1984) habla de la existencia en esta etapa de una "imagen inconsciente del cuerpo de base" —que es precisamente una imagen portadora de la sensación de existir—, muy arcaica y que será sustituida por la imagen del yo que se construirá más tarde.

• Acoplamiento posterior. Relaciones fusionales •

Relaciones anaclíticas: en pareja, madre-padre/hijo/a, enfermos, entrega fusional al cuidado.

Éste es un momento psíquico cuya vivencia puede ser reeditada posteriormente en la vida (como todos los hitos fundamentales en el desarrollo) en situaciones en que se establecen relaciones fusionales. A veces, se produce una relación en que uno de condición existencial más fuerte, funciona como contenedor o sostenedor de otro, existencialmente más débil y, entre ambos, se crea una relación fusional de dependencia o complementariedad mutua, que podemos llamar anaclítica (que sostiene la existencia, que impide el cataclismo). No son relaciones tan raras; puede darse en una pareja y el contendor ser el hombre o la mujer. Es más fácil que se de entre madre e hijo/a, y más fácil si es un hijo/a deficiente que con su debilidad y necesidad del otro, elicita en la madre una compenetración indefinida. Una característica es que esta relación colma el deseo de ambos, es decir, establece como una burbuja en la que ambos se sienten colmados y completos el uno con el otro. A veces se produce cuando se cuida a un ser querido enfermo, la pareja, la propia madre o padre enfermos.

Esta regresión explica algunos estados anímicos de sufrimiento con aislamiento y retirada del interés en actividades u otras relaciones, con incapacidad para buscar a alguien que ayude en el cuidado; todo ello, aunque la persona que está cuidando y sosteniendo se esté dañando. Reconoceremos esta posición subjetiva fusional en algunas mujeres cuidadoras que padecen dolores, síntomas, ansiedad, a pesar de lo cual no hay forma de que deleguen el cuidado en

otros. Hace falta que la persona se de antes cuenta de su posición, de lo que le está yendo emocionalmente en la situación relacional que vive, para que sea capaz de cambiarla, es decir, de cambiar su posición subjetiva acoplada alo fusional, para poder hacer lo necesario luego para cambiar sus circunstancias.

Acoplamiento a díada fusinal: en el embarazo que reedita la fusión arcaica.

Se da también un acoplamiento con esta relación arcaica, durante el embarazo (Eugenie Lemoine, 1976). En este caso, puede que sea inevitable e incluso necesario para atravesar la vivencia del embarazo y producir el proceso psíquico de fusión y luego separación del bebé que va a nacer (Sara Velasco, 2005).

Separación primaria. Pérdida primordial

Con los primeros actos de separación —primeras ausencias de la madre, falta de respuesta al llanto demandante...— en el niño/a se va inscribiendo una distancia de ese otro materno, se va auto-percibiendo un cuerpo a parte; aparece una separación entre ambos que funciona como una primera pérdida —la del otro materno—. Queda un vacío entre la díada que parecían y que parecía completar a ambos. Esta ausencia a la que el ser se enfrenta será lo que le faltará ya siempre, es el hueco que señala que él o ella le falta a la madre. De este vacío entre los dos nace el deseo de eso que falta, la posibilidad de desear en lo sucesivo, lo que no sería posible si la completud imaginaria continuara.

La separación arcaica del otro materno es el episodio psíquico en el que se pierde el objeto primordial. Objeto en el sentido de algo que se tenía, que ya no está y hacia el que siempre tenderá la pulsión, nueva energía psíquica de búsqueda del objeto.[2]

Poco a poco, continúa el proceso de separación mediante el que se va discerniendo un mundo exterior que se recorta del mundo propio. Empieza así cierta conciencia de los límites de uno mismo no confundidos con el resto. El o la bebé se irá dando cuenta de que esa mano que puede chupar es la suya, que puede desplazarse (aunque sea

2. Desde Freud, numerosos autores y autoras han hablado de estos hitos. Pueden consultarse entre otros: Freud, Introducción al narcisismo; Jacques Lacan, La relación de Objeto; Gérard Pommier, El amor al revés; Eugenie Lemoine, La partición de las Mujeres; Silvia Tubert, Mujeres sin sombra; Silvia Vegetti, El niño de la noche y, desde luego, Francoise Doltó, La imagen inconsciente del cuerpo.

gateando) y golpea con sus manitas el suelo con la satisfacción de sentir que es él el que lo hace; que si tira un juguete y lo recupera le permite distinguir que es un objeto distinto a sí mismo/a; que la madre se va y mientras tanto no la tiene, porque ella es alguien distinto a él.

Es la época, entre los 6 meses y el año, en que aparece la angustia ante la presencia o ausencia del otro. Por un lado extrañan y lloran ante una persona desconocida, cosa que no hacían antes, porque está apareciendo un mundo externo con seres que pueden ser amenazantes. Por otra parte, cuando la madre o su equivalente se va, el bebé llora y se desespera cosa que antes no hacía, porque no reconocía su ausencia, y ahora esa ausencia del otro que antes le confería la sensación de existir, resulta angustiosa. René Spitz, que estudió muy agudamente el primer año del niño, le llamaba la angustia de los 8 meses.

• Acoplamiento con la separación arcaica y angustia •

La angustia: afecto ante la amenaza de desaparición que acompaña a acoplamiento con la pérdida primordial.

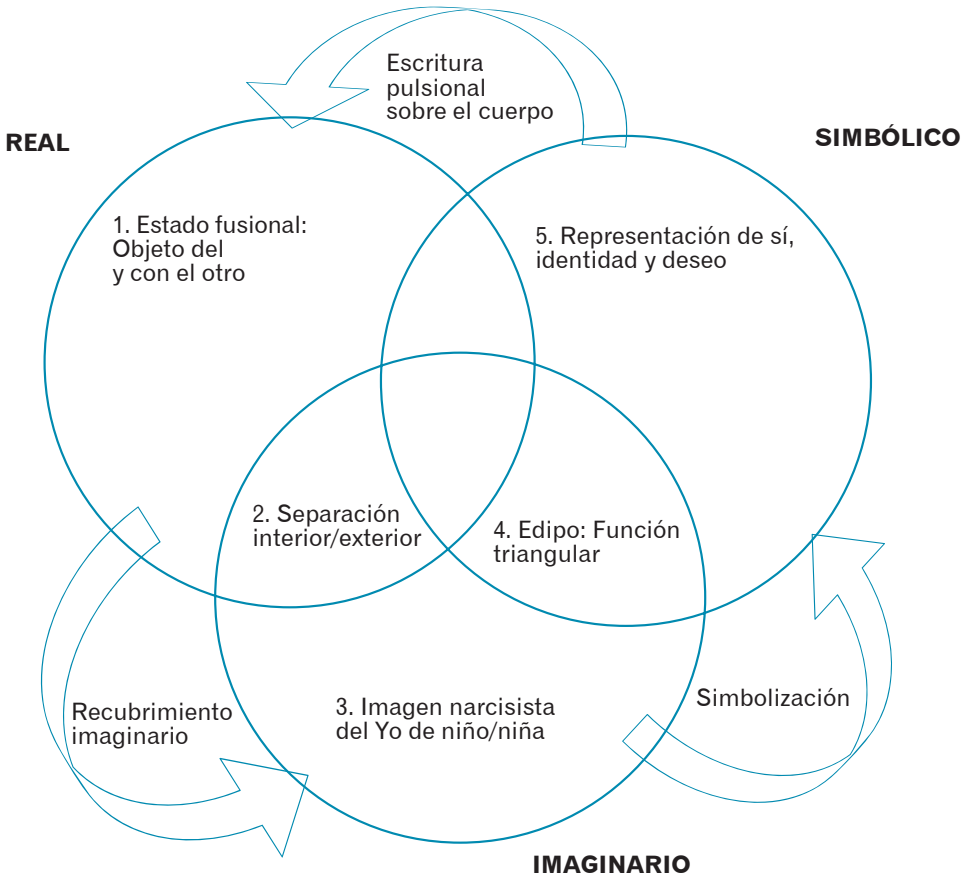
Es probable que esta **angustia** sea el modelo posterior en otros momentos en que sufrimos, aunque sea imaginaria, una amenaza a la existencia. Lo que puede reeditarse en otros momentos de la vida es aquella separación en la que, al no estar aún constituido uno mismo como ser independiente, sino fusionado con el otro materno, la separación de ese otro parece amenazar con la propia desaparición. Quien ha sentido verdadera angustia sabe que la sensación que ésta produce es que todo se termina, que uno/a va a desaparecer, que algo catastrófico va a ocurrir. Es el afecto que acompaña a un acoplamiento con la separación primaria (Sigmund Freud, 1926).

Lo que ocurre estructuralmente en este estadio es que, a la esfera de lo real, se ha añadido un recubrimiento imaginario —la consciencia de un afuera donde están los objetos y un adentro donde está uno mismo—, que es el comienzo de esta esfera imaginaria. La separación genera un recubrimiento narcisista (imagen de sí) muy primaria aún, que se recorta de aquel primer momento en el que era un todo fusionado con el otro materno. Aunque aún sigue sin haber palabras y es sólo, probablemente, sensación somática y emoción ante un mundo exterior que empieza a diferenciarse y los afectos que causa la presencia y la ausencia del otro o los otros que privan o satisfacen.

Vamos representando estos estadios y cómo se sitúan en las esferas subjetivas en el **cuadro 9**.

CUADRO 9

Hitos del desarrollo en la estructura del sujeto



Una ganancia fundamental aparece en este episodio psíquico y es la **capacidad de desear**. Al separarse del otro materno constituyente del ser en un principio, se pierde aquel estado de completud primigenia, se pierde al objeto que completaba y la pérdida de este objeto primordial inaugura la posibilidad de desear aquello que se ha perdido. El deseo será una función humana indispensable para el empuje de vivir.

La imagen del Yo. Registro imaginario

Algo tiene que ir reparando ese momento de separación y pérdida en el que, si bien se gana la posibilidad de desear, se queda frente a la tarea de construirse. Con aquel recubrimiento imaginario primario que mencionamos en el apartado anterior, en realidad,

aún no cuenta el sujeto con una imagen de sí mismo. Hasta aquí, si el niño o niña se ve en el espejo, no se reconoce, se queda seria/o, sin respuesta, por más que el adulto que le acompañe le diga:

—¡Mira la nena! ¡Está con mamá…!

El siguiente paso es atravesar lo que Lacan (1971) llamó el *estadio del espejo.* Lo que se produce en este *estadio* es que el niño o la niña frente al espejo, o frente a un semejante que actúa como tal (Francoise Dolto, 1987), es capaz de reconocerse y recubrirse de una imagen, precisamente imaginaria, de sí mismo/a, reconociendo su integridad física por semejanza con otro y anticipando la imagen psíquica de sí mismo/a (Sigmund Freud, 1914). Lo que construye es su *narcisismo,* llamado así evocando el mito de Narciso que se miraba en el espejo del lago fascinándose al descubrir su propia imagen.

En esta época, y por el estado en que está aún el aparato psíquico (real e imaginario), el niño o la niña funcionan y aprenden por imitación, se buscan por similitud, se pelean por el mismo lugar que quieren ocupar ambos, se miran en el espejo de la mirada de los otros que les devuelve su propia imagen. Dicen cientos de veces *mira, mira*..., evolucionan delante de los adultos para que les presten atención, para que, al mirarles, les devuelvan su consistencia... imaginaria.

Las observaciones psicológicas en el periodo entre 6 y 18 meses (Bernard Golse, 1987; René Spitz, 1965) muestran que tienen una reacción ambivalente cuando ven a otro niño/a, tanto se identifican y se perciben igual a este otro que aparece delante de ellos y que rivalizan con él, como si este igual les fuera a desplazar. Es la edad en que no se hablan cuando se encuentran, se miran con seriedad y directamente se empujan y se pegan intentando apartar a este rival igual a uno mismo/a. Y otra observación es el *transitivismo,* entre niños o niñas que no tienen más de dos meses de diferencia de edad; si a uno le pasa algo, el otro cree que le ha pasado a él. Si llora uno, llora el otro. Decimos que se contagian, pero lo que les pasa es que se identifican con el otro sin discernir si es a él o al otro al que le duele. —*"Si a éste le duele, a mí que soy igual, también debe de estar doliéndome",* parece decir el niño o la niña que ya tiene aquella imagen de sí mismo igual a la del otro niño/a, sin distinguir muy bien aún quién es quién.

Ya tendrá una imagen de sí que va a ser el soporte del *yo*, el Yo que es una imagen sin representaciones de sí más profundas que confieran identidad. Lo que aparece está aún en el registro imaginario poblado con una imagen especular, ortopédica y definida por semejanza con los demás iguales y que es la imagen portadora del narcisismo, con contornos pero sin contenido interno que va a construirse después. Esta imagen representa

al propio cuerpo y se mantendrá siempre en el inconsciente como la imagen de nuestra integridad corporal.

En cuanto al ritmo de construcción del sujeto, hasta aquí la niña o el niño tienen un cuerpo *real* y tienen una *imagen* de sí, *imaginaria*, un Yo incipiente construido como un reflejo especulra del otro. Contamos con dos registros hasta ahora**: real e imaginario.**

• Acoplamientos posteriores. Heridas narcisistas •

Diremos después que el narcisismo está amenazado cuando el sujeto cree inconscientemente que puede lesionarse su integridad (narcisista).

Herida narcisista: un daño corporal genera una angustia desproporcionada.

Por ejemplo, si alguien pierde un miembro o una parte de su cuerpo, está la realidad de la mutilación, la pérdida corporal, pero a veces esta circunstancia se puede acompañar de trastorno de angustia y un estado depresivo difícil de remontar. Esto es porque se ha confundido la mutilación real con un **daño a la representación imaginaria** de uno mismo, de la imagen narcisista —representante de la integridad corporal— lo cual supone una amenaza, no ya a una parte del cuerpo, sino a la **propia existencia**; en la realidad psíquica, que difiere de la real, puede aparecer esta equivalencia entre la pérdida de una parte y la pérdida total. Una vez más, la angustia es el afecto que acompaña a la percepción de desaparición psíquica. Se acopla la situación actual, la contingencia de la operación, con la situación pretérita de construcción de la imagen corporal, y el resultado es confundir (por supuesto no conscientemente) la pérdida real de un miembro con la amenaza a la existencia psíquica. Lo que produce la angustia no es lo primero, sino lo segundo. Esto explica trastornos de angustia que aparecen con el episodio desencadenante en una operación, aunque ésta haya resultado perfectamente sin complicaciones.

La herida narcisista puede darse de forma más insidiosa en los cambios de ciclo vital en los que se pierde una función corporal o el cuerpo cambia ostensiblemente.

Climaterio: redefinición narcisista de los cambios de las funciones del cuerpo

En el **climaterio**, por ejemplo, una de las cosas que ocurre —además de otras de carácter social—, es el impacto sobre la subjetividad por la herida narcisista que la pérdida de las menstruaciones y los cambios corporal infringe. La imagen narcisista tiene forzosamente que redefinirse y conseguir una representación de sí misma

diferente. Esta representación nueva tiene que abandonar significados que una ya no tiene, por ejemplo, ya no tiene capacidad de gestar y parir, el cuerpo no marca los ciclos; los signos corporales de una nueva situación pueden aparecer sintomáticos para algunas mujeres, porque pueden creer que los significados culturalmente construidos, según los cuales pudiera interpretarse que significaría dejar de ser una mujer joven, por el momento de la vida, coincide con una época en que aparece en el horizonte el fin; en la madurez empieza la conciencia de la existencia del propio final, que no existe apenas en la juventud. Todos estos cambios son además desvalorizados por nuestra sociedad y muy especialmente en las mujeres, lo que dificulta aún más conseguir una representación de una misma que no sea muy perdedora y que se construya en base a ser una mujer con experiencia, con la sabiduría de la vida, con la capacidad de disfrutar conscientemente en madurez, con la posibilidad de obtener tiempo propio que antes era más difícil, con la posibilidad de elegir proyectos propios que recojan el fruto de la experiencia (Mabel Burin, 1991; Asunción González de Chávez, 1998 y 2001; Emilce Dio Bleichmar, 1998).

Adolescencia: amenaza de las nuevas funciones corporales y redefinición de la identidad.

Un duelo por la herida narcisista homólogo hay que hacer en la **adolescencia,** por la pérdida de la niñez (Silvia Tubert, 1982) y la llegada de funciones corporales que pueden ser vividas como extremadamente amenazantes. Una cosa son las funciones fisiológicas, que no son peligrosas y pueden explicarse y entenderse muy bien, y otra es el imaginario que puede rodearlas y que para sujetos singulares puede adquirir significados aparentemente absurdos, pero que funciona así en su realidad psíquica, de manera que lo que le pasa al cuerpo es vivido como una autentica amenaza. Por ejemplo, para algunas mujeres, la menstruación, lejos de ser un hecho sólo fisiológico, puede tener significados problemáticos, como significar la apertura sangrante periódica del cuerpo sexuado; la capacidad sexual que puede significar la exposición al deseo del hombre y el riesgo potencial de su ataque; la capacidad de gestar, que puede significar el llenado imaginario del cuerpo y su posterior ruptura y vaciamiento en el parto que puede ser un imaginario muy traumático según para qué chicas. A menudo, trastornos en la adolescencia, entre ellos la anorexia, tienen que ver con el narcisismo que hay que redefinir para alcanzar una representación de mujer, que integre bien todas estas funciones de su cuerpo con un narcisismo reconstruido (Silvia Tubert, 1988).

Veamos un caso ejemplo de crisis de angustia.

Caso Virginia.[3] Angustia especular con el padre

Los síntomas: crisis de angustia con desvanecimientos. En tratamiento con ansiolíticos.

Una mujer padece crisis de angustia desde hace unos años. Toma tratamiento ansiolítico y ha mejorado levemente la intensidad de las crisis que antes iban de mareos a desvanecimiento después de fuerte angustia con sensación de catástrofe inminente e intenso cortejo somático de taquicardia, presión en el pecho, sudoración y náuseas.

Objetivo: localizar las escenas reales e imaginarias en que se dan las crisis.

Al comienzo de la terapia ella no tiene la menor idea de con qué se relacionan las crisis; no se lo ha preguntado y no se lo han preguntado.

Aparentemente no se encuentra una fácil justificación de su angustia en la esfera de lo social donde todo parece ir bastante bien.

La terapia se basa en hablar comprometiéndose a decir lo que se le ocurra, y a través de ello empezar por ir relacionando las crisis con los acontecimientos vitales antiguos y presentes, tratando de localizar las escenas reales (qué está ocurriendo en la realidad cuando aparece una crisis), además de las escenas imaginarias (a qué escena imaginaria equivale en su realidad psíquica la escena real) que desencadenan la angustia.

Escenas reales: se desmaya al oír que le harán una biopsia.

Y lo que se localiza es lo siguiente: la primera crisis de angustia fue en la camilla del ginecólogo cuando le dijo que le tenía que hacer una *biopsia.*

Lo que sí es evidente para ella, al repasar los últimos tiempos es que su malestar empezó después de que a su padre le ocurrieran dos graves problemas: era un floreciente empresario que se arruinó y más o menos en la misma época le diagnosticaron una enfermedad mediante una biopsia. "La biopsia" se recorta en su discurso siempre con un matiz de especial importancia, incluso la fonética para decir "la biopsia" revela que esta palabra ha adquirido un significado singular para ella y que probablemente sobre ella se han acumulado ideas y afectos.

Acontecimiento psicosocial: la ruina y la enfermedad y biopsia de su padre.

Podemos hacer una hipótesis: la crisis de angustia cuando a ella le notifican que le harán una biopsia, tiene que ver con que se identifica con el padre al que le hicieron la misma biopsia. Identificarse con el padre que está caído —tanto de su posición floreciente desde la que siempre cuidó de la familia, que ella siempre admiró y quiso,

3. Virginia Wolf, creadora escritora.

como por su enfermedad—, es identificarse con alguien caído y amenazado, alguien que además, en su historia subjetiva, forma parte de la representación de sí misma. Su ser siempre se ha sostenido en la mirada de su padre y por el amor de y a su padre que puede que sea el personaje más significativo de su vida. Todo esto se ha desplegado a través de lo que ella ha ido hablando. Si el padre cae, y ella se identifica con él, ella también cae: y su cuerpo lo escenifica y cae desmayada, con la sensación de desvanecimiento somático que acompaña a la sensación psíquica de caer o de amenaza del existir, que es la angustia. Se acopla al lugar psíquico en que el cuerpo amenazado sufre una amenaza al narcisismo, que imaginariamente está ligado a la imagen del padre.

Escena imaginaria: se identifica con el padre caído y cae.

Si esto ocurre es porque que no relaciona nada, ni sabe lo que se está jugando porque no es consciente de ello. Es la norma del funcionamiento sintomático. Si esta hipótesis es cierta, cuando ella se vaya dando cuenta de esos términos al ir reapareciendo en su discurso, y el terapeuta ir señalándoselos para hacérselos conscientes, la angustia tiene que desaparecer. Y así sucede. Ceden las crisis fuertes.

Estructura triangular. Acceso a la esfera simbólica

Y el desarrollo continúa. Hacia los 3 años comienza el hito que organiza la estructura del sujeto en el triángulo compuesto por el padre, la madre y niño o niña. Como dice Silvia Tubert en su descripción del complejo de Edipo:

> En Lacan, el complejo de Edipo corresponde a una estructura intersubjetiva, entendiendo por estructura una organización caracterizada por posiciones o lugares vacantes que pueden ser ocupados por distintos personajes. No se trata de valores fijos o lugares que se definan por sí mismos, sino que cada uno es función del otro. El edipo lacaniano es la descripción de una estructura y de los efectos de representación y de subjetivación que ella produce (Tubert, 1988: 150).

Hasta aquí el niño y la niña ven a mamá sólo a través de la relación que tiene con ella o él y a papá, igual, por la relación que tienen con el niño/a, pero no saben nada, o no interviene, la relación que tiene entre ambos padres. La construcción del triángulo edípico se hará a partir de que el niño/a descubre que hay algo entre papá y mamá, algo

que no tiene que ver con él y tiene que situarse de alguna forma con respecto a sus padres, pero teniendo en cuenta lo que hay entre ellos, es decir, triangularmente. Aquí comienza una estructura que vamos a describir, en que cada uno está en un lugar según la función que desempeña en el triángulo y según los afectos que aparecen entre los que ocupan los tres vértices. Es el **comienzo de la estructura simbólica, el tercer registro**.

La niña o el niño, hasta el momento, está unida/o a su madre o a la persona que cumpla su función. Pero del mismo modo que tiempo atrás tuvo que pasar por la separación primordial y constituir su propio *Yo* por identificación con los semejantes y con el reflejo que le devuelven, ahora la niña o niño ha adquirido el lenguaje que le está permitiendo construir representaciones simbólicas de las cosas por intermediación de las palabras. Su esfera psíquica ya está empezando a contener símbolos consistentes en palabras e imágenes que representan las cosas, y esos símbolos van acompañados de los correspondientes afectos de los que se tiñeron cuando los ha ido experimentando. Se da cuenta de que la madre tiene afectos aparte de ella y que hay otras personas que la madre quiere y accede a darse cuenta de que no es todo para ella.

El **padre** antes era alguien que mimaba y quería al hijo/a a la par que la madre, pero ahora resulta ser que la madre desea al padre. Descubre la relación que existe entre los dos.

Es interesante ver cómo ha evolucionado este hito a lo largo del siglo XX, cuando no siempre hay un hombre-padre presente, con mujeres que tienen sus hijos solas, o están tempranamente separadas y la niña y el niño, sin embargo, pasan por lo mismo: por darse cuenta de que la madre desea en otro lado, que el hijo/a no lo es todo para ella, porque es suficiente con que la madre desee y se realice en su trabajo, por ejemplo, o en sus relaciones sociales.

Entonces la función que aparece es la **privación de la madre** organizada porque existe algo más que la madre desea aparte del el hijo/a. Si además es un hombre, el juego de las identificaciones sexuales que van a producirse puede que sea algo más fácil pero, aun así, esto puede darse con una figura masculina que puede ser el abuelo, un tío o el relato mediante el que la madre hace presente a un padre desaparecido.

Lo que importa es, como dijimos antes, la aparición de una estructura: se va a pasar de una relación de a dos a una relación triangular en la que las posiciones importan por la función que cumplen y una primera función del vértice materno es que el niño/a sea privado de la madre por él.

• La estructura del complejo de Edipo •

Lo que queda organizado en **la estructura es un triángulo** con una función en cada vértice: la función que ocupa el sujeto que desea (la niña o el niño), la función que ocupa la madre definida como el objeto de amor imposible porque ella desea lo que está en el otro vértice, y la función que ocupa el padre, que es el objeto al que desear y amar porque parece tener o ser lo que la madre desea y que, además, tiene por función decir no o prohibir el acceso a la madre, o a la supuesta completud que la unión con ella podría proporcionar.

Esta estructura, además de dar acceso al mundo simbólico, establece unas relaciones imaginarias entre los personajes que lo componen (por esto situamos el Edipo en el **cuadro 10** en la intersección entre registros imaginario y simbólico), dando lugar a identificaciones y afectos.

Por ejemplo, la niña estará en rivalidad con la madre de la que irá tomando las insignias de la feminidad para identificarse como mujer y estableciendo un amor platónico por el padre, platónico además porque sabe que él es de la madre y que también él está prohibido.

El niño ama a la madre y amará también al padre, por el mismo recorrido que la niña, aunque entrará también en rivalidad con él y se irá identificando con las insignias de la masculinidad del padre que es el que parece tener aquello que la madre desea.

Se acaba de instituir la **organización del deseo por el otro sexo,** aunque sea sólo en términos platónicos, organización endogámica aún, porque queda en la familia. La realización de estos amores está prohibida por la cultura, la prohibición del incesto es la ley que nos da la entrada en el mundo civilizado (Sigmund Freud, 1905).

El **amor** es el tercer término que sostiene el ser. Primero fue, y sigue siendo en la edad adulta, el sostén de la propia imagen —**el espejo**—; después, **la mirada de los otros** —ambos de la esfera imaginaria—, y por último, al estructurarse la esfera simbólica, el tercer término es el amor. Éste es sentido hacia alguien que representa (no necesariamente es, sino que representa para la realidad psíquica) aquello que a uno le falta para ser completo/a. Esta incompletud tiene que ver con la inscripción psíquica de la pérdida primordial, que dejó una apertura, un hueco abierto entre la díada primordial con el otro materno. Aquella pérdida se ha ido recubriendo de imaginario pero nunca se ciega del todo y es la fuente de la búsqueda y el sentir del amor que es el medio humano para palpar un poco la inalcanzable completud (George Bataille, 1957; Gerard

Pommier, 1997). Y ahora, con la triangulación simbólica, se montan los lugares significativos son lsorasgos que pueden tener las personas que serán potencialmente amados y se buscará a aquel o aquello que puede ser portador de algo deseable porque puede hacer sentirse completo.

El **registro simbólico** ha entrado en funcionamiento con la puesta en marcha de las representaciones psíquicas de uno mismo y de los demás a través del deseo y que ya no son sólo imaginarias —eran sólo imágenes de un yo como cuerpo de superficie en el espejo—, sino que son representaciones de funciones llenas de palabras y afectos construidas por vivencias propias que pueblan la profundidad del sujeto.

El deseo es el que organiza el triángulo mediante el que se construye la identidad del sujeto, que no es ya un Yo como cubierta imaginaria sino una representación psíquica que a su vez es necesariamente sexuada: femenina o masculina. En el siguiente apartado comentaremos la construcción de esas posiciones sexuales.

La crisis adolescente. Reedición del triángulo y vuelco al deseo exogámico

En la crisis adolescente se vuelve a poner en juego el triángulo edípico.

Por la fuerza de la metamorfosis corporal, los cambios del cuerpo que no sólo crece, sino que se sexualiza, un empuje físico tan poderoso conlleva también una revuelta psíquica (Sigmund Freud, 1905).

La realidad psíquica tiene que alcanzar representaciones válidas para cada nuevo proceso vivencial y en el caso de la crisis adolescente, además es la llegada de un cuerpo nuevo, sexualizado, que requiere una redefinición, no sólo del narcisismo, imagen corporal, sino de la propia identidad del sujeto (Sigmund Freud, 1905; Silvia Tubert, 1982; Bernard Golse, 1987). Así, la chica y el chico reanudan una fuerte actividad pulsional que retomará donde se haya quedado, hacia los 5 o 6 años, la elaboración de su triangulación edípica, antes del paso por el tranquilo periodo de latencia. Podemos decir que se tratará de una reedición del triángulo en la que entrará en juego otra vez el significado y afectos hacia las figuras materna y paterna y lo que significan para el sujeto, con un objetivo principal: desprender la pasión infantil hacia padre y madre, que estaban investidos del deseo del niño/a, para volcar el deseo, ahora sexualizado con capacidad para realización plena, hacia fuera de la familia, deseo exogámico hacia el otro sexo.

Por supuesto, el o la joven no saben nada conscientemente de este objetivo, ni tampoco los padres. Estos procesos de construcción de la subjetividad ocurren sin que nadie sea consciente de ellos. Si bien podemos reconocer los signos de que están ocurriendo. Por ejemplo, si hasta entonces el niño acostumbraba a darle un beso a su madre al quedarse en el colegio, y la abrazaba cuando le parecía, y no le importaba que le viera desnudo al ducharse, ahora se niega absolutamente a que le bese delante de sus compañeros, le da más que vergüenza; los abrazos y efusiones físicas ahora le repelen. Ya no le gusta nada que le toquen y nada de ser visto desnudo. Lo que le ocurre es que ahora ha reaparecido la madre, pero la ve como una mujer y sólo pensar o sentir que haya algún contacto físico le eriza por la propia prohibición edípica. No le gustará que la madre lleve falda corta, que muestre escote…, no quiere ver en ella la sexualización, porque está implicado. Lo mismo le ocurre a la chica con la figura paterna. Y necesitan superar esa implicación y borrar la sexualización de madre y padre para hallarla en otras/os fuera de la familia.

Si hace poco tiempo, en la reciente etapa de latencia, oir o percibir que los padres hacían el amor, podía no producirles ningún efecto, ahora lo encuentran obsceno y les produce rechazo. Necesitan apartarse de los padres, mejor dicho, apartarse de la forma afectiva infantil y edípica que tenían con los padres y esto, a menudo, toma la forma de un rechazo.

Para los padres el o la adolescente están cambiando tanto que no reconocen a su hijo/a y les resulta muy difícil relacionarse con este nuevo personaje que, en realidad está masivamente implicado en construirse su nueva identidad y colocar a sus padres en un nuevo lugar en su estructura psíquica, en el que no estén en medio del paso de sus pulsiones sexuales.

Éste será el último golpe del desarrollo en que se simbolizarán las representaciones psíquicas de sí mismo/a en función de los otros y que dejen al sujeto estructurado.

Más tarde, es de lo más frecuente que haya regresiones a los momentos edípicos, ya sea a las inscripciones infantiles como a las adolescentes, porque puede que lleve toda una vida acabar de encontrar un lugar al propio deseo desprendido de las figuras internas de padre y madre, no ya de la persona que cada padre o madre fue, sino del lugar funcional que de ellos quedó en la estructura del sujeto.

Por ejemplo, estar siempre interesado o atraído por mujeres que tienen los rasgos de la propia madre, significa que en la estructura ese sujeto sigue teniendo inscrita en el lugar funcional de mujer deseable a su propia madre. Del mismo modo que una mujer

que siempre acaba buscando alguien que parece para ella un padre. En un siguiente capítulo abordaremos cómo se manifiesta este asimiento a las figuras paternas en la vida amorosa, cuando tratemos las estructuras clínicas del sujeto y cómo los estados de malestar pueden proceder de acoplamientos regresivos en los que está implicada la triangulación edípica.

Construcción de las posiciones sexuales: niño o niña

Es importante para la perspectiva de género discutir la construcción de las posiciones sexuales. No sólo porque las teorías sobre el funcionamiento humano han estado sesgadas unificando ambos sexos bajo el patrón masculino, lo cual ha ocultado la subjetividad femenina, sino porque las huellas inconscientes de las etapas más tempranas dejan una impronta sobre la identidad femenina relacionada con el cuerpo y su representación psíquica.

La posición sexual se va construyendo, en parte por las condiciones del propio sujeto, en parte por la transmisión de las insignias y modelos de cada sexo a través de las personas significativas y de lo social, aunque esta transmisión es aún enigmática, especialmente en los episodios más tempranos de la construcción psíquica.

Del momento temprano de fusión y separación con el otro materno, Silvia Vegetti (1990) encuentra en el análisis de niñas pequeñas la existencia de fantasías inconscientes de un *"cuerpo cóncavo"* que permite albergar un niño imaginario inconsciente que se origina precisamente en ese momento de unidad-separación, cuando la fantasía de la concavidad que deja en el cuerpo de la madre que la contuvo, se identifica con la existencia de una concavidad contenedora en el propio cuerpo, al ser una igual a la madre. No sabemos, porque no existe recuerdo de ello, cómo queda grabada la experiencia vivida tan primaria, pero como en el aparato psíquico todo permanece, y puede ser evocado por medio de los productos del inconsciente —que son los sueños, las fantasías, los recuerdos infantiles, a menudo deformados y encubridores, y formaciones como los lapsus, los actos fallidos—, a través de todos ellos podemos descubrir la reaparición de los más antiguos contenidos del inconsciente. De ahí proceden estas fantasías de *cuerpo cóncavo*, que es considerado como el dato originario de la feminidad por varias autoras (Eugene Lemoine, 1976; Luce Irigaray, 1977; Silvia Vegetti, 1990; Annie Anzieu, 1993), aunque lo hayan llamado de formas diferentes y descrito con distinta profundidad

(*hueco, concavidad, espacio del cuerpo interno, vacío-lleno*). No se trata de feminidad natural o biológicamente determinada, sino que se construye en relación con el otro materno que es la primera relación en la existencia. Es feminidad primaria pero ya relacional y, por tanto, experiencia culturalmente construida. Se trata de *"una primera feminización de la que no quedan huellas conscientes pero que se hace presente en las fantasías inconscientes"* (Silvia Vegetti, 1990: 71) de las mujeres; fantasía *de "ser un organismo cóncavo que le permite imaginarse contenedora"* dejando este signo en la identificación femenina (y una vez más, si decimos femenina, no necesariamente decimos de mujer, podría darse esta identificación femenina en un hombre) en la que existe la *"fantasía de poder contener un niño imaginario"*.

Que haya quedado una huella inconsciente de esa concavidad es la base para una buena disposición inconsciente para la maternidad y la identificación de madre. Para las mujeres, el lugar que ocupa la fantasía inconsciente de la posibilidad de contener un niño imaginario posibilita un régimen de identificación doble (Eugenie Lemoinne-Luccioni, 1976): puede contener el niño/a (identificándose con la madre que tuvo y que va a ser); o ella puede ser el niño/a (identificándose con el bebé que fue y que contiene). Puede que éste sea el lugar del que viene toda la luz o toda la oscuridad para la posible identificación de madre. Estará bien dispuesta para la maternidad si aquella etapa temprana dejó unas inscripciones inconscientes que hagan a su cuerpo compatible con un cuerpo contenedor, gestante. Puede que, por el contrario, si quedó fijado un vacío angustioso en ese lugar, la mujer no tenga la disposición a esa identificación y, si bien puede acabar accediendo a ella, será tras atravesar sucesivas contingencias que le permitan reconstruir en su estructura psíquica cierta representación cóncava (con capacidad contenedora) de sí misma (Sara Velasco, 2004 y 2005). Veamos un caso.

Caso Dora.[4] Infertilidad psicosomática

Los síntomas: baja autoestima, envidia de otras mujeres, infertilidad

Una mujer que no podía quedar embarazada sin causa médica que lo justificara. Quería tener un hijo, pero había algo en la idea sobre sí misma que no era compatible con ello. Siempre tuvo el sentimiento de que ella no era capaz, que su cuerpo no tenía la capacidad de

4. Dora Maar, pintora y fotógrafa que no tuvo hijos.

Su historia: nacimiento traumático y ausencia vital de la madre.

gestar. Y además, esta mujer solía sentir envidia de otras mujeres, para la que no podía identificar claramente una causa, pero algunas mujeres a ella le parecían más capaces y "femeninas". Invariablemente eran mujeres con hijos.

En el curso de una terapia llegó a reconstruir y relacionar como había sido su propio nacimiento. "*Estuvo muerta un rato*", decía. Creyeron que estaba muerta, pero la pudieron reanimar y vivió. Su madre estaba deprimida cuando ella nació, no le dio el pecho y ella creció con la historia transmitida de que en realidad ella nació muerta porque su madre estaba muy mal. Parecía ser que la madre tuvo una hemorragia y tuvieron que extirparle el útero en el post-parto y, claro está, ya no pudo tener más niños.

Disposición inconsciente: falta la identificación de cuerpo contenedor.

El sentimiento de sí que le dejó esta vivencia, junto con la historia transmitida desde muy pequeña, que debió colaborar a ir construyendo tal sentimiento de sí, era el de una niña que estaba viva por casualidad, que su madre no le había podido transmitir la vida necesaria y que ella era la causante del "vaciamiento" de su madre. Su madre era incapaz de contener hijos/as vivos y por identificación ella tenía imaginariamente esta doble insuficiencia: no fue una bebé viva y no podía contener bebés vivos. Su identidad femenina le parecía deficiente en este imaginario corporal y eso era, por un lado, el origen de esa envidia mal definida hacia mujeres con hijos o hijas, y por otro, esta identificación doblemente deficiente se escribía en su cuerpo con la infertilidad.

Sus identificaciones imaginarias: niña muerta, madre vacía, gestación imposible.

Cuando todo esto dio suficientes vueltas en su cabeza como para hacerlo consciente fue cuando consiguió quedar embarazada y dar a luz una niña viva y sana. Por supuesto, su relación con su propia feminidad cambió totalmente.

La mirada pulsional del otro (aquella que no es indiferente, sino mirada cargada de expectativas y afectos, la de aquellos para los que el niño o niña tiene un lugar importante en su existencia) tiene el poder de transmitir una percepción sobre uno mismo/a. Así ocurre al principio con la mirada de la madre y otros seres tan significativos como ella. Si la madre tiene un niño o una niña, este hijo/a le inspirará afectos debidos a su sexo, el sexo esperado o el sexo contrariado; si es niña es su igual, si es niño es lo contrario que ella. Del mismo modo que si el hijo/a nacido/a tiene alguna enfermedad, o es

deficiente o es de otra etnia… cualquier condición que el hijo traiga, generará una mirada y afectos diferentes en la madre y en los otros que le devolverán como factores parcialmente constituyentes de su futura identidad.

La **transmisión de la posición sexual** continúa luego durante el estadio del espejo gracias a la *"donación de identidad sexual que le envía la mirada materna y que la percepción imitativa confirma*..."(Vegetti, 1990:170) y en la construcción de la imagen narcisista de la niña, y también del niño, que recibirán las transmisiones adscritas a su sexo en cada cultura.

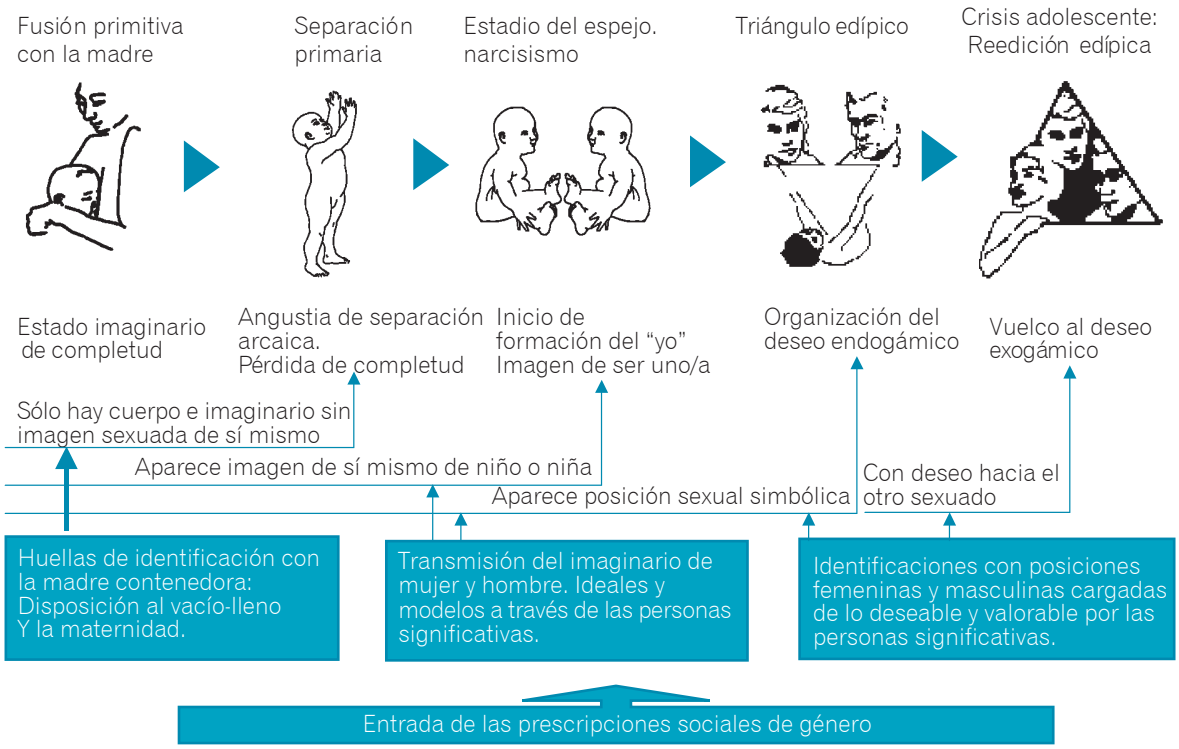
Entre los 18 meses y los dos años y medio o tres años, edad aproximada del estadio del espejo en que se constituye la imagen del yo, incluyendo la imagen sexual, las niñas, y algo menos los niños, están machaconamente interesados en constatar quién es niño o niña, quién es hombre o mujer, quién es amiguito o amiguita, entretenidas como están en filiar su propia identidad sexual por confrontación e imitación.

La socialización, a través de todos los vehículos relacionales, conlleva la transmisión sutil del modelo definitorio de niño o niña que se introducen en todo este juego especular de construcción del *Yo*, en el que cada cual es reflejado en un lado del imaginario sexual. Se aprende a ser niño o niña según estos reflejos que proceden de las miradas de los otros, y esos reflejos son portadores y transmisores de los modelos de los consensos de género y, además, la potencia de interiorización temprana de esos modelos es tan alta debido a que la transmisión está cargada del valor afectivo que llevan sobreimpresos, al proceder de las personas más significativas (Emilde Dio Bleichmar, 1998).

Las salidas de esta organización sexual no tiene porque ser univocas en relación al sexo anatómico. Ya se aprecia que se puede alcanzar una posición femenina que realiza una elección de objeto sexual masculino, y puede tratarse de una persona hombre, y viceversa. Todo el mundo acaba colocándose de un lado u otro en la diferencia sexual, cada cual hará su elección de sexo, realizará su sexualidad, aunque los contenidos definitorios de masculino y femenino, los roles propuestos a desempeñar como hombre o mujer, los ideales, sean prescripciones de género, es decir, socialmente construidas y transmitidas y no tienen porque coincidir con el sexo.

Cuadro 10

Contrucción de posiciones femenina-masculina



El Yo no es el sujeto. Máscara imaginaria y estructura simbólica del sujeto

La progresión a través de los momentos críticos que hemos descrito va instaurando la condición humana con la construcción del sujeto del inconsciente estructurado en tres esferas que le proporcionan un lugar en el mundo simbólico. El motor de sus deseos y sus actos procede, en parte, de los significados que cada vivencia tiene para ese sujeto del inconsciente. Y, a menudo, el individuo sabe conscientemente poco de esos procesos que le animan. Además, tiene un **Yo** que lo recubre proporcionándole una integridad imaginaria y del que brotan los procesos conscientes y que puede emplear la voluntad para actuar. Hay que tener en cuenta que éste es el cambio de paradigma que aportó Freud: **el Yo está descentrado del sujeto**. El ser humano no es consciente de todo lo que motiva sus sentimientos y sus actos; el **yo**, con su sentimiento de identidad

e integridad recubre al **sujeto del inconsciente** donde se juegan los deseos, las pulsiones y de los que el ***yo*** no siempre tiene conciencia.

¿Qué importancia tienen los hitos del desarrollo en el tratamiento del malestar?

Cuando nos planteamos intervenir para modificar el malestar o la enfermedad, podemos centrarnos en dar instrucciones a la persona, informarle, convencerle de lo que le pasa o tendría que hacer y confiar en su voluntad para que lo haga. Esto muestra enseguida su limitación porque nos dirigimos al Yo que es una máscara que habla de lo que el individuo siente o querría, pero que está tapando el lugar de origen del conflicto y del padecimiento, éste es el sujeto. Le diríamos a la persona deprimida: "*Anímese, haga cosas…";* o a la persona con una crisis de ansiedad: "*Relájese, si no pasa nada…"*, pero la evidencia es que algo le pasa que no puede ni animarse ni relajarse.

Para intervenir allí donde se está causando el conflicto, motor del malestar y los síntomas, es necesario ponerse de alguna forma **al habla con el sujeto del inconsciente,** conociendo las bases de su funcionamiento y los mecanismos por los que se puede corregir sus procesos. Y una de las causas de los malestares y síntomas es que en alguna situación actual de exigencia afectiva importante (un acontecimiento como un accidente, casarse, tener un hijo/a, la muerte de alguien, cualquier acontecimiento biográfico significativo), se ha acoplado a una situación pretérita, ya sea de un pasado más o menos cercano con una experiencia que dejó una huella de sufrimiento, o bien más atrás, con los hitos de su desarrollo quedándose fijado en las condiciones marcadas por aquella disposición suya. Las más de las veces, esos acoplamientos son enfermantes, como hemos ejemplificado con algún caso.

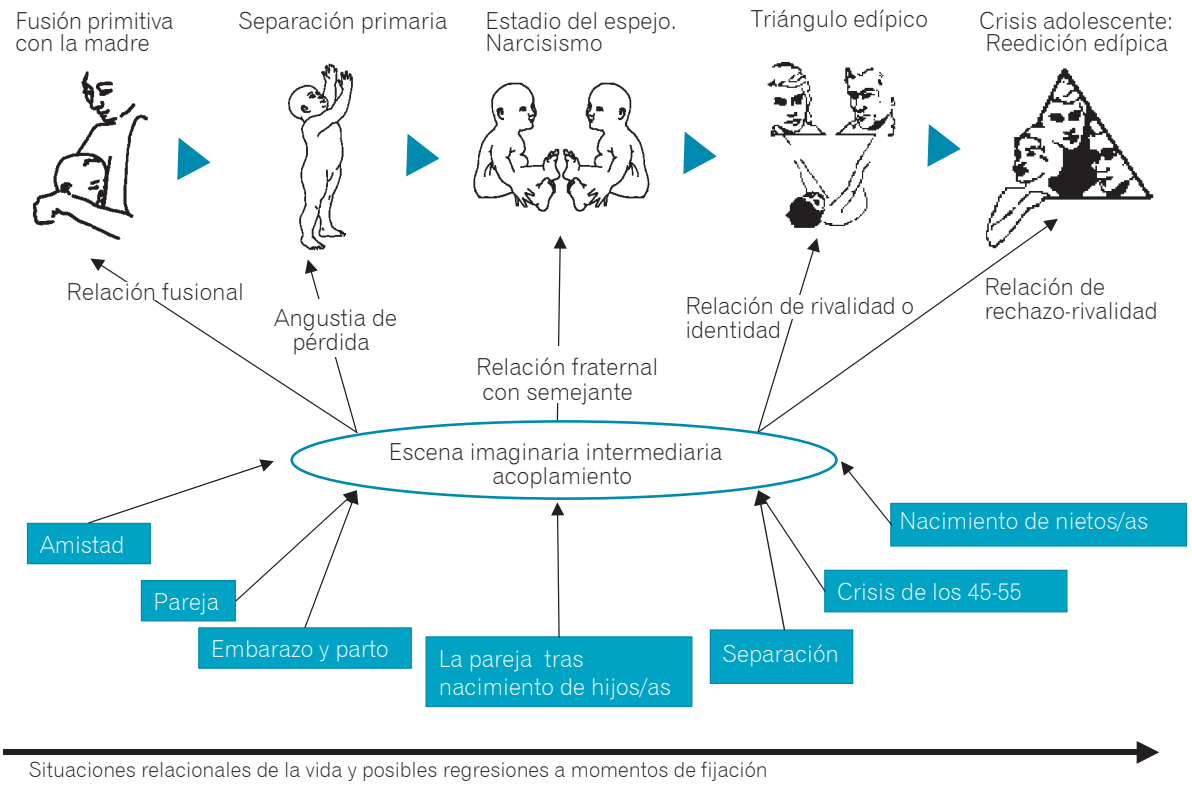
Hay situaciones de mayor vulnerabilidad a lo largo de la vida, y son aquellas en que ocurre un cambio relacional fuerte, especialmente en las que aparece una nueva persona que obliga a redefinir la identidad de la persona, como establecer una pareja, o casarse, o como tener un hijo, o una hija que nos hace llegar a ser padre o madre; o un nieto/a que nos convierte en abuelos/as, o una persona que desaparece, la muerte de los padres o de hijos/as, también obliga a redefinición de identidad; o incluso hechos que cambian nuestra posición y la representación de nosotros/as mismos/as, como terminar la carrera, cambiar de trabajo, perderlo, cambiar de ciudad; o enfermedades o daños

a personas importantes para nosotros/as. Son situaciones en las que el requerimiento afectivo y de plasticidad psíquica es alto y son momentos por tanto de vulnerabilidad que se manifestaría por el acoplamiento a disposiciones regresivas. De este modo son desencadenantes de enfermedad.

En el **cuadro 12**, se recogen algunos, sólo algunos de los hitos significativos en la vida que pueden acoplarse, mediante el paso por una escena imaginaria que convierte la presente en equivalente con el pasado. Desde establecer relaciones anaclíticas o fusionales, hasta angustia o relaciones de pareja que se vuelven fraternales y sin deseo sexual, hasta reaparición de relaciones edípicas de rivalidad irracional. Se muestra esquema en **cuadro 11**.

CUADRO 11

Acoplamiento a identificaciones pretéritas



En la intervención trataremos de **desacoplar la identificación que el sujeto** ha realizado con la situación pasada, de lo que provendrá la mejoría de los síntomas. Lo veremos en el capítulo VIII.

CAPÍTULO VI
Estructuras clínicas del sujeto

> Con la pulverización del patriarcado percibimos que la histeria concierne por igual a hombres y mujeres; es la normalidad de la neurosis.
>
> Gérard Pommier

Hasta ahora hemos descrito el esqueleto genérico de la construcción subjetiva, pero pueden resultar varias estructuras. Son las estructuras clínicas.[1] Se basan en la estructura que adopta el deseo inconsciente a lo largo de los hitos fundamentales del desarrollo que hemos visto que, a su vez, depende de qué pulsiones son más prevalentes en cada caso y de qué manera se anudan los tres registros, real, imaginario y simbólico. No se trata, por tanto de una clasificación tipológica por la fenomenología, síntomas o conductas, sino que se refiere a la estructura inconsciente. Lo desarrollamos a continuación, ya que serán de utilidad para comprender las posiciones subjetivas que mantengan las y los pacientes con malestar y para saber qué posiciones ha de tomar el o la profesional cuando intervenga para tratar una corrección de posición subjetiva.

El estado actual de la clasificación considera que existen tres estructuras clínicas fundamentales: psicótica, perversa y neurótica, y dentro de esta última, neurosis histérica y neurosis obsesiva. La fuerza de la evidencia clínica obliga a considerar otra

1. Freud estableció la existencia de varias estructuras a las que llega el sujeto. Fue modificando sus clasificaciones a lo largo de sus desarrollos y la que presentamos aquí es la revisada y adoptada por Lacan, con algunas variaciones que comentaremos cuando vayan apareciendo.

posible estructura fronteriza entre psicótica y neurótica (Jean Bergeret, 1980) aunque, por supuesto existe discusión al respecto.

La estructura se organiza a lo largo del desarrollo psíquico y se puede considerar que termina de establecerse al final de la adolescencia.

Se pueden describir las estructuras siguiendo la secuencia de constitución de los tres registros del aparato psíquico y los anudamientos entre ellos que, según hemos descrito, se han de ir produciendo a lo largo del desarrollo.

En el **cuadro 12** se resume la secuencia y se sintetiza el estado de los tres registros para cada estructura. Cada una de ellas procede del tipo de anclaje, o incluso detención, de la construcción del aparato inconsciente en uno de los hitos constitutivos que están situados en la parte superior del esquema.

Estructura psicótica

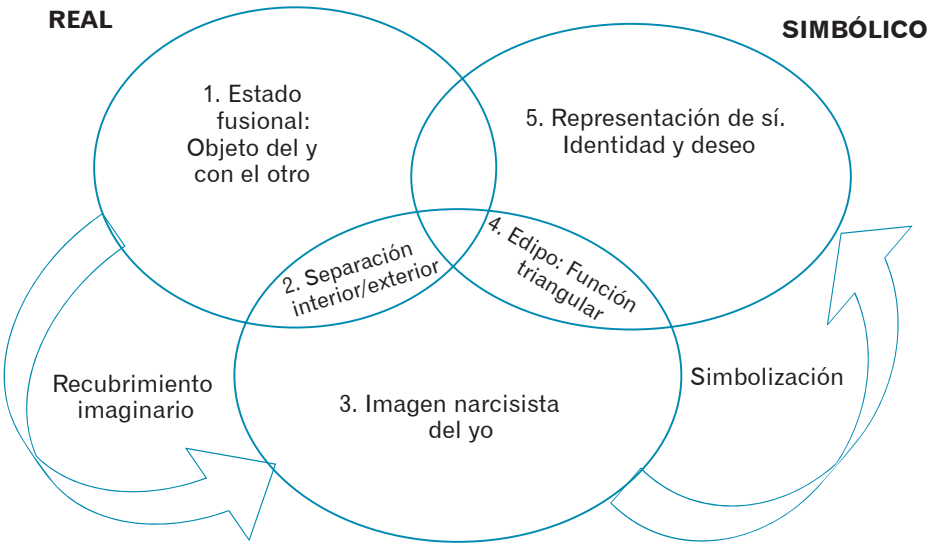
Describimos esta estructura porque es necesario que el sanitario/a sea capaz de reconocerla. No es muy frecuente, pero cuando una persona es psicótica se comporta frente a la enfermedad de forma muy especial y el manejo y tratamiento que requiere es muy específico. Conviene mucho saber cuándo estamos frente a una persona con psicosis porque determinadas actuaciones relacionales y sanitarias que pueden ser eficaces y útiles en sujetos de otras estructuras, son potencialmente perjudiciales en este caso. En concreto, para el método de aplicación a los síndromes del malestar, veremos que la estructura psicótica es un criterio de exclusión, siendo lo más aconsejable el tratamiento psiquiátrico.

Es la estructura que ha quedado detenida más prematuramente. De forma esquemática diremos que a partir del estado inicial de completud con el otro materno, no se dan los siguientes pasos. Se detiene en aquel momento en que todo es lo real y el sujeto no es aún tal, sino que puede decirse que está **identificado con el objeto primordial**.

Si bien la persona psicótica puede aprender palabras e incluso manejar un lenguaje normal, y aparecer algún recubrimiento imaginario, éste es totalmente aparente; el registro imaginario no se anuda al real, es decir no cumple su función de crear identificaciones a partir de las cuales luego se pueda simbolizar. No se anudan los tres registros. Tampoco llega a discernirse un Yo que separe con nitidez el mundo externo del interno y por tanto, no se instituye el deseo.

CUADRO 12

Estructuras clínicas del sujeto



IMAGINARIO

E. Psicótica	E. Perversa	E. Fronterizas	Obsesiva (Duda)	Histérica (Seducción)
• Ausencia de sujeto. "Yo" no discernido entre interior y exterior • Posición de objeto • Carencia de recubrimiento imaginario ni simbolización • Palabras sin sentido simbólico	• Ausencia de simbolización • Sujeto como objeto imaginario del otro: fetiche	• Imaginario y simbólico aparente pero sin anudar • Funcionamiento neurótico "como si..." • Caídas psicóticas	• Prevalencia de pulsiones de retención/ excreción • Posición imaginaria: mirar en medio de dos: la duda • Tendencia a huida de la realización del deseo	• Prevalencia de pulsiones de incorporación • Posición imaginaria: ser mirada/o y seducción del otro • Tendencia a mantener vivo el deseo

E. Neuróticas
- Sujeto con recubrimiento imaginario y posición en la estructura simbólica

Tienen esta estructura personas con diverso grado de gravedad (Jean Bergerer, 1980). Desde el **autismo**, en el que no se llega a ninguna forma de lenguaje, son personas de quienes desconocemos qué hay en su interior, si es que ese interior está definido (Birger Sellin, 1993);[2] la **esquizofrenia**, en la que sí hay palabras pero sin significado

2. Birger Sellin es una joven autista que ha conseguido comunicarse escribiendo con un ordenador. El libro cuenta su historia y sus escritos y es una sobrecogedora y muy interesante oportunidad de saber algo sobre lo que ocurre en el interior de las personas autistas.

simbólico y sin relación con los afectos (imaginarios) que le serían propios, lo cual evidencia que los afectos paradójicos con las ideas o las situaciones, por ejemplo, risas o angustia que no corresponden con lo que la persona está diciendo o con la situación. Lo real es absoluto, no está mediatizado por significados y cuando una persona psicótica dice que se está fragmentando, no es que "sienta como si se fragmentara", describiendo una sensación asociada a un sentimiento, sino que cree con certeza que se está fragmentando (Gerard Pommier, 1984). La **melancolía o la esquizofrenia paranoide** son otros extremos que se pueden manifestar con mayor o menor gravedad.

Los **delirios** son el dato fundamental de esta estructura. Delirar es ver, oír o presenciar escenas que no ocurren realmente, pero con la certeza de que son reales. La falta de discernimiento entre mundo externo e interno propicia esta incapacidad para discernir si las ideas o imágenes que proceden del interior son o no reales.

También hay personas psicóticas que funcionan aparentemente adaptadas, sin llegar a tener brotes delirantes. Serían **psicosis no desencadenadas**, pero funcionan con un falso Yo que es una mascara lograda a base de imágenes que suplen la ausencia de identificaciones y simbolización. Un signo de la falta de una imagen narcisista bien anudad como propia es que, cuando empieza el desequilibro por una exigencia externa o interna, por ejemplo en la adolescencia, la propia imagen en el espejo se vuelve desconocida, amenazante, y llega a horrorizar; rompen el espejo en un arrebato contra esa imagen desconocida (Jean Claude Maleval, 1996).

La persona psicótica suele tomar una figura ideal que les funciona como techo y van imitando, haciendo *"como si"* fueran ella reproduciendo una vida imitada, pero cada cosa que hacen no es producto de su deseo, que no ha llegado a instituirse, sino de esta suplencia imitativa. Este techo supletorio, a menudo, es encontrado en sectas o en comunidades que proporcionan un dios, ideales y conductas muy definidas sin necesidad de desear o pensar. Otras veces, cuando las presiones y exigencias de la vida son fuertes puede llegarles finalmente el desequilibrio y desencadenarse el estado delirante.

En el **cuadro 12** se sintetiza lo que definiría esta estructura.

Psicosis se puede caracterizar como ausencia de sujeto, lo cual coloca en posición de objeto en su relación interna con los otros; un Yo no discernido entre interior y exterior y carencia de recubrimiento imaginario ni simbolización. Las palabras y el lenguaje no tienen sentido simbólico.

Estructura perversa

Esta estructura tampoco es la más frecuente. Pero también es necesario reconocerla porque no responderá al tratamiento como lo hará la estructura neurótica.

Cabe aclarar que "perverso" no quiere decir "malo". Puede que esa equivalencia se haya vulgarizado en el lenguaje común, pero cuando hablamos aquí de "perversión" es la palabra encontrada para definir que está "pervertido", vertido al contrario, el sentido habitual de la dirección de la relación entre sujetos. Vamos a ver como no se relacionan de sujeto hacia un objeto deseado, o de sujeto a sujeto, sino de objeto (como se sitúa el perverso) a sujeto (el otro).

En este caso sí se llega a producir la experiencia inconsciente de separación del estado fusional primero y aparece mundo interno y externo, con un anudamiento del registro imaginario con el real. Se forma una suerte de Yo que queda detenido indefinidamente en su imagen especular. No avanza sin embargo a estructurarse el deseo en una situación triangular en la que se acceda a un vértice que prohíbe lo que se desea en el otro y no se llega a anudar el registro simbólico por el que se representaría una identidad de sujeto deseante, por el contrario, se queda en una relación lineal con el otro, de objeto a sujeto. De esta manera el goce de esta persona está pervertido, en el sentido de que se mantiene un deseo lineal, sin prohibiciones en el que no es tal sujeto, sino objeto.

La persona de estructura perversa tiende a ofrecerse como objeto para que el otro disfrute de él, ya que en él no hay un sujeto, sino que lo que tiene de sí es una imagen del espejo. Además, es propio de su estructura interponer un fetiche, que es un objeto que representa aquello que le falta, que perdió, pero que no ha alcanzado representación psíquica simbólica y sólo se ha quedado en un objeto/símbolo, siendo así el fetiche el supuesto objeto de deseo. Un zapato o una prenda íntima son el paradigma del fetiche que desencadena el goce. El perverso no ama, porque no puede hacerlo desde su carencia de identidad, sólo goza (Luis Solano, 1990).

Cuando una persona perversa cuenta algo que le ha ocurrido o ha hecho doloroso o escandaloso, no se afecta como si el dolor o el impacto lo hubiera sufrido él, sino que está desafectado, incluso con hilaridad, esperando provocar ese dolor o escándalo en el que escucha. Es su forma de ponerse como objeto del otro, esperando la reacción, la expresión del afecto del otro.

En la medida en que el Yo imaginario no ha acabado de pasar a construir una identidad más profunda, con representaciones de sí en la esfera simbólica, tampoco, a veces

está bien definida la posición sexual. Puede haber una diletancia de posición femenina a la masculina, que son en realidad una apariencia superficial y no construida la identidad sexual en función del deseo.

Bajo esta estructura, que es potencialmente compatible con una vida más o menos socialmente adaptada —especialmente porque esta sociedad tolera grandes dosis de violencia y autodestrucción dentro de sus márgenes de normalidad—, aunque incapaz de amar, hay personas con tendencia a la violencia, al sadomasoquismo, caminos por los que, sin sentir culpa o angustia, busca producir reacciones, placer o dolor en los otros para su propio goce.

De esta forma si estamos frente a un paciente de estructura perversa, será chocante que nos cuente sus desgracias sin mostrar tristeza, pesar o angustia, sino que nos observará para ver si reaccionamos con ese pesar. Es lo que busca y cómo establece el lazo con el otro. No encontraremos la misma respuesta a nuestro interés e intervenciones psicosociales como en otro tipo de pacientes. Veremos que éste es otro criterio de exclusión para el tratamiento biopsicosocial de los síndromes del malestar, porque no responderán a los intentos de cambio de posición subjetiva, por el contrario, si el sanitario/a no conoce el especial manejo de esta estructura, se corre el riesgo de establecer una relación en la que la persona perversa manipula y utiliza al sanitario/a, sin cambiar nada sus posiciones. Requieren un manejo que utilice la autoridad y la prohibición, más para estabilizar y mantener que para curar, siendo también preferible aquí el tratamiento psiquiátrico, porque no sería eficaz el método que psicosocial que se propone aquí.

Ejemplifiquemos con un caso.

Caso Dolores. "…me pegué un tiro…"

Dolores acude a la consulta de psicoterapia prácticamente obligada por su psiquiatra, con el fin de facilitar la obtención de la invalidez que está tramitando. Aunque no lo dice, ella no cree que le haga falta o le pueda servir para nada. Cuenta una historia confusa sobre por qué ha venido, dando vueltas sobre lo que quiere y no quiere, resultando evidente que sus vueltas son para envolver que lo que quiere es la invalidez pero sin que se note.

Las personas perversas no suelen acudir a terapia, por falta de conciencia de enfermedad o angustia. Suelen manipular la situación.

Enseguida llama la atención que tiene la frente con una fuerte deformidad ósea que parece producida por un traumatismo.

Al preguntarle sobre sí misma, sobre qué le pasa, después de relatar multitud de síntomas físicos y enfermedades a cual más convincente para la invalidez, y orientarla a que cuente algo de su historia que a ella le parezca importante, cuenta que lo pasó mal cuando su marido intentó dejarla. Él dijo que se quería separar y se marchó de casa. Entonces ella cogió la pistola del marido y se pegó un tiro en la cabeza. Lo importante, es el afecto paradójico que acompaña a este decir, ya que sonríe de medio lado observando a la terapeuta a ver cómo reacciona. Estuvo en coma 4 meses, pero sobrevivió. Lo más llamativo del relato es que en ningún momento muestra tristeza, angustia ni pesar, al contarlo, el afecto es de placer por exhibir una historia así. Y hace pequeñas pausas con la media sonrisa para observar la reacción de la terapeuta. Lo cuenta como si fuera una película que no le haya pasado a ella. No da la impresión de que fuera ella misma quien se disparó. Esto es lo característico de la perversión, que el sujeto no parece estar, es como si fuera un objeto (el objeto que recibe el disparo) y los afectos son paradójicos con lo que está contando, además de que el objetivo de lo que cuenta es despertar el horror, compasión o algún afecto en el que escucha, hacerle sujeto de su vivencia.

La relación terapéutica es diferente a la de otras estructuras. Responde con goce al señalamiento de sufrimientos.

La terapeuta le respondió con alarma y reconociendo del sufrimiento que l a debió llevar a ese acto, pero la paciente reaccionó con regocijo, como si la terapeuta por fin daba muestras de sorpresa y admiración por lo que ella había conseguido sufrir.

La estructura de esta persona es perversa.

Según sintetizamos en el **cuadro 12**.

Lo que puede definir sintéticamente la estructura perversa es la ausencia de simbolización, no alcanzar la condición de sujeto sino como objeto imaginario del otro; la interposición del objeto fetiche; y pueden ser personas violentas, sadomasoquistas, que no responden con angustia o culpa.

Estructuras fronterizas[3]

Se encuentran en la clínica personas en las que es difícil identificar la estructura. No acaban de tener signos de psicosis, no han delirado nunca y pueden tener una vida más o menos adaptada, pero tienen formas ilógicas de razonar, o bien se relaciona de forma extraña, con desafecto, nunca parece que aprecien realmente a alguien, o sus sentimientos parecen paradójicos. O bien, han tenido algún episodio de descontrol y desorientación pero no han llegado a tener delirios, aunque pueden tener ideas paranoides, persecutorias. En fin, no presentan ninguna estructura definitivamente clara y sí algo de cada una. Encontrar estas personas en la clínica fuerza a considerar estas posibles estructuras fronterizas. En las terapias, son más estables que si fueran psicosis, como si tuvieran algunas ataduras más que impiden que deliren, pero responden mal a los intentos de simbolización, se quedan en el imaginario siempre aparente.

En definitiva, funcionan la mayor parte del tiempo como neuróticos/as pero a veces pueden descontrolar de forma parecida a una psicosis.

Una estructura fronteriza, en la que no tuviéramos claro si puede funcionar como psicótico también estaría excluida del tratamiento de síndromes del malestar.

En resumen, parecen funcionar en el registro Imaginario y un aparente simbólico pero sin anudar, sin paso de uno a otro. Un funcionamiento 'como si' fuera neurótico con posibles caídas psicóticas.

Estructura neurótica

Se llega a la estructura neurótica cuando sí se ha anudado el registro simbólico del modo que se describe en el apartado en que hablamos de la triangulación edípica estructurante de este registro. Quiere esto decir que se trata de un sujeto en que el

3. Algunos autores, el más importante Lacan, no reconocen la existencia de estructuras fronterizas, sino que consideran que las personas en las que no se puede distinguir bien si es una estructura psicótica o no, son en realidad psicosis no desencadenas. Además, hay propuestas, tampoco consensuadas de considerar una estructura más —sublimatoria— (Alain Juranville, 1993) (Anne Juranville, 1994) (Héctor Juan Fiorini, 1995), para explicar el psiquismo de los sujetos creadores, diferentes a los demás en su relación con el deseo y los medios de simbolización, pero no nos ocuparemos de ello por tener poca relación con el campo de trabajo de este libro.

registro de lo real cuenta con recubrimientos de identificaciones imaginarias que han construido un Yo, después de haber atravesado la separación del otro materno y, además, se ha accedido a una realidad psíquica con una representación de la propia identidad. Esto supone que existe el deseo del sujeto. Este deseo es el motor de sus acciones y viene determinado por la forma particular en que se han ido atravesando las vivencias más significativas en el desarrollo y todas las demás subsiguientes. En el **cuadro 13,** se sintetizan estos términos.

Podemos decir que lo que **llamamos normal es esta estructura neurótica** que implica un aparato psíquico constituido y que permite una vida capaz de trabajar (trabajo creativo, producir...) y amar (Freud, 1923) y ser capaz de alcanzar alguna de las vías posibles de realización además del trabajo y amar, como la creación, el encuentro con los otros, tener hijos e hijas, la mística.

Es la estructura más frecuente y afortunadamente, porque es la que posibilita una salud mental. Probablemente deberíamos encontrar otro término para definirla, debido a que durante el siglo XX, y desde la vulgarización de parte de la teoría freudiana, la palabra "neurótico" ha sido denostada y malinterpretada. Pero por ahora, a la espera de un nuevo término, seguiremos utilizando el originario.

En la estructura neurótica la identidad sexual llega a madurar. No era así en la estructura psicótica en la que la identidad sexual no es nada clara (es frecuente que los delirios contengan indefinición sexual o delirios de hermafroditismo, o tránsito de un sexo a otro...) y, a menudo, el encuentro con el sexo es persecutorio o desencadena delirios; y en la perversa la definición sexual es también imaginaria.

Existen, al menos, dos posibilidades estructurales según se dirija el deseo, que se decantará del lado de la estructura neurótica obsesiva —fue llamada así por Freud que dedujo las estructuras neuróticas normales desde pacientes que las presentaban esas estructuras inestables y sintomáticas—, cuyo rasgo más característico puede que sea la duda, como veremos más adelante. O bien, el sujeto se decante por una estructura neurótica histérica, cuyo rasgo más característico puede que sea el empuje a la seducción.

• Estructura de la duda.[4] Mirar en medio y huir del deseo •

Hay que abordarla en el campo que la define que son las escenas edípicas en las que queda determinada.

4. Utilizamos esta denominación para la estructura obsesiva, para limitar en lo posible la equivoca patologización de una estructura que es normal y bajo cuyo amparo se puede ser completamente sano mentalmente; del mismo modo haremos con la estructura histérica que denominaremos por el empuje a la seducción..

El sujeto puede verse a sí mismo situado *en medio* de la escena primaria, entre los dos términos (padre y madre) y mirar lo que ocurre, mirar cómo el padre desea a la madre y la hace gozar. Es como si mirara a uno y a otro, su deseo se dirige a ser como el padre y hacer gozar a la madre, pero al mismo tiempo este deseo está prohibido por definición. De forma no consciente, por supuesto, estas escenas imaginarias se constituyen en el sujeto. Si toma esta **posición de tercero en medio** será una estructura de la duda.

La posición subjetiva de estar en medio frente a la escena primitiva, define sin embargo cómo circula el deseo y se deja ver en infinidad de actos de la persona e incluso en su carácter. Se trata de personas cuya mayor tendencia es a dudar. La duda permanente. Estar siempre entre dos opciones, entre dos caminos, *en medio*. Es la forma de actuar la escena primaria en cualquier circunstancia que implique la pulsión del sujeto. Y en caso de estar sólo frente a una opción, se inventan una segunda, para poder dudar. Esto, por supuesto produce inhibición, dificultad para tomar decisiones. Decidir supone dejar de estar en medio y realizar el deseo (hacia uno u otro lado de la pareja de la escena primaria) y esto es difícil porque saca de la posición de estar en medio, además de suponer saltarse la prohibición del padre y cumplir el deseo poniéndose en su lugar. El sujeto tiende a retrasar ese momento y cuando el neurótico dudante anda desequilibrándose, no consigue llegar nunca a ese momento, **se defiende de la realización del deseo**, no quiere o no puede inconscientemente ponerse en la posición prohibida del padre. **La inhibición** es el principal efecto del atrapamiento del deseo en la escena primaria.

Las situaciones de la vida que implican significativamente al sujeto aparecen como equivalentes de esa escena primordial y de la posición de mirar en medio que el sujeto mantiene. Es típico frenarse antes de alcanzar algún logro, por ejemplo, las crisis de inhibición y retroceso antes de terminar la carrera; la duda y la huída antes de casarse; los mil y un impedimentos antes de terminar y firmar un proyecto, antes de cobrar un trabajo terminado, que son logros que harían alcanzar el número uno, equivalente al lugar prohibido de un padre.

A veces esta posición estructural causa mínimos y constantes síntomas en el comportamiento, como no terminar nunca de cerrar los cajones, no terminarse nunca del todo el café, nunca dejar las cosas terminadas del todo, postergar mucho el final de cada pequeño trabajo... Lo que a veces se llama ***neurosis de fracaso*** no es otra cosa que una estructura obsesiva sintomática, es decir, con incapacidad para realizar el deseo y salir de la posición en medio de la escena primordial. Evitar siempre el logro, el éxito,

para no alcanzar el lugar prohibido por encima del padre, tender a generar el propio fracaso, lo cual es una defensa.

Donde la estructura se muestra más claramente es en la **vida amorosa**. Su vida erótica se rige por la búsqueda y elección de situaciones triangulares. El sujeto dudante se siente atraído por mujeres que están con otro hombre, y aún mejor si ese otro hombre es conocido y admirado —como serían las mujeres de sus amigos—. Una mujer que está con otro está prohibida, y es la semblanza de una madre. El deseo del dudante se dirigirá a estar en medio de esa pareja, y gran parte del morbo que le causa, procede de la existencia de ese otro hombre que está con ella y que imaginariamente estaría en el lugar de un padre. No es tan casual como pudiera parecer que tienda a enamorarse de mujeres casadas o con pareja. Y tampoco es tan casual que precisamente, si la mujer deja a su pareja, pierda para él todo su encanto y deje de interesarle.

Mantenerse en esa posición dual, en la que además tiende a no realizar del todo su deseo, por el temor a alcanzar el lugar de un padre, le lleva a establecer relaciones con dos mujeres, una estable, otra amante; estar con una nunca compromete del todo, porque está la otra y yendo de una a otra consigue no comprometerse ni dar por realizado su deseo con ninguna de las dos. Un **hombre con dos mujeres** es una situación frecuente y francamente estable, en la medida en que la estructura de la duda ha sido, y aún es, de lo más frecuente entre los hombres.

Además, la estructura deja otra marca en el deseo sexual. Tener **relaciones sexuales** supone encarnar la escena sexual y ello requiere traspasar la prohibición (Gerard Pommier, 1994). Es como un paréntesis en que, si no se realiza la escena imaginaria, no hay excitación y goce. Es por esto por lo que las relaciones sexuales son como un paréntesis rodeado de intimidad y encubrimiento, en el que se encarnan fantasías que no son fácilmente contados a la luz del día. De esta forma, en este tipo de relaciones, el hombre obtendrá satisfacción mediante el deseo hacia una mujer como objeto sexual. No será un sujeto tomado integral, un *quién* al que amar desde una lógica de ser a ser, poniendo en juego la esfera simbólica con el amor como vía de realización, sino un objeto sin nombre, un *qué* al que poseer, desde una lógica del tener. La posesión de este objeto sexual le permite además validarse como hombre potente frente a los demás varones.

Son fruto de la estructura de la duda las situaciones en que el **hombre no se compromete** huyendo del deseo de la mujer cuando éste se expresa ardientemente; parece no desear y amar con la misma intensidad que la mujer. Para que la mujer le atraiga,

ella debe demostrar desinterés (ausencia de deseo) y, mejor aún, darle celos con la presencia de otro hombre. Él se satisface con una forma de relación objetal sólo sexual con mujeres a las que no se vincula.

Pero este cuadro no es un producto invariable de la psicología masculina, es el producto de la estructura neurótica de la duda y su consecuente estructura del deseo, cuando se desequilibra y se vuelve sintomática. Sus primeros síntomas pueden ser los de la vida amorosa. No depende de lo masculino o del sexo, depende de la construcción de la subjetividad y de los condicionantes socioculturales de género. La cultura patriarcal ha favorecido y validado estos comportamientos que eran los más frecuentes en los hombres, asociándolos supuestamente a la masculinidad y, aún hoy, se tiende a creer que los "hombres son así" y es propio de su forma de desear. Sin embargo, son formas de sentir y conductas procedentes de una estructura que también pueden tener las mujeres y que pueden funcionar sin sufrimiento ni síntomas.

A lo largo del siglo XX ha ido aumentando la presencia de esta estructura entre las mujeres, siendo hoy casi tan frecuente como entre los hombres. Para ellas, el cuadro es similar, en cuanto a la dirección del deseo en una escena primaria. En medio, mirando. La mujer también establece relaciones duales, en las que ella pueda mantenerse sin culminar con ninguno de los dos hombres con los que suele establecer relación: uno de ellos tendrá rasgos de figura paterna, será algo más mayor, estará en disposición de ofrecerle una pareja estable, de tener hijos con ella, pero con él no circulará el deseo sexual fluidamente, este deseo irá hacia otro hombre con el que se relaciona simultáneamente, que será una figura masculina de la que aparentemente se enamora, pero que no es posible. La simultaneidad de ambos mantiene la duda y la imposibilidad de entregarse del todo a ninguno de los dos. Bajo la apariencia de ser una mujer independiente, con poco interés en el matrimonio o en tener hijos, está la dificultad para comprometerse unívocamente con un solo hombre. Sus síntomas en otros órdenes irán en la misma línea que los del varón: la **inhibición** y la posible **angustia** ante los empujes a las decisiones y la acción.

• Estructura de la seducción.[5] Ser mirada y mantener el deseo •

Se define también por la posición del sujeto en la escena primaria y cómo se articula en ella su deseo.

5. Denominamos así a la histeria por los mismos motivos que mencionamos para la estructura obsesiva.

Visto que la figura paterna es deseada por la madre que a la vez está prohibida para el sujeto (supongamos por ahora un sujeto mujer), esta mujer, tercera en la escena se sitúa en dirección al padre y tratará de seducirle. Intentará aparentar que ella es aquello que él parece desear en la madre, rivalizando con ella. Una **escena de seducción** es lo que dirige el deseo en esta estructura.

También aquí la dificultad se presenta en el logro de la realización de este deseo: si el padre es seducido, alcanzado en su lugar de ley, caerá de su pedestal ya que se mantenía en él también porque era inalcanzable, ya que también está prohibido para la hija —es la interdicción del incesto que posibilita la civilización, prohibición que afecta tanto al logro de la madre como del padre—. El padre, para mantenerse en su lugar, debe también decir "no" a la hija y por tanto no acceder a su seducción; si lo hace, cae de su lugar. La consecuencia inmediata sería que para la hija ya no significaría nada. Así, si para el sujeto dudante, vimos que era importante no realizar su deseo para no verse en el lugar de un padre, lo cual depondría al padre de su lugar, para la sujeto seductora es importante **mantener el deseo vivo** para sostener a ese padre deseable en su lugar, es decir, **mantener la seducción sin lograrla**. Así, frente a la escena primaria se expone a ***ser mirada*** —en contraposición al sujeto dudante que *mira*—, busca ser mirada, ya que seducir significa hacer que el otro la desee. Para lograr la mirada tomará por identificación los rasgos de la mascara femenina de la madre, que parece ser la que tiene el secreto de la feminidad, del ser mujer.

Las consecuencias de funcionar imaginariamente de este modo se muestran en la mascarada femenina (Joan Riviere, 1929; Marina Feldman, 2005) la forma de arreglo de la mujer que recubre su cuerpo con dibujos, colores, pliegues que ciñan las curvas y oquedades deseables, todos los llamados para que la mirada se pose sobre los aparentes atributos femeninos. El carácter expansivo, hablador, que expone fácilmente lo que es y cómo es, son también maneras de seducir. A su vez, la sujeto seductora mira con interés a las otras mujeres, no porque las desee sino para ver si descubre su secreto, si capta los rasgos que pueda imitar para la seducción.

Es interesante la constancia a lo largo de la historia de la **máscara de la feminidad** que las mujeres siempre han portado y portan. El arreglo del cuerpo, que es recubierto siempre señalándolo, partes diferentes y formas diferentes según las épocas, pero siempre tomando el propio cuerpo como superficie a decorar para captar la mirada deseante de los otros (Anne Juranville, 1994), frente a la constante sobriedad del arreglo masculino a lo largo de los siglos. Puede que esta constancia se deba al acoplamiento

que probablemente siempre ha existido entre la estructura que podemos llamar de seducción y las mujeres. Y esta constancia parece empezar a ceder ahora, transcurridos los **cambios culturales de género** del siglo XX. Veremos también un poco más adelante cómo la seducción también es estructura de hombres y cómo la mascarada de la supuesta feminidad, no es exclusiva de la feminidad, ya que los varones empiezan a enmascarar sus cuerpos para la seducción, al mismo ritmo que se acoplan también a la estructura de seducción.

Los hábitos socialmente construidos que esperan de las mujeres pasividad sexual, que esperen a ser elegidas por el hombre que ha de ser activamente quien empiece y materialice la relación, mientras que asigna a las mujeres una actitud pasiva, seductora, pero a la espera de ser tomadas por el varón, no dejan de ser consensos de género que proceden del acoplamiento y mantenimiento de la estructura histérica, de seducción, sobre las mujeres y la obsesiva, de la duda, en los varones que se adapta a los requisitos del sistema patriarcal (Juliet Mitchel**,** 1974; Gérard Pommier, 2002).

En resumen, la consecuencia de la estructura de seducción para la vida erótica, es tender a enamorarse de hombres imposibles, mayores, que están lejos, que están casados,... o cualquier equivalente que lo haga inalcanzable; hacer cientos de manejos para enamorarle, sabiendo que es muy difícil. Si por casualidad lo consigue, pronto deja de ser interesante; menos que interesante. La sujeto seductora empieza incluso a despreciarlo, parece descubrir que no es como ella creía, que es débil, aburrido, poco inteligente, torpe..., la decepciona y tenderá a abandonarle. Lo que ha pasado es que, al lograr la seducción, deja de ser la semblanza de un padre, cae en un imaginario de la inutilidad de los hombres y se retira el deseo. El mismo deseo logrado depone al rey deseado.

La realización sexual, la encarnación del fantasma sexual en esta estructura requiere poner en escena una disimetría entre la mujer y el hombre. La fantasía de entrega a un hombre que no es un sujeto en igualdad de condiciones, por el contrario, que la mujer se entregue toda ella con la fantasía de ser lo que complete a ese hombre al que imagina o fantasea como superior, como conocedor del misterio de cómo se hace una mujer. Precisamente, a través de esta entrega la hará entrar en ese misterio. No es otra cosa que la entrega a un hombre supuesto padre, definido como aquel que hace a la mujer-madre. Todo ello se ha acoplado también a los mandatos de género para el modelo de mujer tradicional y ha sido confundido con una supuesta psicología que definiría a las mujeres.

Cuando el sujeto seductor es un varón, funcionará igualmente por seducción en sus modales habituales y tratando de ser querido, apreciado y deseado, siendo objeto de la

mirada de los otros y seducirá a las mujeres que tengan para él la semblanza de una madre, mujeres también con rasgos de inalcanzables, se puede enamorar locamente hasta que logre la seducción, tras la que puede también perder el interés.

En resumen:

En la estructura neurótica, el registro de lo real cuenta con recubrimientos de identificaciones imaginarias, se ha construido un Yo, después de haber atravesado la separación del otro materno, y además se ha accedido a una realidad psíquica con una representación de la propia identidad. Esto supone que existe el deseo del sujeto. Este deseo es el motor de sus acciones.

En el caso de que sea una estructura de la duda el sujeto puede verse a sí mismo situado en medio de la escena primaria, entre los dos términos (padre y madre) y mirar cómo el padre desea a la madre y la hace gozar. Es como si mirara a uno y a otro, su deseo se dirige a ser como el padre y hacer gozar a la madre, pero al mismo tiempo este deseo está prohibido por definición. Toma esta posición de tercero en medio que mira. Tenderá a dudar para mantenerse en medio y huir del deseo tratando de no satisfacerlo nunca.

En el caso de neurosis de seducción, el sujeto Intentará aparentar que es aquello que el padre parece desear en la madre, rivalizando con ella, si es una mujer (heterosexual) y, si es un hombre (heterosexual), deseará a las mujeres cuando tengan semblante de una madre. Tenderá a seducir, ser mirada/o, sin llegar a lograrlo para mantener vivo el deseo.

Las neurosis y la normalidad

Cuando hablamos de la estructura psicótica ya dedujimos que tras ella está lo que llamamos locura. El psiquismo está sin terminar de constituir y, como mucho, puede aparentar normalidad adaptada mediante un '*como sí*' fuera normal.

Tras la estructura perversa vimos que puede haber apariencia de normalidad si exceptuamos la relación inmediata que tienen estas personas con la violencia y el sadomasoquismo, que se expresan en esta estructura. No es seguro que a esto podamos llamarlo "normal".

Lo que podemos llamar normal está del lado de las estructuras neuróticas, de las que hemos descrito las condiciones imaginarias que las definen. La escena primaria es imaginaria, y el o la neurótica inventa situaciones equivalentes en su vida, reproduciendo su posición en aquella escena y la dirección de su deseo.

Pero existe la posibilidad de simbolizar todo este imaginario y encontrar la propia identidad e identidad sexual. Pasar de identificarse con una hija deseante seductora, o un hijo o hija mirando a las figuras parentales, lo que suponen identificaciones-papeles que se representan, no conscientemente, por supuesto, pasar, decíamos, a realizar el deseo mediante creaciones o acciones que proceden, a la par que crean, la propia identidad, no de las identificaciones imaginarias. Cuando un sujeto simboliza y se realiza, no deja de tener su estructura neurótica, pero ésta no es sintomática; puede desear y realizase desasido de las identificaciones parentales. Esto es lo que podemos llamar normalidad. Un neurótico o neurótica puede trascender ese estilo imaginario en su vida erótica y simbolizar aquello que causa su deseo realizándolo desde su identidad. Y así cumplir las condiciones que Freud proponía para valorar un funcionamiento sano o normal: ser capaz de trabajar, amar y realizar su deseo desasido de las figuras parentales. Esto implica descubrir el deseo hacia una mujer o un hombre al que se ama como sujeto total, de ser a ser, y establecer una relación amorosa en la que se vincula al otro por el amor. Y a la par, lograr terminar sus trabajos o creaciones, trascendiendo su temor neurótico e inhibición, su angustia ante el logro de lo deseado o sus síntomas ante los conflictos.

Acoplamiento del género tradicional y estructuras subjetivas

El lugar que la función paterna ha tenido en la sociedad es el de ley y poder. Cuando el patriarcado estaba en su esplendor, favorecía que ese padre imaginario que ocupaba el lugar de poseedor de la madre y prohibidor, fuera una tendencia que extendía la posición de poder a todas las esferas de la vida: en el trabajo, en la posición social, en el papel de padre. Un hombre tenía el techo paterno sobre sí, guiando la construcción de su identidad masculina y su conducta erótica y amorosa.

• Tres componentes de la masculinidad tradicional: poder, ley y potencia sexual •

El propio rol masculino tradicional en el patriarcado se organizaba a favor de la **estructura de la duda**, desdoblando la vida amorosa de los varones entre la mujer madre de sus hijos y la mujer sexualizada, segunda mujer, que validaba la reproducción en la vida de las condiciones de la estructura. El hombre alcanzaba finalmente la culminación de su masculinidad cuando accedía al papel de padre, ostentando entonces la propiedad y autoridad. Lo más frecuente, sin embargo era que su deseo erótico cediera entonces ya del todo hacia su esposa, madre de sus hijos, ya que realizar el deseo hacia la mujer-madre seguía estando prohibido, pero se alcanzaba el lugar del padre a través de la posición social, la paternidad y la función de sostenedor de la familia. Y su vida erótica se daba con mujeres fuera del matrimonio con lo que su posición de mirar en la escena *"en medio de dos"* podía continuar.

El **consenso de género** validaba perfectamente la prolongación de la estructura de la duda para el varón. La **identidad masculina** coincidía, se acoplaba con la **función paterna** tal y como se establecía socialmente. La **masculinidad se definía imaginariamente por la función de un padre y el poder** que puede ejercer. Y el deseo sexual se dirigía hacia la mujer como objeto que se encarnaba en todas aquellas mujeres sin nombre, ilegítimas, a las que el hombre tomaba sin que representaran un sujeto susceptible de ser amado. La masculinidad se nutría así también de la manifestación de la **potencia sexual** apoyada en una fantasía pura de posesión del objeto desligada del amor.

Así, para el hombre del modelo tradicional, la relación con las mujeres circulaba alternando entre tres figuras: lo que podríamos definir como **mujer-niña,** cuando se relacionaba con ella como un objeto de su pertenencia, inferior, desexualizada y dependiente de él, con la que construía una parte de su masculinidad: **el poder**. Alternando con esa figura, que incluso puede recaer sobre la misma mujer, se relacionaba con la **mujer-madre**, aquella que le legitima como padre y, por tanto, con otra parte constitutiva de su masculinidad, **la ley** y la autoridad. Y por último, podía colocarse frente a una mujer, la **mujer sexualizada** que era el objetivo de su **potencia sexual**, el tercer componente de su masculinidad.

En realidad, es difícil discernir si la estructura del sistema patriarcal, es causa o efecto de las estructuras subjetivas que se han distribuido entre hombres y mujeres. La

coherencia del funcionamiento del deseo en la estructura de la duda (en los hombres) y la de seducción (en las mujeres) con las necesidades de distribución de funciones y del tipo de relaciones en el patriarcado (Juliet Mitchel, 1974), hace pensar de nuevo, que lo social va generando las subjetividades que le son apropiadas, reforzando la constatación del hecho de que la construcción de la subjetividad no es ni mucho menos ahistórica.

• Componentes de la feminidad tradicional. Mujer-madre, sexualidad excluida •

Del mismo modo, la **estructura de seducción** se acoplaba al modelo tradicional de las mujeres. Socialmente, los valores requeridos a una mujer eran concordantes con la posición del deseo en la escena de seducción, a la espera pasiva de la mirada del hombre y su toma de posesión para llevarla al lugar de mujer-madre. Alcanzar la unión con un hombre, figuradamente como un padre, aun arrastrando la falta de circulación del deseo sexual, era lo que el consenso social de género deparaba a las mujeres.

Lo **femenino se identificaba con la mujer-madre**. El **deseo sexual** quedaba proscrito para las mujeres del circuito legal, acoplándose así también con la prohibición edípica que ponía a los hombres en el lugar de un padre, fantasía imaginaria de la estructura de seducción.

La **represión sexual** de las mujeres era paradigmática y no acababa de resolverse ni aun después del matrimonio, ya que el consenso de género seguía acoplado a este imaginario en el que la mujer seguía siendo un objeto de posesión de un hombre en lugar paterno y situada ella en lugar materno. Después de casadas, el deseo sexual seguía sin encontrar salida, siguiendo con síntomas simbolizantes de tal represión (Sigmund Freud, 1931).

Las mujeres que quedaban marginadas de la legitimidad eran las únicas sexualizadas, pero este camino pasaba la factura de la exclusión social y dejaba la **sexualidad femenina proscrita de la definición social de la feminidad misma,** confinando a las mujeres a la identificación de **mujer-niña** apropiada para establecer la relación de pertenencia a un hombre. Digamos que se vivía en las neurosis sintomáticas, muy especialmente para las mujeres, y esto era entonces “lo normal”.

¿Cómo intervenir para la salud en las estructuras subjetivas y el género?

Nos encontraremos en la práctica que, muy a menudo, los conflictos que producen malestar tiene mucho que ver con las vivencias en las relaciones entre hombres y mujeres (Mabel Burin, 1991) y, a su vez, cómo se colocan en el conflicto, lo cual depende de su estructura subjetiva. En consecuencia, para modificar una situación de relaciones de género que está siendo causa de malestar y síntomas, inhibición o angustia (Sigmund Freud, 1926), se puede intervenir en dos áreas. Por un lado, que la persona trate de **modificar la circunstancia (social)** de relación que la enferma, y lo habitual es tratar de proporcionarle recursos (sociales) para que lo consiga. Y por otra parte, como esto no es suficiente, además hay que **modificar su posición subjetiva** con respecto a la situación.

Es el caso bien conocido, por ejemplo de algunas mujeres maltratadas por su pareja y que, si bien en parte, la carencia de medios económicos propios, el miedo y el aislamiento le dificultan salir de la situación, también en parte sabemos que, a menudo, una posición subjetiva de relación contradictoria con su pareja hace que, aun cuando esas contingencias desaparezcan, la mujer vuelve con el hombre maltratador. Esto, que parece incomprensible tiene que ver con que la posición interna de dependencia, pasividad e investidura afectiva que hace del hombre un padre que la valida, posibilitado por su estructura subjetiva y por la interiorización del modelo tradicional de género le hace mantener la situación eficaz para su economía psíquica, aunque también esté la otra cara de denigración y maltrato.

Para corregir esa situación, la intervención de la o el profesional tendrá que ser capaz, primero de situarse en una posición con respecto a la paciente que sea eficaz para escuchar y transmitir. Esa posición dependerá, en cada caso, de la estructura de la paciente; y después, ser capaz de identificar y devolverle a la mujer la posición interna que está manteniendo de la que, por supuesto, no es consciente. De ahí provendrá la posibilidad de cambiarla y realizar lo que llamamos corrección subjetiva.

Lo desarrollaremos en la tercera parte.

CAPÍTULO VII
Condicionantes biopsicosociales y de género para la salud

Nuestra insatisfecha sociedad se caracteriza por la multiplicación de necesidades, con un matiz particular: estas no están generadas desde el individuo, sino que son producto en su inmensa mayoría, de un reclamo externo.

Enriqueta Moreno

Me duele todo, doctora, la espalda, la cabeza, las piernas, las manos no agarran bien la fregona... siempre de una casa a otra, y luego la mía, que cuando llego está toda patas arriba, y es que no me da el tiempo para más... ya no sé cómo tirar…

Testimonio de mujer

Por Montse Ferrer

En este capítulo revisaremos cuáles son las condiciones que se requieren desde la subjetividad para mantener la salud. La principal condición es tener vías de acceso a la simbolización y realización subjetiva.

Y también daremos repaso a los condicionantes psicosociales que influyen en el proceso de salud-enfermedad, concretando los determinantes de género.

Condiciones de la subjetividad para la salud. La simbolización

Llegamos aquí al lazo entre la construcción subjetiva, lo biopsicosocial (real, imaginario y simbólico) y la salud.

• La simbolización. Producción del sujeto •

Lo que evita que las personas queden alienadas en sus estructuras neuróticas funcionando sintomáticamente siguiendo el libreto de las escenas imaginarias, es la capacidad de simbolizar, capacidad que no está a disposición de personas psicóticas y perversas porque es una función que requiere el anudamiento de los tres registros de la vida psíquica que sólo está construido en la neurosis.

Simbolizar es pasar lo que aún no tiene palabras, y por tanto no tiene un significado humano, a representación psíquica, siendo entonces palabras portadoras de ideas, afectos y significados ligados a esas representaciones. También es convertir lo imaginario —el recubrimiento de imágenes creadas en la realidad psíquica (inventadas) como si fueran reflejo en un espejo, aunque sea un espejo no fidedigno porque reflecta las imágenes modificadas por las condiciones afectivas y vivenciales que mediatizan la percepción del sujeto—, decíamos que convertir este imaginario en símbolos encajables en la estructura simbólica del sujeto. De esta capacidad de simbolizar procede la posibilidad de la creación, el trabajo, el amor, que son las **producciones simbólicas del sujeto**. En términos no psicoanalíticos, podemos decir que son las **realizaciones** del sujeto, aquello a través de lo que se realiza su deseo.

Esta función es la que nos hace humanos; nos simbolizamos en el mundo a través de nuestras obras, de nuestras producciones. Cada vez que firmamos una obra —ya sea un libro, una obra de arte, un trabajo, o ponemos nombre a un hijo o hija—, estamos poniendo en el mundo algo que nos representa, un producto de nuestra identidad que es un **símbolo nuestro** y que produce efectos en los otros y en el mundo y firmado con nuestro nombre que es así el representante de nuestra identidad.

Simbolizar requiere por tanto, un grado de profundidad en nuestro interior en el que se perfila el sujeto que desea, profundidad que alberga el proceso de gestación de ideas y creaciones procedentes de la identidad de este sujeto. No de las imágenes

de superficie, cubierta que da lugar a múltiples identificaciones con los modelos que se reciben constantemente y con los que construimos historias sobre nosotros mismos y los demás, todo eso que nos une al exterior —toda nuestra cubierta imaginaria que es nuestro Yo—; por el contrario, son realizaciones procedentes del sujeto singular que nos habita.

Las vías de simbolización no son infinitas, probablemente podemos resumir los caminos de realización del sujeto en:

- el trabajo
- el saber
- el amor
- el encuentro con los otros
- tener hijos/as
- la creación
- la mística

Ésta es la diferencia entre la actuación a partir de la cubierta imaginaria del Yo, alienada a las fantasías y series de identificaciones que responden a los modelos esperados de nosotros, y la producción del deseo del sujeto que simboliza la identidad. Habitualmente circulamos por las series de identificaciones de las que disponemos en nuestro psiquismo, respondiendo a los encuentros y los lazos con las personas y situaciones que se presentan en la vida. Esta circulación es imprescindible y es la forma de que disponemos para relacionarnos, pero el sujeto estaría hueco si además no simbolizara y produjera desde su identidad.

• Simbolizar es salud •

Disponer de alguna de las vías de realización es imprescindible para estar sano/a. Casi nadie accede a todas ellas, pero en distintos momentos de la vida es necesaria alguna de las vías. Sin simbolizar de alguna manera, el sujeto, tarde o temprano, enferma. Ya sea del cuerpo o de la mente.

El sujeto carente de realización está en una posición pasiva, no se encuentra en función de sí mismo, sino que está al pairo del deseo de los otros y por tanto, queda situado como **objeto de los otros** de manera que actúa para responder a lo que desean de

él o ella. No desea y realiza sus propios proyectos, sino que se limita a mantener un funcionamiento de superficie, imaginario, en sustitución del propio deseo. Se deprime, se angustia, se inhibe, se duele... se enferma. **Las posiciones subjetivas pasiva y objetal son las más enfermantes.**

• Vía alternativa: los síntomas •

La pulsión —energía psíquica de la que se sirve el deseo del sujeto para realizarse—, que no es vehiculizada revierte sobre el propio cuerpo y escribe sobre él y sobre sus órganos el dolor y los símbolos que no puede representar de otra manera. **Los síntomas son una metáfora de aquello vivido que no puede ser simbolizado**. Tanto síntomas anímicos o de la conducta, como síntomas físicos, son símbolos de los conflictos que no pueden ser pensados y expresados con palabras.

El corazón, por ejemplo, responde al dolor psíquico. Es el órgano vital por excelencia y cuando alguna vivencia amenaza la integridad del ser, funciona fisiológicamente amenazado. Aceleraciones, arritmias que son la respuesta cardiaca, no exactamente a nervios o estrés inespecífico, sino a ideas o sensaciones psíquicas dolorosas. Puede llegar a funcionar igual que si se hubiera roto, le llaman el "síndrome del corazón roto" (Wittstein, 2005) que se muestra igual que un infarto masivo en respuesta a un fuerte dolor psíquico, como la pérdida repentina de un ser querido que "parte el corazón", esta frase es una metáfora escrita en el cuerpo. Los síntomas son así una vía de simbolizaciónalternativa.

El **efecto psicosomático** es precisamente esto: una idea con su correspondiente afecto pasa a la esfera de lo real, se escribe en el cuerpo en forma de síntoma —a veces incluso de una lesión de órgano—, y pasa así a ser un símbolo de aquello que no ha podido tomar el camino de su expresión mental (Pierre Marty, 1992; David Nasio, 1996). El dolor psíquico se transforma en dolor físico. Lo saben bien en las unidades del dolor que proliferan en los últimos años y donde uno de los recursos que utilizan para dolores físicos son los antidepresivos, porque parece ser que el dolor psíquico y físico se originan en el mismo lugar cerebral (Juan Antonio Micó).

No sabemos exactamente por qué mecanismos se produce este paso. Probablemente cuando eso esté aclarado esta explicación de lo psicosomático alcance el lugar de un paradigma aceptado. Por el momento sabemos que se produce y hemos de manejarnos con la explicación teórica construida.

En definitiva, cuando el cuerpo no alcanza una representación simbólica, psíquica, que lo haga existir mentalmente para el sujeto, es presa de fenómenos como alteraciones fisiológicas vitales. Alteraciones del ritmo cardiaco y de la respiración que significarían una situación de amenaza vital; sensaciones de mareo o vértigo que significarían un sensación de caída en el vacío; náuseas, malestar estomacal y mal sabor de boca que significaría algo conflictivo o insufrible que no se puede tragar ni digerir; un intestino irritable, que evacua tan rápidamente como puede, que significaría la incapacidad para la calma y para retener ante el miedo a un reto diario o extraordinario. Así mismo, el dolor en el cuerpo, el dolor crónico, dolor por cualquier parte, dolor de la envoltura, el dolor en definitiva, que revierte sobre el cuerpo cuando no se puede simbolizar el dolor psíquico mediante una sublimación o simbolización que le dé un camino. Y múltiples otros síntomas somáticos funcionales se presentan cuando está debilitada o ausente la vía para mentalizar, pensar, reconocer y resolver conflictos vivenciales que son negados.

Este camino también va en aumento en la cultura occidental en que cada vez se reflexiona menos sobre lo que a uno/a le ocurre y cada vez las personas se hacen menos cargo de los efectos de sus vivencias y de encontrarles un espacio mental, adoptada como está la medicina como aquel alto poder que debe saber todo y arreglar todo desajuste de la maquina corporal.

Determinantes psicosociales para la salud

Si los anteriores son algunos de los mecanismos por los que las fallas en el funcionamiento de la subjetividad pueden enfermar al sujeto, nos ocuparemos ahora de los factores psicosociales que interviene en el equilibrio salud/enfermedad.

• Factores generales de vulnerabilidad biopsicosocial •

Lo **biológico**, la constitución genética, congénita y adquirida, es un área de vulnerabilidad sensible a las agresiones fisicoquímicas, los malos cuidados fisiológicos, el desgaste, el envejecimiento. También son factores del área biológica, las huellas biográficas significativas. El cuerpo es un mapa sobre el que se imprimen las vivencias del sujeto que lo habita. El cuerpo es así receptor en el que se materializan esas huellas.

Los **factores psicosociales** de vulnerabilidad (potencialmente enfermantes) que influyen en el proceso de salud/enfermedad tienen que ver con las **circunstancias sociales, la biografía y los acontecimientos vitales**. El impacto de estos acontecimientos de la historia personal depende de que afecten a la **autopercepción de integridad** como las grandes carencias de cualquier orden —material, social, relacional, afectivo—, las pérdidas de seres queridos, tanto más cuanto más significativos fueran, ya que son vividos como la pérdida de una parte de uno/a misma; la falta de la **capacidad para responder a los ideales** establecidos e interiorizados —como el sobreesfuerzo para responder a estos ideales, la frustración al no llegar al éxito exigido. La ausencia de **posibilidades que permitan la simbolización** y realización del deseo activo del sujeto, como trabajar, saber, amar, tener hijos/as, crear o bien **conflictos con esas vías de realización**, como problemas en el trabajo, o dificultades con la maternidad deseada o esperada, inhibiciones que estén impidiendo crear o trabajar. Y son fuente de vulnerabilidad también los **conflictos procedentes de las prescripciones de género**, dentro de ellos están incluidos conflictos de la vida amorosa y la sexualidad (se recogen en el **cuadro 13).**

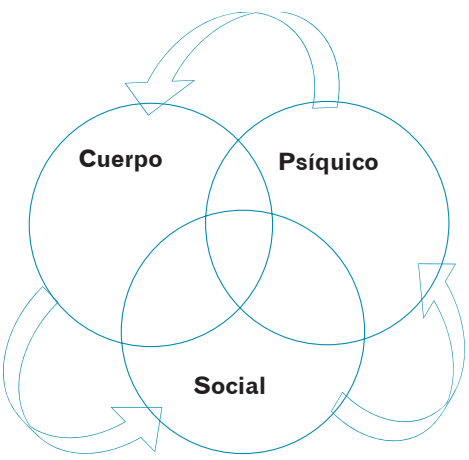
Es importante constatar que, precisamente estos aspectos de la vida que son fuente de desequilibrios en el proceso de salud-enfermedad, coinciden con aquellos aspectos que suelen ser omitidos en las consultas médicas, como apuntábamos en el capítulo III, a pesar de que, incluso el saber popular, reconoce que este tipo de hechos biográficos pueden hacer enfermar.

CUADRO 13

Factores biopsicosociales del proceso de salud/enfermedad

Lo bio-

- Constitución
- Agresiones,
- Malos cuidados
- Desgaste físicos
- Huellas biográficas significativas en el mapa del cuerpo



Lo psico-social

Condiciones sociales, biografía y acontecimientos vitales:

- Las grandes carencias
- Las pérdidas
- La muerte
- Crisis y acontecimientos vitales
- El sobreesfuerzo, frustración, competitividad
- Ausencia o conflicto en vías de realización
- Conflictos de intimidad y sexualidad, vida de pareja y familiar
- Conflictos de roles de género

La subjetividad

Experiencia vivida:

- Posición pasiva
- Ser objeto de otros
- Dependencia
- Inhibición
- La tristeza
- La soledad
- El desamor

Y por último, los factores que dependen de la **vivencia subjetiva** es decir, cómo es para cada uno/a la **experiencia vivida y su significado**.

Es un tercer término a tener en cuenta, porque sólo con lo social, con las contingencias que a alguien le toca vivir, no basta para que ese alguien sufra o enferme. Con los mismos determinantes familiares, o con situaciones de carencia extremas, o con cualquier circunstancia potencialmente difícil, una persona puede sentirse destrozada y enfermar y otra puede reaccionar de forma opuesta y mantenerse sano, activo y conseguir trascender su circunstancia. Del mismo modo que con una mínima dificultad vivencial, alguien puede caer en el sufrimiento y otras personas no. Esto se debe a que la vivencia subjetiva de las misma circunstancias es diferente para cada persona y, tanto por la **constitución individual** como por los **significados diferentes** que para cada cual puede adquirir un suceso, los resultados son distintos. El conocido dicho: "*No vemos el mundo como es sino como somos"* expresa esta paradoja sobre la realidad psíquica subjetiva que hace que la realidad exterior adquiera tintes y efectos distintos.

En consecuencia, en esta esfera, lo que importa es la posición subjetiva que se adquiere ante los sucesos y son **enfermantes las posiciones subjetivas pasivas y objetales** que se acompañan de **inhibición y dependencia,** sea cual sea la experiencia que se vive. Y los **afectos que desintegran** la representación de uno/a misma, como la **tristeza**, la **soledad** y el **desamor**. Posiciones que se pueden tomar frente a los diferentes factores sociales o biográficos **(cuadro 14).**

Todos estos factores predisponen a enfermar, no sólo mentalmente sino también físicamente y si pretendemos intervenir en los procesos que están determinando el malestar, habrá que **identificar,** tanto las circunstancias y **contingencias sociales** (cosa que es más evidente y hay consenso en su importancia), como las **posiciones subjetivas** que las personas adquieren frente a aquellas contingencias, algo más delicado y para lo que se cuenta con menos formación en el campo médico, por lo que en este libro se están desarrollando más ampliamente los aspectos de esta esfera.

• Factores protectores de la salud •

Podemos también hablar de los factores que serían protectores ya que nos permite ver el horizonte hacia el que hay que tender al realizar intervenciones que pretendan influir en el equilibrio de salud-enfermedad.

En el siguiente **cuadro 14** se recogen los factores correspondientes a cada esfera. Para prevenir o restablecer la salud será conveniente buscar cómo cada persona puede alcanzar la realización en cada una.

Sin duda, **cuidar el cuerpo** sabiendo que en su materialidad es vulnerable si no se le proporciona el alimento y los cuidados para un buen funcionamiento fisiológico. La alimentación, el ejercicio, evitar los tóxicos y las agresiones.

También forma parte de este cuidado **escuchar el significado que puedan tener los síntomas corporales**. Cada vez perdemos más la capacidad para mentalizar el funcionamiento del cuerpo e interrogarnos sobre por qué ocurre tal o cual disfunción o dolor, si está relacionado con alguna situación vivencial. Aun en manifestaciones orgánicas, lo que nos ocurre tiene algún sentido y puede estar relacionado con un hecho biográfico. Averiguarlo y reconocerlo permite afrontar también esta parte de la determinación del problema y no vivir en la ignorancia sobre nosotras/os mismas/os.

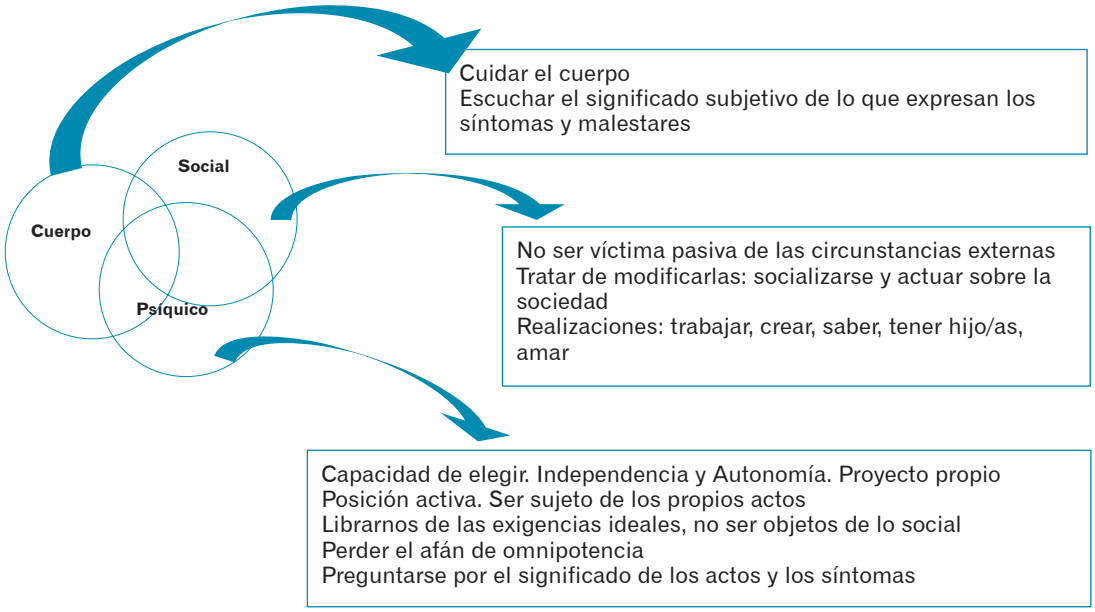
En la **esfera social**, se trata de mantener lazos significativos con los otros y una presencia como miembro activo y constructor de la sociedad. Tanto en las relaciones con cada persona, como con la sociedad misma, evitar ser víctima pasiva de las circunstancias externas, por el contrario, tratar de modificar aquello que nos perjudica o es injusto o nos pasiviza. En definitiva **socializarse y actuar sobre la sociedad** en que se vive, desde el pequeño grupo (la familia, el grupo de amigos/os, la comunidad…) hasta la sociedad misma. Y mantener siempre alguna **vía de realización**: trabajar, crear, saber, tener hijo/as, amar.

En la **esfera psíquica**, podríamos decir que los determinantes más subjetivos, como ya hemos dicho, las protecciones fundamentales son **mantener una posición activa** de realización del deseo, es decir, ser sujeto de los propios actos y no objeto de los otros, lo que implica mantener un horizonte de **independencia y autonomía**, contar con **proyectos vivenciales propios**. Al mismo tiempo, no ser objeto de lo social implica posiciones subjetivas en las que no ser objeto de los modelos e ideales imperantes. Perder el **afán de omnipotencia** que acompaña a la exigencia de éxito y de respuesta absoluta a los ideales impuestos.

Por último, reconocer la existencia de un sujeto interior que tiene sus motivos y por tanto **interrogarse por los significados** de las posiciones que uno/a mantiene, por el significado de los propios actos e incluso de los propios síntomas.

CUADRO 14

Factores biopsicosociales protectores de la salud



Condicionantes culturales contemporáneos. La frustración, el vacío y el cuerpo

Para intentar comprender los determinantes psicosociales de los síndromes del malestar, por qué se manifiestan como síntomas corporales y anímicos, por qué aumentan desde la segunda mitad del siglo XX, por qué afectan más a las mujeres, hay que explorar al menos dos aspectos: los cambios en la cultura y la forma de vida occidental del siglo XX y más concretamente, los cambios o transición en los modelos de género para hombres y mujeres.

Los rasgos definitorios de la sociedad occidental en la segunda mitad del siglo XX serían un capitalismo de consumo que se universaliza y globaliza, unificando, no sólo los sistemas económicos, sino las culturas y el pensamiento. Estos rasgos estructurales conllevan consecuencias que abocan a la forma de enfermar.

Por un lado, la organización socioeconómica que pone en el centro de su objetivo la producción y consumo de los bienes materiales, se estabiliza a base de dar un lugar preferencial a los intereses de los individuos para que constituyan una masa lo más amplia posible, masa media y uniforme de consumidores.

• El modelo de éxito. Competitividad y ansiedad. Frustración y angustia •

El **modelo de vida** acorde con ese objetivo es el de acumular posesiones constantemente renovables que suponen el éxito y la felicidad (Fernando Conde, 2000; Enriqueta Moreno, 2000). Estar bien, pasarlo bien, tener un entorno de posesiones y seguridad material, éxito en el trabajo, amigos incondicionales, familia perfecta, goce inexcusable, sexualidad siempre activa, resistencia a ultranza contra la enfermedad, belleza y juventud permanente... La **competitividad** para demostrar que cada cual alcanza lo que se espera, aguijonea desde muy jóvenes y funciona como un generador de ansiedad. Es cada vez más frecuente que personas jóvenes sufran y acudan a los servicios sanitarios con **crisis de ansiedad** que no saben a qué se deben y que, a poco que se reflexione, se relacionan con los hitos de exigencia y competitividad a los que están expuestos. Si no logran, no son, y la ansiedad es el signo de la amenaza de no ser.

El modelo se transmite a través de todas las ventanas por los medios de comunicación que son un fenómeno difusor de magnitud sin precedentes. Con la presentación constante del modelo de éxito se marca el ideal al que hay que tende, pero al mismo tiempo se crea un estado de **insatisfacción general**, porque la gran mayoría nunca llegará a él. Lo decía el vicepresidente de la General Motors: "*La clave para la prosperidad económica consiste en la creación organizada de un sentimiento de insatisfacción*".[1] Este sentimiento se refuerza por la capacidad de transmisión a cualquier distancia de los medios actuales. Las personas reciben en la socialización propuestas de modelos de vida muy alejados de la experiencia y tipo de vida que conocen en su familia y su medio. A través de los medios de comunicación pueden ver formas de vida que en realidad nunca van a estar a su alcance, pero que son propuestas de lo que significaría tener éxito en la sociedad actual, basado en el valor de lo material y la riqueza, el hedonismo, la felicidad permanente. La globalización y unificación de culturas es posible y tiene precisamente como efecto la abolición de las singularidades, de todo aquello que no concuerda con el modelo unificado y, lo que es peor, inalcanzable. Está servida la insatisfacción. Y como es inevitable que se vivan las imperfecciones, las pérdidas, la demora de los logros, la soledad, las carencias, cuando se hacen evidentes aparece la **frustración existencial** que se manifiesta con la **ansiedad y la angustia** en sus diversas formas.

1. Charles F Kettering, citado en "Creación de enfermedades". Editorial. En: Infac2005 julio-agosto, 7 (13).

• Objeto de lo social y vacío del sujeto. Angustia y depresión •

El sujeto singular, con su pequeña historia construida en sus relaciones significativas, con sus afectos y los significados subjetivos de su vida y del mundo deja de tener importancia y credibilidad para dejar paso a una vida que siga los dictados de los **modelos sociales** que se le proponen, ocupando su lugar en el entramado social que tiene perfectamente previstos los caminos del éxito. Lo que cada sujeto pudiera desear, crear, hacer, procedente de cómo ha ido construyendo su vida y no por el modelo de consumo con el que es bombardeado, apenas tiene lugar sino en los márgenes sociales, intelectuales y desprestigiados por la masa media. Falta el suficiente espacio mental para pensar sobre las propias experiencias, para la construcción del espacio subjetivo.

Los proyectos y modelos diseñados por los otros, no son el producto de los deseos de cada sujeto, de aquellas necesidades que podría llegar a sentir ligadas a la búsqueda de la realización de su deseo, por el contrario proceden de lo social (Enriqueta Moreno, 2000; Gabriela Buzzatti, 2001).

Se propone a la **persona como objeto de lo social**, con la contrapartida de ser inocente de toda responsabilidad en los males que le puedan aquejar, ya que sería la sociedad la que determina las circunstancias sociales a las que está expuesto/a y a las que siempre puede culpar de sus traspiés, de sus enfermedades, de sus accidentes, de sus incapacidades.

Es una marca principal de la última mitad del siglo XX: lo que se puede llamar la **caída del sujeto,**[2] dejando su lugar a una existencia como objeto puesto en sincronía con lo que los otros esperan, con lo social, con los detallados modelos de prometido éxito.

Teresa Sánchez lo expresa tan clara como airadamente:

> La cantidad infinita de información [...], la basura estimular en la que chapotea el sujeto de esta cultura milenarista está produciendo el vaciamiento de la capacidad de pensar, de sentir y de elaborar intelectualmente los datos, sustituyéndolos por una trituradora de sensaciones efímeras que no dejan residuo o semilla alguna. [...] La dificultad de establecer representaciones psíquicas que organicen e integren la propia subjetividad [...] aboca en la des-subjetivación [...] incapaz de definir su singularidad al tiempo que intenta adecuarse al proyecto o modelo especular diseñado por los otros (2003: 158).

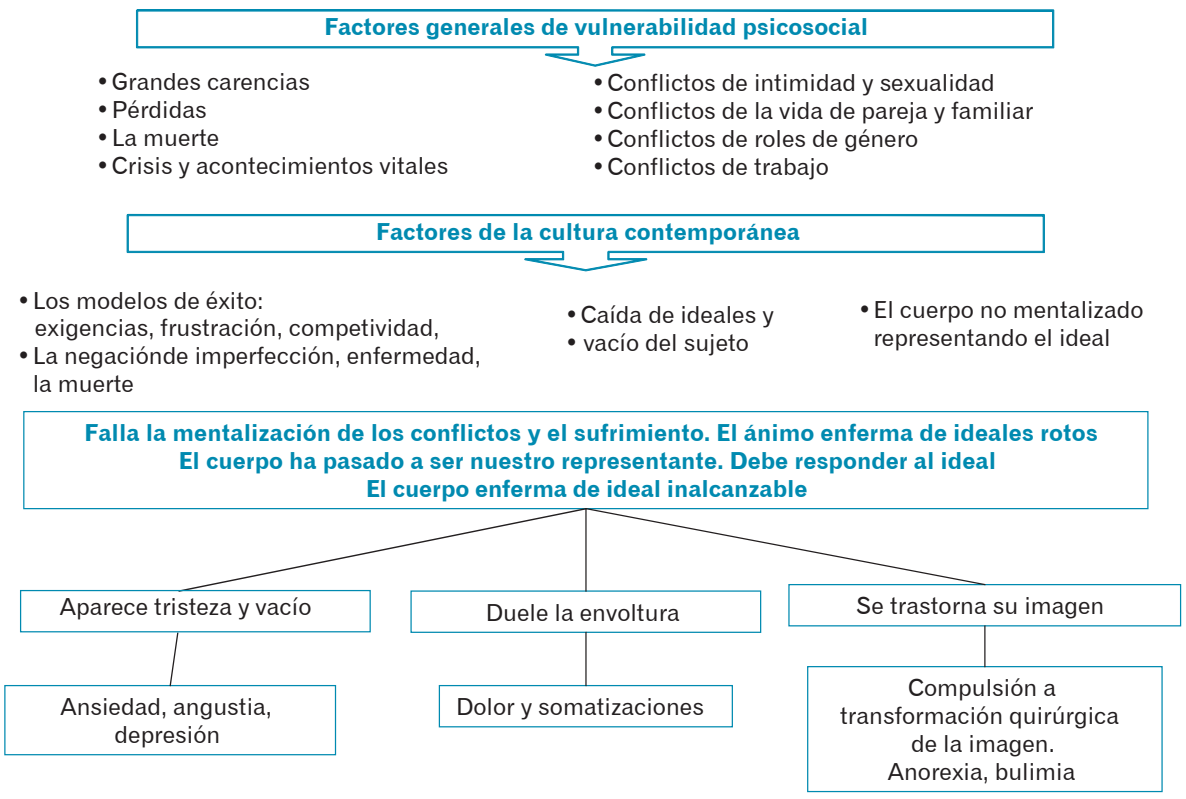
2. Muchas autoras y autores de diversas disciplinas están alertando sobre estas condiciones del vacío de la subjetividad contemporánea: Fina Birulés, 1996; Enriqueta Moreno, 2000; Fernando Conde, 2000; Gabriela Buzzatti y Anna Salvo, 2001; Teresa Sánchez, 2003; Gloria Bonder, 2005.

De esta forma, la profundidad del sujeto ha quedado vacía de ideales propios, de sentimientos y reflexiones propias funcionando sólo en superficie, sabiendo cada vez menos por qué le ocurren las cosas, siendo cada vez menos capaz de reflexionar y mentalizar sus vivencias. Y la consecuencia se deja sentir ampliamente: avanza la experiencia de vaciedad y sin sentido que es el contenido fundamental de lo que llamamos depresión. El ser humano colocado en una posición forzadamente pasiva, objeto de lo social, hueco por la imposibilidad de trascenderse desde la profundidad de su existencia, cae en el **sentimiento de vacío** en la que se queda prolongadamente fijado (Julia Kristeva, 1987; Gerard Pommier**,** 1999; Francisco Calvillo, 2003) y que es el contenido constituyente de la **depresión**.

En el **cuadro 15,** se sintetizan los factores contemporáneos y sus efectos.

CUADRO 15

Factores psicosociales culturales contemporáneos



• El cuerpo es el ideal. El dolor de la envoltura y la somatización •

Un efecto de la caída del sujeto y de las representaciones mentales que lo constituirían, es que recae sobre el cuerpo la representación del propio individuo. Lo que nos representa es nuestra envoltura, el cuerpo que se ha convertido en el portador de nuestra identidad (Gérard Pommier, 2002; Gabriela Buzzatti, 2001). Pero además, es un cuerpo no habitado por su historia y las posibles huellas y significados que sobre él hubiera dejado la vida (Silvia Tubert, 2002), sino un cuerpo construido frente al espejo que son las imágenes de los cuerpos de los otros y que, una ve más, se nos ofrecen como modelos (Begoña López Dóriga compl., 2005).

Así que, el **cuerpo que nos representa** es un desconocido sin sentido personal y, por tanto, no sabemos nada de lo que quiere decir cuando duele o cuando se estropea su funcionamiento. Nos dirigimos a la medicina para que nos diga qué le ocurre a este cuerpo a cuyo funcionamiento negamos un significado procedente de cómo estamos viviendo por la cada vez más extendida incapacidad para reflexionar sobre una/o misma/o. El cuerpo no está mentalizado y no tenemos palabras para explicar su funcionamiento o su disfunción, pero lo que en realidad hace es expresar todo aquello que no podemos expresar con palabras. Duele la envoltura, el aparato músculo-esquelético, la piel, aquella parte visible que nos presenta al exterior y produce síntomas que son la escritura corporizada de nuestros conflictos

Son también un efecto los **trastornos de la imagen corporal** (Silvia Tubert, 2000 y 2005) No sólo anorexia y bulimia, epidemia de nuestro tiempo entre las jóvenes, cuyo ideal corporal sólo parecería hallarse en la imagen en el espejo, donde lo reflejado es un ideal inalcanzable, sino también la búsqueda de una imagen corporal unitaria, principalmente también en las mujeres, con unos contornos modélicamente definidos precisamente de las zonas erógenas (caderas, nalgas, muslos, pecho, labios…) y eternamente juveniles, que lleva a una **compulsión a la transformación quirúrgica del cuerpo**.

No nos ocuparemos de estos últimos trastornos en este libro, porque su abordaje y tratamiento requiere otros recursos distintos a los que propondremos para los síndromes del malestar, pero queden reseñados aquí porque pertenecen a esta misma lógica de determinantes contemporáneos.

En resumen:

El modelo contemporáneo de éxito empuja a la competitividad para demostrar que cada cual alcanza lo que se espera, funciona como un generador de ansiedad. Las personas si no logran, no son, y la ansiedad es el signo de la amenaza de no ser.

Como es inevitable que aparezcan las imperfecciones, las pérdidas, la demora de los logros, la soledad, las carencias, cuando se hacen evidentes aparece la frustración existencial que se manifiesta con la ansiedad y la angustia en sus diversas formas.

El ser humano colocado en una posición forzadamente pasiva, objeto de lo social, hueco por la imposibilidad de trascenderse desde la profundidad de su existencia, cae en la sensación de vacío a la que llamamos depresión.

El cuerpo no está mentalizado y no tenemos palabras para explicar su funcionamiento o su disfunción, pero lo que en realidad hace es expresar todo aquello que no podemos expresar con palabras. Duele la envoltura, el aparato músculo-esquelético, la piel y produce síntomas que son la escritura corporizada de nuestros conflictos.

Factores de vulnerabilidad de género

Los factores psicosociales que afectan a las personas por su condición de mujeres y hombres, son los factores de género.

Los ideales de género de cada época son factores psicosociales que añaden modelos y exigencias a los más generales propios de cada sociedad y que influyen en la forma de vivir y enfermar. Precisamente, en los condicionantes de género es donde podemos encontrar explicaciones sobre la diferente forma de enfermar de mujeres y hombres y sobre los factores de la vida cotidiana y de relación entre ellos que les afectan de manera distinta (Isabel Montero, 2004).

• Modelo de género tradicional •

Es evidente que en la actualidad conviven modelos de género antiguos y nuevos. Y, si bien los consensos sociales de género han cambiado profundamente a lo largo del siglo XX, la transformación social y la interiorización de ideales y modelos es mucho más lenta.

Cuando las personas siguen implicadas en el modelo tradicional se exponen a los factores determinantes de salud de ese modelo.

En el rol tradicional masculino, el **mandato fundamental** que el hombre debería cumplir sería: **mantener signos de potencia**, para estar en disposición de tener a la mujer en propiedad sosteniendo una posición de superioridad sobre ella. Se le suponían al hombre unos **atributos** que serían los necesarios para cumplir su mandato: ser fuerte, activo, independiente, autónomo, en definitiva capaz. Todos atributos del registro de la **actividad y la potencia**. Se trata de la construcción imaginaria de hombre a la que el narcisismo masculino se adaptaba, es decir, la representación de la posición sexual de sí mismo desde la que estaba de lo mejor dispuesto para realizar el funcionamiento subjetivo de relación con las mujeres, siguiendo el libreto de las escenas imaginarias de la estructura de la duda de la que hablamos en el capítulo anterior. En el **cuadro 16**, se esquematizan el mandato fundamental, los atributos imaginarios, y las formas de relación consensuadas para el modelo de hombre tradicional.[3]

CUADRO 16

Modelo tradicional de género masculino

Mandato fundamental	Atributos Esfera social	Exigencias Ideal social	Vínculo con la mujer Esfera psíquica	Contenidos imaginarios de la masculinidad
Mantener signos de potencia. "Tener", poseer a la mujer. Mantener posición de superioridad con respecto a la mujer	Activo Fuerte Independiente Autónomo Capaz	Trabajar, alcanzar una posición social, demostrar logros Mantener a su familia, proteger a su mujer. Mantener el "honor" Ocultar las debilidades. Autovalorarse	Relación de sujeto (hombre) a objeto (mujer). Disociación entre: • mujer-niña-madre: él es sujeto que tiene el PODER. La propiedad del objeto mujer-niña-madre le valida como hombre y completa su narcisismo masculino • mujer sexualizada: objeto simbólico de su potencia sexual y el espejo que le devuelve su POTENCIA	Identifica masculinidad con padre-poder y potencia. • Necesidad de mantener posiciones activas y de poder • Empuje a la demostración de fortaleza y al riesgo • Frustración ante caídas de poder y potencia simbólica • Intolerancia al abandono y pérdida de propiedad. Potenciales reacciones violentas • Desprecio por la mujer sexualizada y desvalorización de la mujer-niña de su propiedad

3. El modelo de género tradicional y el análisis de los contenidos de ambos roles de género femenino y masculino, está ampliado en el libro titulado *La Prevención de la Transmisión Heterosexual del VIH/sida en Mujeres,* editado por el Instituto de la Mujer y la Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida. No nos extenderemos mucho en los roles tradicionales que se pueden consultar en ese manual anterior donde encuentran también las numerosas referencias de autoras que han tratado el tema.

De forma homóloga, el rol tradicional de las mujeres se apoyaba en un mandato fundamental de **mantener signos de carencia** para sostener una posición inferior al hombre y estar en falta para recibir de él, en una relación de pertenencia.

Los **atributos** supuestos de las mujeres eran la **pasividad**, receptividad, emocionalidad, abnegación, capacidad de sacrificio y entrega, dependencia, sumisión, resignación. Muchos de estos atributos que ahora, tras el cambio de ideales, parecen defectos, eran entonces cualidades que definían a la buena mujer **(cuadro 17).**

CUADRO 17

Modelo tradicional de género femenino

Mandato fundamental	Atributos Esfera social	Exigencias Ideal social	Vínculo con la mujer Esfera psíquica	Contenidos imaginarios de la feminidad
Mantener signos de carencia. Estar en falta para recibir del hombre. Pertenecer a...	Pasividad receptividad sensibilidad Emocionalidad Debilidad capacidad de entrega. Abnegación Dependencia Sumisión	Ser cuidadora y maternal. Subordinar sus decisiones. Mantener relación de pertenencia. Silenciar la propia fortaleza e inteligencia. Silenciar la debilidad masculina. Devolver al hombre su imagen agrandada y potente.	Relación de objeto (mujer) a sujeto (hombre. • Ser objeto del deseo masculino valida como mujer. Su narcisismo se sostiene siendo parte de... • Ocultar deseo activo para evitar acoplarse con la identificación de mujer-sexualizada (ilegítima, objeto de potencia sexual) • Oscila entre: mujer-niña, objeto simbólico de poder, relación de sometimiento y mujer-madre sujeto de amor filial sosteniendo el narcisismo masculino • Relación de dadora, sacrificio, entrega	Identifica feminidad con madre y pasividad. • Obligación de cuidadora • La sexualidad está proscrita de la definición de feminidad • Mantener posiciones pasivas y objetal frente al deseo... • Pérdida de posición subjetiva: dependencia, temor a perder al hombre, relaciones de subordinación, resignación, exposición a abusos

Las vías de realización e ideales de género tradicional

No sólo se perfilaban los atributos propios de un hombre y una mujer que eran los rasgos imaginarios con los que había que identificar la propia imagen y forma de ser, sino que también se asignaba las exigencias o ideales que de ellos y ellas se esperaban, las funciones y actividades a las que deberían entregarse en función de su sexo y que eran las vías de realización que se ponían a disposición de cada sexo.

Las exigencias en la esfera social que corresponden a los ideales que un hombre debería realizar eran **trabajar**, alcanzar una **posición social**, **demostrar logros,** y por supuesto, ocultar las debilidades que minorarían su masculinidad basada en la potencia.

Mantener a su familia, proteger a su mujer. **Mantener el honor** depositado en la manifiesta propiedad exclusiva sobre la mujer que le hace padre. La necesidad y obligación de los hombres de proteger y mantener a las mujeres se acompañaba de legitimidad para poseer, reprimir, someter, prohibir, es decir, todo lo concerniente al registro de la autoridad **(cuadro 16).**

Entre las **exigencias sociales** e ideales para las mujeres era dejarse proteger y responder ante la autoridad masculina con silencio y abnegación, **reclusión en lo privado**, **pertenencia al hombre** que la mantenía en el circuito legítimo. La vía principal de realización se reducía **al cuidado de otros y la maternidad**. Para las otras mujeres, las que no llegaban a pertenecer a un hombre y estaban marcadas por la sexualización, quedaban en el circuito ilegítimo de exclusión y descrédito social **(cuadro 17).**

La **potencia y eficacia de los ideales de género** y los mandatos que de ellos emanan es que, además de ser prescritos socialmente y transmitidos en la socialización de cada persona, son **interiorizados** y desde ahí resultan ser ideales imperativos propios a cumplir por cada cual para sentirse reconocido como hombre o mujer. De esta manera, no se trata sólo de que se cumplan los papeles consciente y voluntariamente, sino que han sido incorporados y se pasa a desear al otro en función de que encaje en el ideal socializado.

Por esto, existe la falta de sincronía entre los cambios de ideales sociales y su arraigo interiorizado. El cambio, incluso en las leyes, ya hace casi un siglo que está en marcha y ya no se reconocen aquellos ideales tradicionales y, sin embargo, las personas seguimos, en muchas circunstancias de la vida íntima, funcionando con aquellos modelos, porque su interiorización sigue siendo operativa y tarda más en cambiar. O bien, como comentaremos a continuación, va cambiando sólo en parte, y convivimos con ideales antiguos y nuevos simultáneamente, lo que crea nuevas contradicciones.

Relaciones entre mujeres y hombres: sujeto activo-objeto pasivo

El **vínculo** entre mujeres y hombres era a través del contrato matrimonial en el que quedaba estipulada la **relación de pertenencia y poder de hombres sobre mujeres**. Si bien, mirado este tipo de vínculo bajo la óptica de las posiciones subjetivas, resultaba establecido que el hombre fuera el **sujeto activo** de la relación siendo la mujer un **objeto** para la satisfacción de sus deseos y finalidades, y la mujer quedaba en **posición de objeto**, borrada su capacidad y posibilidades de realización subjetiva de sus deseos y

producciones (que no fueran los hijo/as). Quedaba así expuesta a la **posición subjetiva pasiva** por excelencia. (Relaciones y contenidos de masculinidad y feminidad en los **cuadros 16 y 17.**)

• Factores de vulnerabilidad del modelo tradicional •

Para las mujeres se deducen del mantenimiento de una **posición objetal**, **anulada su posición de sujeto** activo y deseante, siendo entonces un **objeto de los otros**.

Esto se materializa, por una parte, en **dependencia** afectiva y, a menudo, económica, lo que impide la **autonomía** y obliga a soportar **situaciones potenciales de abuso** y, algo de lo más preocupantes en nuestro tiempo: los **malos tratos** por parte de la pareja.

Por otra parte, otro factor determinante de salud es el **papel de cuidadora**. Mantener la obligación de cuidar de todas las personas a su cargo, de personas dependientes y no dependientes, y hacerlo sin encontrar manera de dedicar algo de tiempo y esfuerzo a actividades de realización propia. El rol tradicional conlleva también la tendencia a la **reclusión en el espacio doméstico**, con el consecuente **aislamiento**, que es otro factor de vulnerabilidad de género.

Mabel Burin (2005), en un estudio realizado en 1992, sobre las *subjetividades vulnerables* en mujeres por factores de distintos modelos de género, describe los estados de ánimo y malestares de las mujeres tradicionales, incluida la adicción a tranquilizantes y lo relaciona con los anteriores factores descritos, precisando el mecanismo como "*estados tóxicos: se trata de la imposibilidad de transformar una cantidad de libido disponible en algo cualificable, que tenga significación para el sujeto*", debido a aquella posición objetal y pasivizada en la que apenas hay disponible alguna vía de realización. En la misma línea, Fernando Conde (2000), en estudio sobre estrés en mujeres amas de casa, trabajadoras activas y en paro, destaca la relación de distintos tipos de dolores y malestares con los factores de vulnerabilidad de género. Para las amas de casa, ubicadas en el modelo tradicional, escucha a las mujeres relacionar sus quejas de dolores músculo-esqueléticos con las tareas domesticas y la sobrecarga del cuidado, mientras que relacionan la depresión con el aislamiento y la falta de estímulos y realización.

De forma sintética en el **cuadro 18** se recogen los factores procedentes de estas características del modelo.

CUADRO 18

Factores de vulnerabilidad de mujeres en modelo de género tradicional

Relación de pertenencia y subordinación/posición objeta

- Dependencia
- Falta de autonomía
- Carencias en relación asimétrica de pareja
  - Falta de comunicación íntima
  - Ausencia de devolución amorosa
- Abusos y malos tratos

Reclusión en espacio doméstico

- Aislamiento con falta de estímulos, pasividad
- Incomunicación y falta de relaciones y apoyo social

Sobrecarga de cuidadora como única vía de realización

- Sobrecarga física
- Sobrecarga emocional
- Abuso emocional por familiares
- Impacto de los conflictos de las personas a su cargo
- Enfermedades de la pareja
- Consumo de tóxicos de su pareja
- Enfermedades de los hijos/as
- Ausencia de tiempo y dedicación propios

Para los **hombres,** la vulnerabilidad del rol tradicional se reduce a la necesidad de mantener una posición de potencia y poder. La necesidad de sentirse fuerte e invulnerable le empuja a **la acción y a exponerse al riesgo**, además de verse impulsado a acciones para mantener su posición, especialmente con respecto a la mujer, incluyendo el uso de la violencia **(cuadro 16).**

• Transición de género en el siglo XX •

Ahora bien, durante **el siglo XX**, el cambio realizado por las mujeres ha subvertido el orden patriarcal en el sentido de que se ha retirado el poder al hombre.

Los contenidos de la función paterna han cambiado radicalmente, tanto en cuanto a la autoridad que ejercía sobre la mujer y los hijos/as, como en su función de guía y ley de lo permitido y lo prohibido, como del valor social que se concedía a ser un padre (la ley y la propiedad) y un hombre (el poder).

El **hombre/padre ya no es siempre el portador de la función originaria simbólica**, procedente de su lugar de prohibidor del deseo hacia la madre y hacia sí mismo y de representar aquello que la madre desea. Las mujeres, gracias a que ahora los ideales sociales les reconocen el acceso a todas las vías de realización, miran hacia otros muchos lados y enfocan el trabajo, el saber, la función social como lugares donde se realizan y cumplen su deseo, aparte, o además del hombre. Así, lo que ahora define a una madre o un padre es más incierto.

La función de ley, de prohibición, se dispersa y atomiza sobre todo aquello que las mujeres desean y hacen; son capaces de dejar a un hombre y querer a otro, de saltarse la ley supuestamente impuesta por un padre, y esto **descapitaliza de poder la función del padre-hombre, que ya no define lo masculino**. Y lo **femenino ya no es idéntico a una madre-mujer**.

Este **descentramiento de las funciones de padre y madre con la feminidad y masculinidad,** tiene las siguientes posibles consecuencias.

Para los hombres, por un lado, la extensión de la estructura de seducción entre los hombres, que se vuelven vulnerables, expresivos, seductores, amorosos. Nuevos hombres que responde a consensos de género contemporáneos.

Simultáneamente, se dan algunos **efectos** de desajuste en la transición, **para los hombres**. Para los que, por edad y medio cultural, han vivido la transición de ideales, ven descapitalizado aquel lugar número uno y posesivo de un padre y pueden caer en la inhibición frente a las mujeres que, a menudo, están investidas del poder y el saber que antes sería propio de un padre. La **inhibición y el temor hacia las mujeres aumentan**. Y entonces, la masculinidad realizada a través del deseo sexual posesivo sobre una mujer innominada aparece como una vía aumentada de escape para las dificultades de la masculinidad. Esto se muestra al menos en tres fenómenos:

- el uso creciente de la prostitución
- la extensión de los modos de relación temporal descomprometida y sólo sexual con las mujeres
- el establecimiento de relaciones de pareja apoyadas en la dominación y objetalización de la mujer, anclaje en el pasado y caricatura del antiguo estado de cosas patriarcal, donde los malos tratos son un componente inherente a este imaginario de la potencia masculina a través de la dominación

Algunos efectos nuevos **para las mujeres**, por el acceso a ser sujetos sociales, sujetos del saber y el trabajo, e incluso ser portadoras de función de ley en la crianza de los hijos/as, se generalizan posiciones subjetivas activas y la posibilidad de simbolizar y construir una identidad femenina no ligada sólo a la seducción y la pasividad. Además, la **identidad femenina** se ha complejizado, porque **no basta identificarse con una madre** y el deseo hacia el otro masculino no pasa sólo por el deseo hacia un hombre que tenga la semblanza de un padre. Un hombre con poder puede no ser quien despierte el

deseo, sino un hombre con capacidad de amar al ser, en la medida en que los contenidos de género que definen la masculinidad y la feminidad han cambiado.

La búsqueda del vínculo con el hombre está basada en el amor, y no ya en otras conveniencias ya innecesarias. El centro de gravedad de las relaciones mujer-hombre ha variado. De aquel vinculo de pertenencia en el que bastaba con mantenerse y hacerse padre y madre, ahora la pareja tiene la expectativa del amor, de la satisfacción indefinida del deseo sexual en exclusiva entre ambos, de compartir los proyectos vitales, de ser cada uno el techo y compañía permanente para el otro, de tener los hijos/as compartiendo su cuidado, todo ello, manteniendo altas cotas de libertad individual. La talla necesaria para todo esto es muy alta para ambos.

Se produce además un efecto en la distribución de las estructuras clínicas, debido al acceso de las mujeres a las vías de realización, y es que se extiende entre ellas, también la estructura de la duda. La consecuencia es que también las mujeres empiezan a ser huidizas ante el compromiso de pareja y la entrega amorosa, y se dedican con más firmeza a la creación y el trabajo, esto se refleja, en parte —junto a otros factores sociales de mucho peso como son las dificultades de compatibilización del mundo laboral con el personal y familiar y la falta de recursos sociales para la crianza de los hijos/as—, en que las parejas son de corta duración y la maternidad se retrasa y se limita.

El hombre/padre ya no es siempre el portador de la función originaria simbólica.

Las mujeres acceden también a la simbolización y enfocan el trabajo, el saber, la función social como lugares donde se realizan y cumplen su deseo.

La función de ley, de prohibición, se dispersa y atomiza recayendo tanto sobre hombres como sobre mujeres. Lo que ahora define a una madre o un padre es más incierto, porque lo femenino no es idéntico a una madre-mujer, ni lo masculino a un hombre-padre.

El deseo y la relación entre mujeres y hombres ha cambiado de centro de gravedad y se basa en el amor.

• Factores de vulnerabilidad en la transición de género •

Los factores psicosociales de género que predisponen actualmente al malestar y la enfermedad son los que proceden, por un lado, del **mantenimiento de papeles tradicionales**, como el exclusivo de ama de casa y madre que siguen imponiendo restricciones a

la realización como personas y que exponen a posiciones objetales de pasividad y dependencia y aislamiento y dedicación exclusiva al cuidado, que hemos expuesto en el apartado anterior y, por otra parte, a las contradicciones vividas entre estos ideales decimonónicos y la vivencia de propuestas simultáneas de libertad de realizaciones y horizonte de independencia,

Las sobrecargas al tratar de **representar roles antiguos y nuevos** que echan sobre las espaldas de las mujeres múltiples funciones y frustración por no llegar a lo que idealmente tienen interiorizado; la perfección esperada en las **funciones de mujer-amante-trabajadora-madre-esposa** sobrepuestas en la identidad femenina; los **abusos** de los que son objeto procedentes de la posición subordinada en las relaciones de género; las **pérdidas** que dejan expuesta a un vacío que no alcanza a simbolizarse o recubrirse cuando están limitadas otras vías de realización por la sujeción a modelos tradicionales. Todas estas **sobrecargas y contradicciones de ideales de género** se alían con las **exigencias culturales de éxito** y el depósito en el **cuerpo del ideal** personal, configurando el conjunto de determinantes que subyacen a los síndromes del malestar, su aumento progresivo y su mayor impacto entre las mujeres.

De nuevo, Mabel Burin, llama ***transicionales*** a las mujeres que hacen enormes esfuerzos para añadir a sus cargas domésticas y de cuidado, que *"requieren vinculación de tipo afectivo con las personas y la tarea, y la responsabilidad laboral que exige vinculación de predominio racional",* con las consecuentes tensiones y conflictos, en parte por el cambio de posición subjetiva que para ellas supone ir de uno a otro tipo de vinculación. Son las que más sufren el factor de la doble jornada laboral que se expresa en los múltiples síntomas de malestar somáticos y psíquicos tendentes a los estados de cansancio psicofísico y depresivos. Las llamadas mujeres ***innovadoras*** *"se esfuerzan en su inserción laboral, otras en su participación social, otras diversifican y amplían sus actividades recreativas, de estudios, de cuidados de salud, etc., en el intento de investir libidinalmente otros objetos pulsionales"* (Burin, 2005), pero una parte de ellas encuentran el problema en el "*techo de cristal"* que tiene un componente de obstáculo social al avance de la carrera laboral de las mujeres, y otro obstáculo que radica en la subjetividad que sustenta ese mandato social y que impone una parte de su superficie a ese techo. Éste es el efecto del conflicto de ideales que no acaba de resolverse aun entre las mujeres que se frenan para no llegar al objetivo laboral más alto, para no contravenir el ideal de feminidad que proscribe la agresividad y posición de poder que sería necesaria para acceder a aquel lugar en la carrera profesional.

En el **cuadro 19**, se relacionan los factores psicosociales de género que predisponen a enfermar en el momento actual, compendio de los factores determinantes cuerpo de investigación de los estudios de género.

CUADRO 19

Factores de vulnerabilidad psicosocial de género para las mujeres

Sobrecargas de roles

- Matrimonio, falta de comunicación íntima con la pareja, trabajo de ama de casa
- Roles múltiples y doble jornada laboral
- Cuidado de otros, hijos pequeños, cuidado de inválidos o enfermos
- Conflictos de las personas a su cargo
- Hijos adolescentes
- Síndromes de sobrecarga: 'Superwoman', 'abuela esclava'...
- Falta de soporte y ayuda sociofamiliar

Caídas de ideales de feminidad

- Ruptura de pareja
- Hijos/as con enfermedad o marginados
- Dificultades con el ideal maternal (infertilidad o embarazos conflictivos)
- Accidentes reproductivos y ginecológicos
- Cambios en ciclos vitales (menopausia…)
- Carencia de proyecto propio y de otras realizaciones
- Ideal corporal modélico

Abusos como objeto (relaciones de poder de género)

- Experiencia infantiles traumáticas y abusos
- Violencia, malos tratos
- Dependencia económica y afectiva

Pérdidas más dolorosas por dependencia afectiva

- Muerte de una persona querida (Hijo/a, pareja, padre o madre.)
- Suicidio o intento de suicidio en el núcleo familiar
- Pérdida de la pareja
- Pérdida del amor
- Pérdidas de trabajo, de condiciones de vida...
- Migraciones, desarraigo, aislamiento

Posiciones subjetivas de pasividad o carencia

- Ser objeto de otros
- Dependencia
- Pasividad
- Impotencia
- Soledad
- Tristeza
- Desamor
- Vacío
- Autodegradación

* Compendiado y ampliado del cuerpo de investigación en estudios de género. de Annandale 1990, Burin 1990, Delgado 2001, Gisjbers 1996, Malterud 1998, Stewart 1996, Tubert 1999, González de Chavez, 2001.

El impacto de estos cambios tiene signos e intensidad distinta para **los hombres**. Ellos siguen contando con sus habituales vías de realización (el trabajo, la creación, la actividad pública…) y, probablemente se añade para ellos la posibilidad de ser más maternales en la crianza de los hijos/as, a cambio de liberarse de cierta carga en la función paterna de ley, que bascula ahora también hacia las mujeres.

Puede que una contradicción principal es **la exigencia de una masculinidad más pasiva** que produce la reacción compensatoria de empuje al riesgo y a la acción y que se está manifestando en el aumento de las **conductas adictivas, violentas** y **accidentes** en los hombres.

El cambio más drástico en el ideal de género masculino es la **caída de su posición de poder** sobre las mujeres, que pone en contradicción el deseo de seguir en una relación de posesión exclusiva con mujeres que ya no responden del mismo modo a la

subordinación y que sí está mostrando su efecto precisamente en el trastorno de género más preocupante: la violencia de género (Belén Nogueiras y Luis Bonino, 2001).

En definitiva, si bien para las mujeres los cambios de género causan su efecto sobre el **cuerpo** y las emociones con dolor, disfunciones y vacío anímico, en los hombres el efecto es sobre la conducta, sobre las formas de **acción** que es lo que ha sido trastocado.

TERCERA PARTE

Método y modelo de atención a los síndromes del malestar de las mujeres en atención primaria de salud

Es de gran relevancia para la salud femenina, tanto física como psíquica, que las mujeres lleguen a reconocer la relación existente entre sus condiciones de vida y los síntomas que las aquejan… De este modo les será posible reapropiarse de sus saberes sobre sus malestares, sus afectos, sus deseos, sin la necesidad de mitigarlos con psicofármacos.

Mabel Burin, Esther Moncarz y Susana Velázquez, 1990

Finalmente, en esta tercera parte, abordamos el método de atención biopsicosocial, incluyendo subjetividad y género para los síndromes del malestar.

No es nuevo en sí mismo. Pertenece a los modos de actuación de psicología dinámica que interviene en la subjetividad. Probablemente, lo que si es nuevo, es la reunión de atención a la subjetividad, teniendo en cuenta también lo social y los condicionantes de género, para ser utilizado por sanitarios/as y sanitarias (médicas/os, enfermeras/os y fisioterapeutas; trabajadoras/es sociales, estas últimas que sí suelen acceder a este tipo de formación) ajenos al mundo de lo psicológico.

El reto está en este punto. La transmisión y formación de una metodología habitualmente ajena a la formación y práctica biomédica, perfilada de forma que sea accesible, asimilable y utilizable. Y, por supuesto, que tenga efectos sobre la salud de las personas atendidas.

En el capítulo IX, se aportan casos reales de sanitarias que han aplicado el método. Son una mínima muestra de cómo es llevado a la práctica.

En el último, capítulo X, eminentemente práctico, se propone un modelo de intervención para los servicios de atención primaria, con los requerimientos para la aplicación del método. Éstos son, entre otros, que los y las sanitarias dispongan de sesiones clínicas biopsicosociales en sus centros de salud, además de supervisión de casos con psicólogos/as de salud mental y un recurso adicional en los centros: grupos de apoyo de mujeres que actúen como refuerzo terapéutico.

CAPÍTULO VIII
Método de intervención biopsicosocial para los síndromes del malestar

> El dolor deja de ser una cosa contra la cual luchar y hacer desaparecer a cualquier precio para convertirse en algo a escuchar, a atender, a descodificar.
>
> Raffaella Pomposelli

Para el tratamiento que proponemos, consideramos los síndromes del malestar independientemente del posible diagnóstico biomédico que, si bien tendrá importancia para un posible tratamiento farmacológico o biológico, es compatible y en absoluto excluyente del abordaje psicosocial. Consideramos para ello los síntomas físicos en su significado simbólico y los anímicos como el producto de la posición subjetiva sufriente, producto de una multicausalidad estructural (constitución, disposiciones establecidas durante el desarrollo y contingencias sociales y personales) y son la expresión de conflictos del sujeto con las exigencias externas (la cultura y la sociedad) e internas (pulsiones y deseos).

Por ello, lo que trataremos es de correlacionarlos con los acontecimientos vivenciales que los pueden haber desencadenado, tratando de que el o la paciente descubra su significado. Por las leyes que rigen el funcionamiento del cuerpo y su relación con lo imaginario y lo simbólico, cuando la persona lo descubre, los síntomas dejan de tener aquella función de símbolo y desaparecerán.

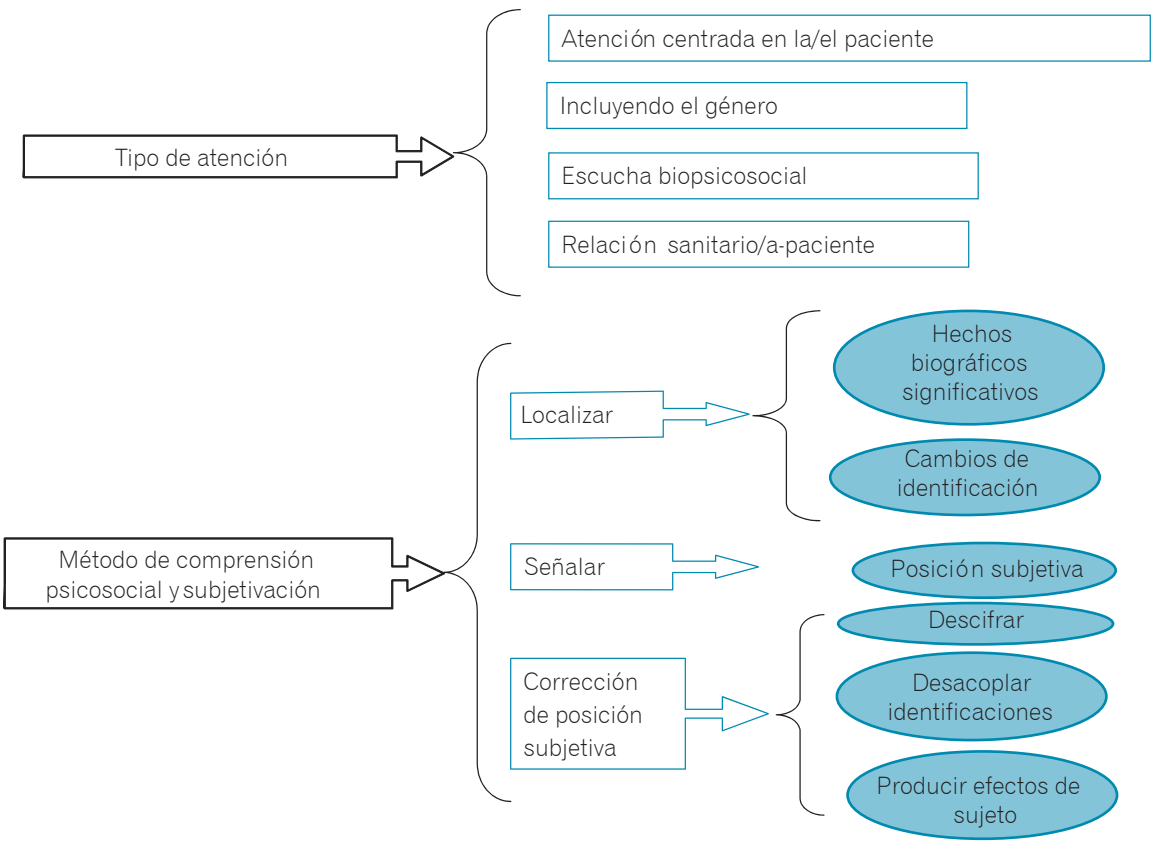
Para el método de intervención iremos poniendo en juego los conceptos teóricos desarrollados en capítulos anteriores ya que la secuencia interna de la intervención conlleva: **escucha biográfica** selectiva para localizar los **condicionantes sociales y de**

género, que pueden ser significativos para la persona y desencadenantes del malestar —para lo que deberemos tener en mente los determinantes psicosociales antes tratados—, y **localizar las identificaciones** en que la persona ha caído a raíz de esos acontecimientos, buscando el **acoplamiento** que pueden tener con identificaciones pasadas —en las que reconoceremos los hitos del desarrollo— que las convierte en sintomáticas.

El o la profesional tendrán que hacerse una idea del lugar que está ocupando en la **estructura** de la o el paciente, para saber qué efectos podrán tener sus palabras y actos y, desde esa **relación sanitario/a-paciente significativa**, señalar y devolver las posiciones que se van localizando, y esperar que eso mismo cause **efectos en el sujeto,** que haciéndose responsable de su cambio de posición, hagan **cambiar la identificaciones** en las que se encuentra y, en consecuencia, hagan caer los síntomas y manifestaciones de malestar. Éste es el esqueleto de la intervención que desarrollamos a continuación. Estos términos esquemáticos se plantean en el **cuadro 20**.

CUADRO 20

Método de intervención biopsicosocial y subjetivación



Tipo de atención. Centrada en el/la paciente

La lógica habitual del tipo de atención basada en la identificación de síntomas y signos, buscado su expresión orgánica o fisiopatológica para llegar a un diagnóstico que permita instaurar un tratamiento que se prescribe a el o la paciente que lo ha de cumplir, es una secuencia es el médico/a quien trata de objetivar mediante la observación del cuerpo objeto de su saber. Es claro que en esta secuencia hay un sujeto, el sujeto del saber (el médico/a) que observa a un objeto (el/la paciente) en la que es el sujeto-médico quien actúa y prescribe. En este tipo de **atención centrada en el médico/a**, las actuaciones y el saber están de su lado y al objeto-paciente le corresponde responder, colaborar y cumplir con las prescripciones.

Bien, pues este tipo de atención no tiene utilidad cuando lo que se pretende es conocer cuál es la experiencia de la persona misma y que sea ella misma la que se dé cuenta y se haga responsable de lo que le ocurre y haga lo necesario para cambiarlo. El o la paciente es el sujeto de la intervención y el médico/a es otro sujeto, el del saber, si, pero sólo puesto al servicio de descubrir el saber de la/el paciente. Éste es el tipo de **atención centrada en el o la paciente** (Jorge L. Tizón, 1995; Francesc Borreli i Carrió, 2002), es una relación de sujeto a sujeto y es el tipo de atención necesaria para el método.

De este modo, el centro de gravedad no cae sobre la capacidad técnica y el conocimiento biomédico del sanitario/a sino sobre la **capacidad de escucha** de los aspectos biopsicosociales —sin dejar caer en elipsis aquellos que pueden ser impactantes o conflictivos, ya que la búsqueda es precisamente la de los conflictos—, y su capacidad para establecer una **relación sanitario/a-paciente**. En este contexto, es importante la capacidad del sanitario/a para **crear las condiciones** en las que se puedan expresar las experiencias de la persona que consulta que son la **fuente de información válida**, ya que es el sujeto el que tiene el saber sobre lo que le ocurre.

Lejos de observar y clasificar síntomas, se tratará de **escuchar e interpretar las experiencias de la persona** que consulta (el consultante, como le llama Jorge L. Tizón para evitar la patologización que conlleva el término “paciente”), en quien está la fuente del conocimiento.

El objetivo de la intervención no será hacer desaparecer los síntomas, eso será un beneficio secundario que se ha de producir tras alcanzar el objetivo de **restablecer la autonomía** y **responsabilidad de la persona** sobre sí misma y **cambiar las posiciones**

subjetivas enfermantes además de **modificar las contingencias sociales** que influyen y las mantienen.

En síntesis:

CUADRO 21

Atención centrada en la/el paciente

- Cambio de relación de sujeto a sujeto.
- La fuente del saber está en las experiencias de la persona.
- Tomar lo que dice como fuente de información válida.
- La persona es quién ha de reconocer, responsabilizarse y producir sus propios cambios.
- Interviene la capacidad del sanitario/a de escuchar lo biopsicosocial y crear las condiciones para la expresión de las experiencias de la persona consultante.
- El objetivo es restablecer la autonomía de la persona y cambiar sus condiciones subjetivas y sociales enfermantes.

Incluyendo el género

El tipo de atención ha de incluir también los **componentes de género**. Esto implica tener en cuenta los factores subjetivos de la diferencia sexual, es decir, el hecho de ser mujer u hombre, los modelos y roles sociales de género que condicionan actitudes y acciones, y la vivencia de las identidades femenina y masculina, y tenerlos en cuenta como **determinantes de salud**. Por tanto, la atención estará dirigida a evidenciar los factores que proceden de este campo. Las intervenciones tratarán de clarificar e interpretar las experiencias de las pacientes y los factores sociales de género, dándoles a éstos un valor explicativo de su malestar (Kirsti Malterud, 2000).

Por ello, bajo el enfoque de género, son condiciones necesarias: evitar las **relaciones de poder/subordinación** que se pueden establecer apoyadas en el hecho de que la paciente sea mujer. **Limitar la medicalización del malestar** ya que ello funciona en contra de alcanzar al **autorresposabilidad y la autonomía**. Los métodos tendentes a restablecer actividad y autonomía y autoayuda, como los **grupos de apoyo de mujeres**, son un instrumento principal.[1]

1. Los modelos de atención que se centran en la devolución de la autonomía y responsabilidad a la paciente, especialmente aquellos cuyo foco de interés es la salud de las mujeres, y por tanto incluyen también los condicionantes de género, han sido desarrollados y practicados por diversas autoras desde los años 70, algunas de las cuales son Janet Marecek y Kiane Kravetz, 1973; Carmen Sáez Buenaventura, 1979; Mabel Burin, 1991; Araceli de Armas y Asunción González de Chavez, 1993; médicas y pacientes de Hipatia, 1997; Atie van den Brink-Muinen, 1997; Kirsti Malterud, 2000.

Uno de los principales objetivos de género es restablecer la **autonomía, la independencia y la socialización de las mujeres, autorresponsabilidad sobre sus procesos y su capacidad para decidir y actuar como sujeto de sus propios actos**, como vía de alcanzar la salud, ya que son precisamente los aspectos de la vida más perjudicados por la sujeción al modelo de género tradicional y que están en el origen de la determinación de esos malestares.

Cuadro 22

Incluyendo el género

- Hacer emerger los significados de interacciones de género y poder como explicaciones significativas de la paciente para sus síntomas.
- Búsqueda de autonomía, independencia y la socialización de las mujeres, autorresponsabilidad sobre sus procesos y su capacidad para decidir y actuar como sujeto de sus propios actos.
- Evitar la medicalización.
- Redistribución del poder profesional-paciente.
- Posibilidad de tratamiento en grupos de mujeres.

Basado en el modelo Aletta (Brinl Muinem, 1997) de atención a la salud de las mujeres, adaptado para los síntomas del malestar por Kirsti Malterud, 2000) .

Escucha biopsicosocial

Como se trata de **incluir la influencia del contexto social y de la experiencia de la persona en su padecimiento**, esto supone pasar de **observar sus síntomas y su cuerpo a escuchar lo que dice.**[2]

Y además, se trata de que su biografía no sea contada asépticamente, como un relato externalizado y bien organizado, sino escuchando lo que la persona tiene que decir sobre cómo ha vivido los acontecimientos, qué impresiones le han causado, con qué otras experiencias de su vida relaciona las que ahora le ocurren. Estamos buscando **lo que significan para la persona**, la huella que le deja la experiencia vivida.

Escuchar **los factores sociales** es oír los relatos sobre las condiciones en que se vive. Si es soltera, casada, si ha estudiado, si tiene hijos o hijas, si han tenido alguna enfermedad o

2. Como dice Martha I. Rosemberg: “el acto, cuya importancia para el conocimiento clínico es imposible minimizar, de dejar de mirar el cuerpo de las mujeres —como hacía Charcot— y comenzar a escuchar sus palabras, es mérito de Freud”.

problema, si han muerto sus padres, si tiene que cuidar a alguien, si hay acontecimientos traumáticos a su alrededor… Todo esto hay que recogerlo, pero no basta. A menudo tenemos historias muy completas sobre los y las pacientes que pueden ser relatadas con precisión, pero no sabemos nada de cómo se ha encontrado la persona en cada uno de esos acontecimientos, ni si tiene conexión temporal o influencia en la aparición de la enfermedad.

Si bien no hay buenas experiencias de eficacia con los y las pacientes atribuyendo sus malestares sólo a factores psicológicos, si es eficaz incluir en la intervención las cualidades de los síntomas biológicos y los significados culturales y sociales de su padecimiento (Laurence J. Kirmayer, 2004). De esta forma la persona no está recibiendo una cusación de auto-causarse o simular psicológicamente sus síntomas, sino que está accediendo a las condiciones sociales a las que está sujeto y el significado que para ella está manifestándose en los síntomas.

Y decíamos, que aun así, no bastan los factores sociales, porque se trata además de **escuchar lo psíquico, la significación subjetiva** de esos acontecimientos. Esa es la segunda parte de la escucha psicosocial; al escuchar el relato vamos tratando de captar qué huella ha dejado uno u otro acontecimiento. Ello implica, no escuchar sólo las palabras, sino también **observar las reacciones emocionales** ante unas u otras cosas. Es algo que se hace en la vida diaria y para lo que unas personas están mejor dotadas que otras, observar los afectos de los demás. Aquí hemos de incluirlo en la técnica que usamos para construir la historia de la persona. Si cuenta la muerte de los padres hace años, sin casi afectación y, sin embargo, a continuación se acuerda de un pequeño accidente que tuvo y se pone nerviosa y turbada, hemos de tratar de desplegar qué ocurrió con el pequeño accidente, porque parece tener más significado para la persona y, en lugar de preguntar más por la muerte de los padres, mejor preguntar o animar a que continúe con ese otro hecho, aparentemente más pequeño, pero más significativo. Y una precaución importante, no intentar sacar conclusiones inmediatas nada más escuchar algunas cosas, sino dar tiempo a que se desplieguen los asuntos. Ya llegará el momento de plantear alguna hipótesis y de señalarla, como veremos luego. Esto es así, porque veremos que cada vez que hacemos una pregunta o un comentario, interrumpimos el curso del relato e introducimos lo que a nosotros nos parece importante. Y esto puede no ser lo importante para la persona. Las y los sanitarios/as que ponen en práctica esta manera de abordaje, suelen decir que **lo más difícil es escuchar** y no hablar o preguntar inmediatamente.

No es tan obvio que lo anterior se haga en la clínica habitual. Es frecuente que intentemos analizar un caso y conozcamos bien la edad de la persona, estado civil y número

de hijos, su tensión arterial, la descripción de sus episodios de pérdida de conciencia, los antecedentes de diagnósticos y cirugías anteriores e incluso causa de muerte de familiares. Peso cuando tratamos de hacer un análisis psicosocial, encontramos que no sabemos nada de los acontecimientos que rodean las pérdida de conciencia, qué ocurría en su vida cuando empezó la hipertensión, cómo se ha tomado la persona los fallecimientos o sus propias operaciones, nada sobre correlación temporal entre el primer mareo y algún cambio de vida importante que podamos conocer. Y sin la escucha de todo esto no podemos modificar nada vivencial.

Estas son las condiciones de la escucha biopsicosocial: escuchar **los síntomas** y lo que viene del cuerpo, **escuchar los acontecimientos y situación social**, escuchar la **vivencia subjetiva** y, además la **conexión que ambas** (síntomas corporales y hechos sociales) tienen con las impresiones y afectos, con la **subjetividad**. Lo que encontremos es el material con el que haremos la intervención.

Alguna táctica para ello es realizar preguntas abiertas sobre aspectos amplios, por ejemplo:

- *Cuénteme un poco sobre usted, lo que le parezca importante o le preocupe…*
- Si está contando algo que parece de interés, animarle a continuar el relato, no interrumpirlo:
- *Eso parece importante y ¿que más le pasaba…?*
- Para motivar a la persona a hablar y comunicar, es preferible utilizar un lenguaje tentativo:

  — *puede que…, a lo mejor le parece…, es posible que…,* porque esto deja un lugar de pregunta que espera que el otro hable. No utilizar lenguaje directivo o impositivo, como sería:

  —*diga tres cosas que le pasan… o… quiero que piense y me diga lo que le pasa*, sino que se sitúe en igualdad con la persona:

  — *¿Puede decirme algunas cosas que le estén pasando?*

Los estilos autoritario e impositivo producen desconfianza, inhiben, distancian y confrontan a la persona con su tendencia, o bien a obedecer, o bien a rebelarse y nada de esto favorece la comunicación que buscamos.

A menudo los efectos de distancia o falta de comunicación proceden, no de lo que decimos, sino de cómo lo decimos, con lo que imprimimos un tipo definido de relación con el otro.

En cuanto a contenidos, es el momento de tener en mente todos **los factores psicosociales, incluidos los determinantes de género** que hemos desarrollado en el capítulo VII. No preguntaremos sobre factores concretos, sino que esperamos que vayan apareciendo, pero hay que conocerlos porque no podemos escuchar aquello que no hemos pensado antes. Identificar los factores de género como determinantes de salud abre una nueva ventana para comprender, por ejemplo, que la sujeción al cuidado de los otros, o una posición subordinada y pasiva con respecto a la pareja, son circunstancias sociales asociadas al proceso de enfermar. Así que, nuestra escucha deberá ser sensible a la manifestación de este tipo de experiencias y vivencias e incluirla en el material con el que intervenimos en la clínica.

Hay un término más en la escucha biopsicosocial y es que la comunicación que se establece ha de **contribuir a establecer los lazos de la relación sanitario/a-paciente**. Porque, como veremos a continuación, esa relación es el motor que podrá causar efectos en el o la paciente. Por esto no sería útil este tipo de intervención por teléfono o por escrito, o sin una presencia personalizada, porque lo que se cuenta debe ir dirigido a alguien con el que se establecen aquellos lazos.

A menudo en atención primaria nos encontramos con que sabemos bastantes cosas de un paciente determinado, pero porque atendemos a personas de su familia que a lo largo del tiempo nos han ido contando o hemos ido presenciando. Y cuando llega el momento de hacer una intervención psicosocial que le cause efectos, no sirve de nada toda la información social indirectamente obtenida. No es utilizable si no es la persona la que nos la cuenta y la pone en juego en la relación. No es viable prescribirle actuaciones o sentires o cambios de posición subjetiva aunque supiéramos lo que le convendría a la persona. Será a través del **encuentro** que se puedan causar esos efectos.

Cuadro 23

Escucha biopsicosocial

- Incluir la influencia del contexto social y de la experiencia de la persona en su padecimiento.
- No observar sus síntomas y su cuerpo, sino escuchar lo que dice.
- Escuchar los hechos biográficos y acontecimientos sociales.
- Escuchar lo psíquico, la significación subjetiva.
- Escuchar la conexión entre ambas (lo social y la vivencia).
- Escuchar los factores de vulnerabilidad psicosocial incluidos los determinantes de género.
- Contribuir a establecer los lazos de la relación sanitario/a-paciente.

Relación sanitario/a-paciente

Se puede hablar por hablar, sin causar ningún efecto en el que escucha porque quién lo dice, lo que dice y cómo lo dice no alcanza a tocar en la intimidad al otro, no hay encuentro. Se puede atender a una persona en consulta y darle información, instrucciones y no dejarle ninguna huella, no causarle ningún efecto y, en este caso, muy probablemente no habrá cumplimiento terapéutico.

Sin embargo, es muy distinto un discurso que cause efectos en el otro. Que aquella misma información sea incorporada por el o la paciente como algo valiosos y que tenga que ver con él o ella, depende de que se haya producido un encuentro en el que el otro (el sanitario/a en este caso) haya tocado en lo personal y haya pasado a ser alguien con algún significado. El **encuentro** se da entre dos sujetos que se interrelaciona causándose algún efecto, no sólo con un roce superficial entre individuos que no significan nada entre si. Aunque parezca complicado, estas relaciones con significado se pueden producir muy sutil y rápidamente en cualquier consulta. Y que ocurra este encuentro es imprescindible para poder realizar una intervención como la que proponemos.

Es lógico que si las personas se comportan según el motor de sus deseos y afectos, y enferman según los conflictos internos y externos, que a su vez se han constituido y reproducido en su relación con el otro (con los otros seres humanos), es lógico que lo más poderoso para incidir en esos afectos, comportamientos y malestares sea a través de la relación con otro significativo, en este caso, el o la sanitaria. Esto es lo que buscamos en la relación sanitario/a-paciente significativa.

Requiere poner en juego varias condiciones: **contención**, **relación integral de sujeto a sujeto**, incluir los **afectos transferidos** y las **identificaciones** que se producen tanto del lado de la persona que consulta como de la persona sanitaria. Lo desarrollamos a continuación.

• Contención •

Una condición para que se produzca esta relación potencialmente terapéutica es que se cree contención de la o el paciente. Jorge L. Tizón (1988) ha tratado aspectos de esta relación que siguen siendo la mejor guía y en el que basamos lo siguiente, define la contención como:

> La contención será ese proceso mediante el cual podemos percibir la ansiedad, propia o ajena, notar que remueve en nosotros estratos, capas o conflictos más o menos profundos… pero pudiendo, a nuestra vez, contenernos, no pasar inmediatamente a la acción esa presión de la ansiedad… (Tizón, 1988: 89).

Se debe mantener una **actitud de relación abierta y de contacto**. No debería ser necesario plantear esto, pero lo es por la fuerza de la práctica que a menudo hoy día, promueve actitudes de superioridad y hermetismo apoyadas en el saber médico y de distancia como forma defensiva ante la presión asistencial y afectiva que puede suponer abrirse empáticamente a cada paciente. Estas actitudes no son favorables para contener a la persona y menos para entrar con ella en un encuentro significativo.

La **veracidad** quiere decir, no sólo que hay que decirle a el/la paciente la verdad sobre lo que sabemos de sus padecimientos, ya que de todo aquello que le ocultamos o sobre lo que le mentimos, estamos haciéndonos cargo e impidiendo que sea la persona quien se pueda responsabilizar; sino que veracidad es no mantener una postura fingida de pseudo-atención o interés, o con reacciones contradictorias, irónicas, distantes… El/la paciente, como cualquier persona, detecta intuitivamente el fingimiento o las incoherencias del lenguaje paraverbal con el verbal, que es captado más rápido que las palabras, aunque no se de cuenta conscientemente y producen un efecto inmediato de desconfianza, e incluso rechazo, que impone la distancia y actitudes defensivas también por parte de la persona que consulta. De este modo se interpone una barrera para la relación que buscamos.

Mantener una **actitud de tolerancia y acogimiento** de la posible ansiedad o angustia ya que, por definición, si la persona que consulta se siente enferma, desvalida y está pidiendo ayuda, posición en la que lógicamente la ansiedad y la angustia pueden hacer que no se comporte organizadamente, no responda con ligereza y lógica y pueda reaccionar con excesos emotivos. Ante ello, comprender la situación y ser tolerantes, acogiendo a la persona tal y como está, empieza a sentar las buenas condiciones para que se sienta contenida por el o la sanitaria.

De esta manera, tolerar sus expresiones emocionales o relatos perturbadores, mantener la presencia tranquila, la mirada y el contacto, ya sea visual o tocar una mano o el hombro, si la situación es muy angustiosa, en definitiva, permanecer sin desmoronarnos permite que la persona tenga la percepción de ser **contenida, sostenida.** Winnicott (1975) llamaba "*holding"* a esta función que la madre, o su equivalente, hace cuando, no

sólo tiene al bebé en los brazos, sino que lo hace de tal forma que se siente seguro y sin amenazas. Es la función de sostener haciendo que el otro sienta que puede exponer y mostrar sin causar ni la huida ni daño al que sostiene.

Es una reacción humana común y el camino más fácil huir ante la angustia de otro. Es común que sanitarios/as reconozcan que, si se dan cuenta de que un paciente se va a echar a llorar o a meterse en terrenos angustiosos, le corten el camino de distintas formas: con una pregunta, cambiado de conversación y pidiendo una analítica, prescribiendo un fármaco... porque, además, no tenemos demasiada formación y experiencia en el manejo de la angustia. Cuando se hace esto interrumpimos automáticamente el despliegue de lo psicosocial que no deja de ser que el/la paciente hable de lo que le preocupa, de lo que cree que tiene relación con sus síntomas y todo ello suele estar marcado por afectos dolorosos. La contención queda comprometida, porque precisamente el escape demuestra que no somos capaces de soportar lo que le ocurre. Así, es condición necesaria para poder continuar, soportarlo y mantener el contacto, probablemente sin decir nada para que sea el/la paciente quien hable, teniendo en cuenta que sólo permanecer y mantener la mirada es uno de los vehículos más potentes de contacto. Recordemos que nuestro narcisismo y sentimiento de ser se sostiene sobre tres términos fundamentales; el reflejo en el espejo, la mirada de los otros y el amor (Gerard Pommier, 1997).

Como dejarse sobrepasar inutiliza la contención y sin ella dejamos de poder tener efectos sobre el/la paciente, es necesario **poner límites** a lo que puede ser atendido y lo que sobrepasa, ya sea el tiempo o los recursos disponibles, ya sea la misma capacidad de atención del sanitario/a. Todo el mundo se siente más tranquilo en una relación si el otro es capaz de señalarle cuando está sobrepasándole, que es lo mismo que estar amenazando el narcisismo del otro. Somos capaces de escuchar al otro siempre y cuando nuestro narcisismo no se vea amenazado por la manifestación del narcisismo del otro, cuando la imagen especular, del otro, manifestándose activamente, no nos quita el espacio. Es sinónimo de sentirse invadido. Cuando el otro habla largo rato, o sube el tono, o se vuelve ofensivo o dice alguna cosa que nos recuerda algo problemático nuestro, rápida y automáticamente, sin darnos conscientemente cuenta, le interrumpimos y hablamos, que es lo mismo que poner en acción el propio narcisismo para que se sostenga. Cada cual puede escuchar hasta donde se lo permite su narcisismo y, por cierto, hay persona que necesitan hablar continuamente para sostenerlo. Pues bien, para la función de contención es preciso que pongamos el límite, de la forma más amable y

cálida posible, cuando sea necesario. Eso, además, hace también sentirse más tranquila a la persona. Todos/as tenemos la experiencia de alguien que consulta al que hemos permitido hablar largamente y al final nos pide perdón por habernos molestado tanto. Siempre puede acompañar cierta culpa cuando nos apoyamos en el otro y le invadimos un poco, por eso el límite también tranquiliza.

Mantener la diferenciación de profesional a paciente es una condición, tanto para la función de contención, como para el cuidado del propio profesional. Significa que cualquier intento de sentirse en igualdad de condiciones con la persona que consulta es errado y conduce a situaciones forzadas en las que se compromete la veracidad.

El o la profesional está trabajando y poniendo en juego su saber y sus recursos técnicos y atiende a un buen número de personas, al final de lo cual deja su jornada de trabajo y se va a su vida en la que los y las pacientes no están, o no deberían estar. Sin embargo, la persona que consulta está en posición desvalida y en mayor o menor medida pone su intimidad en manos del sanitario/a. Su médico o médica es en quien deposita la esperanza de que le ayude a recuperar su autonomía, su salud, su bienestar. Son posiciones diferentes y deben mantenerse diferenciadas.

Si el sanitario o sanitaria se comporta como si fuera amigo de los y las pacientes, crea la expectativa de que se va a comportar como un amigo y que, por tanto estará disponible en cualquier momento, que le dará consejos personales sobre qué hacer, que compartirá sus propias experiencias y que mediará un afecto que, en realidad, no puede ser prometido ni sostenido. Habrá un momento en que el/la paciente reclame en línea con una relación de amistad y sobrepasará, sin duda, lo que el o la sanitaria le puede dar (atención fuera de hora, prebendas, complicidad…). El sanitario/a de una forma u otra lo rechazará, sintiendo la persona entonces que le ha privado de lo que parecía que le daba y lo más probable es que reaccione con hostilidad, reclamante… La práctica clínica está llena de este tipo de experiencias.

Del mismo modo que si el o la profesional tiende a comportarse maternal o paternal con sus pacientes, se verá tarde o temprano sobrepasada por un “comos si” fuera su madre o padre, en un malentendido que genera expectativas falsas por ambas partes.

No es raro tener expectativas de gratificación por parte de los y las pacientes. Si esperamos afecto, agradecimiento, reconocimiento, amistad, en realidad seríamos nosotros/as los que estaríamos haciendo una demanda y muchos de nuestros actos estarían encaminados a obtener aquello que demandamos. Éste es el camino del *burnt out*, la sobre implicación que subvierte la diferenciación profesional.

El o la sanitaria tiene un papel muy rico y valioso en sí mismo y establecer la relación con los y las pacientes a partir de él, es una garantía para mantener una posición en la que podamos poner nuestros conocimientos al servicio de la satisfacción de la demanda y las necesidades de la persona que consulta.

Finalmente, con todo ello, cuando la persona está contenida puede empezar a producirse una relación que tenga efectos.

Resumiendo:

Cuadro 24

Contención

- Mantener actitud de relación abierta y de contacto.
- Veracidad y coherencia verbal y para-verbal.
- Tolerancia y acogimiento de la posible ansiedad o angustia.
- Sostener tolerando expresiones emocionales o relatos perturbadores, mantener la presencia tranquila, la mirada y algún contacto.
- Poner límites a lo que puede ser atendido y lo que sobrepasa.
- Mantener la diferenciación de profesional a paciente.

Relación significativa de sujeto a sujeto. Las identificaciones

Cuando decimos de sujeto a sujeto nos referimos a que las instancias que entran en juego en el encuentro no son sólo el *Yo* consciente y voluntarioso, sino también las tres instancias que componen al sujeto: real, imaginaria y simbólica; y de ambos, de la persona sanitaria y de la persona que consulta.

Antes de entrar en ello, es necesario hablar del **concepto de identificación**, que hemos ido usando ya en el texto, pero que aquí conviene precisar un poco más para comprender mejor lo que ocurre en la relación sanitario/a-paciente cuando intervienen todas las esferas.

Las identificaciones

Cuando tratamos el sistema biopsicosocial y describimos la construcción de la esfera imaginaria (capítulo IV), vimos que el sujeto se va construyendo, en parte, a base de ir identificándose en diversos papeles que se establecen según la persona que tenemos

enfrente. Vamos construyendo lugares identificatorios para cada relación afectiva y subjetivamente significativa a lo largo de la vida: amigo-amiga, nieto-abuelo, amante-amante, novio-novia, profesora-alumno, etc., y también médico/a-paciente. Nos identificamos como hija o hijo gracias a que tenemos enfrente una madre (o quien hace esa función) y un padre; en nuestra esfera imaginaria aparece una identificación de hermana porque nos vamos relacionado con un hermano o hermana, o a veces más adelante con alguien con quien nos hermanamos en una relación fraterna; y así sucesivamente.

Cada una de esas identificaciones es un lugar que está **investido de unas funciones y papeles** y de unos **afectos** hacia la persona que representa el lado contrario de la identificación, afectos que en parte son los propios de la función —por ejemplo, hacia una madre se tendería a sentir amor, agradecimiento, esperar que adivine nuestras necesidades…, aunque no siempre se siente esto, desde luego—, y en parte son afectos que invisten a esta función construidos por cada cual según las experiencias subjetivas —por ejemplo, sentir rivalidad hacia la madre por la forma en que se ha atravesado el complejo de Edipo y quizá no se ha despegado de la rivalidad infantil hacia ella, o sentir compasión, porque se ha vivido desde muy temprano a la madre sufriente…—.

"Te quiero no por quien eres, sino por quien soy cuando estoy contigo"

Las identificaciones se producen siempre frente a otro. Es decir, que alguien no se identifica por sí sólo en un papel o un lugar, esto ocurre siempre frente a una relación (social), porque en realidad la identificación es un lazo con el otro cuando éste tiene una resonancia afectiva. *"La identificación es la manifestación más temprana de un enlace afectivo a otra persona"* (Freud, 1921: 2585). Y este lazo traza su impronta en la representación de sí, en consecuencia, en cómo hace sentir. Un decir de García Márquez: "*Te quiero no por quien eres, sino por quien soy cuando estoy contigo*". Lo que el otro hace de mí, gracias al lazo que establecemos.

Y este lazo se produce a veces de forma instantánea, rapidísima, porque basta un solo rasgo que esté bastante investido. Esto explica que alguien nos caiga muy bien o muy mal a primera vista. Que alguien nos resulte muy familiar, como si le conociéramos de toda la vida, o que nos enamoremos en un segundo, sólo al oír un timbre de voz o sólo al saber cómo se llama, basta un rasgo para que el otro caiga en un lugar significativo de nuestra realidad psíquica.

La cuestión es que, en nuestra esfera imaginaria, cada cual tiene un lugar con afectos propios para cada identificación. Y a lo largo de la vida van apareciendo personajes que son equivalentes a aquellos significativos que se construyeron durante el desarrollo, o incluso más adelante. Es decir, que podemos encontrar una persona que, por rasgos cualesquiera (su forma de andar, sus facciones, su voz, el trabajo que hace, su carácter, por algo que dice…) nos resuena como si fuera un padre, o una madre, o un hermano, o aquella amiga especial…, y funcionando la **equivalencia imaginaria**, la identificamos en aquel papel y nos identificamos frente a ella en el papel correspondiente, de hija, hijo, hermana, amiga…

Así, cada persona cuenta con **series de personas** que a lo largo de su vida va poniendo en una misma identificación y con las que se relaciona y siente de forma similar. Por ejemplo, hay quien siempre se enamora de hombres parecidos en el carácter, o en la profesión, o físicamente…, son rasgos que, sin ser en absoluto consciente de ello, le rememoran a un padre. Decimos que todos sus amores son de la serie paterna y se colocará siempre frente a ellos en una posición infantilizada, dependiente, filial, esperando de ellos comportamientos que, sin saberlo, son los de la figura paterna internalizada. Por cierto que, estas relaciones están abocadas a la decepción, ya que no se enamora de la persona misma, sino que hay un malentendido en el que se enamora de alguien equivalente en la serie paterna. Son relaciones en lo imaginario sujetas a la estructura subjetiva.

"No nos vemos como somos, sino como estamos"

Una condición más de la identificación es que, si bien estamos diciendo que pertenecen a la esfera imaginaria, cada vez que nos identificamos en un lugar funcional, se **acompaña de una representación determinada de uno/a mismo/a**, que podemos decir que está en la esfera psíquica-simbólica[3] en cuanto representación psíquica. La identificación tiene doble cara, una hacia la esfera imaginaria, en la que además se aprende a acoplarla con las definición de la representación social que siempre existe previamente para cada papel (veíamos como hay representaciones sociales que definen cómo es el papel de un hombre o de una mujer, y también de una madre, de un amigo,

3. Aunque la esfera imaginaria también forma parte del aparato psíquico, la diferenciamos así, con objetivos puramente didácticos, de la esfera simbólica que hacemos equivaler con la psíquica.

de un profesional, de una médica…), y otra cara interiorizada en la esfera de lo simbólico donde está la representación psíquica propia de esa identificación.

Un ejemplo. Una mujer médica tiene problemas familiares importantes y se encuentra algo angustiada por ello. Mientras que está en casa con su familia está dispersa, no se puede concentrar bien, se siente mal y se ocupa como puede de la organización de la casa, sintiéndose sobrecargada y con su estima algo baja por lo que le está pasando. Está funcionando en una identificación de "*madre de familia dañada por la carga".*[4] Llega la ahora de ir a trabajar y una vez que entra en su consulta y empieza a ver pacientes, está tranquila, integra, concentrada y se olvida completamente de lo que ocurre en casa. Se ha colocado en su "*identificación de médica"* y siente y actúa acorde con ello. Incluso la representación de sí misma es diferente porque uno/a se ve según la identificación en que se halla. Ella como médica se siente validad y su autoestima está bien. De nuevo el dicho: "*no nos vemos como somos, sino como estamos"*.

El motor de actos y creaciones es en la "otra escena"

Todo esto pertenece a la realidad psíquica en la que constantemente se está produciendo la otra escena, la **escena imaginaria** evocada por la realidad exterior pero que, a veces, no se parece en nada. Y la cuestión es que de ella, no sólo proceden los **afectos,** ya sean del signo que sean —aprecio, atracción, ternura, gratitud, condescendencia, como envidia, odio, desprecio, angustia…—, sino que también los **actos, las ideas, las creaciones** también son matizados por el paso a través de las escenas imaginarias, es decir según en qué lugar o identificación estemos colocados.

Circulación y acoplamiento de las identificaciones

Siempre estamos funcionando en alguna identificación al paso por las distintas escenas diarias. Y hay **identificaciones regresivas**, que pertenecen a lugares de fijación antiguos, infantiles, desde las que nuestro comportamiento es infantilizado. O pueden ser **angustiosas** si la posición en la que quedamos es amenazante. O pueden ser **sintomáticas** y reaparecer ciertos síntomas anímicos o físicos que van ligados a determinada

4. A menudo podemos definir así las identificaciones mediante frases que contienen la función y el acontecimiento que el sujeto tiene investido de afectos e incluso formas de actuar, por una historia precedente o porque se está inscribiendo en el presente.

escena. Decimos que se acoplan las identificaciones, de lo que hemos visto ejemplos en le capítulo IV.

Lo saludable es, precisamente, que circulen con agilidad, que no nos quedemos fijados/as lo que nos haría responder rígidamente de la misma forma, desde el mismo lugar, a cualquier situación. Por ejemplo, ser capaz de colocarse en la identificación apropiada cuando se va a trabajar, o cuando se vuelve a casa o cuando se acude a un curso como alumna, o cuando se acude como profesor, identificándose en el lugar coherente con lo que hemos de hacer.

En realidad, la lógica es la contraria a esa exigencia contemporánea tan difundida que se sintetiza en 'ser uno mismo'. Se pretende ser siempre uno/a mismo/a en cualquier situación. Esto puede ser un desastre ya que lo que propone es no adaptarse a las situaciones respondiendo a ellas desde el lugar imaginario correspondiente, sino siempre desde el mismo lugar, un supuesto ideal del yo exteriormente construido que, por ejemplo, en jóvenes se define por "*joven alegre, divertido, ligero, guapo, que busca el éxito*". Huelga decir que esta supuesta identificación externamente implantada y fijada de continuo para toda relación, acabará resquebrajándose y causando ansiedad, angustia, síntomas.

Todos/as pasamos por momentos de incertidumbre o pesadumbre en caídas rápidas en identificaciones problemáticas. Lo que ocurre es que lo habitual es que no quedemos fijadas en ellas, lo que sí sería problemático. Por ejemplo, en la **depresión**, la persona ha caído en una identificación regresiva y pasiva, de incapacidad para actuar y queda fijada en ella.

Hay también identificaciones **progresivas, liberadoras**. Aquellas en las que se pasa de un lugar al siguiente que la escena de la vida propone, creando incluso una forma nueva de estar para lo que nos toca vivir. Por ejemplo, cuando llega la madurez, en lugar de permanecer en el duelo por la juventud perdida y por todo aquello que ya no está, avanzar a una nueva posición de '*persona con experiencia y sabiduría'*, que estará dotada de una representación de sí de paz y consistencia vital, de interés por seguir aprendiendo, por disfrutar del tiempo tranquilo que llega, de ofrecer la vivencia de abuela/o a los nietos/a, de nuevas creaciones no necesariamente productivas para el mercado…

Este cierto malentendido imaginario, que funciona constantemente acoplando identificaciones presentes con otras extemporáneas, forma parte de lo que vamos a tener en cuenta en la relación sanitario/a paciente.

En resumen:

Cuadro 25

Las identificaciones

- Construimos lugares identificatorios para cada relación afectiva subjetivamente significativa a lo largo de la vida.
- Cada identificación se acompaña de una representación determinada de uno/a mismo/a.
- Cada identificación está investida de funciones, papeles y afectos.
- Los actos, las ideas, las creaciones pasan matizados por la identificación en la que está el sujeto.
- Aparece equivalencia imaginaria entre personajes del presente y personajes pasados con los que son identificados.
- Se construyen a lo largo de la vida series de personas que son colocadas en una identificación similar.
- Las identificaciones han de circular y pueden ser regresivas, angustiosas, sintomática, liberadoras.

Veamos un caso que ilustre la localización y el acoplamiento de identificaciones.

Caso Nan.[5, 6] Embarazada, "temo hacerle daño al niño". 1ª Parte

Demanda explícita: depresión y crisis de angustia. Embarazada y polimedicada.

Nan está embarazada de cuatro meses. Es su tercera gestación, todas han sido deseadas e intencionadas pero es la primera que llega a este tiempo. Ha tenido antes dos abortos espontáneos y este embarazo viene muy normal, por fin. Sin embargo, Nan está profundamente deprimida, llora constantemente, apenas duerme, le cuesta mucho trabajo comer y tiene crisis de angustia tan violentas que la llevan al hospital cada cuatro o cinco días. Se presentan temblores, nauseas, taquicardia, a veces la agitación llega a tanto que parece convulsionar y una angustia como si fuera a morir o a pasar una catástrofe. Toma ya altas dosis de ansiolíticos que no controlan su estado ni la aparición de las crisis. Está muy abatida ya que no comprende por qué, ahora que está consiguiendo un embarazo normal —ya le han dicho que no hay riesgo de aborto— se siente tan mal, pierde el control de esta forma y '*teme hacerle daño al niño*'. Apenas puede soportar lo que le ocurre.

Acontecimiento desencadenante actual: el embarazo que va bien, tras abortos espontáneos anteriores.

En la consulta, después de que describa con detalle sus síntomas y lo que los médicos le dicen —que se relaje, que su embarazo va bien, que respire cuando aparece la angustia— continúa la

5. Nan Goldin, fotógrafa realista de los disfrutes y malestares de la vida cotidiana.
6. Caso publicado en: Velasco, Sara. Unconscious Representations in Motherhood. Traditions and Contradictions. En: Caporale, Silvia (ed.). *Narrating Motherhood(s), Breaking the Silence. Other Mothers, Other Voices*. Bern, New York, Oxford: Peter Lang, 2006.

escucha para que vaya hablando desde sí misma y no tanto de su fenomenología o de las palabras de los otros.

Dice sobre sí misma que es "*nerviosa"* siempre ha sido nerviosa y ha dado "*problemas a sus padres"* por que "*no se sabe controlar"*. Lleva en tratamiento de *depresión* con un psiquiatra desde después del segundo aborto, hace dos años, tomando antidepresivos que dejó cuando buscó este embarazo.

No quiere hacerse a la idea de que está embarazada. *No quiere pensar en el niño mientras que lo tenga dentro. Hasta que nazca y esté fuera y pueda comprobar que está bien, no quiere pensar en él.* Se deshace en llanto. Le da mucho miedo que le pase algo. Lo relaciona vagamente con su experiencia de "*haber perdido ya dos niños*", que es como ella se refiere a los abortos. Nan apenas tiene aún silueta de embarazada y sin embargo se mueve como si portara ya una enorme barriga de nueve meses, con infinita parsimonia y cautela, gestualidad en la que se adivina su infundado temor a dañar al niño.

Situación imaginaria: teme hacerle daño al niño mientras está dentro de ella.

¿Por qué no pensar en el niño hasta que esté fuera? "*Tiene miedo de perder el control y hacerle daño*". Suena un poco extraño, pero precisamente este punto queda sentado como el primer término del imaginario que la está enfermando.

Sigue la escucha, sin dar por explicado aún nada, y por tanto a la espera de que asome el sujeto, y tras ligera pausa relata un acontecimiento libremente asociado a lo actual, aunque aparentemente no tenga nada que ver y que será el núcleo duro de la representación psíquica sobre sí misma, un acontecimiento vital traumático:

Localización de identificación: ella se describe igual que describe a su tío: nerviosa, que, da problemas a sus padres, pierde el control. Identificación con su tío.

Tenía un tío paterno que vivía muy cerca de ellos, de su familia cuando ella era pequeña. Era un hombre difícil, había sido marino, bebedor, con mal carácter, que tenía malas reacciones y en varias ocasiones "*había hecho daño"* a sus padres con su comportamiento, era "*nervioso y siempre tenía dificultad para controlarse"*. A veces "*se deprimía"*. Pero ella le quería mucho, era su sobrina preferida y siempre solía ir a estar con él.

Cuando ella tenía doce años, un día llegó a su casa y estaba la policía, había un gran alboroto y segundos antes de que se lo dijeran, ella ya se había dado cuenta de lo que había pasado. Su tío se había suicidado. Salió corriendo a la casa de su tío y entró directa al cuarto donde él se había colgado. Él aún estaba allí. Llora tan desconsoladamente y de la misma manera que cuando hablaba del temor a hacerle daño al niño. Y habla entonces de que se sigue sintiendo culpable porque ella sabía que su tío se estaba encontrando muy mal.

Escena imaginaria de acoplamiento: suicidio de su tío a los doce años que ella 'no impidió'.

Que amenazaba con colgarse y "*ella no había hecho nada para evitarlo*", dice que debía haber insistido a sus padres para que se ocuparan de él. Por eso cuando llegó, ella sabía dónde estaba y cómo lo había hecho; "*si yo lo sabía ¿por qué no lo evité?*". Continuaremos la segunda parte de este caso para ilustrar los efectos de sujeto en las siguientes partes de este capítulo de método.

• Relación sanitario/a-paciente: Clínica del encuentro subjetivo •

El o la paciente acude a consulta con una demanda manifiesta, sus síntomas y quejas. Al entrar en contacto con un/a profesional al que acude en una situación de desamparo, en cuanto que se siente enfermo/a y viene a pedir ayuda para restablecerse, es una situación en la que, indefectiblemente, tiende a establecerse un **lazo afectivo**. Puede que no inicialmente, pero en cuanto empiece la relación, en cuanto exponga algo que es íntimo e importante, en cuanto algún rasgo del o la profesional convoque sus afectos, se establecerá una **identificación** que puede no ser la de paciente que correspondería. El lazo que lanzará el o la paciente no será cualquiera, si no que vendrá determinado por el lugar más o menos instantáneo que le haya dado al sanitario/a. Podrá ser de un padre comprensivo, o de una madre regañona, o de un amigo… Recordemos que esto circula por debajo de lo consciente.

Así, la **demanda manifiesta** es lanzada con una **carga afectiva transferida** a la figura del sanitario/a en la que irá articulada una **demanda implícita** o latente que no será ya de curación, sino de respuesta desde aquel lugar en que le ha colocado. La demanda inconsciente siempre es de amor, lo que se espera de los otros siempre es amor expresado en cualquiera de sus múltiples formas. A través de ese lazo, la representación psíquica, los afectos e incluso los actos que entrarán en funcionamiento serán los correspondientes al par de identificaciones.

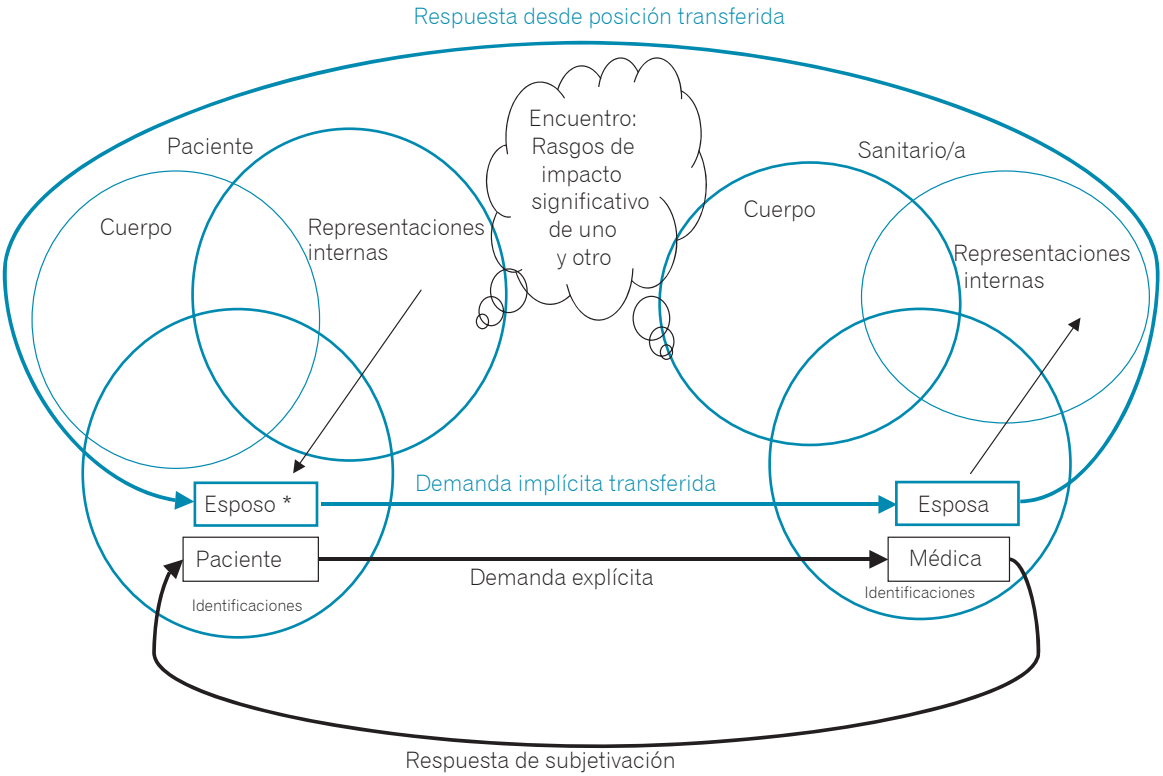
Freud descubrió el hecho de que, a pesar de todos los esfuerzos por objetivar la individualidad del paciente, "... *y sin que el médico se lo proponga, a todo tratamiento iniciado se le agrega en el acto, favoreciéndolo casi siempre, pero, a veces, contrariándolo, un factor dependiente de la disposición psíquica del paciente*".

Llamó a ese factor "**transferencia**" porque el/la paciente transfiere sobre el médico, o cualquier sanitario o sanitaria, los afectos que corresponden a la identificación.

En el **cuadro 26** se esquematizan los términos de esta relación.

Cuadro 26

Interacción biopsicosocial en la relación sanitario/a-paciente



* Es un ejemplo de identificación.

¿Cómo puede reconocerse la presencia de esa identificación? La o el paciente actuará en concordancia con ella y mostrara signos en su forma de hablar, en lo que dice y en su comportamiento. Si ha caído en una identificación de hija, se comportará infantilizada y fácilmente se pondrá en dependencia del sanitario/a. Si se identifica como mujer atractiva, se comportará seductora y sus actuaciones serán concordantes con ello en lugar de ponerse a comprender su enfermedad y tratarse y, en general, se podrá notar cómo se siente por su comportamiento.

Otra vía para detectar la identificación puede ser también lo que provoque en el sanitario/a, quien se sentirá confrontado/a en el papel que le haya asignado, en la medida en que ese lugar pueda tener también resonancia en sus afectos.

La cuestión, ahora es **qué le puede ocurrir al sanitario/a ante esta demanda implícita transferida**. Bien por los rasgos de la persona que consulta, bien por los lazos que envía, al sanitario/a le puede resonar en su esfera afectiva y sin darse cuenta **ser captado** en la identificación que se le transfiere. También influye la propensión personal a

colocarse en determinadas posiciones con los/las pacientes. Hay médicos/as que tienden a ser maternales y tomarán posturas muy protectoras, acogedoras, cuidadoras, de hacerse cargo de todo aquello que el paciente puede pedirle; o paternales, con esa mezcla de autoridad, dirigismo y condescendencia y confiabilidad que caracteriza a esa posición. Puede ocurrir que también estas tendencias favorezcan identificaciones regresivas en sus pacientes, o bien que estén siempre mejor predispuestos a ser captados como madre o padre, que si se les transfieren otras posiciones. A menudo, cuando un paciente tiende a enlazarnos con una identificación que no resuena con nuestras disposiciones, no consigue repuesta e incluso puede haber un mal entendimiento. Eso explica, lo que ocurre con algunos pacientes que podemos llegar a rechazar porque no "congeniamos" con ellos.

Es decir, que la relación subjetiva entre sanitario/a y paciente está expuesta a todas las combinaciones de relaciones transferidas con captación de la o el profesional.

Cuando el o la profesional es **captado por las transferencias** actúa como si fuera amigo/a, padre, madre, hijo o hija… de los o las pacientes. En este '*como si'* fuera lo que no es, los malentendidos y las reacciones adversas son constantes, además de que el desgaste afectivo del sanitario/a es enorme. Parte del fenómeno del *burn out* procede del desgaste de soportar múltiples transferencias afectivas en las que se implica sin saberlo. Además, nunca puede ser del todo satisfactorio para el o la paciente lo que se le ofrezca captado/a en la demanda implícita y representando el papel de hermano, amiga, madre…, porque la demanda afectiva no puede ser nunca satisfecha, ya que es un *"como si"* que nunca es real.

Jorge L. Tizón, en su libro *Componentes psicológicos de la práctica médica*, expone los múltiples efectos desastrosos en los que desembocan las relaciones transferenciales ignoradas. Las exigencias de los y las pacientes, sus reacciones de decepción, la cronificación de somatizaciones, la prolongación de estados regresivos plurisintomáticos, pueden estar siendo empujados por la captación del sanitario o sanitaria.

El problema es que, como hemos visto en el apartado anterior, **de las identificaciones emanan actos** concordantes con ellas. Si el/la sanitario/a es captado por el lugar que se le transfiere responderá a la demanda actuando desde ese papel, retroalimentando así la posición del malentendido imaginario. El o la paciente actuarán entonces también en consecuencia y según sean sus disposiciones hacia la figura que ha identificado.

Los actos del paciente o la paciente y del profesional pueden responder a motivaciones razonadas, conscientes y objetivas o pueden ser *pasajes al acto, actos fallidos o*

actos incongruentes que proceden de lo latente de la identificación en la que estamos en cada momento. Decimos que se trata de **pasajes al acto** aquellas actuaciones que proceden de una fantasía provocada por la escena y la persona en interrelación. Es decir, el acto en cuestión está pasando a los hechos esa fantasía. Esto tiene consecuencias delicadas cuando se trata de actuaciones provocadas por las identificaciones transferenciales, ya que puede haber, por parte del sanitario/a, actos inapropiados que proceden de una identificación no profesional y, por parte de la o el paciente, de una fantasía también originada en su identificación transferencial. Se trata de **actos que están desviados en su intención**[7] ya que no están dirigidos a lo que conscientemente querríamos conseguir (diagnosticar, curar en el caso del profesional; colaborar y curarse en el caso de la o el paciente), sino a satisfacer expectativas de la persona significativa que imaginariamente estamos representando.

Por ejemplo, podemos sorprendernos pidiendo numerosas pruebas complementarias que no creemos que sean necesarias para satisfacer la supuesta demanda de un paciente con el que estamos en una identificación amistosa y al que no podemos negarle nada. O podemos extraviar o destruir sin darnos cuenta un resultado analítico que no quisiéramos de ningún modo que nuestra apreciada y filial paciente padezca. O podemos equivocar un diagnostico porque la relación afectiva con el o la paciente nos impide pensar en la enfermedad grave que puede ser. Es ampliamente conocido y practicado, no sólo en medicina, sino también en abogacía y otras profesiones que tratan con personas, que no se puede trabajar con quien se está personalmente implicado. E identificarse con alguien equivalente a una persona afectivamente significativa, puede tener los mismo efectos.

Es responsabilidad de la o el profesional manejar la transferencia y no ser captado en ella. Y su posición profesional no es, ni mucho menos fría o neutra, sino que se pone en juego su saber para atender las necesidades de las personas que consultan, y en la que cada persona ha ido depositando a lo largo de su experiencia profesional capacidades, modos de actuación, ideales de formas de atender y resolver los problemas, y que es una fuente de realización personal de las más importantes. Por tanto, una precaución sería hacerse consciente de que la demanda implícita no se dirige a él o ella como

7. En *Psicopatología de la vida cotidiana*, Freud habla de los mecanismos psíquicos del olvido y de fenómenos como el olvido de nombres propios y series de palabras, los recuerdos infantiles y recuerdos encubridores, equivocaciones orales, equivocaciones de lectura y escritura, olvido de impresiones y propósitos, torpezas o actos de término erróneo, actos sintomáticos y casuales, actos fallidos, todos ellos fenómenos de la vida cotidiana que no son casuales si no que son expresiones del inconsciente.

persona, sino por el lugar que ocupa, al que se transfieren demandas a las que conviene no responder, aunque si tener en cuenta. **Hacerse cargo de la demanda latente aunque no se satisfaga**. Responderá entonces a la o el paciente comprendiendo y tolerando su demanda extemporánea pero sin satisfacerla, tratando eso sí, de satisfacer la demanda como paciente y subjetivándolo en su lugar, dirigiéndose al sujeto que ha de hacerse responsable de sí mismo/a.

Respuesta del sanitario/a

No se trata de evitar que los y las pacientes transfieran afectos a la relación con el personal sanitario, cosa que además no es posible porque en cualquier encuentro sanitario/a-paciente se producen transferencias lo sepamos o no. Sino que se trata de ser capaces de **manejar las transferencias** y convertirlas en un instrumento a favor de nuestra función. Las transferencias no son un obstáculo, sino que confieren la posibilidad de interacción activa entre sanitario/a y paciente. Ésta es, en rigor, la relación de sujeto a sujeto, implicadas las esferas de la subjetividad, de manea que podemos intervenir en la posición subjetiva.

Es sabido que un consejo de una persona que no representa nada importante, es recibido con indiferencia y el mismo consejo se toma en cuenta si procede de otra persona que tiene influencia significativa. Las palabras cobran valor según quien las emita. Del mismo modo, lo que dice una misma persona tendrá distinto valor según el lugar que esté ocupando.

La posición

Los elementos que hemos de manejar son la **posición** de la o el paciente, la **posición** desde la que actuamos.

Para **darse cuenta de la posición** en la que estamos, ya que estos elementos circulan inconscientemente, podemos prestar atención a nuestras propias sensaciones y comportamiento. La sensación que nos causa la persona, o el encuentro, es una guía para detectar el juego de identificaciones. Si nos ruborizamos ante un o una paciente del sexo contrario y nos lanzamos con una cierta verborrea eufórica, podemos estar seguros de que algo erótico está en juego. Si nos pone nerviosos/as e inseguros/as y nos impone un respeto no justificado por lo que pueda estar desafiando a nuestro saber,

lo más probable es que estemos cayendo en una identificación filial. Si nos inspira una confianza injustificada y nos ponemos a contarle nuestros propios problemas, es probable que estemos en una identificación fraterna de hermano/a o amigo/a. Si nos provoca impulsos de hacernos cargo de sus asuntos y cuidarla como si fuera un poco infantil estamos en posición maternal, o bien, si solicita autoridad y nos encontramos reprendiendo y ordenando, puede que sea una identificación paternal. Los posibles lugares afectivos no son infinitos, son los que están representados en la subjetividad de cada cual, y los lugares familiares son los más significativos, aunque también se pueden identificar a la o el paciente con otra persona cualquiera, incluso con otro paciente que nos haya dejado una huella.

También, sin embargo, puede que nos llegue a la consulta una persona madura y sin ninguna quiebra afectiva en ese momento, acuda y se mantenga en su lugar de paciente y nos coloque en una posición profesional, esperando nuestro saber y nuestro respeto, colaborando en lo que sea necesario, sin otras contaminaciones afectivas. Estos/as pacientes son quienes nos reportan una satisfacción profesional más directa y un manejo más fácil, ya que aquí la demanda manifiesta no tiene por qué estar acompañada de otra demanda implícita o transferida.

Cuadro 27

Relacion sanitario/a-paciente. Clínica del encuentro subjetivo

La secuencia del proceso de encuentro:

- El o la paciente lanza la demanda manifiesta: atención a los síntomas.
- Simultáneamente establece un lazo afectivo y se identifica en un lugar.
- Lanza la demanda implícita con la carga afectiva transferida de la identificación.

Respuesta en lo imaginario	Respuesta de subjetivación
• El/la profesional puede ser captado por la demanda implícita y se identifica con lo que la persona le ha transferido. • Así, ambos sentirán, se relacionarán y actuarán en coherencia con las identificaciones imaginarias establecidas.	• Mantenerse en identificación de sanitario/a. • Hacerse cargo de la demanda latente aunque no la satisfaga. • Darse cuenta de las posiciones. • Devolver respuestas que produzcan efectos de darse cuenta: subjetivación.

Como decía Freud, lo que cada paciente transfiere depende de sus disposiciones psíquicas, pero si somos o no captados, o si nosotros/as también nos colocamos en un imaginario diferente al de profesional, depende de nuestras propias disposiciones. Desde lo consciente diríamos que son nuestras formas de reaccionar. Trataremos de detectar en qué posición estamos y realizar un acto ético de corregir nuestro lugar para

hablar y actuar conscientes de los efectos que podemos producir. A menudo, es en un segundo momento, cuando recapacitamos sobre un caso, sobre todo cuando hablamos de él, cuando nos damos cuenta de lo que nos estaba pasando y por qué se desenvolvían las cosas de aquella manera. En cualquier caso, antes o después, esto responde a la posición ética **de interrogarse sobre los propios actos.**

Veamos un caso que ejemplifique estas cuestiones. Se trata de un fragmento en el que entre la médica y el paciente media una amistad previa a la consulta. Sabemos bien que no es buena idea tratar a familiares o amigos porque las cosas no suelen funcionar. Cuesta mucho más trabajo enfocar objetivamente el caso y esto es porque estamos en relación con ellos desde identificaciones con más peso que la de sanitario/a-paciente.

Caso Diego. ¿Pero por qué insisto tanto? Confusión transferencial

Demanda explícita: Petición de vasectomía a una médica.

Un paciente decide hacerse una vasectomía y opta porque la haga una amiga médica. Así que acude a su consulta y él cuenta su intención. Ya tiene tres hijos y aunque es joven sabe que no va a querer tener ninguno más y quiere ser él quien tome la medida para evitar que su mujer tenga que pasar por una intervención más complicada… en fin, lo tiene bien pensado y además es coherente con sus ideas y forma de vivir.

Tienen buena amistad y, a pesar de ello o quizá por ello, a la médica en cierto modo le perturba la petición porque no está segura de si ella debería aceptar la decisión de su amigo sin decir nada, o si debe hacer como con cualquier otro paciente, que es hablar antes de aceptar la solicitud de modo que el paciente pueda valorar bien el pro y el contra y su seguridad en una decisión que es irreversible. Le pone bastante nerviosa porque supone como médica que ha de tratar el tema asépticamente. Hablan de ello, ella le explica que hay que reflexionar antes, como todo el mundo, y que no lo decidirán en esta consulta. Un poco de tiempo para reflexionar.

En el fondo la médica se descubre pensando que no le apetece que su amigo se opere, que es una pena que no tenga más hijos, con lo guapos que son los que tiene, con la pequeña que es tan rubia como él… ¿y si luego se arrepiente?… En realidad está como si fuera ella la que tiene que decidir si su amigo —con el que se siente ahora implicada con este asunto de corte sexual y mirándole como un hombre que acepta o niega su paternidad—, va a tener o no más hijos, ya no sólo con su compañera actual…, ¿Y si lo dejan y más adelante tiene otra pareja? Sin duda con otro paciente no estaría valorando de esta

Transferencias: relación de amiga-amigo, más que de médica-paciente.

Captada en la identificación: se manifiestan los afectos e ideas y palabras propias de la identificación de 'amiga en seducción'.

manera una decisión que es de él y no de ella. Piensa: ¡*Parece que la esterilización me la voy a hacer yo*! Pero piensa que tiene que insistirle un poco más para asegurarse de que la decisión es firme.

Tienen otra consulta y ella se sorprende pensando de nuevo que es una pena. E insiste. Le dice:

—¿Y si cuando tengas 40 años quieres tener una niña rubia?

Este decir ha sobrepasado ya lo que diría una médica, porque habla ya de una "niña rubia" que, aunque levemente, parece una propuesta. Y, ante tanta insistencia y ya manifestada así la cosa, él tiene un golpe brillante y rápido, con la rapidez procedente de la intuición que circula más rápido que las ideas racionales. Le contesta:

Respuesta de subjetivación: dirigida al sujeto, a su identificación imaginaria, y no a lo que se ha preguntado desde el Yo consciente de médica. Efecto de darse cuenta.

—Mira, si tú quieres tener una niña rubia cuando tengas 40 años, no va a ser conmigo.

Este decir es fulminante porque produce un efecto de darse cuenta, de subjetivación, es decir, de que la persona se de cuenta de la posición desde la que está hablando, del malentendido imaginario que genera las palabras y los actos. Pero en este caso es el paciente el que subjetiva a la médica que, instantáneamente, se da cuenta de que está implicada, no como médica, sino como potencial madre de la hija rubia que su amigo no quiere tener. Aunque éste no sea un deseo explícito racional, ni se plantearía realizarlo, es decir, su deseo está llevándola a una insistencia inusual, además de a los nervios y preocupación que el tema le viene produciendo. Se termina con ello el periodo de reflexión y el amigo-paciente puede hacerse la vasectomía que deseaba.

Método de subjetivación

Seguimos con el método de comprensión psicosocial y subjetivación que consiste ahora en **localizar las identificaciones** funcionando que acompañan a los síntomas y **localizar** también el **momento biográfico** en el que aparecen, para **señalarle** a la persona esta localización y favorecer una **corrección subjetiva** que se produce por el efecto de sujeto al **descifrar y desacoplar** las identificaciones enfermantes **(cuadro 20).**

• Localizar: Hechos biográficos significativos e identificaciones •

Localizar las identificaciones es ir directamente a la parte de las causas del malestar que reside en la posición subjetiva. Y para ello se tratará de localizar los momentos biográficos y/o acontecimientos vitales que parecen relacionados, para empezar, temporalmente. Y de esos acontecimientos, localizar cuales son sensibles y significativos para la persona.

Los hechos biográficos. ¿Cómo localizarlos?

Una vez que la persona ha expuesto sus síntomas y su trayectoria de atención sanitaria, hay que tener en cuenta que si no cambiamos de rumbo, los y las pacientes podrían seguir hablando indefinidamente de las características de su dolor, cómo es más fuerte o flojo, con qué medicamentos le ha ido peor o mejor… Estamos interesados/as en otro aspecto de sus síntomas y es en qué momento aparecen, tanto por primera vez como en qué momentos cotidianos aparecen o se hacen más fuertes. Y no basta la respuesta de hace X años, o por la mañana; hace falta hablar de qué ocurría en su vida en esos años, o qué pasa o está haciendo o pensando la persona cuando aparecen los síntomas diarios.

En definitiva es recuperar las preguntas hipocráticas: ¿Qué le ocurre? ¿Desde cuándo? ¿A qué lo achaca?, esperando respuesta que serán información utilizable para intervenir.

Una primera forma puede ser:

—¿Qué cosas le han pasado que le parecen importantes en relación a los malestares que tiene ahora?

—¿Qué estaba pasando en su vida por entonces, cuando tuvo los primeros mareos?

A lo que la persona suele responder de entrada:

—No, nada, todo estaba bien, no sé…

Cuesta trabajo cambiar de plano y conectar con las vivencias que, si surgen relacionadas, seguro que son amargas y, además decidirse a comunicarlas a la sanitaria o sanitario. La persona tiene que hacer una valoración relámpago sobre si confía, si le compensa hablar de ello, si servirá para algo, cómo lo tomará el o la sanitaria. Y además, juega una resistencia casi siempre a relacionar las vivencias porque hoy día la gente no quiere que sus síntomas sean tomados por psicológicos. Hemos de comprender esta

rápida y a veces más lenta valoración y esperar o dar tregua, tratar de inspirar la confianza necesaria, mostrar que no vamos a hacer valoraciones morales, que a veces las cosas se relaciona con lo que a la gente le pasa y no presionar hasta que la persona avance.

De todos modos, los y las sanitarias, tenemos a menudo más temor a que los y las pacientes se tomen esto como una intromisión en su vida personal y no quieran hablar. Pero la experiencia demuestra que tienen muchas menos dificultades para hacerlo de lo que pensamos y que, en realidad, están deseando poder hablar de lo que les pasa en otros planos no biomédicos. Así que, ante las resistencias, no presionar, lo que fortalecería la resistencia, sino esperar, dar confianza, e incluso cambiar de línea y dejarlo para otro momento.

Cuando avanzamos, a lo que intentaremos estar atentos/as es a las coincidencias temporales entre síntomas y hechos biográficos. Y preguntarlo explícitamente cuando no aparece.

Por ejemplo:

Caso Unica.[8] "Si os vais, me desvanezco"

Síntoma: pérdidas de conciencia.

Demanda explícita: atención al desmayo.
Demanda implícita: compañía equivalente a los hijos.

Contaba un profesional que una paciente acudía periódicamente a urgencias porque tenía pérdidas de conciencia. A veces también llamaban para que fueran a su casa donde llegaban cuando ya se había recuperado pero estaba en un estado de fuerte nerviosismo. Era conocida por todo el equipo del centro de salud, hacía años que esto ocurría y ya sabían que no había que hacer otra cosa que estar con ella en urgencias o en su casa y que con eso se calmaba. Le ponían placebos. Ya había sido investigada y no tenía ningún proceso neurológico, metabólico, cardiovascular, nada orgánico. En toda la trayectoria nadie sabía en qué momentos y por qué se desmayaba.

Bastó hablar una vez con ella, para localizarlo: era de edad madura, ama de casa exigente, madre super-cuidadora y cada vez que coincidía que sus hijos se marchaban todos de casa a comer o cenar fuera, le daba un ataque y se desmayaba. Decía:

—y qué van a comer que no es lo que yo no les hago, ¡ya no me necesitan!

8. Unica Zörn, poetisa suiza con graves trastornos mentales.

Localización de acontecimiento desencadenante: cuando los hijos la dejan sola y comen fuera. Sujeción a modelo de género tradicional.

Por eso, sólo que le hicieran caso los que ella tomaba como "*los chicos de urgencias"* bastaba para recuperar cierto sostén de su narcisismo que se venía abajo (los desmayos suelen corresponder a una falla del sostén narcisista: la propia imagen, recordemos el sostén de la mirada de los otros o el amor) con la ausencia de los hijos de casa a los que ella ya no alimentaba.

¿Desde cuándo empezó a desmayarse? Desde que los hijos fueron mayores y empezaron a salir todos. Sin duda se trataba de una personalidad primaria y vivida en fuerte dependencia y posición objetal de su condición familiar, pero lo que le ocurría tenía un sentido y un significado que podría ser desactivado.

En esta paciente, tienen también un peso fuerte determinantes de género. Su enfermar es, en parte, efecto de las características de su personalidad que actúan como predisponentes, pero está asociado a la sujeción a un modelo de género tradicional en el que se ha realizado a través de las funciones de madre y cuidadora exclusivamente, en el espacio doméstico como su único espacio de creación y trabajo, aislada de una red social en la que estuviera activamente presente. Todo ello genera una situación de dependencia material y afectiva y, en definitiva, la coloca en una posición de objeto de los otros, **identificación pasiva** por excelencia, quedando expuesta a los daños procedentes de la desestabilización de estos puntos de apoyo. Y el sistema sanitario aparece aquí como un recurso al que ella recurre y con el que puede establecer una relación de dependencia equivalente a la de sus propios hijos.

Localización de identificación: pasiva objeto de otros. Dependencia filial de los sanitarios.

Las identificaciones. ¿Cómo localizarlas?

Localizando el acontecimiento social asociado a los síntomas y el malestar nos permite escuchar cómo habla la persona sobre esas circunstancias y cómo actúa influido por ellas, para localizar en **qué identificación** se coloca frente al hecho biográfico. Es el segundo paso de la localización que concierne a la posición subjetiva.

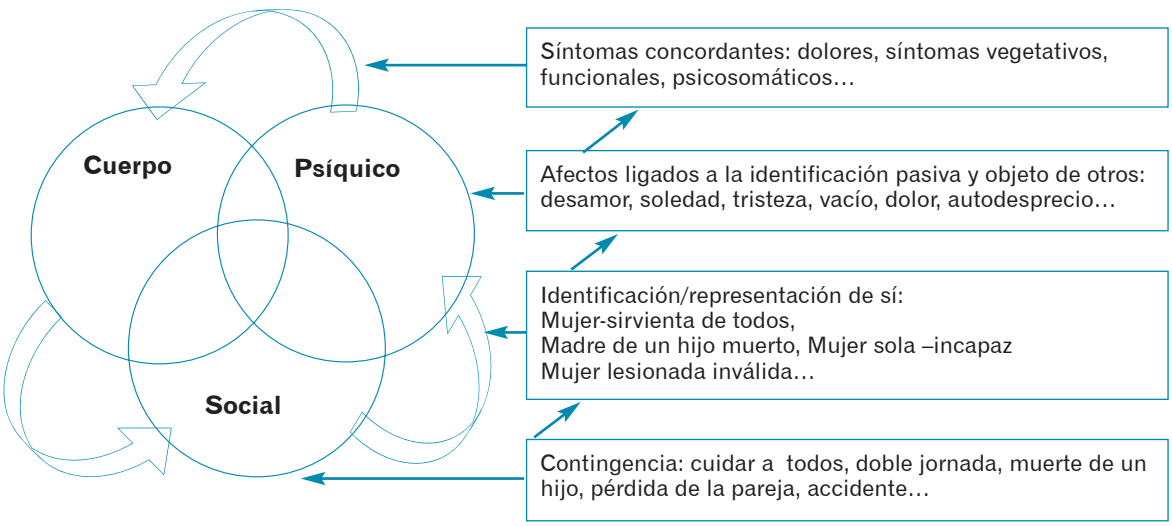
Por ejemplo, en el caso de Unica, frente a la marcha de los hijos, se coloca en una identificación de *madre abandonada, pasiva y dependiente*, fuertemente sintomática en su caso, posición desde la que lanza la demanda implícita a los y las sanitarias colocándose en esa misma identificación equivalente con ellos. Había que oirla decir en su casa cando acudía el enfermero joven que ella prefería: *"Ay, ay, hijo, quédate un poco conmigo, ay, ay…".*

A lo largo de las sesiones de análisis de caso realizadas con sanitarios/as de atención primaria, solemos encontrar que muchos profesionales hablan con sus pacientes, les dan espacio para contar, y conocen buena parte de sus historias personales. Pero encontramos que, conocer los hechos que les ocurren e incluso darles consejos sobre que hagan tal o cual cosa, no cambia la situación. Y al aplicar el método presente vemos cómo lo que falta es ese segundo paso de descubrimiento de lo que para la persona significa subjetivamente lo que le ocurre, y poder hacer algo, no sólo para aconsejar cambios circunstanciales, sino también que cambie cómo está colocada la persona. Digamos que es frecuente conocer lo psicosocial, pero no lo subjetivo que es dónde podremos producir cambios personales.

En el **cuadro 28**, se esquematizan los componentes de la localización: **las contingencias sociales**, de las que en el esquema se ponen algunos ejemplos, y un segundo paso, **las identificaciones** frente a esas contingencias, donde se ejemplifican otras posibles. No hay una relación univoca previamente establecida. Es decir, ante una situación de pérdida de la pareja, por ejemplo, unas mujeres se colocarán en la identificación de "*mujer sola e incapacitada"*, posición pasiva, inhibidora, que generará baja autoestima, dificultad para actuar y sobre ponerse a los hechos, y otras podrían tomar una identificación activa, de "*mujer independiente y, por fin, con su propio tiempo",* desde la que saldrá de la pérdida totalmente distinta. Por esto hay que localizar en cada persona qué posición particular ha adoptado.

Cuadro 28

Contingencias, identificaciones, afectos y síntomas



Y nos daremos cuenta de que cada identificación y posición subjetiva va acompañada de los **afectos e ideaciones** que le son propios. En general, las **identificaciones pasivas y de objeto de otros,** son productoras de tristeza, vacío, baja autoestima, pasividad profunda…, Mientras que las **activas y sujeto de los propios actos**, son desde las que se puede actuar, amar, trabajar y sentirse bien.

Y por último, las identificaciones pueden ser generadoras de inscripciones y **efectos sobre el cuerpo** donde aparecerán los síntomas funcionales, dolores e incluso, a veces, lesiones psicosomáticas de órganos.

La localización en síntesis:

CUADRO 29

Localizar

- Localizar los momentos biográficos y/o acontecimientos vitales que se relacionan con los síntomas o malestar.
  ¿Qué le ocurre? ¿Desde cuándo? ¿A qué lo achaca?
- Localizar cuáles son experiencias sensibles y significativas para el/la paciente.

Circunstancias a localizar

- Grandes carencias
- Pérdidas
- La muerte
- Crisis y acontecimientos vitales
- Conflictos de intimidad y sexualidad
- Conflictos de la vida de pareja y familiar
- Conflictos de género
- Conflictos de trabajo

- Localizar las identificaciones en que la persona ha caído en la circunstancia social significativa.

• Señalar. Reflejar las posiciones subjetivas •

Que la sanitaria o el sanitario se hayan dado ya cuenta y localizado qué le ocurre a la persona y con qué se relaciona su malestar, no va a producir efecto hasta que sea ella misma quien se dé cuenta y lo descubra. Por eso, es un paso necesario señalarle hacia el acontecimiento significativo y su relación con el malestar.

Y decimos **señalar y no comunicárselo directamente** porque no sirve tampoco de mucho que le impongamos su verdad desde fuera. Aquello de "*… a usted lo que le pasa es que no ha realizado el duelo por la muerte de X…"* por ejemplo, aunque sea verdad, es una imposición directiva y violenta que provoca, incredulidad, en el mejor de los casos, o reacciones defensivas intensas, en el peor. Con esta comunicación nos colocamos como amos del saber sobre el sujeto y nos dirigimos a su Yo consciente para decirle por

qué él, desde algún lugar interno, se está causando a sí mismo los síntomas y malestares por algo que no ha sabido hacer. Y hay que recordar que si aparecen dolores, síntomas funcionales o trastornos anímicos es porque aquellos conflictos que los causan no han podido ser mentalizados, pensados y resueltos. Los síntomas son producidos desde el sujeto para mantener al Yo a salvo de sufrir el conflicto que los causa. Están ahí para mantener oculto el conflicto. Por eso, es inútil arrojar el conflicto sobre el Yo, que en su montaje de superficie intenta mantener la apariencia de inocencia desconociendo la profundidad del sujeto que lo habita.

Hay que resistirse a emitir aquella alocución "*a usted lo que le pasa…"*, y esperar y encontrar la manera de señalarle a la persona lo que dice o hace y que demuestra lo que le está conflictuando. Actuaremos como un **espejo que le devuelva el saber** sobre sí mismo/a cuando ella misma lo evidencie.

Parece complejo, pero es más fácil de lo que parece porque lo importante es saber adoptar esta actitud de no ser quien lo sabe todo y directivamente se lo dice, sino de estar escuchando y devolverle lo que está diciendo. La única audacia es ser capaz de esperar el momento en que lo diga, para señalarlo. Y para ello, sin duda, unas veces estaremos más inspirados y ágiles que otras.

Por ejemplo, cuando la mujer del **caso Unica** dice:

—*Ay, es que mis hijos se han ido a comer fuera … ay* —en medio de varias otras cosas sobre el tipo de mareo y malestar que tiene, basta repetirle con atención:

—*¡Que sus hijos se han ido a comer fuera!* —y si eso se ha repetido ya más de una vez, podemos decirle:

—*¿Se da cuenta de que cuando se marea es cuando sus hijos se han ido a comer fuera y se queda sola?*

Y esto es lo que tiene opciones de causar efectos.

No es tan obvio que siempre nos demos cuenta de todo lo que decimos. Al contrario, puede que las cosas más importantes las digamos sin darnos cuenta, envueltas en otras varias. Cuando alguien nos recuerda que dijimos tal cosa, no somos conscientes de ello. Es más fácil darse cuenta de lo que uno dice si queda recortado, como cuando decimos unas últimas palabras y colgamos el teléfono. Eso último dicho queda recortado y resonando repetidamente, haciéndose bien consciente, queda señalado. Pues de eso se trata, de devolver reflejado, de recortar, de señalar cuando el o la paciente habla de aquel acontecimiento biográfico que nos parece que es significativo y está relacionado, ya sea porque ya lo ha contado antes y nos hemos podido dar cuenta, ya sea por las

emociones simultáneas, ya sea porque es justo lo primero que se le ocurre cuando le hemos preguntado qué le preocupa, o a qué achaca ella su padecimiento.

Otro ejemplo, en la mujer del **caso Virginia** cuando dos o tres veces había mencionado "*la biopsia"* ligada a su primer desvanecimiento y en otros momentos *la biopsia* de su padre, basta con repetirle "*¿así que los desvanecimientos tienen que ver con la biopsia?"* para que instantáneamente se dé cuenta de eso y de que es la biopsia de su padre la que sobre determina la carga de su propia biopsia. Es ella misma la que se da cuenta. Y prácticamente sólo eso hace ceder la angustia en un primer golpe, porque el darse cuenta implica que cae la identificación con su padre por lo menos a través de la biopsia, causante de la angustia.

No hace falta arriesgarnos a interpretar o buscar formas sofisticadas de devolver lo que nos parece que está afectando. Basta con señalarlo. Por otra parte, si estamos equivocados y eso que señalamos no es la clave, resulta completamente inocuo. La persona no mejorará, pero tampoco empeorará y podemos seguir con la escucha.

Es también importante que, a menudo, basta con permitir hablar de lo que a la persona le parece que está relacionado y escucharlo —con lo que ya estamos reflectando lo que dice—, recogerlo, —lo que supone reconocerlo como valido—, y sin llegar a señalar nada, se produce el mismo efecto de darse cuenta. Ocurre así, en parte, en el **caso Frida** que expondremos en el capítulo de análisis de casos, y esto es así cuando ya se ha establecido una buena relación sanitario/a-paciente significativa.

Vemos que el método que tratamos requiere una postura mucho más contemplativa y pausada que la que caracteriza a la intervención médica, pero sin duda se alcanza con la práctica si sabemos qué y por qué lo estamos haciendo.

En esta línea es también importante seguir utilizando **lenguaje tentativo e interrogaciones mejor que afirmaciones**. Se trata de dejar lugar al saber del lado del sujeto, de la persona de la o el paciente.

En resumen:

Cuadro 30

Señalar

- Señalar los momentos o situaciones escuchadas que parecen significativas.
- Devolverlo a la persona actuando como espejo que reflecte su saber sobre sí misma/o.
- Señalar la relación de las ideas o experiencias con los síntomas.
- Hacerlo con lenguaje tentativo e incluso interrogativo, a modo de sugerencia y no directivo o dogmático.
- No comunicar interpretaciones directivas sobre lo que le ocurre a la persona.

• Corrección de posición subjetiva. Descifra y desacopla •

La corrección de la posición subjetiva es, en realidad, un efecto que se produce cuando el sujeto se da cuenta conscientemente de cómo se ha situado frente a un acontecimiento o situación. Se le hace evidente que se ha identificado en un lugar que es el que le produce los síntomas. Por supuesto, aunque no sepa nada de estos términos teóricos. A veces, esta mirada eficaz interior (lo que se llama *insight*) se produce en solitario frente a algún hecho, a una conversación con alguien, por un recuerdo o pensamiento que inspira para relacionar las condiciones del momento enfermante con el malestar mismo y se produce un efecto de sujeto con la misma corrección subjetiva, fuera de una relación terapéutica.

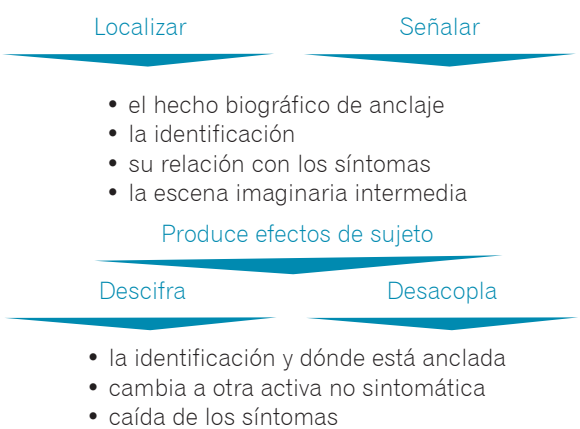
Es la vida misma. Por ejemplo, la médica del **caso Diego** que frente al dicho de su paciente-amigo que le devuelve invertida la frase en la que ella deja ver su identificación, se da cuenta y automáticamente cae su identificación de *amiga en seducción* y pasa a la de médica.

Pero otras veces, la identificación está muy fijada y es a través de una relación terapéutica cuando se ha de producir ese efecto de sujeto.

Lo que se produce en el interior de la secuencia **localizar >> señalar >> darse cuenta >> efecto de sujeto >> corrección de la posición subjetiva >> caída de los síntomas**, es que se **descifra** el punto de anclaje de la identificación, la identificación misma y su relación con los efectos sintomáticos y, a continuación, se **desacopla** la identificación de aquel anclaje, cambiado a otra progresiva y coherente con una posición activa con respecto al momento vivido, a la que no van asociados los mismo síntomas **(cuadro 31).**

Cuadro 31

Proceso de corrección de la posición subjetiva



Descifrar

Al escuchar lo que parece significativo para la persona lo que estamos haciendo es **descifrar del discurso** en qué momento biográfico se ha quedado fijada la persona en una identificación pasiva enfermante: el punto de anclaje.

Por ejemplo.

Caso Camille.[9] Asma en la identidad de madre

Descifrar:
Localización del hecho de anclaje; identificación acoplada, relación con el síntoma y darse cuenta.

Una mujer tiene crisis de asma que no están relacionadas con un alergeno localizable y ya se va viendo que sí con momentos de importancia afectiva. Al preguntarle desde cuándo las tiene, dice:

—*Desde que nació mi segundo hijo.*

Podemos pensar que será debido al cambio hormonal, pero también podemos indagar un poco más para ver si hay correlación psicosocial y subjetiva. Y la médica pregunta:

—*Ah ¿Sí? ¿Y cómo fue el nacimiento de ese hijo?* Formulada así la pregunta en espejo y apuntando más a lo vivencial que a datos médicos, lo cual esterilizaría la respuesta.

—*Pues fue una experiencia distinta a la de mi primer hijo. Di a luz en casa, no como el primero que fue en el hospital y me durmieron para hacerme fórceps*.

—*¿Y fue mejor experiencia que el primero?* —Pregunta la médica, animando a continuar en términos vivenciales, mostrando interés por ello y por tanto, dándole valor.

—*Sí, mucho mejor, fue a la antigua. Necesitaba tener un parto así. Como mi madre que parió a todos sus hijos en casa. Me sentí como si ya fuera una verdadera madre.* Se queda callada un momento y añade. *Una madre de verdad ¡incluso con asma!*

—*¿Y eso? ¿Para ser madre hay que tener asma?* Dice la médica, señalando lo que parece una incongruencia, pero interesada en ello.

—*Pues sí* —dice riéndose la paciente— *mi madre tuvo crisis de asma toda la vida y se me ha ocurrido que al sentirme madre de verdad también ha tenido asma, como ella.*

No hace falta explicarle nada más, ni interpretarlo. Como mucho se puede decir: '*Muy interesante, sí, muy interesante*'. Para validar el saber descubierto.

9. Camille, Camilla Claudel, escultora alumna de Rodin y con un genio paralelo.

El haber dicho esto, en medio de lo cual la paciente ha tenido un *insight*, se ha dado cuenta de que el asma es un rasgo que, en su realidad psíquica singular, caracteriza a una madre de verdad y que, desde que nació ese hijo, ha quedado identificada con su propia madre asmática. Podemos argumentarnos esta explicación teórica *a posteriori*, pero no es necesario ni conveniente comunicárselo a la paciente, no es la explicación teórica lo que puede desacoplar la identificación con la madre, sino el darse cuenta por sí misma, lo cual ocurre por el efecto de desciframiento que ha podido hacerse en la relación con la médica que está escuchando y dando por válido su saber. El darse cuenta es un proceso también vivencial subjetivo, no racional ni de construcción teórica sobre uno/a mismo/a. Aunque tiene la condición de hacer consciente lo que no lo era.

Es esta secuencia, al mismo tiempo, la paciente ha localizado el **hecho biográfico de anclaje de la identificación** (el parto de su segundo hijo); **la identificación** en que cayó (con su propia madre asmática) y **la relación de ello con su síntoma** (el asma). Hay que decir que las crisis cedieron a partir de ello.

A menudo, el efecto de la intervención no es constatada en el momento. No podemos esperar verificación ni insistirle a la persona sobre lo que ha dicho, o que a partir de ese momento no debería tener síntomas, etc. Hemos de esperar, porque el efecto podremos constatarlo en sucesivas visitas. Del mismo modo que habrá que continuar, si no se ha producido mejoría, porque entonces es que no ha sido localizada la significación subjetiva.

Por último, otro medio para descifrar las identificaciones son los *impasses* de las palabras. Las palabras son vehículo de expresión en dos niveles: el manifiesto, a través del cual decimos lo que conscientemente queremos expresar o transmitir, y el latente, que es el nivel de expresión que procede del inconsciente. Lo que llamamos *lectura entre líneas* viene a ser buscar entre las palabras aquello que están diciendo no manifiesto. Todos/as lo hacemos a diario, tratamos de entender lo que se nos está diciendo sin querer, aunque, sin duda hay personas más intuitivas que pueden leer entre líneas con más habilidad, cualquiera de nosotros usa este nivel de comprensión en sus relaciones. En la relación entre sanitario/a y paciente es también una vía para descifrar, tanto la demanda implícita, como las identificaciones.

Aquello que podemos escuchar entre las palabras para ponernos al habla con el circuito inconsciente son los *lapsus y errores del lenguaje, y las rimas del discurso.* No es tan enigmático como puede parecer. Todos podemos apreciar el doble sentido de algunos decires, el caso es prestarles atención cuando sabemos qué queremos hacer con ello.

Hay infinidad de ejemplos sobre *lapsus y errores gramaticales* que en realidad están desvelando la verdad del inconsciente (Freud, 1901). Por ejemplo, cuando una paciente habla de su marido y dice y una y otra vez *"mi padr.....mi marido*...", podemos estar seguros de que identifica a su marido con su padre y, por tanto, se coloca como hija frente a él, al menos en la situación de la que esté hablando. Si nos llama por otro nombre, podemos deducir que nos está tomando por esa otra persona que nombra. Si se lo señalamos, dirá que se ha equivocado, pero de eso se trata, la equivocación está revelando la verdad (su verdad subjetiva). A menudo, darse cuenta de que uno ha cometido un lapsus da risa, y eso es otro signo inequívoco de que es algún contenido inconsciente el que se ha mostrado. La sonrisa de quien se ha puesto en evidencia no es una equivocación.

Los errores gramaticales, a menudo son también pequeños desgarrones por los que se cuela un contenido inconsciente. Por ejemplo, cuando alguien se refiere a sí mismo utilizando el género gramatical contrario. No suele ser inocuo. Una mujer que dice: '*cuando voy a trabajar me siento muy cansado'.* Podemos pensar en la inocencia del error, o en un hábito de uso del masculino genérico, pero haríamos bien en pensar que tiene un significado sobre la identidad en que se siente en ese momento preciso del que habla.

Y por último, las *rimas del discurso*, se refiere al uso de las mismas palabras para describir a personas o situaciones muy distantes o diversas. Por ejemplo, cuando alguien nos cuenta y define a su padre, o su amante o alguien muy significativo, conviene prestar atención a los calificativos que usa, porque no es nada raro que en otro momento, cuando se describe a sí misma o a otro amante, o a otra persona, si usa los mismo calificativos, nos orienta a que están en la misma serie, y los coloca en la misma identificación. Así podemos a veces descifrar la escena imaginaria con poder sintomático, cuando se describe el presente, o una escena reciente, con las mismas palabras que en otro momento puede haber descrito una escena pasada. Las palabras son el medio con el que quedan representadas las cosas, las situaciones, las personas en la realidad psíquica, y por ello a través de ellas podemos descifrar aquellos contenidos y representaciones.

Desacopla

Ahora bien, ¿de dónde procede el significado subjetivo de una identificación? Hemos de recordar lo expuesto en el capítulo IV sobre los hitos del desarrollo psíquico y la construcción de la subjetividad, porque los significados particulares que tiene cada identificación

se han construido a lo largo de aquellas experiencias durante el desarrollo, prolongadas en vivencias posrteriores a lo largo de toda la vida, que pueden añadir másescenas significativas. Y vimos en aquel capítulo, cómo una **identificación del presente** puede estar **acoplada regresivamente con una muy anterior, a través de una escena imaginaria**, que si bien procede de una real vivida, ha quedado transformada por la subjetividad y grabada en lo imaginario con un significado particular **(cuadro 12).** Sigamos con la mujer del ejemplo del caso Camilla.

Desacoplar 2º tiempo: El significado del asma es que eres madre. Escena imaginaria que acopla con posición en el triángulo edípico.

Unos días después, en otra consulta, la paciente cuenta que está mucho mejor del asma y que le parece muy curioso cómo ella se había hecho esta idea de que al ser madre tenía que tener asma. Y cuenta que se acordó de una cosa: *cuando tenía ella 14 años, una noche oyó ruido en el cuarto de sus padres. Su madre respiraba ruidosamente y con quejidos, como si fuera asma, se asustó porque pensó que su madre tenía una crisis fuerte y fue corriendo, se asomó al cuarto y sorprendió a sus padres teniendo relaciones sexuales y salió horrorizada. Se sintió fatal de haber confundido los ruidos de su madre con una crisis de asma. Además, en ese tiempo ella pensaba que los padres tenían tantas relaciones sexuales como hijos o hijas y que, de esa vez, producto de la confundida crisis de asma su madre tendría otro niño.*

Para Camille, en su realidad subjetiva, inconscientemente y aunque no sea racional, una madre verdadera tiene asma —el significado del asma es que eres madre—, y esta idea se formó en el inconsciente y cobró su valor en la vivencia de la escena vista a sus 14 años. Importa la edad porque esto hubiera sido inocuo quizá a los 10 años, pero a los 14, el desarrollo psíquico estaba retomando el triángulo edípico, en el que ella estaría situada identificada con la madre. La plasticidad para inscribir ideas acerca de la pareja sexual y la maternidad, llegando a ser altamente significativas, es mucho mayor en ese momento que en otros. Quedó fijada una escena imaginaria en la que "*una mujer con asma, producido en el encuentro con un padre, tendrá un hijo*", malentendido imaginario, soterrado en el inconsciente, pero presto a reaparecer si en algún momento se dan las condiciones. Y estas condiciones fueron para Camille, las de un parto en casa que al hacerla sentir una madre de verdad, escena equivalente a la imaginaria, acoplándose a la identificación con su madre. Por eso, en esos días en que se ha abierto lo subjetivo, Camilla recuerda aquella escena infantil asociada con sus crisis de asma actuales.

En cuanto a la función en la consulta de la localización de este segundo tiempo sobre la identificación pretérita, puede darse o no darse. Por un lado, para que las personas manifiesten los recuerdos que les surjan de años atrás o incluso de la infancia, lo único que podemos hacer es escuchar y ocasionalmente preguntar: *"¿Y le recuerda esto a usted alguna cosa de atrás, de su vida?, lo que sea…".*

Y por otro lado, si bien al verbalizarse el desacople de este segundo tiempo pretérito de la identificación, el efecto puede ser más seguro y duradero, no es imprescindible para que se produzca el efectos de sujeto que haga que la persona pase a funcionar en una identificación presente y activa. Nunca el o la paciente puede decirnos todo aquello de lo que se ha dado cuenta, pero no es necesario.

Y una precisión sobre la estructura subjetiva de Camilla. Podemos intuir que se trata de una estructura de seducción, por el lugar en el que se coloca en la escena edípica, identificándose con la madre y haciendo propio un síntoma materno. Esto quiere decir que en la relación con la médica, es fácil que se coloque en ese lugar seductor, lo cual se manifestará por el interés en agradar y colaborar. Esto funciona a favor de los efectos que se buscan, porque la relación será intensa y Camilla estará dispuesta a aceptar los mensajes y recibir los efectos de la médica. Pero, por su parte, la profesional tendrá que tener precauciones para no ser seducida, es decir, captada en la demanda de la paciente, lo que podría provocar que la sobreatendiera, que le consintiera sobreafectar la relación o, incluso, desarrollar otros síntomas para continuar teniendo demanda. Son las precauciones habituales frente a estructuras de seducción.

• El lugar de la sanitaria o sanitario para producir corrección subjetiva •

El proceso de corrección subjetiva se produce inserto en la relación significativa entre sanitario/a y paciente. De ahí procede la capacidad transformadora de lo que ocurre en ese encuentro.

Veíamos atrás que el o la profesional ha de tener en cuenta la posición en la que le coloca la persona y si queda o no captado en esa posición. Y es conveniente porque el efecto posible de sujeto variará según esa posición (imaginaria). Cuando el o la paciente nos incluye en su escenario de relaciones importantes nos suele colocar en serie con un marido, o con un hijo, o con un jefe o con una madre… Hemos de notarlo porque lo que a partir de ahí hagamos resultará como si lo dijera alguien de esa serie y esto le imprimirá un valor positivo, o quizá negativo.

Por ejemplo, cuando atendemos a una mujer en situación de malos tratos por parte de su marido, lo más común es que, por la exposición prolongada a esta contingencia social, esté colocada en una identificación pasiva, subordinada y dependiente por sujeción al modelo de género tradicional, al menos en las relaciones íntimas (aunque pueda no estarlo en otras facetas de su vida). Así, tendrá una representación de sí misma desvalorizada, de incapacidad y con fuerte tendencia a la dependencia afectiva. No será raro que, además, consulte por síntomas de dolores músculo-esqueléticos o ansiedad o depresión.

Cuando consulta, si es escuchada y acogida, la tendencia inicial es transferirle a el o la sanitaria los afectos propios de su posición e investirle de una identificación especular activa y de poder en serie con un marido... (en su caso potencialmente maltratador). Y su comportamiento relacional será de dependencia pasiva. Si no nos damos cuenta podemos responder captados/as en ese lugar, que es lo más fácil porque la actitud de temor, de no ser capaz, de estar sufriendo sin encontrar cómo cambiarlo, y resignándose a los síntomas, fácilmente provocará en nosotros/as una tendencia a decirle lo que tiene que hacer, explicarle con detalle adónde tiene que ir, centrarse en buscar recurso sociales e incluso comprometerse a ver al marido o a otros familiares para decirles lo que han de hacer, o para tratar de modificar la situación, y se suele caer en un estilo directivo.

Además, a veces las o los sanitarios comunicamos que estas pacientes llegan a irritan por su pasividad e inutilidad para dar pasos que cambien, y cómo hacen muy poco para evitar su sometimiento. Esto, auque sea sutilmente, se dejará notar en la relación con la paciente que recibirá un trato que la hace sentirse inútil e incapaz. Todo esto es actuar en serie con la identificación en que nos ha colocado —la de un marido al que se subordina—.

Esas son las actitudes propias del marido maltratador. Y en definitiva, la paciente puede reproducir con el servicio sanitario la situación de dependencia. En consecuencia, esa relación ha perdido la capacidad de transformación subjetiva y lo que hace es cronificar la posición pasiva.

La alternativa es no quedarse en esa **identificación transferida**, sino moverse de ella. En este caso sería resistir todo lo posible la tendencia a decirle lo que tiene que hacer y, por el contrario, preguntar y escuchar qué ve ella que puede hacer, cómo le parece que ha llegado a esta situación, qué piensa ella cuando el marido la maltrata, qué hace ella, qué hizo la primera vez, qué hizo la última, etc., persistiendo en creer en

la capacidad de hacerse consigo misma y de ser independiente y valiosa; insistir en escuchar al sujeto hasta que se asome. No podemos suplir indefinidamente al sujeto activo que está silenciado en ella.

Al actuar así desde una identificación distinta a la que espera, acabamos ofreciéndole el reflejo de otra actitud posible que hay en ella.

En síntesis:

CUADRO 32

Producir efectos de sujeto

- Que la persona se dé cuenta por sí misma y cambie de una identificación pasiva y objetal, a otra activa subjetiva en la que conoce de sí misma y puede cambiar.
- Reconocer y valorizar el conocimiento subjetivo.
- Transmitir mensajes:

  1. que impacten en las dificultades localizadas
  2. dirigidos a la posibilidad de cambiar el significado subjetivo de los acontecimientos
  3. que contengan actitudes alternativas a la mantenida por el/la paciente
  4. siempre tendentes a la activación de la paciente, no hacia la cronificación de la pasividad.

Retomamos el caso Nan que continúa con la actuación en la relación profesional-paciente, para ilustrar cómo causar los efectos de sujeto.

Caso Nan. 'El niño está seguro dentro de ti.' 2ª Parte. (parte 1ª del caso en página 162)

Posición de la terapeuta: de saber y validación del saber de la paciente y de vinculación afectiva.

La terapeuta acoge las confesiones (sobre el suicidio del tío de la paciente y sus sentimientos de culpa) sin reaccionar con escándalo. Le dice que se alegra de que le haya contado esto porque seguro que tiene algo que ver con lo que ahora le pasa. La desculpabiliza diciéndole que todo el mundo siempre encuentra la manera de sentirse culpable cuando muere alguien querido, porque siempre nos sentimos culpables de quedar vivos, pero que no existe tal culpa. La vida y la muerte tienen su curso, y no somos tan poderosos como para evitarlo. Lo cual es enviarle mensajes alternativos desde la posición de confianza y de vínculo afectivo desde la que está.

La situación de desvalimiento por la intensa angustia desde la que se dirige una llamada a la terapeuta que escucha, y la verbalización de hechos tan traumáticos que son acogidos como muestra de un conocimiento importante sobre sí misma, crea con la terapeuta un lazo muy rápido, favorecido además por estar dirigido a alguien que no tiene la función de tocar su cuerpo, ni

de ocuparse del niño, sino de escucharla a ella. Se ha depositado muy rápidamente en la terapeuta una confianza y un saber. En este contexto, dirigiéndose a la literalidad del miedo que ha expresado, y con la hipótesis que no le comunica a la paciente, de que está identificada con su tío, con alguien que puede hacer daño, le dirá algo:

Mensaje al sujeto: para desacoplar la identificación de "que puede hacer daño".

—*El niño está seguro dentro de tu cuerpo, puede estar ahí bien los nueve meses, ocupándose de crecer, está seguro dentro de ti*—. Este enunciado que intenta calmar la angustia con una aseveración que contravenga su temor y que es creída como verdad, por efecto del lugar que ya le ha dado a la terapeuta, capta plenamente su atención y efectivamente amansa casi inmediatamente la angustia, lo cual quiere decir que ha hecho blanco en el núcleo que la provoca.

En siguientes sesiones traerá una franca mejoría, cediendo la angustia al mismo ritmo que se van verbalizando y descubriendo los términos del complejo angustioso. Vienen asociados, hablando seguido de una cosa y otra, los abortos espontáneos que ha padecido. Se han ido inconscientemente inscribiendo como *daños que ella a hecho a los niños que llevaba dentro*, como si hubieran permitido confirmar en los hechos la fantasía inconsciente de "*ser capaz de hacer daño"*. Nan repetirá más de una vez que "*ella no hizo nada para haber abortado"* al mismo tiempo que se pregunta *"qué pudo hacer mal para abortar"…"por qué ella no fue capaz de evitar los abortos"* hablando de la creencia profunda de sí haber tenido que ver en ello. A raíz de los abortos, cuando empieza la depresión de larga duración que padece, se ha quedado fijada en la identificación reverberante con su tío que es una identificación con dos caras: la de *ser alguien que puede dañar* y la de alguien que puede morir si no se le cuida *su nerviosismo* (como le ocurrió a su tío).

Descifra: la conexión entre el sentimiento de culpa por la muerte del tío, y por sus abortos.

En Nan, la angustia procede de la conjunción de la culpa por el temor a dañar a otros, con el temor al mismo daño sobre sí. Este doble sentido ha tomado lugar por la identificación doble que produce el embarazo.

Las mujeres pueden identificarse imaginariamente con el feto que tienen dentro de su cuerpo a la par que con la madre que contiene a ese feto. Es un particular estado en que el ser está imaginariamente desdoblado (Lemoine, 1975: 121).

Desacopla: identificaciones de "hacer daño" antigua y presente.

En la terapia, según va desvelándose el significado subjetivo de las experiencias que han construido cómo se siente en el presente, y van cayendo las correspondientes identificaciones y apareciendo representaciones de sí misma alternativas a ese circuito angustioso que se describe arriba.

Efectos de sujeto y corrección: se da cuenta de las asociaciones y cambia posición activándose.

Y en cada caída y nueva construcción, no sólo desaparece la angustia sino que se acompaña de los actos lógicos de su nueva posición. Aceptará que sus padres se vayan de su casa, volverá a ser capaz de dormir en el dormitorio con su marido, se hará cargo de comprar ella misma el ajuar de su bebé, se hace cargo del cuidado de su casa. Podrá también pensar en el niño e imaginarlo sin riesgo dentro de su cuerpo. Es decir, sale de la posición infantil vitalmente amenazada, incapaz de separarse de la protección de sus padres para comportarse como una mujer que va a ser madre, lo cual es en ella la única vía de simbolización con la que cuenta.

Condicionantes de género: rol pasivo de ama de casa sin vías de realización que agrava el acoplamiento angustioso.

Es probable que si Nan hubiera tenido otras vías de simbolización abiertas a su disposición, como el saber, el trabajo, algo creativo, no hubiera sido tan vulnerable a las identificaciones regresivas, no se hubieran fijado de forma tan prolongada, porque hubiera encontrado posiciones en las que hacer circular las pulsiones fuera del circuito cerrado de la angustia que captaba toda la energía psíquica.

• ¿Hacia dónde encaminar a los y las pacientes? •

No se trata de proponer modelos de actuación. Tampoco hemos de indicarles a los y las pacientes qué tendrían que hacer, qué tipo de cambios en su vida. Hemos de pensar en el horizonte al que han de tender y que podemos proponer. Y éste es sólo que sean **sujeto de sus propios deseos y actos**, encontrando siempre alguna vía de realización para aquellos deseos. **Vías de realización del sujeto** que permiten simbolizarse y tener una identidad y una presencia en el mundo.

Como vimos en el capítulo VI, al que remitimos ahora, tener en mente los **factores protectores de la salud biopsicosocial (cuadro 14),** resumibles en cuidar el cuerpo, escuchar el significado de sus síntomas, socializarnos y mantener vías de realización activa, y una posición autónoma con capacidad de independencia, con proyectos propios.

En definitiva el objetivo es **pasar de la cronificación en la pasividad a la subjetivación activa.**

Para los síndromes del **malestar de las mujeres**, es especialmente importante tener en cuenta las presiones y conflictos que pueden estar causando los **condicionantes de género**. En la medida en que estos condicionantes son modelos e ideales que pueden estar interiorizados, es una acción importante para modificarlos, que **el o la sanitaria lance mensajes alternativos** a esos condicionantes.

Cuando la sobrecarga del rol de cuidadora, la doble jornada, la subordinación al hombre y a los imperativos de la vida familiar, las actitudes objetales frente al deseo, la dependencia afectiva, la falta de autonomía y proyecto propios, los conflictos de la feminidad, que ya sabemos que suelen ser las situaciones vivenciales desencadenantes o asociadas a los síndromes, al mismo tiempo que nos ocupamos de favorecer el cambio de la situación social y de la posición subjetiva, podemos transmitir aquellos mensajes que ofrezcan modelos de género alternativos en los que la mujer se permita salir de aquellos condicionantes.

Desde el lugar de sanitario/a podemos **transmitir estos mensajes,** no sólo con palabras, sino con nuestras actitudes y acciones. Si no reaccionamos de ninguna manera ante una situación de maltrato o de entrega incondicional al cuidado, estamos enviando un mensaje que valida ese estado de cosas. Conviene, por el contrario, mencionar otras actuaciones posibles. Si reaccionamos, indagamos y cuestionamos, estamos enviando un mensaje de que hay alternativas. Además, de lo más valioso, es validar y animar a continuar en las actitudes y acciones activas y creativas que se le ocurran o inicie la persona. Por ejemplo, cuando quiere buscar un trabajo, o iniciar talleres o actividades sociales o buscar una ayuda y delegar las labores de cuidado, o empezar a manifestar a su pareja aquello que desea o que le molesta… en fin, el repertorio es infinito, pero el criterio es que sea cualquier **acto que empiece una salida de la pasividad y de funcionar como objeto de los otros**. Veremos ejemplos de ello, en los casos clínicos del siguiente capítulo.

En síntesis:

Cuadro 33

¿Hacia dónde encaminar a el o la paciente?

Pasar de la cronificación en la pasividad a la subjetivación activa: ser sujeto de sus propios deseos y actos.

- Buscar o validad que haya alguna vía de realización del sujeto

El conocimiento	El encuentro con los otros
El trabajo	Tener hijos/as
La creación	Amar
	La mística

Favorecer los factores protectores de la salud biopsicosocial

Cuidar el cuerpo,	Sujeto de los propios actos
Escuchar el significado de los síntomas	Posición autónoma independencia
Socializarse y mantener realizaciones	Proyectos propios

Transmitir mensajes alternativos para los condicionantes de género

Ruptura de poder/subordinación
Validación de deseos y actividades propias
Validación de modelos igualitarios
Validación de feminidad y masculinidad no ligados a interdependencia y papeles estereotipados (maternidad, delicadeza, belleza, ser cuidadora…)

Limitaciones y criterios de exclusión del método

El método tiene sus limitaciones.

Encontraremos limitados los efectos en personas que pueden estar en un momento en el que no tienen energía para establecer relaciones significativas e inmiscuirse en cambios. Puede intentarse, porque no se les perjudicará, pero puede que los resultados sean lentos. Será así en personas **muy dañadas, con trastornos de muy larga duración y largamente medicadas.**

También será quizá más dificultoso el avance con personas que soportan unas **circunstancias muy condicionantes**, como puede ser mujeres con pareja toxicómana, o malos tratos de años. En estos casos es más necesario aún intentar que cambien esas circunstancias sociales externas para que la persona esté en mejor disposición para su propio cambio, aunque ese cambio en lo social debe propiciarse siempre.

Son **criterios de exclusión** del tratamiento los siguientes: **personas psicóticas o perversas y fronterizas**, con quienes no sólo no sería eficaz el método, sino que podría perjudicarles, desestabilizándoles.

Cuando hay establecido **tratamiento con neurolépticos**, lo cual quiere decir que, al menos ha habido fenómenos de carácter psicótico, tampoco se debe intervenir.

Y en el casos de **adicciones**, la forma de movilizar y curar a estas personas es también más compleja y especializada, y podemos encontrarnos en medio de una relación sanitario/a-paciente muy expuesta a la manipulación, lo que no nos permitiría obtener resultados.

En casos de **enfermedad orgánica grave** o que afecta a **órganos vitales**, no es prudente intervenir con el método porque sabemos que estamos produciendo efectos en el lazo entre el psiquismo y el cuerpo y podría haber algún efecto psicosomático que, si ocurre sobre un órgano vital dañado, podría tener consecuencias. Además ante la enfermedad grave, la economía de los recursos psíquicos se organiza de otro modo y no es seguro que los cambios esperados puedan producirse.

Por último cuando hay **antecedentes de intentos de suicidio**, tampoco es prudente intervenir con este método ya que tiene potencial para producir pasajes al acto, y en el caso de las personas con impulso suicida, éste podría ser el pasaje.

Cuadro 34

Criterios de exclusión

- Enfermedad orgánica grave o de órganos vitales:
  - cardiopulmonar,
  - hepática,
  - Sistema nervioso central,
  - degenerativas del sistema nervioso periférico,
  - cáncer y otras con criterio de gravedad.
- Estructura perversa
- Estructura psicótica o fronterizas
- Tratamiento con neurolépticos
- Alcoholismo y otras adicciones
- Antecedentes de intentos de suicidio

CAPÍTULO IX
Casos clínicos de atención primaria

Agradecimientos a las profesionales que han aportado sus casos y que los han expuesto tan sincera y generosamente.

Es muy gratificante ver la mejoría de los pacientes, el método evita que se cronifiquen y el paciente entiende que su situación responde a hechos históricos de sus acontecimientos vitales.

Médica de Atención Primaria

Análisis de casos

Al analizar casos clínicos bajo la perspectiva biopsicosocial ponemos en juego todos los componentes del método que hemos tratado hasta ahora. No se limitará a la exposición de los hechos clínicos biomédicos, sino que indagaremos sobre los hechos biográficos y determinantes psicosociales y de género, sobre su significado para el o la paciente.

Una diferencia principal con el método habitual seguido en las sesiones clínicas biomédicas es que incluímos en el análisis lo que le ocurre al profesional en la atención al caso, es decir lo que piensa y los afectos que le despierta la persona que atiende, porque un punto fundamental es analizar la relación sanitario/a-paciente y cómo se coloca cada uno en ella, lo que supone indagar en la demanda implícita, en las transferencias y la captación o respuesta que puede producirse ante ellas.

Del mismo modo, al revisar las actuaciones médicas o técnicas, las veremos desde el punto de vista del sentido que tienen esos actos para el sanitario o la sanitaria y para la persona atendida. Y por último, analizamos los efectos que parece causar el encuentro y actuaciones. En síntesis:

CUADRO 35

Análisis biopsicosocial de casos

Exposición del caso

- Datos clínicos básicos. Demanda explícita. Actuaciones realizadas. Efectos o resultados.

Análisis psicosocial

- Identificar condicionantes psicosociales y condicionantes de género.
- Hecho biográfico de anclaje e identificación.
- Escena imaginaria intermedia (puede no manifestarse).

Escucha selectiva de biografía y localización

- Sospecha de demanda implícita.

Pensar posición subjetiva de la paciente frente al sanitario/a

- Identificar funcionamiento latente en la relación sanitario/a paciente (posiciones de profesional y paciente).

Pensar posiciones subjetivas (papeles) de profesional y paciente.
Sentimientos y reacciones que provoca

- Identificar mensajes latentes transmitidos.

Pensar qué se le ha señalado o dicho con palabras o actos

- Identificar efectos sobre la posición subjetiva.
- Proponer actuaciones y mensajes alternativos.

Buscar efecto de sujeto favorables.
Mensajes o actitudes alternativas y posición desde la que enviarlos

Por todo ello, la mejor forma de hablar de un caso para este tipo de análisis es que el sanitario/a lo relate sin preparación previa, como lo va recordando y sin buscar una exposición aséptica, sin excluir lo que vaya pensando o las expresiones de afectos que el o la paciente le provoca, incluidas sus vacilaciones, ya que en si propio discurso podrán aparecer los elementos para descifrar las transferencias recibidas y lo que ellas han provocado. No olvidemos que estos aspectos los desciframos a partir del discurso y sus afectos adheridos.

A continuación presentamos algunos casos de la práctica de profesionales de atención primaria que han colaborado después de haberse formado y aplicado el método de intervención biopsicosocial. Son casos reales, debidamente modificados para que no puedan ser reconocidos y escritos por las propias profesionales.

Caso Frida.[1] 'Madre sufriente, mujer dolorida'. Encarnación Abril Belchí, fisioterapeuta[2]

Demanda explícita: rehabilitación de fuertes dolores de espalda.

Escucha psicosocial y localización: a la edad de 16 años fue madre. Coincide el comienzo de los dolores. Empeoran con la posterior doble jornada y el cuidado de la madre.

Mujer de **36 años** que acude a fisioterapia derivada por el traumatólogo que según dice la paciente *"no la ha visto y sólo escribió rehabilitación"*.

Refiere dorsalgia, cervicalgia, parestesias en brazos y pérdida de fuerza.

En la **primera cita** se valora a la paciente que actualmente refiere fuertes dolores y cifra su discapacidad en un 50%.

Comenta que sufre dolor desde hace **20 años**. Exploro a la paciente y no encuentro causas físicas que expliquen un dolor tan intenso, únicamente una contractura y cierta rigidez dorsal. Se lo hago saber y le pregunto si se siente estresada o si hay otros factores en su vida que puedan estar relacionados con el dolor. Como se sorprende un poco de la pregunta, le digo que es muy frecuente que el estrés u otros problemas se manifiesten como un dolor de espalda. La paciente se echa a llorar y me dice que su vida no es fácil, que fue madre con **16 años** y que ahora trabaja dentro y fuera de casa. Además su madre ahora tiene mal una rodilla y tiene que ocuparse también de ella.

Se localiza el acontecimiento biográfico tras el que empiezan los dolores de espalda: cuando pasa a ser madre muy, muy joven. Y da dos hechos significativos más, tiene doble jornada laboral y ahora tiene que cuidar a su madre que también tiene dolor musculoesquelético y tiene que estar pendiente de ella. Parece que ha empeorado desde estos dos últimos hechos sumatorios.

No bastaría con achacar el dolor a la sobrecarga de trabajo, aunque sin duda influye mucho, ya que los síntomas empezaron a los 16 años, al ser madre. Esta consulta en la que cuenta esto es el primero de los dos pasos importantes que da la intervención.

Relación fisioterapeuta-paciente significativa: El saber de su experiencia subjetiva es información válida.

1er TIEMPO. Localización y establecimiento de relación: primera mejoría

Se ha producido una **descarga emocional** en la que me ha transmitido lo que le pasa, asociado a su dolor, y localizado con precisión y, aunque no le digo nada al respecto, la escucho y lo recojo, lo tomo

1. Frida Kahlo, pintora que sufrió dolores toda su vida.
2. Centro de Salud El Palmar. Murcia.

en serio y queda claro que todo lo que ha dicho es importante y relacionado con su malestar. Y siendo yo su fisioterapeuta, para ella queda automáticamente relacionado el dolor con lo que ha contado, aunque no sea consciente de ello. Veo más adelante el efecto positivo que esto ha producido. La relación conmigo es intensa por la carga emocional que ha habido. Somos casi de la misma edad. Y a mí me intriga esta mujer que ya ha tenido ya una hija tan joven.

Atención biopsicosocial: ocuparse de los síntomas y de lo psicosocial; continuar con la localización cotidiana.

Le propongo que iniciemos un programa de ejercicios en casa y que venga una vez a la semana a fisioterapia durante un mes. Dice que ella no tiene tiempo, hace un poco de resistencia, pero acepta cuando le digo que serán sólo 10 minutos al día. También le propongo que observe cómo se encuentra y qué le pasa cuando aumenta el dolor, ya que es preciso averiguar la causa para enfocar adecuadamente el tratamiento.

2º TIEMPO. Transferencia y efectos de cambio de identificación. Reconocimiento de la mejoría

Segunda cita: Realizamos tratamiento en el centro con electroterapia analgésica, ejercicios activos (realizados en sala con otros pacientes) y movilizaciones manuales (realizadas con cierta privacidad) durante las que habla y mantiene relación conmigo. Se encuentra mejor y se compromete a hacer los ejercicios.

Localización de identificaciones y transferencia: Identificada como madre sufriente entre su hija y su madre. Transferencia de identificación entre iguales.

Mi conexión con la paciente es buena y la encuentro reforzada porque no me siento nada lejana a lo que a ella le pasa. Puede que nos identifiquemos bastante como iguales. De hecho noto como si ella me observara y tomara nota de que yo trabajo, estoy activa, la tengo en cuenta y no parezco sentirme mal ni tener dolores. Parece que esto la ayuda a través de su identificación conmigo. Desde mi posición, lo que no hago es compadecerla o ser consentidora de una posición pasiva, sufriente, sobrecargada por la madre y probablemente por la hija, siendo objeto a su disposición, sino que cuando habla de hacer cosas la valido y animo a ello.

Tercera cita: Se encuentra mejor. Le digo que no pienso que la mejoría se deba al tratamiento y me confirma que no, que ha hablado con su madre para que se haga ella lo que pueda y no la sobrecargue tanto. Cuando la estoy movilizando me dice que se ha dado cuenta de que el dolor aumenta con la menstruación; le aconsejo que se lo diga a su médico, pero ella y yo sabemos que algo tiene que ver con el recuerdo de ser madre y las cargas sobre la espalda que ello

Corrección de posición subjetiva. Efectos de cambio. Modifica los factores sociales-relacionales determinantes gracias a la transferencia con la fisioterapeuta como iguales y sus mensajes. Cambia a identificarse como mujer activa y capaz. Reconocimiento por la paciente.

conlleva. También me dice que voy a ver ese día a su madre, me da la sensación de que la relación con su madre es problemática. Le pregunto qué le pasa a su madre y me dice que le duelen mucho las rodillas y que no puede caminar. En definitiva me trae a su madre, en ese momento siento que deja su carga sobre mí, parece vagamente me la deposita para que yo interceda en esa relación que parece ser muy absorbente.

Cuarta cita: La paciente se encuentra muy bien y cifra su discapacidad en un 10%. La exploración es normal. Le digo que me ha alegrado mucho su mejoría, pero que no es posible que se deba sólo al tratamiento (la verdad es que me parece una mejoría espectacular). Me dice que los ejercicios le van muy bien y que piensa seguir haciéndolos, pero que también le han ayudado mucho los cambios que ha hecho en su vida, que ahora que no está tan pendiente de su madre y tiene más tiempo.

Encarnación Abril

El caso de la colega fisioterapeuta está muy resumido, a pesar de lo cual se identifican los momentos y contenidos que producen el cambio. Aunque no está aquí expuesto, sabemos por la fisioterapeuta que, por las conversaciones mantenidas durante el tratamiento, sabe que la paciente vive con su hija desde hace años y que no aparece el padre de la niña en escena. Es interesante destacar que los cambios se producen a pesar de que no se ha hablado apenas de lo que le ocurrió a la paciente a los 16 años cuando tuvo a su hija y de su relación con esa hija, o de lo que ocurrió con el hombre que fue el padre… o de su historia pasada. Esto supone que no se ha hablado de la escena imaginaria que pudo haber colocado a la joven en el lugar de una *"madre sufriente"*[3] (y puede que abandonada por el padre) puede que acoplada en alguna identificación pretérita con su propia madre (el padre de la paciente tampoco es mencionado) que diera lugar al dolor cronificado y agravado cuando se redobla esa identificación al cuidar también a la madre. No se ha explicitado, pero es posible que todo eso haya reverberado en la mente de la paciente y lo haya podido elaborar apoyada en la relación transferencial con la fisioterapeuta y sus mensajes.

3. Se utiliza letra cursiva y a veces entre comillas, cuando se trata del enunciado de una identificación que define lo que significa subjetivamente para la persona. No es una descripción de una realidad, sino sólo de la realidad psíquica del sujeto en cuestión.

A menudo no sabemos todo lo que ocurre en el interior de la o el paciente, y parte del proceso nos es invisible. Pero ello tiene la ventaja de que nos ayuda a limitar el posible sentimiento de omnipotencia que el ejercicio de la biomedicina parece exigirnos y que, sin embargo, no es de utilidad cuando el foco de la atención está del lado del saber del paciente.

Caso Cindy.[4] 'Esta forma de ser acaba conmigo.' Marina Tourné García[5], médica de familia

Demanda explícita: mareos.

Localización temporal del síntoma: 16 años, la edad de su hija.

Paciente de 45 años, casada y con una hija de **16 años**, que viene a mi consulta por primera vez y refiere **mareo**. Se asusta porque para su trabajo necesita conducir.

Tenía historia clínica desde hace al menos 2 años.

Al preguntarle más datos refiere los **mareos desde hace muchos años, unos 16 años**.

Ella dice que no puede seguir así, que últimamente están empeorando y parece realmente afectada y sobre todo impaciente, solicitando "*las pruebas que hagan falta*". Cuando le pregunto a qué los atribuye me dice: "*no lo sé, para eso estoy aquí*", aunque educadamente.

1er TIEMPO: instauración de relación significativa y localización de posiciones

A mis preguntas contesta que no se siente nerviosa, ni está depresiva ni desanimada; no tiene problemas de sueño. No parece detectar ningún problema en su vida, ni nuevo ni antiguo, aunque sí me dice que hace unos 3 años su hermano tuvo un infarto, dice que lo pasó mal, pero me remite a que los mareos los tiene desde hace años.

Primeros tanteos transferenciales: paciente con intento de controlar y seducir; la médica no se deja captar. Si lo hace quedará inutilizada para causar efectos.

Tengo la impresión de que cuando yo indago en algunos aspectos, me remite al pasado y cuando me remito al pasado, parece perder interés y se pone impaciente… remitiéndose al presente; no me manejo bien con la situación.

Desde el principio me doy cuenta que es una **paciente "difícil"** y que lo más fácil es que siga de médico en médico, haciéndose pruebas en las que cada vez creeremos menos…

4. Cindy Sherman, fotógrafa que crea historias casi siempre consigo misma como modelo.
5. Centro de Salud de San Andrés. Murcia.

Se nota que la paciente **controla bien la situación** (tanto sus síntomas como su relación conmigo). Parece saber bien lo que busca, sabe de médicos y del discurso médico y no va a depositar su confianza *a priori*. A pesar de todo intenta **ser amable** conmigo. Creo sinceramente que necesita ayuda y que tengo la obligación de intentar que se mire a sí misma y frene.

Le pregunto sobre enfermedades previas para ir descartando, por aparatos, los posibles puntos a estudiar. Pido un análisis para valorar anemia, que ha tenido otras veces.

En la segunda entrevista viene acompañada por su marido. No sé qué significa, ni si me va a ayudar o a entorpecer la entrevista, pero sí sé que me ayudará a conocer más a la paciente y sus mareos a través de su actitud, aunque él no hable.

Atención biopsicosocial: ocuparse de los síntomas y de lo psicosocial; continuando con la localización.

Me dedico todavía a ir descartando causas orgánicas y a preguntarle qué tipo de estudios le han hecho antes. Hablando con ella me doy cuenta que tiene dos tipos distintos de mareo y se lo hago saber; uno de ellos relacionado con hipoglucemias leves y otro que parece más por ansiedad, más sintomáticos sobre todo cuando hay anemia asociada. Indico tratamiento para la anemia leve que se detecta en el análisis.

Creo que para intentar ganarme su confianza, tengo que atender simultáneamente sus demandas explícitas y a la vez ir entendiendo sus demandas implícitas, haciéndola hablar y confiando en que ella también las comprenda y asocie.

Posiciones en la relación médica-paciente: la paciente actúa sobre la médica su posición habitual que es "todopoderosa de vértigo" y le provoca el mareo propio de verse invadida con su despliegue de actividad, exigencia de todas las pruebas, exigencia de soluciones…

Me empiezo a interesar por lo que hace en un día normal y se pone a hablar tan rápida y con tanto énfasis que ¡quién termina absolutamente mareada soy yo! Me cuenta que se levanta sobre las 6 h de la mañana para hacer lo que puede de la casa (no comparte la responsabilidad) y la comida; se va al trabajo y cuando vuelve le queda el resto de la casa (todos los días limpia), lavada, plancha, compras, acompañar a su hija si lo necesita al dentista (le están arreglando la boca)…; suele tener expedientes que revisar del trabajo, hacer la cena, recoger y a dormir sobre las 23 horas. Ahora entiendo perfectamente por qué no tiene problemas de sueño, ¡debe caer en coma!

Posiciones en la relación médica-paciente: la médica lo maneja sin dejarse captar y le señala su posición de omnipotencia.

Le comento:

—*Parece mucho trabajo para todos los días*.

Y entonces me contesta:

—*En vacaciones me pongo peor*…

Le pregunto dudando:

—*Pero ¿detienes esa cantidad de actividad por estar de vacaciones…*?

Y sintiéndose algo pillada me responde:

—*… es verdad, tampoco paro*.

El marido estuvo muy callado durante toda la entrevista, y lo único que decía en alguna ocasión era:

—*Ella puede con todo y no se deja nada, a pesar de sentirse tan mal.*

Parecía querer decir que debería parar, hacer menos cosas, dejarse ayudar…

2º TIEMPO. Acto de no ser captada en la transferencia

Hasta ahora, la paciente ha sido atendida en la consulta a demanda y creo necesario citarla en consulta programada y encuadrar un mínimo las entrevistas. Se lo digo a la paciente, que en un primer momento se queda extrañada; no parece encontrar hora (entra a las 8 horas y sale sobre las 14,30 horas), aunque finalmente, pueden ser algunos viernes a primera hora y quedamos. El día antes de esa cita llama por teléfono para anularla (habla con los administrativos) y dice que volverá a llamar.

Acto en la relación transferencial: la médica pone límite a su control y sitúa a la paciente en un lugar no omnipotente.

Aparece en la consulta a demanda con su hija como paciente por un problema menor y cuando está resuelto y parece que se van a ir, me habla con impaciencia de sus mareos. Aquí la paro y le recuerdo que teníamos una cita a la que ella faltó y todavía estoy esperando que le ponga nueva fecha. Como no se lo esperaba, se calla y acepta una nueva cita a la que sí acude.

Ceo que se ha sentado la base para que se abra a hablar de sus problemas desde un lugar más sensible a lo importante.

3er TIEMPO. Apertura subjetiva, localización y efecto de sujeto

Localización de identificaciones: Fijada desde hace 16 años = nacimiento de su hija = cuando se hizo madre. Mujer-madre que puede con todo identificada con su madre.

En la 4ª entrevista llega algo nerviosa y me va contando que tienen una situación económica muy buena, con algunas ayudas de su padre —les paga a todas las hermanas las empleadas de hogar de sus casas, aunque mi paciente es la única que no la quiere porque no le gusta ninguna—. Su marido sí hace algún trabajo en casa, aunque poco, porque no está de acuerdo en renunciar a la empleada de hogar. Su hija tampoco ayuda mucho por sus estudios y porque todo lo tiene que supervisar su madre… Le pregunto:

Darse cuenta de la posición sintomática: "esta forma de ser…" que es una actitud ligada a una identificación

—¿Realmente te gusta cómo quedan las cosas cuando las hacen los demás?

Y de nuevo tiene que admitir:

—No, me cuesta demasiado.

Se queda un poco pensativa y dice:

—Esta forma de ser acaba conmigo.

Efecto de sujeto: une los tres términos: la actitud sintomática, la identificación de "mujer-madre que puede con todo" y el síntoma, los mareos.

Sonríe, y antes de que yo pueda reaccionar, me trae los mareos de nuevo…

Admite, no obstante, a través de mis comentarios, que es muy exigente consigo misma, que quiere hacerlo todo bien. Quiere llevar la casa y su familia como su madre que es ama de casa.

Además le pregunto si ha pensado en cómo la ve su familia, lo que piensa de la situación y lo que pueden sufrir con todo esto. Se queda reflexionando sobre ello. Tengo que cortar la entrevista por falta de tiempo y la cito para otro día.

No sé si me entra a mí la angustia, pero pienso (lo pensaba desde el principio) que esta paciente está muy cronificada y se merece mejor terapia de la que yo le puedo ofrecer y mi objetivo siempre ha sido lograr que admita ser derivada a Salud Mental.

4º TIEMPO. Los efectos de cambio y caída de los síntomas

Efecto de cambio: el cambio de posición subjetiva se aprecia en aceptar ayuda, y pasar imperfecciones, lo cual indica que ha caída de identificación con la madre perfecta.

Me dice en la siguiente cita que está buscando alguien para que trabaje en la casa y que es consciente de que tendrá que pasar por alto algunas imperfecciones.

Repasamos la época del infarto de su hermano y lo que le supuso, pero no parecía haber nada especialmente significativo.

Me pide que como los mareos todavía los tiene sin apenas mejoría, si la puede ver el neurólogo y la derivo.

Caída del síntoma: Tras el último pulso perdido a la médica para demostrar la inocencia del sujeto, que sería un mareo de causa orgánica.

El neurólogo descarta patología, no ha precisado pruebas complementarias y ella viene bastante tranquila y creo que cada vez más preparada a admitir que debe explorar su forma de ser. Le recomiendo que vaya a salud mental, lo ve bien y admite la derivación.

Unos 10 días después, en la consulta a demanda acude, sin haber ido a salud mental y con su hija de nuevo y cuando se va a ir, me comenta muy contenta que los mareos le habían mejorado mucho

(a lo largo de todo el tiempo en ningún momento mejoraron); sonriendo le digo si no será que necesitaba hablar…

La paciente ha vuelto a consulta 7 meses después, pero se dirige sonriente a mí, más confiada y menos suspicaz, y me dice que tiene mucho que contarme y relata un episodio de consultas con especialistas por un bulto en el pecho que ha resultado benigno. Se ha sentido mal tratada por algún especialista y se ha ido a la medicina privada; aunque me hace saber que piensa seguir contando conmigo como médico de cabecera. Sigue sin tener mareos y se encuentra mucho mejor.

Le he pedido su consentimiento para publicar su caso con los datos debidamente protegidos y lo ha autorizado. y me ha preguntado abiertamente por qué su caso es interesante. Le he contestado la verdad: que ejemplifica muy bien cómo para curar a alguien no podemos tener sólo en cuenta lo somático y se debe aprender a incluir lo psicosocial.

Marina Tourné

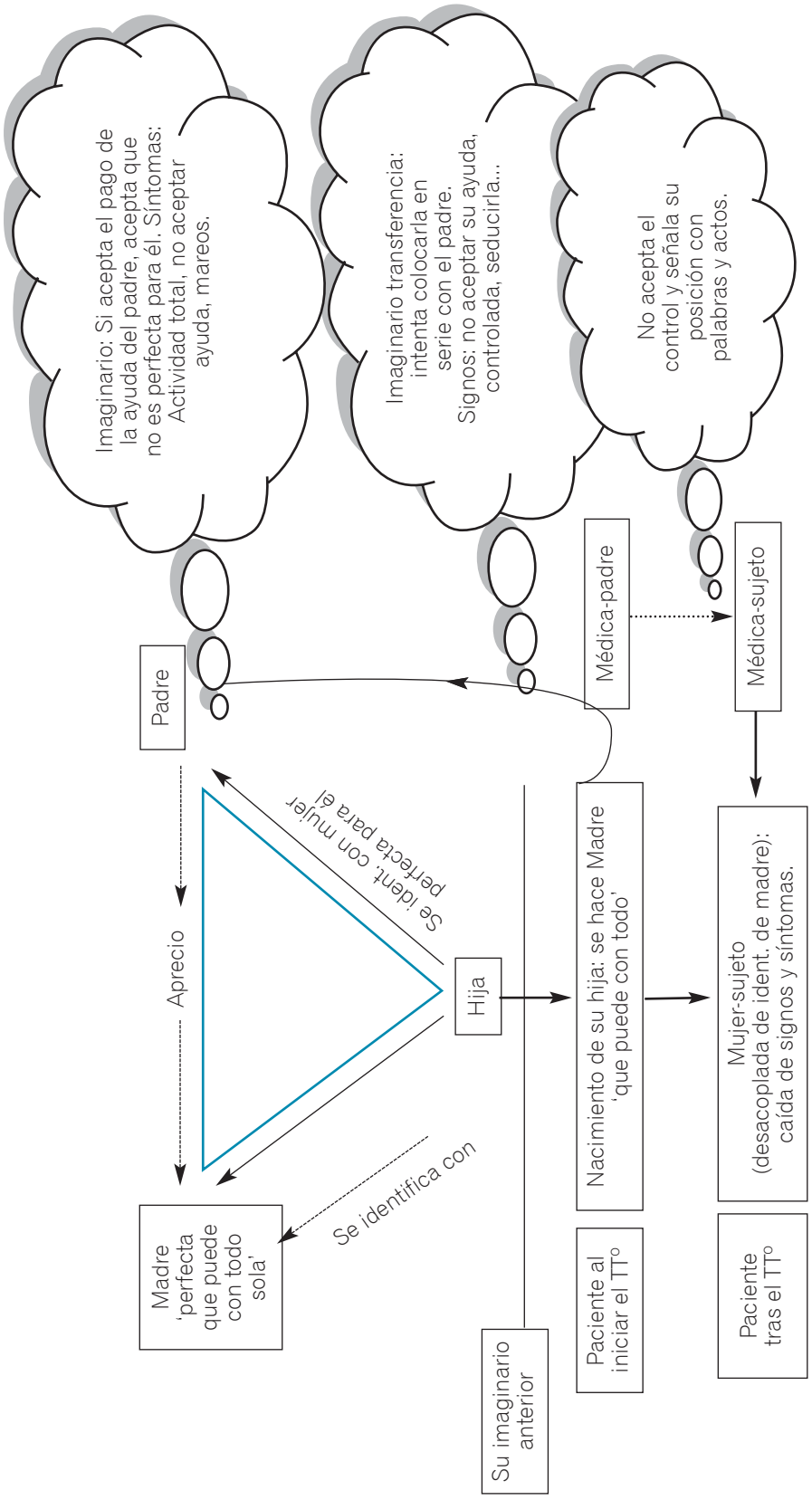
Si analizamos el caso relatado, podemos esquematizar lo ocurrido. **Cuadro 36**.

La paciente parece haber caído en una **identificación con su madre** cuando nació su hija, hace 16 años. Y el rasgo de la madre de *"ser perfecta y poder con todo"* parece ser, en la realidad subjetiva imaginaria de Cindy, el rasgo que hace posible el aprecio del padre por la madre. Aunque en realidad, seguro que habrá muchas otras cosas pero, por algún motivo en la experiencia de Cindy, ese rasgo ha quedado investido de ese valor. Esto implica que con el nacimiento de su hija —lo que significa pasar a ser una madre—, cae en un acoplamiento edípico en el que se sitúa inconscientemente en una continua y silenciosa escena de seducir a un padre (propia de la estructura clínica de seducción, que parece ser la de esta paciente) a través de aquel rasgo. Esta identificación es sintomática, porque está acoplada regresivamente a una relación edípica y los mareos son su síntoma asociado.

La fuerza imperativa de cumplir con ese ideal que aparece ligado a la imagen de su madre, procede también de los mandatos de género que, en la transición de género del siglo XX, modelo en el que las mujeres han de tener trabajo remunerado, sí, pero seguir cumpliendo con las funciones de ama de casa y madre perfecta. Es una de las situaciones de sobrecarga de género. Si bien, aunque conscientemente intentáramos decirle a esta mujer que no se pliegue a ese mandato, no sería muy eficaz si no tocamos también la posición subjetiva que la mantiene, como se hace en el caso.

CUADRO 36

Análisis del caso Cindy



En este contexto entra la relación con la médica, y habrán entrado los anteriores médicos a los que ha abandonado previamente. Desde su posición subjetiva parece que su disposición es **transferirle a la médica una identificación de padre,** con el que intenta la seducción, como percibe la médica mediante su actitud de simpatía, además de los intentos de controlarla y echarles pulsos de poder. Lo cual caracteriza también a la actitud hacia un padre desde una identificación de omnipotencia. Esto es percibido claramente por la médica que opta por permanecer en la relación, aunque sin aceptar los intentos de control y sin sentirse captada por la posición propuesta, lo cual hubiera ocurrido si entra en la pugna a ver quién puede más. Por el contrario, los actos de la médica son darle una de cal y otra de arena, prestándole atención al síntoma y sus aspectos orgánicos, recibiendo al marido sin cuestionarlo, aceptando los cambios de conversación... Pero manteniéndose en disposición de hablar también de lo psicosocial que es lo que le parece necesario, y se causan algunos efectos de ganancia de confianza Todo esto ocurre en el primer tiempo.

En el **segundo tiempo,** se juega **la transferencia en los actos** que, junto con el relato anterior de la paciente sobre cómo funciona, la hace cambiar de posición. Ella actúa y no encuentra sitio para la médica en su agenda entre sus ocupaciones, y provisionalmente le encuentra un hueco: la cita para consulta programada, que inicialmente parece una demanda de la médica y no de ella. Vuelve a actuar fallando a la cita. Y vuelve a actuar yendo a consulta a demanda con su hija, y en un espacio que no le corresponde hablar de sus mareos. La médica no acepta el pulso y reenvía su demanda al encuadre que ella le ha propuesto: la consulta programada. Y ahora si asistirá, porque ha aparecido su demanda. En este movimiento se ha **movido también el lugar transferencial que le estaba dando a la médica**, que se colocará de paciente a médica. Lo que ahora le diga y lo que pase, ya no será imaginariamente entre hija-madre (Cindy) y padre (la médica), sino de sujeto a sujeto entre paciente y médica, y tendrá valor de subjetivación, como ocurre, de hecho, en el tercer tiempo.

En este **tercer tiempo**, la paciente acude **abierta y dispuesta a hablar y habla** de su padre, de la identificación de madre y de los síntomas que la acompañan y lo que la médica le **señala** le causa efecto de darse cuenta, de sujeto; además de aceptar los **mensajes** que ella le sugiere.

En el **cuarto tiempo**, vemos los **efectos de cambio** de posición y parece que también la caída de la identificación de madre perfecta.

Caso Leonora.[6] 'Tengo un rencor dentro de mi cuerpo.' Mª Dolores Calderó Bea, médica de familia[7]

Antecedentes: la atiende en la consulta a los 17 años con su primer embarazo y a los 22 con el segundo, casi siempre con su madre.

Posición fijada previamente: relación fusional de dependencia con la madre.

Leonora tiene 35 años, tiene un hijo de 18 años y una hija de 13 que, junto con su marido, viven todos hasta hace cinco años en casa de sus padres.

La conocí en mi consulta con 17 años. Venía con su madre que acababa de saber que estaba embarazada. Recuerdo a la madre muy furiosa, enfadada, Leonora estaba algo asustada por lo que iba a pasar a partir de entonces y dispuesta a hacer lo que dijera su madre.

Fue controlada en mi consulta y la de su enfermera en el Centro de Salud durante todo el embarazo que transcurrió con normalidad. En las consultas su madre preguntaba mucho pero con prudencia, a pesar de todo no me parecía invasiva, estaba muy preocupada.

Al preguntarle a ella sobre su futuro comentó que iban a vivir con sus padres. Se casó con su novio en el 7º mes de embarazo y dejó los estudios.

A lo largo del embarazo fui dándome cuenta de cómo asumía y aceptaba que iba a ser madre, vi como iba transformándose, madurando. Era una chica alegre, muy despierta y que absorbía como una esponja.

Nació su hijo y vino a presentármelo, orgullosa, contenta. En esa época mi posición era de médica-madre cuidadora. La cuidé en los embarazos y en las consultas que planteaba sobre su estado de salud.

Durante los siguiente años apenas la veía por la consulta, venía una vez al año para control de anticoncepción y me comentaba que estaba muy ocupada con su hijo, sólo se dedicaba al cuidado del niño, su madre hacía todo el trabajo de la casa y todos seguían viviendo en casa de sus padres. Tuvo un segundo embarazo a los 5 años que tambien fue controlado en el Centro de Salud con normalidad.

1er TIEMPO. Intento fallido de separación de su madre y aparición de mareos y ansiedad

Se va de casa de sus padres. Pierde el cobijo materno

Hace 5 años consultó por **mareos**, sensación de estar distraída, le costaba prestar atención, se sentía **agobiada.** Hacía unos meses que habían dejado la casa de sus padres y se habían ido a vivir a su propia casa (después de 13 años viviendo con ellos desde el nacimiento de

6. Leonora Carrington, pintora que padeció trastornos gran parte de su vida.
7. Centro de Salud El Carmen, Murcia.

su primer hijo a los 17 años). Se sentía agobiada con el cambio de vida, tenía que hacer todo el trabajo de la casa, algo que hasta entonces no había hecho porque su madre se ocupaba de casi todo. Trabajaba tambien media jornada en una tienda de su hermana mayor.

Le comenté que era un cambio importante en su vida y podía tener relación con lo que le pasaba, lo aceptaba en parte.

Ella me pedía *"algo para que se le quitaran los mareos, un fármaco, algo así como un analgésico que le quitara el dolor" .*

Creo que me situaba como una madre a la que de nuevo pedía ayuda para sus necesidades, sin embargo, no le di ningún fármaco, ni la respuesta, sino que le comenté que esa separación era una fase en la vida de las personas cuando se independizan y que ella estaba viviendo entonces porque se había retrasado al quedarse a vivir con sus padres durante esos años y que a veces entrañaba dificultades y causaba síntomas como los que ella tenía. También le dije que podría hacerlo.

Comienzo de los síntomas y localización del acontecimiento:
Al separarse de los padres.
La médica se lo señala.
Efecto momentáneo de mejoría.

Percibí que lo aceptaba sólo en parte y que le parecía que los mareos eran por otra cosa, no por la separación de su madre.

Se le propuso hacer un curso de relajación que valoró muy útil al principio, pero que abandonó a la mitad. Sin embargo mejoró y le desaparecieron temporalmente los mareos.

Vuelta a la unidad familiar infantil: los padres "*pendientes de ella*" van a su casa. El marido bebe y "*no está pendiente de ella*"

Al cabo de unos meses volvió a la consulta con **mareos,** había dejado de trabajar porque no podía llevarlo todo, trabajaba sólo en casa, se encontraba peor, con sensación de estar encerrada, le costaba mucho organizarse con sensación de tener siempre todas las tareas sin hacer.

Su madre había comenzado a ir todos los días a ayudarla a organizarse, estaba la mayor parte del día en su casa y su padre se encargaba de llevar y recoger a los niños del colegio y de ir a verles a mitad de mañana durante el recreo por si necesitaban algo. La decisión fue de los padres al verla tan agobiada.

Regresión a la fusión inmadura con la madre (vuelta de los padres a su casa):
Empeoran los mareos y la ansiedad.
Equivalencia del marido con una madre que "no está pendiente de ella".

Me comentó que su marido bebía desde hacia varios años, que "*no sentía que estuviera pendiente de ella",* no le decía nada amable, no era cariñoso. Ella le esperaba todo el día para contarle como le había ido, él llegaba cansado, a veces había bebido y no quería que le contara historias, tenía ganas de irse a dormir. La relación con su marido había cambiado mucho, estaba más frío, apenas tenían relaciones sexuales.

Hablamos de sus exigencias para tener las cosas como le gustaban y de si necesitaba a su madre en su casa.

Me dijo que había hablado con su madre. Le contó que en la consulta yo le había comentado que ella debía ir independizándose de sus padres, tomar autonomía y hacer las cosas con el ritmo y la prioridad que ella estableciera pero que a sus padres no les parecieron bien mis comentarios porque creían que su deber era ayudarla.

Los padres perpetúan la fusión infantil y la médica apoya la separación.

Vuelve la demanda conjunta madre/hija, como a los 17 años.

Atención biopsicosocial: atiende la demanda bio y sigue explorando la psicosocial.

2º TIEMPO. Vuelven a consulta madre e hija. Confrontación con posición fusional madre-hija triangulada por la médica

Hace un año y medio acudió a la consulta con su madre ambas muy preocupadas porque seguía igual con los **mareos,** solicitando que le viésemos la cervicales porque allí tenía un problema.

Atendí su petición explorándola y solicitándole unas radiografías y al preguntarle como se encontraba de ánimo me comentó que su marido había solicitado ayuda y que había dejado de beber hacia un año, que estaban mejor y que seguía agobiándose con el trabajo de la casa de la casa y todo lo que había que hacer, la madre intervino diciendo que para eso ella le ayudaba, y mirándola le contestó que le agobiaba ver como lo resolvía todo, que le molestaba verla por su casa delante y detrás de ella, dijo:

" Yo no puedo ser como tú" ..."tengo un rencor dentro de mi cuerpo que un día tiene todo que salir, cuando noto un torbellino dentro de mí, comienzo con los mareos".

Médica mediadora posibilitando la simbolización: despliegue del conflicto madre-hija frente a la médica.

Localización y confrontación con la posición fusional con la madre. Pacto de separación.

Las escuché a las dos y vi cómo se escuchaban una a la otra en silencio, con respeto, se lo señalé y a ella además le señalé su madurez. Les sugerí que cada una le pidiera a la otra qué necesitaba para sentirse bien y separarse "sin rencor" y que intentaran cumplirlo. Ella dijo que necesitaba que la dejaran y no la agobiaran, la madre lo aceptó y dijo que sólo iría cuando ella se lo pidiera y que estaba dispuesta a hacerlo para ayudarla. La madre estaba sobrecogida, dijo que estaba asustada de escucharla que nunca había hablado así, le pidió que la siguiera llamando si la necesitaba. Acordaron seguir hablando ellas y que la madre sólo iría a ayudarla si ella se lo requería.

Efectos de sujeto y caída de los síntomas.

Acude con el marido, en posición activa y sin síntomas

Dos meses después vino a la consulta con su marido, estaba muy contenta le habían desaparecido totalmente los mareos.

Después de un año sigue sin mareos, se organiza la casa a su manera, trabaja a temporadas en la tienda de su hermana y se ha propuesto comenzar a "*estudiar algo" …"es lo que siempre me hubiera gustado hacer*".

Mª Dolores Calderó

El relato de Dolores Caldero sobre el caso Leonora se puede esquematizar en el **cuadro 37,** de la página siguiente.

El **antecedente** en cuanto a posiciones subjetivas de la paciente y de su relación con la médica apunta a que su embarazo adolescente a los 17 años debió producirse cuando aún no se había culminado su separación de las figuras paterna y materna, y vino a consolidar aquella **relación fusional de dependencia aún infantil** de su madre que funcionaba para ella como un absoluto que podía con todo y que le hacía todo. Confirmado por lo que la propia madre hacía ayudándola, decidiéndo lo que se haría y manteniéndola en su casa con su marido y con sus hijos durante 13 años.

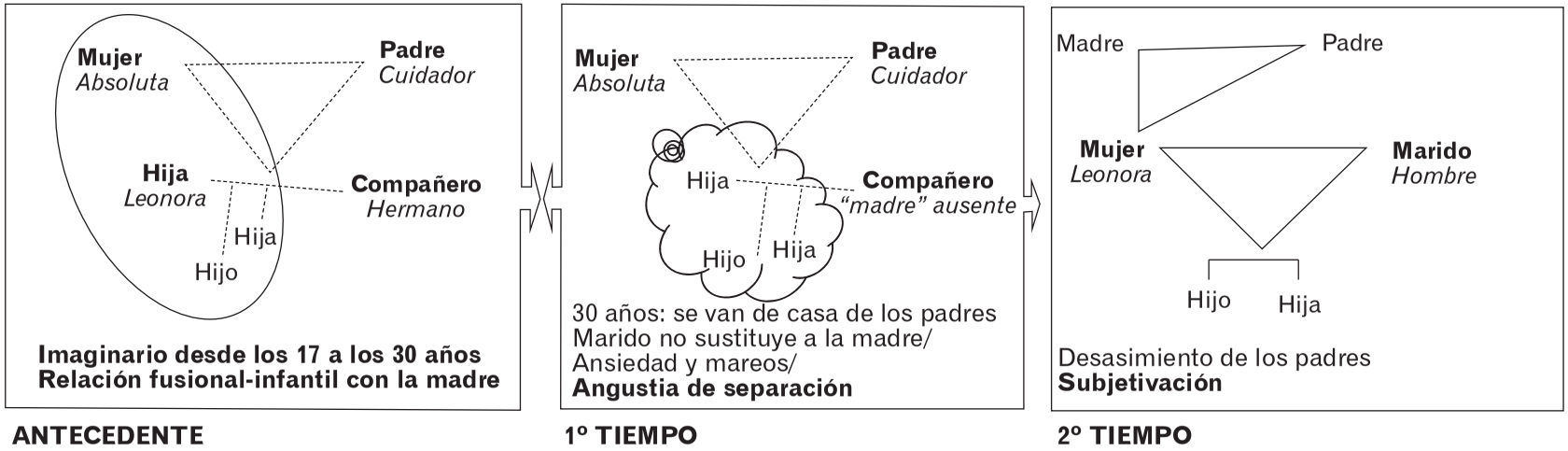
En aquel momento y años sucesivos, parece que la **médica** quedó situada **en serie con la madre**, siendo quien también la cuidaba y a la que acudía cuando tenía problemas. Es interesante que esta situación en la que ella, su marido y sus hijos vivían todos imaginariamente como hermanos al cuidado de su madre, fue estable y asintomática durante esos años, a excepción de un efecto sobre el marido: que bebía y se ausentaba de la situación. También fue estable la función de la médica como cuidadora durante estos años.

Sin duda, que esta situación se mantuviera era también posible porque socialmente el modelo de género, permite que una mujer no tenga proyecto propio y esté en dependencia, dedicándose (aparentemente) sólo a sus hijos, modelo de género que mantenía enmascarada esta situación infantil y objetal.

No sabemos lo que finalmente qué determinó, a sus 30 años, el primer intento de separación del núcleo con la madre, yéndose a vivir a otra casa, pero puede que fuera por la queja del marido y la presión del hijo e hija de Leonora que entraban ya a su vez en la adolescencia (de la que, sin embargo, Leonora aún no había salido afectivamente).

CUADRO 37

Análisis del caso Leonora

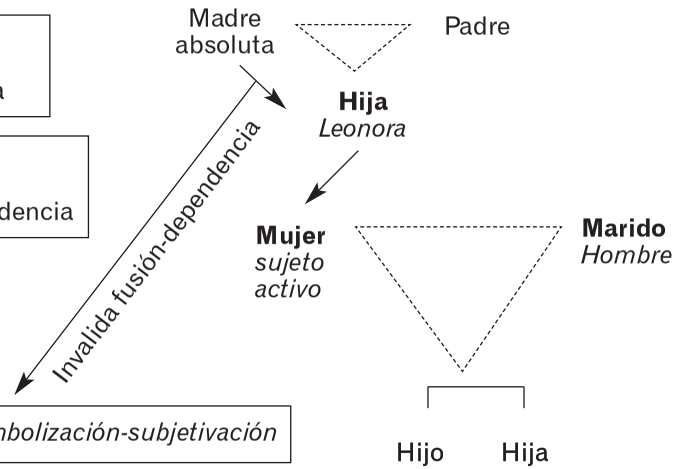


Antecedentes de relación médica-paciente
cuidarle sus embarazos en serie con la madre

Efecto:
Acude a la médica
cuando necesita ayuda

1º tiempo de relación médica-paciente
Médica escucha y accede a derivación a SM, desautoriza la fusión con la madre pero la paciente se resiste.

Médica *madre cuidadora*
Efecto:
Continuidad de la dependencia



2º tiempo de relación médica-paciente
Ante hija y madre juntas, actúa haciendo visible y devolviendo el conflicto fusión y la hostilidad la paciente. Propone y valida la sepación

Médica *función de simbolización-subjetivación*

El **primer tiempo** del episodio terapéutico es este intento de independencia que genera **angustia de separación** que produce los síntomas de **ansiedad y mareos** por los que acude a la médica. La demanda debió ser desde la posición infantil que mantenía Leonora, demandando cuidado y dependencia, sin ser capaz de aceptar el cuestionamiento sobre su relación fusional con su madre. Ceden temporalmente los mareos por la recepción de cuidados de la médica y su localización de la relación de los síntomas con la separación de la madre, pero vuelven enseguida y parece ser que con tanta intensidad que madre e hija retroceden del intento y la madre (y el padre) se introducen en su casa, manteniendo la dependencia e infantlización que ya es poco sostenible. La presencia de la madre, ya no calma los síntomas, sino que se cronifica en esta identificación de **"*hija incapaz*"** en la que ahora vive a la madre con la **hostilidad** propia de quien está como **objeto pasivo del deseo de otro**, además de comenzar **la rivalidad** con la madre que ahora está en su propia casa con el ***"yo no puedo ser como tú"***. Esta hostilidad y rivalidad genera aún más ansiedad y los mareos que ella describe como ese ***"torbellino dentro"*** y el ***"rencor dentro de su cuerpo"***.

En el **segundo tiempo** se produce la **consulta conjunta con la madre.** Y aquí es cuando se produce el **efecto de sujeto** que induce al cambio de posición subjetiva, mediante el cual desparecen los síntomas, los padres se retiran de su casa, recupera la relación mujer-hombre con su marido y empieza a tener un proyecto propio.

El efecto es posible porque en la consulta se manifiesta y verbaliza la posición fusional, el poder percibido de la madre, su hostilidad y rivalidad, y ello frente a la médica colocada potenciando la simbolizción de estos hechos subjetivos, ya que no se coloca del lado de una ni de la otra, sino que permite, sin asustarse, que se manifieste lo que hay, lo recoge, lo devuelve como la verdad que está funcionando y causa los síntomas y finalmente las induce a un pacto de separación validando un lugar subjetivo para ambas. Este lugar de la **médica es el de posibilitar la función simbólica,** del cual sale el sujeto activo en función de su propio deseo y de lo que surjen sus propios proyectos. En realidad, a los 35 años y con dos hijos adolescentes es cuando se ha culminado el **desasimiento de los padres** y la emergencia de la propia identidad que quedó secuestrada a los 17 años, en parte por el embarazo y la declinación de responsabilidad sobre la madre con que se saldó la situación.

Caso Julia.[8] 'Se sacrificaba con el dolor de su cuerpo.' Mª Dolores Calderó Bea

Paciente de 44 años casada, tiene un hijo de 22 años y una hija de 16.

Es conocida en mi consulta desde hace unos **10 años**, consultando en muchas ocasiones por dolor abdominal, distensión y diarreas, diagnosticada de **colon irritable** y que ella asociaba, desde el comienzo, con **ansiedad** por problemas con su pareja y así lo hablábamos cada vez que acudía a la consulta:

— "*Vengo con lo mismo de siempre pero es que no me aclaro.*"

Fue consultando posteriormente por **múltiples somatizaciones: cervicalgia, dorsalgia, palpitaciones** que relacionaba con **ansiedad siendo** la exploración física y exploraciones complementarias normales (analítica, ECG y RX tórax).

Demanda: desde hace 10 años múltiples somatizaciones. Marido, padre y hermano alcohólicos.

1er TIEMPO: Posición de madre resignada (pasiva) sintomática

Desde **hace 4** años múltiples consultas por **cefalea tensional a diario** que calmaba con benzodiazepinas, refería que estaba mal de ánimo con **insomnio** de conciliación, **opresión torácica, ahogo**, siempre en relación con problemas con su marido, alcohólico; me comentó que también su padre y su hermano eran alcohólicos y por eso sabia bien los problemas que trae vivir con una persona así y que siempre ha sabido que debía apoyarle y luchar con él. Ha estado varias veces en tratamiento con Alcohólicos Anónimos y durante esos periodos de tiempo ella se ha encontrado mejor.

Relación médica-paciente: acoplada en la resignación.

Mi impresión era de una mujer atrapada emocionalmente con su marido, difícil que pudiera salir y me planteaba atenderla, darle un espacio de escucha e irle señalando, en su relato, algunos aspectos de su posición. En ocasiones me cansaba oír que seguía estando mal y que nada cambiaba pero entendía, por otra parte, que de momento, no podía hacer otra cosa. Relacionaba su malestar con su situación de pareja y siempre acababa diciendo que debía resignarse. Él le decía que la quería mucho y que gracias a ella salía adelante,

—"Me *hace sentirme necesaria.*"

Hablaban mucho y ella siempre había tenido la esperanza de que acabaría cambiando, así se lo prometía él cuando hablaban.

8. Julia Margaret Cameron, fotógrafa nacida en 1815, madre de Virginia Wolf.

En la consulta la escuchaba, también para que se escuchara y hablara de sí misma y su vida familiar y social. Hablaba de **su padre alcohólico.**

Localización de identificación: como madre de alcohólico-hijo.

—"*Igual que mi marido",* de **su madre en su misma situación,** su **abnegación, por su marido** hacía cualquier cosa para protegerle, se sacrificaba con el dolor de su cuerpo porque él la necesitaba. En algunas ocasiones hablaba de él como **su otro hijo al que cuidar**, inmaduro, que le necesita para sobrevivir; ella lleva toda la organización de la casa, la educación y necesidades de los hijos, todo. La veía en una **posición subjetiva de madre**. Le devolvía en espejo lo que decía indicándole la posición en la que se encontraba. Creo que ella era consciente de esa posición subjetiva. Yo siempre que podía le impulsaba sobre lo importante de hacer cambios para su propia autonomía. Siempre sus consultas duraban un poco más de lo habitual y daba las gracias por el tiempo que le había prestado.

Parecía una mujer segura y valiente. Ella comentaba que le quería y que todo lo hacia por amor, y que él la quería muchísimo, casi más que ella a él, que siempre habían hablado mucho de cómo se sentían aunque él es débil y ella ha cargado siempre con todo. En sus conversaciones me comentaba que ella le hablaba mucho y le daba consejos para no beber y él asentía.

Se casó muy joven y enseguida tuvieron a su primer hijo. Sus realizaciones habían sido los hijos y su trabajo.

Relación médica-paciente y efecto de sujeto: acto de autonomía.

2º TIEMPO. Aprender a conducir: decisión subjetivadora

Hace 2 años coincidiendo con que a él le habían retirado el permiso de conducir (como otras veces) ella decidió **aprender a conducir**. Trabajaban en la misma empresa entraban y salían juntos y él conducía.

Tomó una **decisión subjetivadora**.

Un día en la consulta, con cara de satisfacción, me dijo:

— *"Te va a parecer una tontería lo que te voy a decir, pero estoy tan contenta que quiero decírtelo: He aprendido a conducir y eso me ha dado alas, no sé explicarlo pero me siento más libre."*

Conducir por sí misma le supuso un descubrimiento, sintió un soplo de libertad al darse cuenta de que era autónoma y no le necesitaba tanto. Yo le dije que me alegraba mucho que algo hubiera comenzado a cambiar y sentí que se había producido un efecto.

Sus síntomas mejoraron pero no totalmente.

3er TIEMPO. Caída de su posición de madre resignada y caída de los síntomas

Hace **un año** coincidiendo con un episodio de **dolor abdominal y cefalea** vino a la consulta diciendo que ya no sabía que pensar, creía por un lado que igual tenía alguna enfermedad que no habíamos descubierto y al mismo tiempo tenía claro que **todo su malestar estaba relacionado con su situación de pareja**.

Cambio de posición subjetiva: aparece el deseo propio, proyecto propio, confrontado y validado por la médica.
Caída de los síntomas.

Se encontraba en una dualidad consigo misma: su marido alcohólico por el que siempre había tenido ganas de luchar y ayudar y, por otro lado, desde hacía un año se notaba cambiada, ya no tenía ganas de luchar por él, ya lo había hecho en muchas ocasiones sin que nada cambiara, quería vivir de otro modo, quería independizarse, separarse, sus hijos son mayores, en cambio tenía dudas sobre si era egoísta o mala persona por pensar lo que pensaba.

Le devolví lo que estaba diciendo, su ambivalencia entre la **posición de madre que protege al débil y mujer con autonomía** con ganas de llevar una nueva vida. Mi posición fue validar su deseo de autonomía que en realidad ya había comenzado, sentía como crecía cuando hablaba y se identificaba en una posición más liberadora.

En los últimos meses en la consulta la veo cambiada, tranquila, no consulta por los mismos síntomas lo sabe y me lo hace saber, le ha dicho a su marido que quería separarse, como ya han hecho otras ocasiones. Él ha ido a vivir con su madre temporalmente. En esta ocasión siente que ha iniciado un cambio.

Dolores Calderó

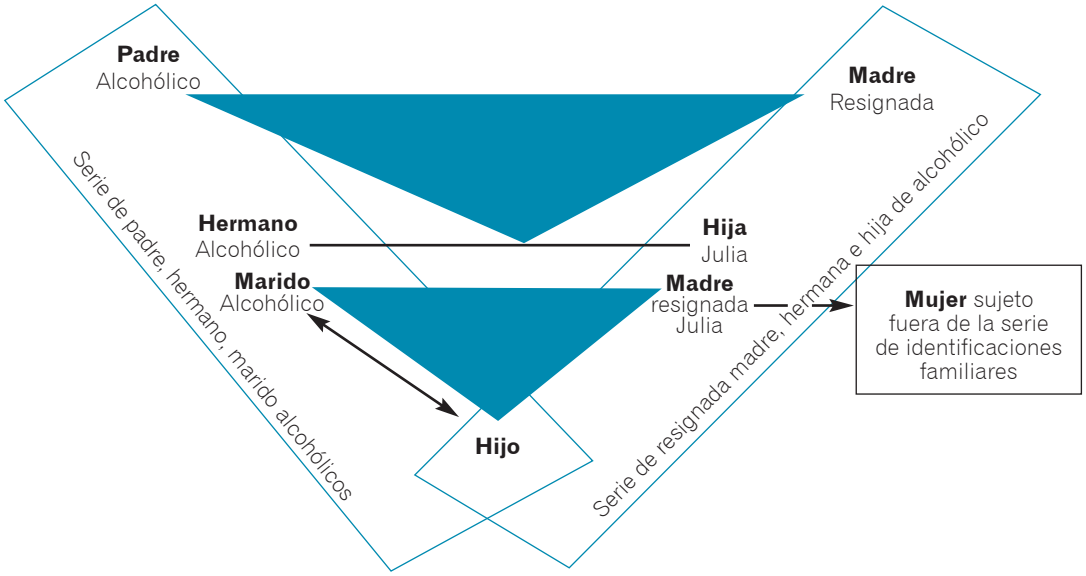
Efectivamente la médica va detectando la **identificación** en la que se encuentra largamente fijada Julia: la de ***"resignada madre de alcohólico",*** donde su marido es imaginariamente un hermano e hijo débil al que cuidar, acoplado además al marido alcohólico que su padre fue para su madre, con lo que la identificación de Julia es con su propia madre. Ella vive representando l**os rasgos de esa identificación**: hacerse cargo de todo, permanecer y cuidar abnegadamente, sin proponerse ninguna otra realización propia. Esto es viable por el refuerzo del consenso social de género que propone este tipo de mujer como ideal.

La médica parece estar durante el **primer tiempo acoplada a esa resignación,** y aunque se la señala, lo hace desde un convencimiento interno de que no se puede cambiar, lo que puede hacer perder el potencial transformador de sus señalamientos durante ese tiempo.

En el **cuadro 38** se esquematiza el caso de Julia.

CUADRO 38

Análisis del caso Julia



Pero, en el **segundo tiempo** del episodio, Dolores Calderó se mueve de ese lugar y le abre la posibilidad de activación, lo que, junto con la circunstancia de que de nuevo le quitan el carnet de conducir al marido, produce un **efecto de subjetivación** que la médica identifica perfectamente cuando ocurre.

En el siguiente **tercer tiempo**, la paciente sólo viene con una demanda piscosocial: saber si son válidos sus **deseos de autonomía** y si puede transgredir el ideal en el que ha funcionado hasta ahora. Ya no pregunta nada sobre síntomas biomédicos, sabe que se trata de otra cosa y que la médica puede ser el agente para *"aclararse"* sobre sus deseos, es decir, de nuevo, la médica da un espacio para la simbolización que resulta en la subjetivación y la desaparición de los síntomas.

Caso Artemisia. Fibromialgia. 'Que él vuelva a casa y me trate bien.' Marina Tourné García

Demanda explícita: no se manifiesta. Antecedente de fibromialgia e hipotiroidismo crónica y multitratada.

Mujer de 47 años, casada y con un hijo de 19 años y una hija de 13, que es mi paciente desde hace unos 10 años, igual que el resto de la familia.

Desde que la conozco he notado que es una mujer rara, muy callada, **pasiva**, que padece **fibromialgia e hipotiroidismo**, tratada por

múltiples especialistas privados. Se sentía **incapaz** y, al mismo tiempo, cuando lo contaba no parecía que le pasara a ella, ni que ella pudiera hacer nada para cambiar esta situación de incapacidad, cosa que yo no veía ni compartía. Cuando en alguna ocasión intenté saber algo más de ella, parecía que no le gustaba hablar.

Desencadenante de la intervención: La ha abandonado el marido.

Hace un año vino a la consulta por recetas, le encontré muy mala cara y se lo dije, invitándola a sentarse. En un principio tuvo un gesto casi espontáneo de negación y luego lo admitió y me dijo, llorando, que su marido se había ido de casa. Tengo que reconocer que fue la primera vez que me pareció real, humana y que sufría.

Me contó que su marido estaba imposible, con mucho trabajo, irritable, que se había peleado con su hijo de forma brutal (verbalmente); el marido se había ido a casa de sus padres. Según ella, ellos también decían que era muy difícil vivir con él.

1er TIEMPO. Las versión de ella, la versión de él y ¿la verdad?

La versión de ella:

Hablando de su vida en común, me describía a un hombre que no se creía sus enfermedades ni lo limitada que estaba, que cuando iba a los médicos él contaba las cosas que le ocurrían a ella y no la dejaba hablar, que tenía muchos problemas de relación con su hijo, que tenía abandonada, afectivamente hablando, a su familia, menos a su hija a la que adoraba. Él sólo parecía querer de su mujer que lo acompañara a múltiples comidas y cenas de trabajo, a lo que ella se negaba porque decía que estaba enferma. Contaba que su marido era una persona con sus amigos y otra distinta en casa.

Demanda explícita: que él vuelva y la trate bien.

Ella pensaba que él necesitaba ayuda psicológica y ella sólo necesitaba *"que él volviera y la tratara bien"*.

Entonces le dije que si su marido venía, hablaría con él para valorarlo y ofrecerle ayuda si la quería.

En esta misma época estaba leyendo sobre malos tratos y sus consecuencias, y me pareció ver en ella la imagen de la mujer anulada que se describía en la teoría.

La versión de él:

Aunque también conocía al marido, no sabía de quién se trataba hasta que lo vi. Efectivamente él era encantador, con gran facilidad de palabra, con don de gentes, venía porque su mujer le dijo que yo quería verlo y pensó que algo le pasaba a ella; venía a colaborar. Le conté que me había enterado de su separación y me preguntaba si tenía problemas y si necesitaba y/o quería

ayuda. Era una situación tremendamente delicada para mí y sólo conté de su mujer que la había visto bastante afectada.

Lo que él me contó de su vida en común fue que ella se sentía enferma, pero que había sido vista por muchos médicos y no la encontraban tan incapacitada y que ella podía poner más de su parte. Además en casa se podía pasar todo el día en el sillón sin hacer nada; no le acompañaba a ningún acto social y/o de trabajo a los que él tenía que ir, donde siempre se la echaba en falta y él tenía que excusarla constantemente diciendo que estaba enferma. Para él todo esto era muy importante.

Decía que no podía seguir viviendo así, que la seguía queriendo, pero que no se le ocurría qué más podía hacer. Con sus hijos no refería tener problemas.

¿La verdad?

Me quedé entonces sin saber qué hacer porque, con grandes dudas, creía más la versión del marido, en el sentido de que ella era la que más ayuda necesitaba, que no lo reconocía, y que parecía no estar dispuesta a poner nada en juego para cambiar la situación.

Por otra parte, ella parecía realmente una mujer que muy bien podría haber sido maltratada, ¿haber sufrido estrés postraumático?… Necesitaría saber más de ella; pero ¿cómo? Ella no parecía dispuesta a hablar.

2º TIEMPO. Artemisia pide terapia de pareja. Médica entre ella, él y la psicóloga

Unos meses más tarde vino ella a mi consulta, recompuesta y sonriente. Y me pidió que le facilitara el teléfono de algún psicólogo para hacer terapia de pareja, porque por fin su marido había aceptado iniciar tratamiento.

Le proporcioné el teléfono de una psicóloga conocida, después de sugerirle a la psicóloga que valorara si eran malos tratos ya que, por tanto, no estaría indicada la terapia de pareja. Sé que algunos profesionales sí lo hacen en estos casos y me parece que puede llegar a ser grave para la mujer maltratada.

Concertaron una cita un mes y al día siguiente de la entrevista, el marido me llamó por teléfono para contarme como había ido todo. Tenía la impresión de que las profesionales que les atendieron lo vieron muy complicado el caso, que la que necesitaba ayuda era su mujer, aunque no iría sin él y además ella lo hacía sólo para que él volviera a casa.

Él me contó que fueron entrevistados juntos por una psiquiatra y eran observados a través de un espejo por otra profesional, que fue consultada a mitad de la entrevista. Les dejaron contar los hechos y parecía quedar claro que la mujer lo único que pretendía era "*que él volviera a casa*

y la tratara bien" sin importarle nada más- Él llegó a decirme que podría tener una amante, o cualquier otra cosa, sin que a ella le importara, siempre que se cumpliera esa condición.

También me contó por vez primera, que ella llevaba años amenazándolo con suicidarse si la dejaba, aunque siempre se frenaba por sus hijos; pero él se había asustado ahora porque cuando le preguntó qué pasaría con los niños, ella respondió que ya tenían padre.

Ella reconocía que no quería acompañarlo a las fiestas para fastidiarlo. No desmintió nada de las acusaciones de él. Primero decía, la paciente, que el problema venía desde que él se fue de la casa y luego reconoció que eran problemas más antiguos.

Posición de la médica: Incluida en el entorno de vigilancia. Externa al discurso de ella, él y la psicóloga.

Él decía que los problemas de ella venían desde que tenía unos **12 años que murió su padre**.

Le dije que hablaría con las psicoterapeutas y que procurara pensar que no siempre podemos evitar un suicidio, aunque debíamos intentarlo.

En unos días **la psicóloga** me llamó y me dijo que la cita que le habían dado era lo normal en estas terapias, aunque era verdad que el caso lo veían complicado porque creían que la que necesitaba atención individual era ella, que además podía llevar a cabo la amenaza de suicidio, haciendo de ello culpable al marido delante de los hijos, para que los perdiera si así ocurría; que efectivamente sólo parecía importarle la vuelta del marido a la casa. Confirmó que no desmintió las acusaciones del marido por fuertes que hubieran sido.

No parecía caber la hipótesis de malos tratos. Al mismo tiempo que hablábamos, iba pensando qué podría hacer yo y me comprometí con ella a intentar hablar con mi paciente para conocer su versión. Estuve tentada de hacerlo muy pronto, pero tras recomendación de otra psicoterapeuta me esperé unos 15 días.

La médica demanda, la paciente no responde: Débil relación significativa.

Cuando la llamé para verla en consulta programada, la encontré como siempre y no encontró forma de venir a verme; le dije que si encontraba algún otro hueco ya la avisaría, pero lo veía difícil.

3er TIEMPO. Escucha y despliegue subjetivo e interpretación clave

Una semana después vino a mi **consulta a demanda** y la encontré mal de nuevo; al preguntarle cómo estaba, lo primero que me dijo fue:

—*Así no merece la pena vivir*.

Se me vino el mundo encima a mí. Mis peores temores se confirmaban… Sabía que ella necesitaba ayuda de forma individual desde hacía mucho tiempo y decidí que la única forma de ayudarle era escuchándola y estando más preocupada e interesada en su versión que en la verdad.

Escuchar lo subjetivo: su versión es lo que hay que escuchar porque es la que causa los efectos. Ni importa si es la verdad.

Cambio de posición de la médica: pasa a escucha subjetiva de su paciente. En consecuencia la paciente se abre.

Le dije que efectivamente parecía estar pasando por un momento terrible de su vida y le pregunté sobre cuál creía ella que era la solución a lo que me contestó:

—La solución es que él vuelva a casa y me trae bien.

Cuestioné la idea de imponer una solución única e unilateral antes de iniciar la terapia y no respondió. Le pregunté qué pasaría si él no la trataba bien como ella quería e hizo un silencio prolongado y entonces ella me dijo que su marido la maltrataba; al preguntarle si físicamente o psicológicamente, me dijo que físicamente sólo una vez hacía tiempo; tuvo que llamar a su hermano y a su suegro y no volvió a suceder. Cuando le pregunté qué cosas le decía, me contó que desprecios e insultos con bastante detalle. Me remitió de nuevo a que su marido tenía un comportamiento distinto en casa y fuera de ella.

Le hice saber que describía muy bien la situación y todo parecía muy coherente… menos que quisiera que él volviera a casa.

Volvió a hacer otro largo silencio. Lo interrumpí para repetir de nuevo el razonamiento y añadir que, aunque en este momento no lo supiera, alguna razón debía tener ese deseo…

Me dijo que habían estado toda la vida juntos, desde los 14 años.

Tras otro momento reflexivo, le pregunté si había algún hecho en su vida especialmente doloroso y me contó sin vacilar:

Localización: Escena imaginaria intermedia de acoplamiento e identificaciones: La madre la maltrataba tras la muerte de su padre.

—A los 12 años murió mi padre y mi madre empezó a maltratarme.

Lo dijo de tal manera que le pregunté cómo era posible que empezara a tratarla mal justo a partir de ese momento y ella matizó que antes era muy mandona, pero **se sentía muy protegida por su padre**; al morir éste, su madre prefería a su hermano dos años mayor que ella y la empezó a maltratar. Pensativa, dijo que si no hubiera sido por el respeto que antes se les tenía a las personas mayores, debería haber hecho las maletas y haberse ido de su casa.

Le dije que no entendía cómo ella veía claro que se debería haber ido de casa de su madre entonces y ahora que se había ido su marido, al que colocaba en un lugar equivalente a su madre, quería que volviera; que muchas mujeres en su situación tienen el problema de que el marido no las quiere dejar. Ella no dijo nada…

Localiza identificaciones: Marido equivalente a madre maltratadora.
Interpretación: Conecta la identificación actual (marido-madre) pretérita con la que está acoplada.

Probablemente la elección que hizo de pareja fue paterno-filial, buscando el padre que había perdido, y ahora esa relación la invalidaba y paralizaba, no le ayudaba a crecer porque ahora la relación con su marido se ha complicado y es paterno-materno-filial. Por una parte, lo identifica con su padre que se va (muere) y quiere que vuelva, pero esa identificación es doble, es también materno-filial. Es decir, el marido es un equivalente de la "madre que no la trata bien". Sin duda frente a ambas identificaciones ella es una hija maltratada, abandonada por el padre y no tratada bien por la madre. Ambas cosas es el marido para ella. Está en una posición pasiva, en duelo indefinido y enfermante de pasividad y dolores.

Relación médica-paciente con transferencias: Madre-hija.
La médica siente la transferencia de una hija huérfana que le demanda acogimiento.

La imagen que de ella tuve después fue de ***"niña huérfana"***, necesitada de un reconocimiento y apoyo por parte de su madre, que nunca llegaría y por lo tanto siempre le faltaría. Parecía estar perdida y esperando que alguien le acompañara en el tránsito a la edad adulta.

Como la siguiente entrevista de terapia de pareja estaba cerca, quedamos en vernos después.

4º TIEMPO. Sostén maternal en la relación médica-paciente

La paciente vino al día siguiente (¡cuánta prisa!) y me dijo que la psiquiatra le había dicho que necesitaba tratamiento individual y venía a que la derivara; no lo entendía muy bien, porque yo ya la había derivado a la psicóloga actual (creo que me dio miedo) y la cité en consulta programada para poder hablar. Creo que la confusión venía de que hablaba como si me demandara a mí la terapia individual, lo que debía ser efecto de su demanda implícita actual hacia mí.

Relación de sostén y protección. Continúa el despliegue lento.

La paciente acudió a la cita programada y su aspecto externo había empeorado, parecía cuidarse menos.

Al preguntarle por las novedades me dijo que su marido no había hecho nada para que hablaran y, por lo tanto, creía que nada iba mejor.

Habló mucho recordando de su vida, escuché bastante callada.

Algo nuevo es que los primeros meses de casados vivieron cerca de sus suegros y recuerda que su suegra parecía controlarla como su marido, lo pasó muy mal porque "*se sintió maltratada*". Creo que esto reforzaba cómo se siente ella ante quien la controla, en la serie de su madre, su marido, su suegra… frente a los que se siente "maltratada".

Le prescribí fluoxetina de inicio (lo tomó tras el parto de su hijo) y le dije que realmente me parecía que podía estar pasando por uno de los peores momentos de su vida y que me parecía conveniente que nos viéramos todas las semanas para hablar, si ella estaba de acuerdo; se le saltaron las lágrimas y asintió.

Una semana después la he vuelto a ver y dice encontrarse mejor (sólo lleva una semana con la fluoxetina, demasiado poco para que haya causado ya efecto).

No logro que precise el inicio de su enfermedad.

Efecto de mejoría por la relación de apoyo en sesiones semanales.

A preguntas mías, me cuenta que su madre se quedó viuda joven y no tuvo derecho a pensión, parecía estar de acuerdo en que debió pasarlo muy mal y tuvo que hacer trabajos en casa.

Como yo estaba preocupada por el posible chantaje que podía estar haciendo con el suicidio, decidí explorar el tema; le pedí que me hablara de los momentos de tristeza que tenía y contó que pensaba en las peores cosas incluso en el suicidio, pero niega que los hijos conozcan esto.

Había dejado las consultas mensuales que tenía con psicoterapia. En las consultas semanales conmigo que se prolongaron durante 3 meses aproximadamente yo intentaba que se pusiera claramente en juego la demanda por su parte. Fue mejorando poco a poco. Se notaba en su forma de hablar, de mirarme a la cara, de sentarse, en el cuidado de su imagen… fue confiando más en mi y en ella misma.

5º TIEMPO. Efectos de cambio

Durante el segundo mes de sesiones semanales pudo empezar a admitir que su marido no volviera a casa, sin que este pensamiento la hiciera sufrir como hasta ahora.

A preguntas mías sobre el futuro, me dijo que su hermano le iba a ayudar a **buscar trabajo;** incluso **tuvo una entrevista de trabajo.**

Cambios:
Mejoría del estado anímico;
tolera la ausencia del marido;
busca trabajo y mejora fibromialgia.

Como venían las vacaciones, aproveché, al verla mucho más autónoma y menos deprimida a volver a las entrevistas a demanda, porque en esta paciente era muy importante que pusiera en juego su deseo y aprendiera a reconocer sus necesidades pidiendo o no ayuda, según su propio análisis.

Para hacer el cierre, le comenté que la encontraba mucho mejor y le destaqué sus fortalezas…

Vuelve después de un mes de vacaciones a mi consulta a demanda, me dice que ha pasado un buen verano con sus hijos, pero que los últimos días ha estado bastante triste porque

se acerca el momento de que su hijo se vaya a estudiar fuera; ha subido la dosis de Fluoxetina (tomaba media pastilla al día y la subió a 1 al día).

Tiene planes de seguir buscando trabajo y su aspecto se mantiene bastante bien.

Voy a preguntarle si está mejor de sus dolores (tema tabú para una fibromiálgica)… y mientras estoy analizando si lo pregunto o no… ella me dice que le sobra medicación antiálgica de la que le prescribo de forma crónica. Por si no quedaba claro, me dice que ***"se ha notado mejor de su fibromialgia",*** creo que lo decía con naturalidad mezclada con una cierta sorpresa…

Actualmente, un año después de esa última consulta, sigue con el mismo tratamiento farmacológico (algo más bajo que cuando empezó) pero no ha necesitado venir por mi consulta a ninguna otra cosa.

El marido acudió unos 9 meses después a por medicación para él y me agradeció mi intervención en el proceso. Me contó que seguían separados pero que sabía a través de conocidos comunes que su exmujer seguía mejor y que además decía que si tenía algún problema sabía donde acudir.

Al llamarla por teléfono para solicitarle la autorización del uso de sus datos, con las debidas precauciones, la paciente muy amablemente ha accedido sin ningún problema y confirma que siguen separada de su marido, me dice que ha cortado toda comunicación con él. Me cuenta que, a pesar de que han sido unos meses muy duros donde ha descubierto traiciones ocultas, se encuentra no obstante estable y sabe que puede contar conmigo. Por supuesto se lo confirmo y nos despedimos.

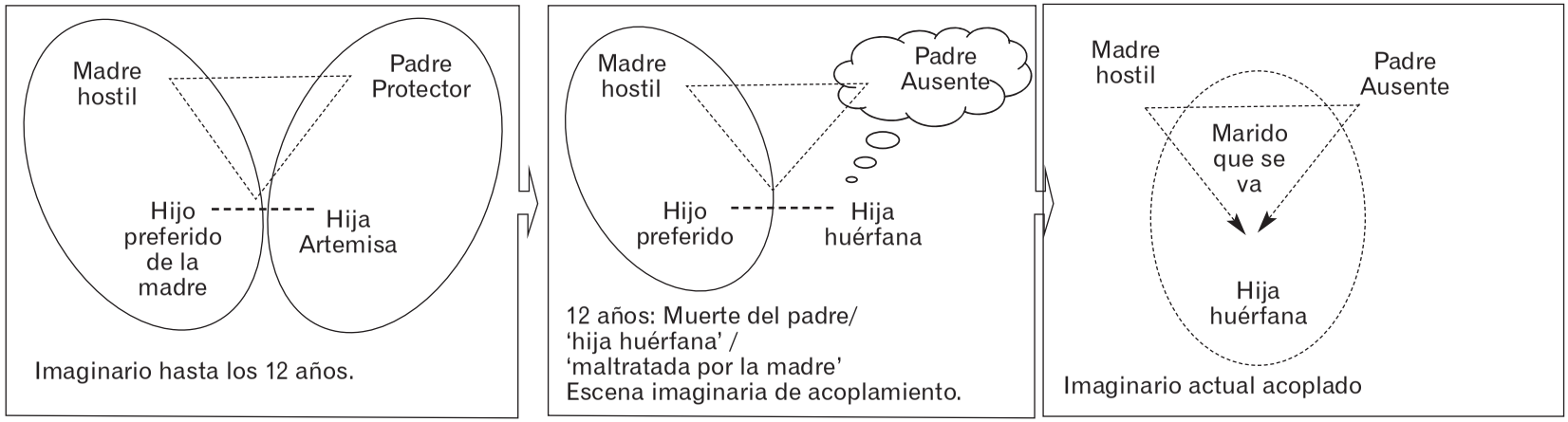
Marina Tourné

Analizamos algunas cosas del caso presentado por Marina Tourné siguiendo el hilo del **cuadro 39,** de la página siguiente.

Sobre la estructura y las identificaciones de la paciente, y por la reconstrucción hecha del caso podemos decir que Artemisia llegó a los 12 años con una triangulación edípica débilmente constituida. Con cierta **retención en una relación de apoyo anaclítico con el padre** que aparecía como protector de una madre vivida como hostil. Parece que la madre estaba unida al hermano y probablemente lo que había entre ella y el padre era débil. El escenario imaginario (no se sabe cómo sería realmente, pero se deduce que éste es el que ha quedado en la historia subjetiva de la paciente) habla de un desarrollo con fijación en la relación fusional primitiva de uno a uno, lo que implica dependencia afectiva siempre de otro que da la energía para vivir.

CUADRO 39

Análisis del caso Artemisia



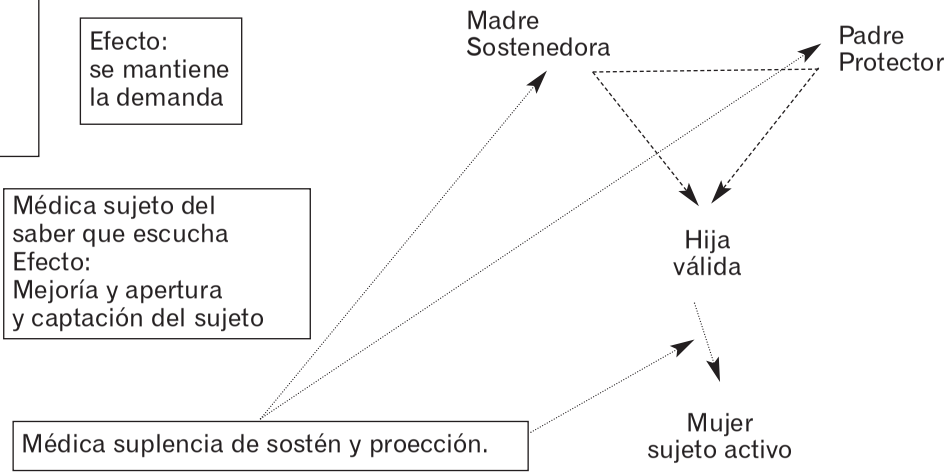
1º y 2º tiempo de relación médica-paciente:
externa a su imaginario, vigila y proporciona agentes (psicóloga) para que vuelva el marido
Accede a la demanda explícita.

Efecto:
se mantiene la demanda

3º tiempo de relación médica-paciente:
escucha y entre en el imaginario de la paciente como sujeto del saber: Señala e interpreta la escena imaginaria acoplada.

Médica sujeto del saber que escucha
Efecto:
Mejoría y apertura y captación del sujeto

4º tiempo de relación médica-paciente:
Restablece madre sostenedora y padre protector.
Accede a la demanda implícita.



A **los 12 años muere el padre**. Este hecho es señalado como clave por la paciente y también por su marido. Y parece serlo porque en ese momento se produce un desequilibrio en el apoyo anaclítico anterior. La ausencia del padre la deja huérfana frente a una madre vivida como hostil y a la que no puede desplazar su relación fusional, que parece ser la forma de vincularse de Artemisia. Una forma regresiva y no evolucionada, como bien detecta la médica. Puede que la paciente haya quedado fijada en aquella identificación de "*niña huérfana sin apoyo" y "maltratada"*, desde la que ha ido desarrollando los síntomas de dolor de la envoltura de su cuerpo (la fibromialgia) y ese ánimo de escasa fuerza de la propia existencia; o puede que a lo largo de su vida hay ido circulando por otras identificaciones y que la encontremos ahora acoplada de nuevo a aquella, por el abandono del marido. Es más probable, que en mayor o menor medida la fijación haya permanecido. Es lo que le da el carácter de cronicidad tan prolongada.

La cuestión es que esa **escena imaginaria de los 12 años se ha acoplado** en el momento de **la marcha del marido**, que debía ocupar para ella un lugar fusional entre "*padre protector y madre sostenedora"*. Lógicamente, cuando maltrata, desprecia, discute con el hijo y abandona, aparece como aquella "*madre hostil" y "padre ausente"*. Este tipo de relación no debe haberse parecido a una relación hombre-mujer, con amor igualitario, deseo y reciprocidad. Como capta la médica, su relación ha debido ser siempre paterno (marido)-filial (mujer). Es destacable esa interrelación en la que aun habiéndose marchado el marido, éste acude a una terapia de pareja con ella para que tenga algún tratamiento.

En esta situación de carencia, que inicialmente sólo sabe querer resolver con la vuelta de este *padre ausente* imaginario para que la sostenga y la trate bien, entra la relación con la médica.

En el 1er TIEMPO, la versión de ella, la versión de él y la verdad y 2º TIEMPO

Artemisia pide terapia de pareja. La médica entre ella, él y la psicóloga, la **relación médica-paciente** transcurre externa a su imaginario. Artemisia le cuenta y le pide que vuelva el marido. La médica acepta esa demanda explícita y vigila y proporciona agentes para que vuelva el marido, que es cómo resulta para la paciente la psicóloga.

En este caso tan cronificado y con una reagudización por una contingencia social de mucho peso (el abandono del marido), y teniendo en cuenta que inicialmente la paciente no tenía ninguna demanda hacia la médica, esta etapa ha resultado buena, porque

ha conseguido **crear y mantener la demanda** por parte de la paciente, demanda que la médica se va a encargar de no dejar sin recoger.

En el 3er TIEMPO, de escucha y despliegue subjetivo e interpretación clave

La médica opta por **escuchar la versión subjetiva de la paciente**, sea o no verdad, porque lo que a ella le enferma no es cómo son las cosas en la realidad, sino cómo son para ella, el significado que tienen para ella. Este acto de toma de posición hace entrar a la médica en el imaginario de la paciente con un lugar de sujeto que sabe, fuera de las series de personajes que la paciente le puede transferir. Ni padre, ni madre, ni marido… funciona como médica que sabe, que da valor a o que Artemisia dice sobre sí misma y lo que le devuelve puede tener valor.

Desde esta posición, localiza las identificaciones en que está con el marido y en las que ha estado y **señala e interpreta la escena imaginaria acoplada**, lo cual tiene un significado central en la intervención. Producirá la primera mejoría por efecto de sujeto, y aunque quedará bastante por hacer, porque el caso es complejo y crónico, consigue la apertura y captación del sujeto-paciente.

En 4º TIEMPO, de sostén maternal en la relación médica-paciente y 5º TIEMPO, con efectos de cambio

Artemisia decae porque no consigue que el marido vuelva, y su dependencia, pasividad y debilidad existencial es demasiado antigua para resolverse tan rápido, y hace transmite la médica demanda de ayuda, que la médica explica que la percibe como una "*niña huérfana"* que parece que no ha crecido y que hubiera que maternarla de nuevo. Accede a la demanda implícita y se introduce en esa relación de *suplencia de sostén y protección* en la que la escucha, y le va señalando las contradicciones de sus deseos, transmitiendo mensajes de activación, de validación que van causando el efecto de ir alcanzando una posición de sujeto activo de la que carecía desde la que va llegando a realizaciones propias, y en consecuencia los síntomas también van cayendo.

Es importante ver algunas cuestiones que conciernen **a la perspectiva de género**. La mujer del caso ha vivido años en una posición pasiva, sin realizaciones de ningún tipo, excepto los hijos, y a pesar de acusarlo con sus dolores y malestar, éstos se habían tratado sólo medicalizándolos. Esto forma parte de un consentimiento tácito que se apoya en el modelo de género que considera normal y lógica

la dependencia, la inactividad, la pasividad. Propia de las mujeres, porque si hubiera sido un varón en estas circunstancias, nadie hubiera dado por lógica esa forma de vivir. Y forma también parte de un pacto tácito de género, la medicalización del malestar, sin reconocer ni correlacionarla con la vida cotidiana sujeta a esas posiciones pasivas.

Implica aplicar perspectiva de género, lo que hace la médica: no dejar pasar la situación de dependencia y de pasividad, y tender a un horizonte de recuperación de la mujer como sujeto independiente. Y también implica aplicar la perspectiva de género, utilizar un método que valida la palabra de la mujer y cuestiona el lugar subordinado con respecto al hombre, buscando que el sujeto se responsabilice de su propio cambio.

CAPÍTULO X
Un modelo para atención primaria

> Uno de cada cuatro europeos sufre al menos un episodio importante de enfermedad mental a lo largo de su vida. […] Existe una clara dimensión de género en el campo de la salud mental, especialmente en […] los trastornos del estado de ánimo, la ansiedad, el pánico, la depresión […] las mujeres reciben el doble de recetas de psicofármacos que los hombres… El Parlamento Europeo reclama incorporar la salud mental a las políticas comunitarias […] y solicita que se conceda una mayor prioridad a la promoción de la salud mental.
>
> Parlamento Europeo. Estrasburgo, 6 de septiembre de 2006

Se plantea un modelo de atención biopsicosocial al malestar de las mujeres aplicado a los servicios de atención primaria en el que se pone en juego el marco teórico y método de atención tratado hasta aquí. El modelo ha sido desarrollado en el Programa de Atención Biopsicosocial al Malestar de las Mujeres en Atención Primaria por el Instituto de la Mujer, y aplicado en Servicios de Salud de comunidades autónomas, llegando al estado actual mediante la participación y retroalimentación de los y las profesionales que fueron marcando necesidades y propuestas de organización.[1] Se trata de contar con los recursos habitualmente existentes en los servicios de atención primaria, pero incluyendo formación, cooperación entre servicios y organización, necesarios para aplicar el método de atención propuesto.

1. Existen evaluaciones de proceso y resultados disponibles en la web del Instituto de la Mujer http://www.mtas.es/mujer/programas/salud/index.html

Lo expondremos siguiendo el modo de presentación de proyectos con objetivos, actividades, recursos, cooperación entre servicios, implantación y beneficios esperables.

Los objetivos

• Finalidad •

Mejorar la atención al malestar de las mujeres (trastornos mentales comunes, depresión ansiedad, somatizaciones y síndromes funcionales) en atención primaria.

• Objetivo general •

Aplicar en atención primaria un modelo de atención biopsicosocial con inclusión de la subjetividad y el género para tratar el malestar de las mujeres.

• Objetivos estratégicos •

La aplicación del modelo tenderá a:

- favorecer cambios en los determinantes psicosociales y de género
- producir cambios en la posición subjetiva de el o la paciente
- mejorar los síntomas somáticos y anímicos
- mejorar los indicadores indirectos de la presión asistencial de los síndromes del malestar:
  - hiperfrecuentación de los servicios sanitarios
  - multiuso de servicios y pruebas complementarias
  - poli-consumo de fármacos, especialmente psicofármacos
  - insatisfacción de pacientes y profesionales.

Actividades

La aplicación del modelo conlleva, no sólo la puesta en practica del método en **consulta individual**, sino también otras actividades asistenciales coadyuvantes para conseguir los objetivos de mejoría del malestar de las mujeres, como son los **grupos de apoyo de**

mujeres; y también otras actividades necesarias para profundizar y mantener la calidad del método aplicado y para el cuidado de los y las profesionales implicados, que son **sesiones clínicas interdisciplinares biopsicosociales** y **supervisión de casos** por los y las sanitarias con psicólogos/as de salud mental. Además, dado que el método es una práctica apoyada en marcos teóricos que no están normalmente incluidos en la formación sanitaria, es necesario incluir como actividad **seminarios teóricos** periódicos.

Las actividades:

- Consulta biopsicosocial individual
- Grupos de apoyo de mujeres
- Sesiones clínicas biopsicosocial
- Supervisión de casos con psicólogos/as
- Seminarios teóricos

El **cuadro 40** en la página siquiente, muestra el esquema de las actividades componentes del modelo, con un pilar asistencial, otro de apoyo y calidad clínica y otro de formación.

• Consulta biopsicosocial individual •

Se aplicará tratamiento biopsicosocial (BPS) que produzca cambios en los determinantes psicosociales y de género y efectos de subjetivación (cambios a actitudes activas) que conlleven remisión de síntomas (somáticos o anímicos) y mejora de indicadores indirectos de malestar (hiperfrecuentación, poli consumo de fármacos, multiuso de servicios y pruebas complementarias, insatisfacción).

Podrá utilizarse la consulta a demanda y la consulta programada.

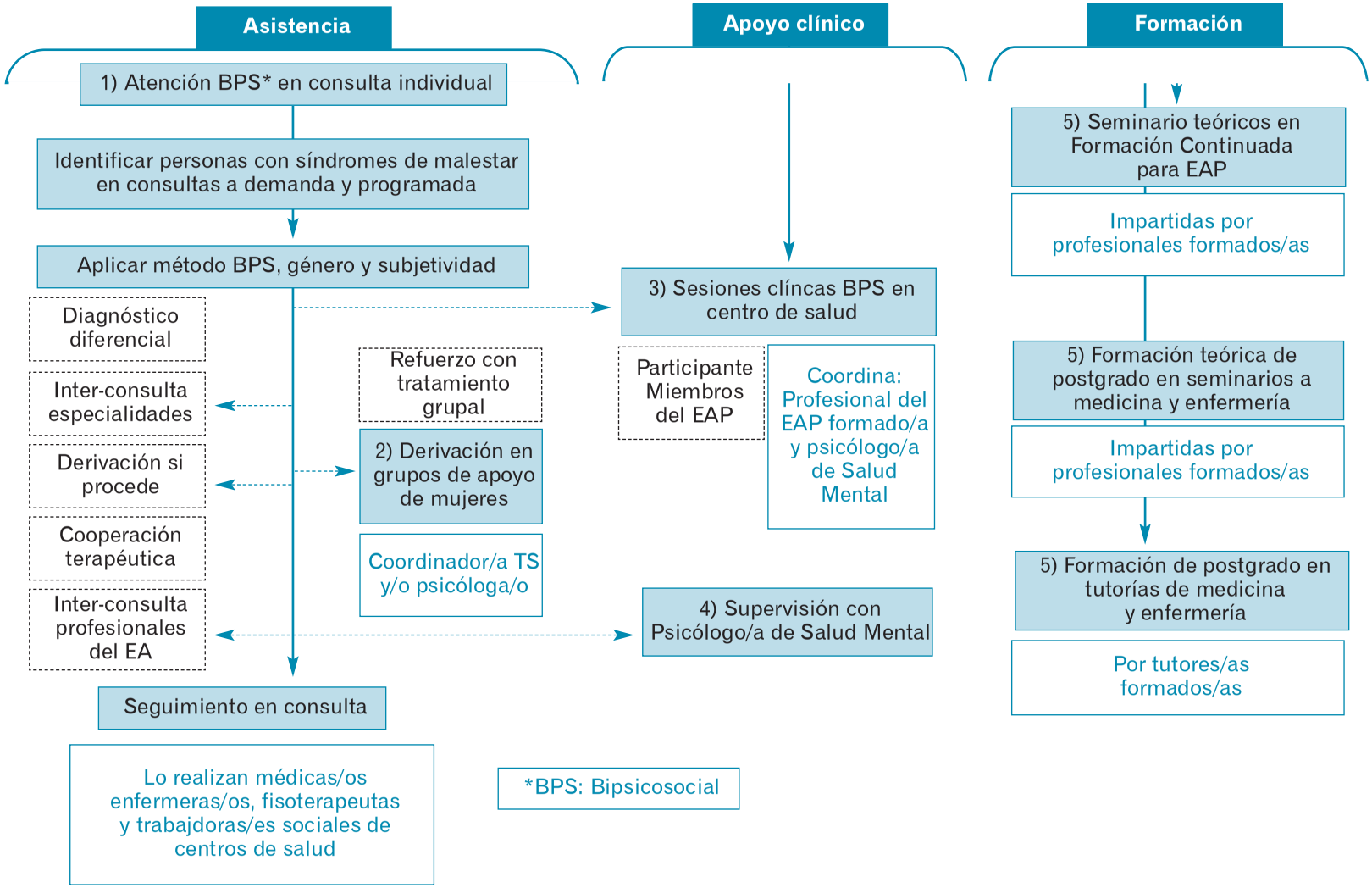
Los pasos a seguir serían:

Identificar pacientes con síndromes del malestar

En la medida en que la intervención BPS no excluye un abordaje también orgánico y basado en un diagnóstico biomédico, puede abordarse cualquier caso con quejas y síntomas sin causa orgánica y anímicos en el que el o la profesional considere que tiene componente psicosocial y de género. La propuesta de síndromes de malestar es, por tanto, abierta, ya que no se basan en una relación de diagnósticos.

CUADRO 40

Actividades del modelo de atención al malestar en AP



De forma tentativa se propone un listado de quejas, síntomas y síndromes que ha ido siendo ampliado en la práctica de los y las sanitarias que están aplicando el método. El estado actual de este listado tentativo, abierto y no excluyente se recoge en el siguiente **cuadro 41**.

Cuadro 41

Listado de quejas, síntomas y síndromes incluidos en el malestar

Dolores músculo-esqueléticos
Rigidez matutina
Entumecimiento
Despertar temprano
Dormir demasiado poco
Angustia al caer dormido
Pesadillas
Somnolencia diurna
Irritabilidad
Fallos de memoria
Cansancio mental
Cansancio físico
Cambios de humor
Fono-foto-sensibilidad
Palpitaciones
Dolor torácico no cardiaco
Dificultad para respirar
Temblor. Vértigo
Mareo
Zumbidos
Dolor facial
Cefalea
Dolor abdominal
Ardor.
Boca seca
Náuseas, vómitos
Epigastralgia
Alteración del gusto
Molestia en la garganta
Síntomas menstruales
Dolor pélvico
Picor
Reacciones a químicos o alimentos
Ansiedad
Depresión
Angustia
Somatización
T. somatoforme
Cefalea tensional
Síndrome de colon irritable
Fibromialgia
Disfunción temporomandibular
Dolor facial atípico
Dispepsia no ulcerosa
Dolor pélvico crónico
Síndrome de fatiga crónica
Bolo histérico
Sensibilización química múltiple
Hiperventilación
Síndrome premenstrual

Criterios de exclusión para el método BPS

Serán excluidos/as previamente de la aplicación del método los y las pacientes en los que puedan resultar muy negativos los efectos del método.

Los criterios son:

- Enfermedad orgánica grave o de órganos vitales:
  - cardiopulmonar
  - hepática
  - sistema nervioso central
  - degenerativas del sistema nervioso periférico

- cáncer
- otras con criterio de gravedad

- Estructura perversa
- Estructura psicótica o fronterizas
- Tratamiento con neurolépticos
- Alcoholismo y otras adicciones
- Antecedentes de intentos de suicidio
- Enfermedad mental grave
- Otros motivos de gravedad a juicio del profesional

Realizar intervención biopsicosocial

- Centrada en la o el paciente
- Incluyendo lo psicosocial
- Incluyendo los significados de género
- Mediante relación médico/a-paciente significativa

Siguiendo el método de comprensión psicosocial y subjetivación con

- Escucha
- Localización
- Señalamiento
- Corrección de la posición subjetiva

Interconsulta de especialidades para diagnóstico diferencial

Derivación a salud mental u otras especialidades si procede

Interconsulta con otros profesionales del equipo para multi-abordaje. Con trabajo social, enfermería o medicina dentro del propio equipo

Derivación a grupo de apoyo de mujeres para reforzar evolución, siguiendo criterios de inclusión-exclusión

• Grupos de apoyo de mujeres •

Son un recurso de apoyo para abordaje de la problemática psicosocial demostradamente eficaz (Gabriela Charnes, 1990; Begoña López Dóriga (compl.), 2002; Carmen Sáez Buenaventura, 1988).

En los servicios sanitarios existen experiencias no generalizadas, de trabajo en grupos de mujeres, convocados alrededor de diversos temas de salud: atención al climaterio, y grupos de apoyo que trabajan la autoestima, autocuidado y desarrollo personal de las mujeres.[2] Son tradicionalmente coordinados por trabajadoras sociales o psicólogos/as que han accedido a formación en dinámica de grupos y atención a la salud de las mujeres por sus propios medios, ya que esta formación no está sistematizada en los servicios.

Pues bien, los grupos son un instrumento asistencial de apoyo que deben existir en los centros de salud para la aplicación del modelo.

Su objetivo será facilitar la elaboración biopsicosocial en casos con síndromes del malestar mediante dinámica grupal con perspectiva de género. **Coordinados** por una o un profesional formado, para ello, contando con que en algunos centros son las trabajadoras sociales las que asumen los trabajos grupales, si bien hay también otros perfiles profesionales que también vienen haciéndolo.

Deberán tener un encuadre mínimo de un grupo por centro de salud, con sesiones quincenales de 2 horas de duración.

Puede haber un tiempo optativo de trabajo corporal que abra el interés y las condiciones para que las mujeres participantes comiencen a practicar ejercicio físico.

Las mujeres participantes procederán de derivaciones de médicos/as, fisioterapeutas, enfermeras/os y trabajadoras/es sociales que atiendan en sus consultas a personas con síndromes del malestar mediante el método propuesto.

Se realizará entrevista previa a incorporación al grupo por la coordinadora/or para valorar criterios de exclusión e inclusión y para informar y vincular a la mujer con la participación en el grupo.

2. No vamos a tratar el tema grupal que excede los objetivos de este libro, pero sí apuntamos algunas referencias en línea con el modelo BPS que pueden ser consultadas, como Jorge L Tizón, 1994 y otros autores de la misma compilación; Antonio Pérez Sánchez, 1996; Julia Sebastián, 2001; Begoña López Dóriga, 2002.

Criterios de inclusión

- Pacientes identificadas con síndromes del malestar descartada organicidad.
- Con malestar de larga duración.
- Con intervención biopsicosocial empezada en consulta individual.
- Con escasez de recursos sociales de apoyo.
- Que precisa refuerzo del apoyo para evolucionar al cambio.

Criterios de exclusión

- Enfermedad orgánica grave o de órganos vitales: cardiopulmonar, hepática, sistema nervioso central, degenerativas del sistema nervioso periférico, cáncer y otras con criterio de gravedad.
- Pacientes con psicosis y perversión.
- Tratamiento con neurolépticos.
- Alcoholismo y otras adicciones.
- Antecedentes de intentos de suicidio.
- Conductas agresivas y/o de violencia física.
- Enfermedad mental grave.

• Sesiones clínicas biopsicosociales •

El método de intervención incluye la utilización de una relación sanitario-paciente significativa, en la que el o la profesional incluye sus percepciones sobre la persona y sobre sí mismo y su implicación con ella. Una de las formas principales de darse cuenta de lo que ocurre en esa relación, es hablar de ello y contrastarlo con otros y otras profesionales que escuchan desde la misma experiencia que pueden compartir. El medio para hacerlo son las sesiones clínicas biopsicosociales en las que se trata de la experiencia del encuentro con los y las pacientes. Son un instrumento de elaboración del tratamiento BPS sin el que el o la sanitaria, en solitario, no podría avanzar en los casos.

Las sesiones son además, un espacio necesario para el cuidado de los y las profesionales que se exponen a este modo implicado de relación con los y las pacientes. Cuando conocemos la complejidad de las situaciones y los trastornos a los que se

suelen enfrentar a diario los y las sanitarias de atención primaria y las demandas a las que se ven expuestas, podemos comprender la necesidad de este espacio de cuidado que es la sesión.

Por tanto, los **objetivos** de las sesiones clínicas BPS son:

- Analizar implicación en la relación sanitario/a-paciente.
- Favorecer su aplicación en el tratamiento de pacientes con síndromes del malestar.
- Proporcionar cuidado de los y las profesionales que abordan aspectos psicosociales en la consulta (prevención del *burn out*).

El **encuadre** de las sesiones son:

- Sesiones a nivel de centro de salud con periodicidad mensual.
- Coordinadas por psicólogo/a de servicios de Salud Mental con formación dinámica grupal.
- Puede realizarse en el espacio de formación continuada habitual de los Centros de Salud.
- Abierto a todos los y las profesionales del equipo con actividad clínica.
- Cerrar la entrada una vez empezada la sesión.

Las **condiciones previas** que han de ser garantizadas por la coordinadora o coordinador:

- Presentación de casos rotativamente, orales y no preparados.
- Garantizar la confidencialidad de todo lo tratado. Tanto sobre los y las profesionales, como sobre los casos, que se tratarán con anonimato.
- Respeto y cuidado entre los/las participantes.
- El o la profesional que presenta es quien tiene el saber sobre el caso: no cuestionar ni enjuiciar sus actuaciones.
- No realizar señalamientos o investigaciones personales sobre el o la profesional que presenta caso.
- Cuidar la secuencia de cumplimiento de la tarea.
- Dejar abiertas alternativas para el seguimiento del caso.

• Análisis del caso •

Exposición:

- Motivo de consulta y demandas explicita e implícita.
- Cuadro clínico y cuadro psicosocial.
- Incógnitas y problemas psicosociales.
- Aspectos de la relación sanitario/a-paciente, explícitos y latentes.

Elaboración grupal del caso:

- Localización de hechos biográficos significativos.
- Identificación de cuadro psicosocial sintomático.
- Expresión de conflictos en la consulta y desciframientos de conexiones biográficas con los síntomas.
- Implicación latente con el sanitario/a.
- Actitudes y caminos alternativos para el o la profesional.

• Supervisión de casos •

La necesidad que los y las sanitarias tendrán de consultar ocasionalmente el curso de sus casos clínicos con un o una profesional con mayor conocimiento y experiencia en el área de psicología, se cubrirá mediante la supervisión de casos individualizada, a cargo de psicólogos/as de los servicios de Salud Mental de referencia.

• Seminarios teóricos •

La práctica del método genera constantemente necesidades de revisar y ampliar conocimiento, en la medida en que es tangencial a varias áreas de conocimiento que, además, no están generalizadas en el sistema sanitario. Por ello, se deberán realizar seminarios de transmisión teórica a profesionales del equipo y profesionales en formación de postgrado (enfermería y medicina comunitaria).

Sería conveniente que la formación se incluyera en el Plan de Formación Continuada y formación de postgrado, planteado por objetivos.

Recursos

Los recursos humanos para aplicar el modelo son la **medicina de familia, enfermería,fisioterapia y trabajo social** de los equipos de atención primaria, que realicen el trabajo en sus consultas a demanda y programadas, participen en sesiones clínicas y supervisiones y deriven a pacientes a los grupos de apoyo de mujeres.

Será necesario que participen **profesionales** con formación en dinámica de grupos y género para coordinar los grupos de apoyo de mujeres.

Será necesario un **psicólogo/a** por área para coordinar sesiones clínicas y atender supervisiones de casos de los y la sanitarias.

Se designará un/a **Responsable del Programa por Centro de Salud**, cuyas funciones serán:

- Ser referente de coordinación de actividades para los y las profesionales del centro.
- Ser portavoz e interlocutora de los/las profesionales participantes con el Área de Salud y Servicios Centrales.
- Estimular la continuidad del modelo.
- Coordinar las recogidas de los registros de actividad para evaluaciones.

Cooperación entre servicios

El modelo precisa que se mantenga cooperación entre Servicios Centrales de las Consejerías de Salud y los Servicios Regionales de Salud de las comunidades autónomas.

Además, habrá cooperación entre servicios de Atención Primaria y de Salud Mental, ya que las actividades de sesiones clínicas y supervisión de casos y grupos de mujeres requieren esta cooperación.

Y por último, entre los distintos profesionales de los Centros de Salud.

Implantación

El modelo requerirá un proceso de implantación en los servicios que se puede sistematizar en los siguientes apartados:

- **Decisiones y acuerdos de los y las responsables de los servicios de salud**

El modelo implica, al menos, a servicios de Atención Primaria, servicios de Salud Mental y áreas de Formación.

- **Plan de formación inicial de formación de formadores/as: cursos teóricos y sesiones clínicas didácticas**

Como se trata de áreas de conocimiento nuevas para la mayoría de los y las sanitarias (psicología, género), y un método también nuevo, será necesario programar formación de inicio.

Una opción organizativa es realizar una **primera etapa de formación de formadores/as** y una **segunda etapa de extensión** de la formación a partir de ellos y ellas en los Centros de Salud.

- **Plan de formación continuada**

Se programarán los seminarios de formación continuada a nivel de centros o de área de forma estable.

- **Designación de responsables de Programa** en Centros de Salud.
- **Designación de responsable de Programa** en servicios de Salud Mental.
- **Asignación de un psicólogo/a** para el Programa por área.
- **Puesta en marcha del plan de actividades.**
- **Aplicación de registros de actividad del modelo dentro del sistema de información de los centros de salud.**
- **Establecer evaluaciones periódicas de proceso y resultados.**

Beneficios de aplicación del modelo

Se puede hablar de beneficios para los y la sanitarias en la calidad de su práctica y por otra parte, de los resultados de salud para las personas atendidas.

Los/las profesionales declaran los siguientes beneficios de la aplicación del modelo:[3]

- Mejor predisposición y receptividad hacia pacientes.
- Gratificación en el tratamiento de personas que antes resultaba frustrante y prevención del burn out.
- Mejora de la calidad de la atención a este tipo de pacientes.
- Aumenta la capacidad de atención BPS (escucha, apertura, localización, señalamiento, causar efectos de cambio).
- Descubrir la aplicación del género como determinante de salud.
- Conseguir la cooperación con salud mental.
- Estímulo a la investigación.

Beneficios de salud de las/los pacientes atendidos:[4]

- Mejorías generalizadas en grados diversos (dependiendo de la edad, sexo, gravedad, cronicidad y tipo de factores psicosociales asociados de las personas y del nivel de formación del profesional) de los síntomas físicos y anímicos de las personas tratadas.
- Disminución de la hiperfrecuentación.
- Disminución del uso de otros servicios.
- Disminución del uso de pruebas complementarias.
- Disminución del uso de psicofármacos.
- Aumento de la satisfacción de las y los pacientes.

3. Los resultados que se presentan proceden de cuestionarios abiertos y grupos focales realizados con sanitarios/as que aplicaron el modelo de atención a su práctica. Se encuentra disponible en el *Informe de situación y resultados preliminares de aplicación del modelo de atención biopsicosocial al malestar de las mujeres en la Región de Murcia 2004*, realizado por el Instituto de la Mujer en la web http://www.mtas.es/mujer/programas/salud/index.html

4. Los resultados proceden de la *Evaluación de intervención piloto sobre atención biopsicosocial al malestar de las mujeres en la Región de Murcia 2006*, realizada por el Instituto de la Mujer y disponible en la web http://www.mtas.es/mujer/programas/salud/index.html.

Bibliografía

Aberasturi, Arminda y Knobel, Mauricio. *La adolescencia normal. Un enfoque psicoanalítico.* México: Paidós, 1988.

Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (AETS). *Análisis comparativo de la Encuesta Nacional de Salud. Año 1997.* Ed. Instituto de Salud Carlos III. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid, 2001.

Aguilar Leñero, M.ª José; Alcedo González, S.; Gracia Ceperuelo, A.; Zumeta Fustero, T.; Marín Vara, M.; Martín Ruiz, A. "Análisis de la morbilidad en una consulta de Atención Primaria con historia clínica informatizada". *Centro de Salud* 2001: 99-105.

Airzaguena, J. M.; Grandes, G.; Alonso-Airbiol, I.; del Campo Chavala, J. L.; Oleaga Fernández, M. B.; Marco de Juana, J. "Abordaje biopsicosocial de los pacientes somatizadores en las consultas de atención primaria: un estudio piloto". *Aten Prim* 2002; 29(9): 558-561.

Alijotas, Jaume; Alegre, José; Fernádez-Solá, Joaquim. Cots, Josep *et al.* "Documento de consenso sobre el diagnóstico del síndrome de fatiga crónica Catalunya". *Med Cli* 2002; 118: 73-76.

Alizade, Mariam y Lartigue, Teresa. *Psicoanálisis y relaciones de género*. Buenos Aires: Lumen, 2004.

Álvarez Lario, Bonifacio; Alonso Valdivieso, J. L.; Alegre López, J.; Viejo Bañuelos, J. L.; Marañón Cabello, A. "Síndrome de fibromialgia: características clínicas de las pacientes españolas". *Rev Esp Reumatol* 1996; 23: 76-82.

Annandale, Ellen; Hunt, K.: "Masculinity, Feminity and Sex: An Exploration of Their Relative Contribution to Explaining Gender Differences in Health". *Soc Health Illness* 1990; 12 (1): 24-46.

Ansseau, Marc; Fischler, Benjamin; Dierick, Michel; Mignon, Annick; Leyman, Sophie. "Prevalence and impact of generalized anxiety disorder and major depression in primary care in Belgium and Luxemburg: the GADIS study". *European Psychiatry* 2005; 20(3): 229-235.

Anzieu, Annie. *La mujer sin cualidad. Resumen psicoanalítico de la feminidad*. Buenos Aires: Biblioteca Nueva, 1993.

Aparicio, Daniela. "Dolor: el interlocutor determina el destino del síntoma". *Mujer y Salud* 2002; 10: 17-18.

Aragonès Benaiges, Enric; Labad Alquézar, A.; Piñol Moreso, J. L. "Estudio de los trastornos depresivos en atención primaria de salud". *Psiquiatría Biológica*. 2005 Mar; 12(2): 58-61.

Arber, Sara; Class, Paid. "Employment and Family Roles: Making Sense of Structural Disadvantage, Gender and Health Status". *Soc Scie Med* 1991; 32 (4): 425-436.

Artells, J.J. *Clasificaciones de la WONCA en atención primaria*. Barcelona: Masson; 1997.

Azubel, Alicia. *Medicina y Psicoanálisis. Evolución del concepto de neurosis en el campo médico*. Buenos Aires: Homo Sapiens, 2001.

Barsky, Arthur J.; Cleary P. D.; Klerman, G. L. "Determinants of perceived health status of medical outpatients". *Soc Sci Med* 1992; 34: 1147-1154.

Bataille, George (1957). *El erotismo*. Barcelona: Mateu, 1971.

Bellón Sameño J. A., Delgado Sánchez, A; Luna del Castillo, J. D., Lardelli Claret, P. "Influencia de la edad y el sexo sobre los distintos tipos de utilización de atención primaria". *Gac Sanit* 1995; 9: 343-353.

Belzer, Kenneth; Schneier, Franklin R. "Comorbidity of Anxiety and Depressive Disorders: Issues in Conceptualization, Assessment, and Treatment". *Journal of Psychiatric Practice* 2004, 10(5): 296-306.

Bensing, Jozien M.; Hulsman, Robert; Schreurs, Karlein. "Gender differences in fatigue. Biopsychosocial factors relating to fatigue in men and women". *Med Care* 1999; 37 (10): 1078-1083.

Bergeret, Jean *(1974). La personalidad normal y patológica.* Barcelona: Gedisa, 1980.

Bertakis, K. D., Helms, L. J., Callahan, E. J., Azari, R., Leigh, P., Robbins, J. A. "Patient gender differences in the diagnosis of depression in primary care". *J. Women Helth Gen Based Med* 2001 Sep; 10(7): 689-698.

Birulés, Fina. Del sujeto a la subjetividad. En: Cruz, Manuel (comp.). *Tiempo de Subjetividad.* Barcelona: Paidós, 1996.

Bonder, Gloria. *Género y subjetividad: avatares de una relación no evidente*. 2006 *[On line]* http://www.colmex.mx/centros/ces/piem/lectura4.doc.

Borges S; Waitzkin, H. "Women's narratives in primary care medical encounters". *Women Health*. 1995; 23(1): 29-56.

Borrel i Carrió, Francesc. "El modelo biopsicosocial en evolución". *Med Clin (Barc)* 2002; 119(5): 175-179.

Borrell, Carme y Benach Joan. "Evolució de les desigualtats en la salut a Catalunya". *Mediterranea*. Politiques, 48. Barcelona, 2005.

Bridges, K. W.; Goldberg, D. P. "Somatic presentation of DSM-III psychiatric disorders in primary care". *J. Psychosom Res* 1985; 29: 563-569.

Brink Muinen, Atie van den. "Women's health care: for whom and why?" *Soc Sci Med*; 44(10): 1541-1551.

Brugulat, P., Séculi, E., Fusté, J. "Estado de salud y género en Cataluña. Una aproximación a través de las fuentes disponibles". *Gac. Sanit. Ener* 2001; 15 (01): 54-60.

Burin, Mabel. *El malestar de las mujeres. La tranquilidad recetada*. Buenos Aires: Paidós; 1991.

— *Género y Familia. Poder, Amor y Sexualidad en la Construcción de la Subjetividad*. Buenos Aires: Paidós. Psicología Profunda, 1998.

— Género y Psicoanálisis: Subjetividades femeninas vulnerables. En: Psicoanálisis, estudios feministas y género. Psicomundo *[On line]* http://www.psicomundo.com/foros/genero/subjetividad.htm

Busfield, Joan. "Mental Illness as Social Product or Social Construct: A Contradiction in Feminists' Arguments?" *Soc Health Illness* 1988 Dec 4; 10: 521-542.

Buzzatti, Gabriela y Salvo, Anna (1998). *El cuerpo-palabra de las mujeres. Los vínculos ocultos entre el cuerpo y los afectos*. Madrid: Cátedra, Instituto de la Mujer, 2001.

Cafferata, Gail Lee; Kasper, Judith; Bernstein, Amy. "Family Roles, Structure, and Stressors in Relation to Sex Diffe ences in Obtaining Psychotropic Drugs". *Journal of Health- nd Social Behavior*; 1983, 24, 2, june, 132-143.

Calvillo, Francisco*. La depresión, entre mitos y rumores*. Madrid: Biblioteca Nueva, 2003.

Campbell, J. L.; Ramsay, J.; Green, J. "Age, gender, socioeconomic, and ethnic differences in patients' assessments of primary health care". *Qual Health Care* 2001 Jun; 10(2): 90-95.

Cassel, John. "The contribution of the social environment to host resistance". *Am J Epedemiol* 1976; 104: 107-123.

Chocrón Bentata, Levy; Vilalta Franch, J.; Legazpi Rodríguez, I.; Auquer, K. Franch L. "Prevalencia de Psicopatología en un centro de atención primaria". *Atención Primaria* 1995,16: 586-590.

Claraco, Luis Manuel; Monreal, A.; García, J. "Manejo del paciente somatizador en atención primaria". *Formación Médica Continuada* 1999; 6(8): 536-543.

Collado, Antonio; Alijotas, Jame; Benito, Pere; Alegre, Cayetano; Romera, Montserrat; Sañudo, Isabel *et al. "*Documento de consenso, diagnóstico y tratamiento de la fibromialgia en Cataluña". *Med Clin* 2002; 118: 745-749.

Conde, Fernando. *El estrés en las mujeres trabajadoras: sus causas y sus consecuencias*. Serie Estudios nº 65. Madrid: Instituto de la Mujer. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2000.

Consensus Document on Fibromyalgia: "The Copenhagen Declaration (1993)". *Journal of Musculoskeletal Pain.* Vol. 1. Nueva York: The Haworth Press Inc., 1993.

De Armas, Araceli. "Concepto de salud y su evolución. El ser humano", en: González de Chávez, Asunción. *Cuerpo y subjetividad femenina. Salud y Género*. Madrid: Siglo XXI, 1993.

Delgado, Ana. "Salud y género en las consultas de atención primaria". *Atención Primaria,* febr 2001, Vol. 27, No. 2: 75-78.

Dio Bleichmar, Emilce. *El feminismo espontáneo de la histeria*. Madrid: Adotraf, 1984.

— *La sexualidad femenina: De la niña a la mujer*. Barcelona: Paidós, 1998.

Doltó, Francoise (1994; e. o. 1984) *La imagen inconsciente del cuerpo*. Barcelona: Paidós.

— *El niño del espejo. El trabajo psicoterapéutico*. Barcelona: Gedisa, 1987.

Dubos, Rene (1959). *El espejismo de la Salud. Utopías, progreso y cambio biológico*. México: Fondo de Cultura Económica, 1975.

Encuesta Nacional de Salud de 1995 y 1997. Ministerio de Sanidad y Consumo. [http://www.msc.es/Diseno/sns/sns_sistemas_informacion.htm].

Engel, George. "The need for a new medical model: a challenge for biomedicine". *Scien* 1977; 196: 129-136.

— "The clinical application of the biopychosocial model". *American Journal of Psychiatry* 1980; 137: 535-544.

Epstein, S. A.; Kay, G.; Clauw, D.; Heaton, R.; Klein, D.; Krupp, L. *et al.* "Psychiatric disorders in patients with fibromyalgia. A multicenter investigation". *Psychosomatics* 1999; 40: 57-63.

Fahrenberg, Jochen. "Somatic complaints in the German population". *J Psychosom Research*, 1995 oct; 39(7): 809-817.

Fee, Elizabeth. "Las mujeres y la atención de salud: una comparación de teorías". En: Fee Elisabeth. *Woman and Health: the politics of sex in medicine.* New York: Baywood Publising Company, 1983: 17-34.

Feldman, Marina. *La femineidad como una máscara, Joan Riviere*. *[On line]* http://www.scb-icf.net/nodus/014Mascarada.htm

Ferraro, Kenneth F. Yu Y. "Body weight and self-ratings of health". *J. Health Soc Behav*, 1995; 36, 274-284.

Field A. "Discovering statitstics using SPSS for Windows". London, Thousand Oaks, New Delhi: SAGE Publications. Health-42 (CPH-42) questionnaire. Qual Life Res, 20006, 35-42. 1999 The Academy of Psychosomatic Medine.

Fink, Per; Sørensen, Lisbeth; Engberg, Marianne; Holm, Martin; Munk-Jørgensen, Paul. "Prevalence, Health Care Utilization, and General Practitioner. Recognition Somatization in Primary Care". *Psychosomatics,* August 1999 40: 330-338.

Fiorini, Hector Juan. *El psiquismo creador*. Buenos Aires: Paidós, 1995.

Fox Keller, Eveyn (1985). *Reflexiones sobre género y ciencia*. Valencia: Alfons el Magnanim, 1991.

Freud, Sigmund (1905). *Psicopatología de la vida cotidiana.* Obras Completas. Tomo III. Madrid: Nueva Visión, 1972.

— *(1905) Tres ensayos para una teoría sexual. La metamorfosis de la pubertad.* OC, Tomo IV.

— *(1908) La novela familiar del neurótico.* OC, Tomo IV.

— *(1912) La dinámica de la transferencia.* OC, Tomo V.

— (1913) *La disposición a la neurosis obsesiva*. OC, Tomo V.

— (1914) *Introducción al narcisismo*. OC, Tomo VI.

— (1915) *Lo inconsciente*. OC, Tomo VI.

— *(1917) Teoría general de las neurosis. La transferencia.* OC, Tomo VI.

— (1921) *Psicología de masas y análisis del yo. La identificación*. OC, Tomo VII

— *(1926) Inhibición, síntoma y angustia.* OC, Tomo VIII.

— (1929) *El malestar en la cultura*. OC, Tomo VIII.

— *(1931) Sobre la sexualidad femenina.* OC, Tomo VIII.

Furhrer, Rebeca; Wessely, S. "The epidemiology of fatigue and depression: a french primary-care study". *Psychol med* 1995; 25: 895-905.

Fylkesnes, Knut; Forde, OH. "The Tromso Study: predictors of self-evaluated health-has society adopted the expanded health concept?" *Soc Sci Med* 1991; 32: 141-146.

Gabarrón Hortal, Elia; Vidal Royo, J. M.; Haro Abad, J. M.; Boix Soriano, I.; Jover Blanca, A.; Arenas Prat, M. "Prevalencia y detección de los trastornos depresivos en atención primaria". *Atención Primaria* 2002, 6 (29): 329-337.

Galaverni, E.; Pozo Navarro, P.; Bellini, M. "Estudio sobre síntomas de pánico en atención primaria". *Aten Primaria* 2005, 36(6): 312-316.

García-Mina, Ana. "A vueltas con la categoría de género". *Papeles del Psicólogo 2000,* nº 76: 35-39.

García-Campayo, J.; Sanz-Carrillo, C.; Pérez Echevarría, M. J.; Campos, R.; Lobo, A. "Trastorno por somatización en atención primaria: aspectos clínicos diferenciales". *Med Clin (Barc*) 1995; 105: 728-733.

Gervás, Juan. "Morbilidad atendida en los servicios de atención primaria". En: Onís, M., Villar, J. *La mujer y la salud en España. Informe básico.* Volumen 1. Madrid, Instituto de la Mujer, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 1992**.**

Gijsberg Van Wijk, CMT; Van Vliet, KP; Kolk, AM. "Gender perspectives and quality of care: towards appropriate and adequate health care for women". *Soc Sci Med* 1996; 43(5): 707-720.

Gill, D., Sharpe, M. "Frequent consulters in general practice:a sysytematic review of stuedies of prevalence, assotiations and outcome". *J. Psychosm Research* 1999; 47(2): 115-130.

Goldenberg, D. L. "Fibromyalgia syndrome a decade later. What have we learned?" *Arch Intern Med* 1999; 159: 777-785.

Golse, Bernard. *El desarrollo afectivo e intelectual del niño*. Barcelona: Masson 1987.

González de Chávez, Mª Asunción. *Cuerpo y subjetividad femenina. Salud y género*. Madrid: Siglo XXI, 1993.

— *Feminidad y masculinidad. Subjetividad y orden simbólico*. Madrid: Biblioteca Nueva, 1998.

— "El ideal maternal y el sufrimiento psicosomático en las mujeres". En: *II Jornadas de Salud Mental y Género*. Madrid, 9 y 8 de octubre de 2000. Instituto de la Mujer. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2001.

— Estudio reumatológico y descriptivo sobre personalidad y factores psicosociales. *Mujer y Salud* 2002; 19-21.

Gulbrandsen, P.; Fugelli, P.; Hjortdahl P. "Psychosocial problems presented by patients with somatic reasons for encounter: tip of the iceberg?" *Fam Pract* 1998 Feb; 15(1): 1-8.

Henningsen, Peter; Jakobsen, Thorsten; Schiltenwolf, Marcus; Weiss, Mitchell G. Somatization Revisited: "Diagnosis and Perceived Causes of Common Mental Disorders". *Journal of Nervous & Mental Disease*. 193(2): 85-92, February 2005.

Hipatia (1997). Dos para saber, dos para curar. Mª Jesús Murría y Consuelo Miqueo (ed.) Madrid: Horas y Horas, Cuadernos Inacabados, nº 46, 2004.

Hohmann, Ann A. "Gender bias in psychotropic drug prescribing in primary care". *Med Care* 1989; 27(May); 478-490.

Hudson, J. L.; Goldenberg, D. L., Pope, HG Jr; Keck, PE Jr; Schlesinger, L. "Comorbidity of fibromyalgia with medical mid psychiatric disorders". *Am J. Med* 1992; 92: 363-367.

Instituto de la Mujer. *Mainstreaming de género. Marco conceptual, metodología y presentación de buenas prácticas*. Informe final de las actividades del Grupo de Especialistas en *mainstreaming* (1999). Madrid: Instituto de la Mujer, 2001.

— *Seminario sobre Mainstreaming de Género en las Políticas de Salud en Europa. Madrid, 14 de septiembre de 2001*. Promovido por la Oficina Regional para Europa de la OMS, Ministerio de Sanidad y Consumo y Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Madrid, 2002.

Irigaray, Luce (1977). *Ese sexo que no es uno*. Madrid: Saltés, 1982.

Johansson, Eva E.; Hamberg, K.; Westman, G.; Lindgren, G. "The meanings of pain: an exploration of women's descriptions of symptoms". *Soc Sci Med* 1999 Jun; 48(12): 1791-1802.

Juranville, Anne. *La mujer y la melancolía*. Buenos Aires: Nueva Visión, 1994.

Jylhä, Marta; Guralnik J. M.; Ferrucci, L.; Jokela, J.; Heikkinen, E. "Is self-rated health comparable across cultures and genders?" *J. Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 1998; 53, S144-S152.

Kessler, Ronald C.; McGonagle, KA.; Zhao, S.; Nelson, CB.; Hughes, M.; Eshleman, S.; Wittchen, HU; Kendler, KS. "Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. Results from the National Comorbidity Survey". *Archives of General Psychiatry* 1994; 51: 8-19.

Kirmayer, Laurence J.; Robbins, J. M. "Three forms of somatization in primary care: prevalence, co- occurrence, and sociodemographic characteristics". *J. Nerv Ment Dis* 1991; 179: 647-655.

Kirmayer, Laurence J.; Groleau, Danielle; Looper, Karl J.; Dao, Melissa Dominicé. « Explaining Medically Unexplained Symptoms". *Can J Psychiatry,* Vol. 49, No 10, October 2004.

Kleinman, Arthur. Pain and resistence: the legitimation and relegitimation of local words. En: Delvecchio Good, M. J.; Brodwin, P. E.; Good, B. J.; Kleinman, A. (eds.) *Pain as human experience: an anthropological prespective.* Berkeley: University of California Press; 1988: 169-197.

Krieger Nancy. "Theories for social epidemiology in the 21st century: an ecosocial perspective". *Int J Epidemiol* 2001; 30: 668-677.

Kristeva, Julia. *Soleil Noir. Dépression et mélancolie*. París: Gallimard, 1987.

Kroenke, Kurt. Mangelsdorff, AD. "Common symptoms in ambulatory care: incidence, evaluation, therapy, and outcome". *Am J Med* 1989; 86: 262–266.

Kuhn, Thomas S. (1965). *La estructura de las revoluciones científicas*. 20ª Edición. México: Fondo de Cultura Económica; 2001.

Lacan, Jacques (1949). *El estadio del espejo como formador de la función del yo tal como nos lo revela en la experiencia psicoanalítica*. Escritos 1, Siglo XXI, 1975.

— *(1954-1955). El Yo en la teoría de Freud y en la técnica psicoanalítica*. Seminario 2. Barcelona: Paidós, 1983.

— (1956-1957). *La relación de objeto.* El seminario, Libro 4. Paidós, 1994.

— (1961). *La metáfora del sujeto.* Escritos 2, Siglo XXI, 1975.

— (1964). *Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis*. El seminario Libro 11. Paidós, 1987.

— (1975). *Los escritos técnicos de Freud.* El seminario. Libro 1. París, Seuil. Barcelona, Paidós, 1981.

Langer, Marie. *Maternidad y sexo. Estudio psicoanalítico y psicosomático.* Barcelona: Paidós, 1983.

Lauretis, Teresa de. *Diferencias. Etapas de un camino a través del feminismo*. Madrid, Cuadernos Inacabados 35, Horas y Horas, 2000.

Lemoine Luccioni, Eugénie. *La partición de las mujeres*. Buenos Aires: Amorrotu, 1976.

Lewis G, Wessely S. The epidemiology of fatigue: more questions than answers. *J Epidemiol Community Health* 1992; 46: 92-97.

Lobo, A.; García Campayo, Javier; Campos, R. *et al.*: "Somatisation in primary care in Spain: I. Estimates of prevalence and clinical characteristics. Working Group for the Study of the Psychiatric and Psychosomatic Morbidity in Zaragoza". *Br J Psychiatry* 1996; 168: 344-348.

López Dóriga, Begoña (compl.); Nogueiras, Belén; Arechederra, Ángeles; Bonino, Luis. *La atención sociosanitaria ante la violencia contra las mujeres.* Serie Salud 3. Madrid: Instituto de la Mujer. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2001.

López Dóriga, Begoña (compl.); Migallón, Pilar; y Gálvez, Beatriz. *Los grupos de Mujeres*. Metodología y contenidos para el trabajo grupal con la autoestima. Madrid: Instituto de la Mujer. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2002.

López Herrero, Luis Salvador. La histeria cien años después. *Aten Prim* 1997; 19(3): 151-153.

López San Román, Antonio. *Programa Anual 2000-2001 de Formación Continuada Acreditada para Médicos de Atención Primaria.* http://www.medynet.com/elmedico/aula/tema10.

Maleval, Jean-Claude. "Identificaciones imaginarias y estructura psicótica no desencadenada". *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría* 1996 octubre/diciembre; 60(16): 629-646.

Malterud, Kirsti. "Symptoms as a source of medical knowledge: understanding medically unexplained disorders in women". *Fam Med* 2000, oct; 32(9): 603-611.

Maquieira, Virginia. "Género, diferencia y desigualdad". En: Beltrán, Elena y Maquieira, Virginia (ed.). *Feminismos. Debates teóricos contemporáneos.* Madrid: Alianza, 2001.

Marecek, Janet; Kravetz, D. "Mujer y salud mental: un análisis de los intentos feministas de cambio. (e. o. 1973)". En: Sáez Buenaventura, Carmen (comp.). *Mujer, locura y feminismo.* Madrid: Dédalo; 1979.

Martínez Benlloch, Isabel, y Bonilla Campos, Amparo. *Sistema sexo/género, identidades y construcción de la subjetividad.* Valencia, Universidad de Valencia, 2000.

— "Efectos de los ideales culturales en la conciencia corporal y la autoestima". En: *Género, desarrollo psicosocial y trastornos de la imagen corporal.* Madrid: Instituto de la Mujer, serie Estudios, 2001.

Meler, Irene; Tajer, Débora (compl.). *Psicoanálisis y Género. Debates desde el Foro*. Buenos Aires: Lugar Editorial, 2000.

Melzer, Kenneth; Schneier, Franklin R. "Comorbidity of anxiety and depressive disorders: Issues in conceptualization, assessment, and treatment". *Journal of Psychiatric Practice* 2004 SEP;10(5): 296-306.

Méndez, Carlos. *La Fibromialgia, los Trastornos Funcionales Digestivos y la Depresión*. Monografía Postgrado Reumatología. Universidad de la República Uruguaya Cátedra de Reumatología. Febrero 2002. www.afibrom.org/Trabajopremiado.doc

Micó, Juan Antonio. Grupo de Investigación de Farmacología y Neurociencias, del Departamento de Neurociencias de la Universidad de Cádiz.

Mitchel, Juliet. *Psicoanálisis y feminismo. Freud, Reich, Laing y las mujeres*. Madrid: Anagrama, 1974.

Money, John (1955). *Desarrollo de la Sexualidad Humana*. Madrid: Ediciones Morata, 1982;

— (1985) Gender: History, Theory and Usage of the Term in Sexology and its Relatonship to the Nature. *Journal of Sex and Marital Therap 1985;* 11: 71-79.

Montero, Isabel; Aparicio, Dolores; Gómez-Beneyto, Manuel *et al.* "Género y salud mental en un mundo cambiante". *Gac Sanit*, mayo 2004, vol.18 supl.1: 175-181.

Moreno, Enriqueta. Banalidad o angustia en el hombre contemporáneo. En: Moreno, Enriqueta (compl.)*. 14 conferencias sobre el padecimiento psíquico y la cura psicoanalítica*. Madrid: Biblioteca Nueva, 2000.

Mosquera, Carmen; Uría, Marian; García, Mercedes*. La salud de las mujeres en Asturias. Investigación cualitativa con grupos de discusión.* Consejería de Salud y Servicios Sanitarios. Gobierno del Principado de Asturias, 2004.

Nasio, Juan David. *Los gritos del cuerpo. Psicosomática*. Buenos Aires: Paidós, 1996.

Nimnuan, Chaichana; Rabe-Hesketh, Sophia; Wesseley, Simon; Hotopf, Mathew. "Haw many functional somatic syndromes?" *J Psychosom Res* 2001; 51(4): 549-557.

Onís, Mercedes y Villar, José. *La mujer y la salud en España. Informe básico*. Volumen 1a 4. Madrid: Instituto de la Mujer, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 1992**.**

ONU. Acuerdo del Comité de la Interagencia de la ONU sobre Criterios de Buenas Prácticas para las Mujeres y la Igualdad del Género (IACWGE), febrero 1999.

Organización Mundial de la Salud. *La Mujer, la Salud y el Desarrollo*. Informe del Directos General. Ginebra: OMS, 1985.

— Clasificación CIE-10 de los trastornos mentales y del comportamiento: descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. Ginebra: OMS; 1992.

— *Informe de Salud en el Mundo 2001. Salud Mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. [On line]*_www.who.org

— *Gender and mental health. 2002* [http://www.who.int/gender/other_health/en/genderMH.pdf]

— *Integración de las perspectivas de género en la labor de la OMS. Política de la OMS en materia de género*, 2002.

Ortiz Lobo, Alberto; Lozano Serrano, C.; Fernández Jiménez, G. "La evolución de la prescripción y los costes de los antidepresivos en un área de Atención Primaria (1996-2001)". *Semergen* 2005, 10(31): 456-461.

Ortiz, María Dolores; Muñoz Francisca; Vega, Pilar; Cuenca, Rebeca. **"**Mejora de la atención a pacientes depresivos en atención primaria". *Calidad asistencial* 2005, 1(20): 19-24.

Patel, V.; Araya, R.; de Lima M. *et al.* (1999). "Women, poverty and common mental disorders in four restructuring societies". *Social Science Medicine*, 49: 1461-1471.

Pérez Sánchez, Antonio. *Prácticas psicoterapéuticas. Psicoanálisis aplicado a la asistencia pública*. Barcelona: Paidós, 1996.

Perula, Luis Ángel; Martínez, D. L. I.; Ruiz, Roger; Fonseca del PJ. "Variables relacionadas con el estado de salud autopercibido: estudio poblacional". *Aten Primaria* 1995; 16: 323-329.

Piccinelli, M.; Simon, G. "Gender and cross-cultural differences in somatic symptoms associated with emotional distress. An international study in primary care". *Psychol Med* 1997 Mar; 27(2): 433-444.

Pommier, Gérard. *Una lógica de la psicosis*. Barcelona: Paradiso, 1984.

— *La excepción femenina. Ensayo sobre los impases del goce.* Buenos Aires: Alianza Estudio, 1993.

— *Del buen uso erótico de la cólera y alguna de sus consecuencias.* Buenos Aires: La Flor, 1996.

— *Transferencia y estructuras clínicas.* Seminario 35. Buenos Aires: Kliné, 1996.

— *El amor al revés.* Buenos Aires: Amorrortu, 1997.

— *La depresión.* Conferencia dictada en el Colegio Oficial de Psicólogos de Valencia, 1999. [Inédito].

— Los cuerpos angélicos de la posmodernidad. Buenos Aires: Nueva Visión, 2002.

Pomposelli, Raffaella. "La enfermedad forma parte de la vida". En: Hipatia (1997) *Dos para saber, dos para curar.* Madrid: Horas y Horas, Cuadernos Inacabados, nº 46, 2004.

Redman, Selina; Webb, Gloria R.; Hennrikus, Deborah J.; Gordon, Hill J. *et al.* The effects of gender on diagnosis of psychological disturbance. *Journal-of-Behavioral-Medicine*. 1991 oct; Vol. 14(5): 527-540.

Richman, A. J.; Jasón, A. L. "Gender biases underlaying the social construccion of illness satetes:the cases of cronic fatigue syndrom". *Current Socilogy*, May 2001; 49(3): 15-29.

Riemann, Fritz (1975). *Formas básicas de la angustia*. Barcelona: Herder, 1996.

Riviere, Joan. *"Womanliness as a masquerade",* The International Journal of Psychoanalysis (IJPA), vol. 10, 1929. [On line] www.ncf.edu/hassold/WomenArtists/r iviere_womanliness_as_masquerade.htm

Rodríguez, Benjamín F.; Bruce, Steven E.; Pagano, María E. Keller Martin B. "Relationships among psychosocial functioning, diagnostic comorbidity, and the

recurrence of generalized anxiety disorder, panic disorder, and major depression". *Journal Anxiety Disorder*. 2005; 19(7): 752-766.

Rodríguez, Regina (ed.). *El malestar silenciado. La otra salud mental*. Madrid: Isis Internacional. Ediciones de las Mujeres 14, 1990.

Romo, Nuria; Meneses, C.; Póo, M.; Gil, E. Markez, I.; Vega, A. (2003). Mujeres y prescripción de psicofármacos. Un estudio comparativo en tres Comunidades Autónomas. Instituto de la Mujer (en prensa), Madrid.

Rubin, Gayle. "The traffic in women: Notes on the 'Political Econmy' of sex". En: Reiter, Rayna (comp.): *Toward an Anthropology of Women*, Nueva York y Londres: Monthly Review Press, 1975.

Ruiz Cantero, Mª Teresa. Igualdad de oportunidades en los servicios sanitarios: sesgo de género como determinante de la estructura de salud de la Comunidad. En: Miqueo, Consuelo (ed.). *Perspectivas de género en salud. Fundamentos científicos y socioprofesionales de diferencias sexuales no previstas*. Madrid: Minerva, 2001.

Ruiz Doblado, Sergio; Pérez Cano, A.; Lara Palma, L. Identificación de síntomas depresivos en atención primaria(I): Factores relacionados. *An Psiquiatría* 1997; 13(4): 139-148.

Rush, A John; Zimmerman, Mark; Wisniewski, Stephen R *(et al.).* "Comorbid psychiatric disorders in depressed outpatients: Demographic and clinical features". *J. Affect Disord*. 2005 Jul; 87(1): 43-55.

Sáez Buenaventura, Carmen. *Mujer, locura y feminismo*. Madrid: Dédalo; 1979.

— *Sobre mujer y salud mental*. Barcelona: La Sal, Ediciones de les dones Cuadernos Inacabados nº 9; 1988.

Sánchez, Teresa. *Psicoanálisis y psicología. Convergencia o confrontación*. Madrid: Biblioteca Nueva, 2003.

Sanz-Carrillo, C.; Arévalo, E.; García-Campayo, J. "Somatización y familia: intervención del médico de atención primaria". *Aten Prim* 1998; 21(8): 545-552.

Sebastián, Julia. "Intervención psicológica grupal en mujeres con cáncer de mama". En: II *Jornadas de Salud Mental y Género. Madrid, 9 y 10 de octubre de 2000*. Serie Debate 32. Instituto de la Mujer, 2001.

Sellin, Birger. *Quiero dejar de ser un dentrodemi. Mensajes desde una cárcel autista*. Barcelona: Galaxia Gutemberg, 1993.

Showalter, Elaine. *The female malady. Women, madness and english culture: 1830-1980*. Nueva York: Pantheon Books, 1985.

— *Hystories: Hysterical Epidemics and Modern Media*. Nueva York: Columbia University Press, 1998.

Solano, Luis. "Dossier: La perversión". *Confluencias* 1990. 1(4): 34-57.

Spitz, René. *El primer año de vida del niño*. Fondo de Cultura Económica, 1965.

Stewart DE. "Women's health and psychosomatic medicine", *J Psychosom Research*. 1996 Mar; 40(3): 221-6.

Stoller, Robert J. *Sex and Gender. The Development of Masculinity and Feminity.* Londres: Karnak Books, 1968.

Tizón, Jorge L. *Componentes psicológicos de la práctica médica. Una perspectiva desde la atención primaria*. Barcelona: Doyma, 1988.

— "Experiencias grupales en atención primaria de salud". En: Ávila, Alejandro y García de la Hoz, Antonio (compl.). *Aportaciones de la Psicoterapia de grupo a la atención pública de salud mental.* Madrid: Quipú, 1994.

— "Los nuevos modelos asistenciales en medicina: una visión a partir de algunos fundamentos psicológicos y epistemológicos". *Revisiones en Salud Pública* 1995; 4: 57-83.

— "La atención primaria a la salud mental: una concreción de la atención sanitaria centrada en el consultante". *Aten Prim* 2000; 26(2): 101-117.

Torres, Carmen. *Mujeres y Salud. La otra mirada de la salud mental*. Isis internacional. http://www.isis.cl/temas/salud/reflex4.htm.

Tubert, Silvia. *La muerte y lo imaginario en la adolescencia*. Madrid: Saltés, 1982.

— *La sexualidad femenina y su construcción imaginaria*. Madrid: El Arquero, 1988.

— *Mujeres sin sombra. Maternidad y tecnología*. Madrid, Siglo XXI, 1999.

— "Construcción cultural de la feminidad". En: *Salud mental y género. Aspectos psicosociales diferenciales en la salud de las mujeres.* Madrid: Instituto de la Mujer. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2000.

— *Deseo y representación. Convergencias de psicoanálisis y teoría feminista*. Madrid: Síntesis; 2001.

— La construcción cultural del cuerpo femenino. La crisis adolescente como factor de riesgo de los trastornos de la alimentación. En: *Género, desarrollo psicosocial y trastornos de la imagen corporal.* Madrid, Instituto de la Mujer, serie Estudios, 2001.

— *Del género al sexo. Los equívocos de un concepto*. Madrid: Cátedra, 2003.

— La construcción de la imagen corporal y la salud de las mujeres. En: López Dóriga, Begoña (compl.). *La publicidad y la salud de las mujeres. Análisis y recomendaciones*.

Serie Salud 8. Madrid: Instituto de la Mujer. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2005.

Usall i Rodiè, Judith. Diferencias de género en los trastornos del estado de ánimo: una revisión de la literatura. *Act Esp Psiquiatría* 2001, jul; 29 (04): 269-274.

Uzorskis, Benjamín. *Clínica de la subjetividad en territorio médico*. Buenos Aires: Letra Viva, 2002.

Valls Llobet, Carme. El dolor y el malestar de las mujeres: diagnóstico diferencial. Mujer y Salud, 2002.

Vázquez Barquero, José Luis; Wilkinson, G.; Williams, P.; Díez Manrique, J. F.; Peña, C. "Mental Health and medial consultation in primary care settings". *Psychological Medicine* 1990, 20: 681-694.

Vegetti, Silvia. *El niño de la noche. Hacerse mujer, hacerse madre*. Madrid: Cátedra. Instituto de la Mujer, 1990.

Velasco, Sara. "Una forma de escuchar la endometriosis". Revista *Diálogos*. Nº 0, julio 1994, 13-15.

— *Naufragios. Mujeres y aborto*. Madrid: Libertarias Prodhufi, 1995.

— *Prevención de la transmisión heterosexual del VIH/sida en Mujeres*. Serie Salud 2. Instituto de la Mujer, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales y Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida, Ministerio de Sanidad y Consumo, 1999.

— *Relaciones de género y subjetividad. Método para programas de prevención.* Madrid, Instituto de la Mujer, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales y Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida, Ministerio de Sanidad y Consumo, 2002.

— "La maternidad en el psicoanálisis. Encuentros y desencuentros". En: Caporale Bizzini, Silvia (coord.). *Discurso en torno a las maternidades* Madrid, Entinema, 2004.

— "Los síndromes del malestar de las mujeres en atención primaria". *Revista Mujeres y Salud* (CAPS), Barcelona, 2005, 16: 11-15.

— "Relación entre el imaginario social y la salud". En: López-Dóriga, Begoña (compl.). *La publicidad y la salud de las mujeres. Análisis y recomendaciones.* Serie Salud 8. Madrid: Instituto de la Mujer. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2005.

— "Unconscious Representations in Motherhood. Traditions and Contradictions". En: Caporale, Silvia (ed.). *Narrating Motherhood(s), Breaking the Silence. Other Mothers, Other Voices*. Bern-New York-Oxford: Peter Lang, 2006.

— Velasco, Sara; Ruiz, M. Teresa; Álvarez-Dardet, Carlos. "Modelos de atención a síntomas somáticos sin causa orgánica. De trastornos fisiopatológicos al malestar de las mujeres". *Rev Esp Salud Pública*, 2006; 4(80): 317-333.

West, Candance. "Reconceptualizing gender in physician-patient relationship". *Soc Sci Med* 1993; 36(1): 57-66.

White, Kerr L. Williams TF; Greemberg, BG. "The ecology of medical care". *N Eng J Med* 1961; 265: 885-892.

Wileman, L. May; Graham, C. Chew. "Medically unexplained symptoms and the problem of power in the primary care consultation: a quality study". *Fam Prac* 2002; 19(2): 178-182.

Winnicott, Donald. *El proceso de maduración del niño*. Barcelona: Laia, 1975.

Wool, Carol A.; Barsky, Arthur J. "Do women somatize more than men? Gender differences in somatization", *Psychosomatics.* 1994 sep-oct; Vol. 35(5): 445-452.

Zadoroznyj, Maria; Svarstad, Bonnie L. "Gender, Employment and Medication Use". *Social Science and Medicine*; 1990, 31, 9: 971-978.