RELACIONES DE GÉNERO Y SUBJETIVIDAD. MÉTODO PARA PROGRAMAS DE PREVENCIÓN

RELACIONES DE GÉNERO Y SUBJETIVIDAD MÉTODO PARA PROGRAMAS DE PREVENCIÓN

SALUD 5

MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO
SECRETARÍA DEL PLAN NACIONAL SOBRE EL SIDA

MINISTERIO DE TRABAJO Y ASUNTOS SOCIALES
INSTITUTO DE LA MUJER

Relaciones de género y subjetividad. Método para programas de prevención

Salud 5

2.ª Reimpresión, 2005

Autora del texto: Sara Velasco Arias
Coordinación: Instituto de la Mujer
Secretaría del Plan Nacional sobre Sida
© Instituto de la Mujer (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales)

Edita: Instituto de la Mujer
Condesa de Venadito, 34
28027 Madrid (España)
E-Mail: inmujer@mtas.es
www.mtas.es/mujer

Diseña y realiza: PardeDÓS
Nipo: 207-06-089-2
Depósito Legal: M-10913-2006
Imprime: Gráficas Rodríguez, S.L.
Sorgo, 56 - 28029 Madrid

Agradezco a Begoña López Dóriga su constante respaldo, su valiosa visión sobre salud y género y sus innumerables críticas y sugerencias para hacer de este texto un instrumento útil para las y los profesionales sanitarios. A Mónica Suárez por el apoyo a nuestro trabajo y su atenta lectura del texto. Mi agradecimiento también a Pamela Stoll, y Adrian Buzzaqui por sus críticas y correcciones del texto. Y, desde luego, estoy muy agradecida a todos los y las profesionales de atención primaria de salud que han participado en los seminarios y cursos de formación, por lo mucho que me han enseñado y, especialmente, a quienes han permitido la utilización de casos clínicos y ejemplos para este libro.

Índice

Pág.

Introducción 9

Capítulo 1. Programa de Prevención de la Transmisión Heterosexual del VIH/sida en Mujeres 15

Objetivo meta 18

Objetivos estratégicos 18

Los y las profesionales 19

Las mujeres y los hombres 20

La intervención en Atención Primaria 22

Materiales 23

Capítulo 2. La perspectiva de género 25

Perspectiva de género. *El enfoque* 27

Sexo, género y sistema sexo/género. *Los conceptos teóricos* 28

El sesgo de género en estudios e investigación 29

El género como categoría de análisis 31

El enfoque o perspectiva de género como método de intervención en salud. *Línea para la acción* 32

Mainstreaming de género. *La influencia política* 33

Diferencia entre abordaje de salud de las mujeres y abordaje de género 34

SINTITUL-1 5 19/10/2006, 13:26

Pág.

Capítulo 3. Análisis de género sobre las relaciones entre hombres y mujeres 37

Interacción bio-psico-social y género 39

Construcción de la subjetividad bajo la influencia social del género 45

Organización social y consenso sobre género 47

Socialización y desarrollo psíquico 48

Un modelo de género: relaciones tradicionales 54

Realización humana o simbolización e ideales tradicionales 56

La transición de ideales en el siglo XX 57

Transición de género 60

Limites de la fenomenología 66

Aplicación a los perfiles de relación mujer-hombre vulnerables a la transmisión heterosexual del VIH/sida y enfermedades de transmisión sexual (ETSs) 67

Capítulo 4. El desarrollo psíquico en la construcción de la subjetividad. Disposiciones y contingencias 75

Las disposiciones 79

Fusión primitiva con la madre. La completud arcaica 79

Separación primaria. La pérdida primordial 80

Construcción del narcisismo. La imagen de ser uno/a 81

Identidad femenina temprana. El *'cuerpo cóncavo'* 83

El triángulo edípico. Organización del deseo endogámico y acceso a lo simbólico 86

Crisis adolescente. El vuelco al deseo exogámico. El desasimiento de los padres 91

Las contingencias 94

Relación con semejantes. La amistad 94

La pareja. Unión basada en la diferencia sexual 95

Embarazo y parto. *"Fantasía de completud y crisis narcisista"* 104

SINTITUL-1 6 19/10/2006, 13:26

Pág.

El nacimiento de los hijos e hijas. *"De dos a tres"* 108
Crisis masculina de los 40-50 años. Hijos adolescentes 111
Los 50 años de las mujeres. Etapa de duelos 113

Capítulo 5. Relación sanitario/a paciente 115
Identificaciones y efecto de sujeto 118
Afectos, actos y síntomas. Las actitudes 120
Corrección de posición subjetiva y modificación de actitudes 124
Relación entre sanitario/a y paciente. La transferencia 125
Respuesta del sanitario/a 131
La posición 131
Las palabras 135
Los actos 139
Análisis de casos 141
Parejas serodiscordantes 143
Parejas con varón usuario de prostitución 152
Parejas en que el varón mantiene relaciones fuera de la pareja 160
Personas sin pareja estable que mantienen relaciones sexuales 167

Bibliografía 169

SINTITUL-1 7 19/10/2006, 13:26

Introducción

Introducción

En 1997 comenzó el **Programa de Prevención de la Transmisión Heterosexual del VIH/sida en Mujeres** por iniciativa del **Instituto de la Mujer (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales)** y la **Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida.** Este programa se enfoca con una perspectiva de género que permite analizar el problema de la prevención teniendo en cuenta dos vertientes: la vulnerabilidad diferencial entre hombres y mujeres y el análisis de actitudes y resistencias a la prevención que se apoyan en los condicionantes de género.

Para modificar las actitudes de resistencia es necesario transformar los roles de género que las personas mantienen por lo que nos dirigimos a los y las profesionales de Atención Primaria de Salud a fin de que , desde su idónea posición de contacto con la población, sean agentes que incidan en este cambio a través de su práctica diaria.

En 1999 se editó un manual de ***Prevención de la Transmisión Heterosexual del VIH/sida en Mujeres con Perspectiva de Género*** que reunía y ampliaba lo que, hasta entonces, eran los documentos de trabajo de los seminarios impartidos.

SINTITUL-1 11 19/10/2006, 13:26

Para incorporar esta perspectiva de análisis, además de realizar seminarios, en el año 2001 hemos diseñado un curso de formación sobre método de abordaje y transmisión de la perspectiva de género, que amplia los conocimientos y la capacidad de los y las profesionales que, habiendo participado en la formación, se comprometen a impartir los seminarios al personal socio-sanitario de Atención Primaria. Buscamos así un efecto multiplicador. Se dedica el capítulo 1 a la exposición de los elementos fundamentales del Programa de intervención llevado a cabo durante estos años.

El presente libro reúne los contenidos de este curso de método. Lo hemos adaptado a las necesidades de los y las profesionales que participaron en las actividades de formación en orden a los siguientes objetivos:

- Primero: capacitar para poder aplicar mejor en sus consultas y trabajo diario los aspectos de prevención primaria de las Enfermedades de Transmisión Sexual (ETSs) y la Transmisión Heterosexual (THS) del VIH/sida, abordando los condicionantes de género e influyendo en su transformación. Se amplían, con respecto al manual de 1999, los conocimientos sobre las relaciones de género entre hombres y mujeres.

- Segundo: proporcionar mayor formación en comunicación y análisis de la relación sanitario/a-paciente como método para modificar actitudes y ser eficaces en la prevención primaria personalizada.

Para lograr los objetivos, los núcleos conceptuales en los que nos apoyamos son:

- relaciones de *género*. El abordaje *bio-psico-social* se articula con la construcción cultural del género y su transmisión social (esfera social) y la interiorización individual por parte de las personas (esfera psíquica). Este aspecto se desarrolla en los capítulos dos y tres.
- *construcción de la subjetividad* a través de la cual la socialización y el *desarrollo psíquico* van dejando sus improntas en cada sujeto construido de forma singular. (capítulo cuatro)

SINTITUL-1 12 19/10/2006, 13:26

- la búsqueda de la *subjetivación* de las personas y alcanzar *efectos en los sujetos*, para que ellos y ellas se hagan conscientes de sus propias actitudes y tomen el control y la responsabilidad de su transformación. Es el método para que se modifiquen las actitudes
- el instrumento que el o la profesional tiene a su alcance para incidir en la subjetivación es la *relación entre sanitario/a-paciente*. (Capítulo cinco)

Estos son los conceptos que subyacen en el material que aquí aportamos. Lo hemos desarrollado pensando siembre en lo que puede ser de utilidad y aplicación para los y las profesionales de Atención Primaria.

Si bien este trabajo nace del Programa de Prevención de la Transmisión Heterosexual del VIH/sida, las ideas y el método del presente libro pueden ser aplicadas en la atención a la salud de las mujeres que acuden a consulta.

Hemos de agradecer encarecidamente a los y las participantes en los seminarios su valiosa aportación al Programa con su experiencia y el saber que ponen en juego para trabajar temas que, a veces, pueden haber resultado paradigmas poco frecuentes en la práctica clínica. Agradecemos además su autorización para la exposición de los casos reales que han venido presentando en los seminarios y que, convenientemente enmascarados para respetar la confidencialidad, hemos utilizado para ilustrar la práctica.

SINTITUL-1 13 19/10/2006, 13:26

Capítulo 1

Programa de prevención de la transmisión heterosexual del VIH/SIDA en mujeres

Capítulo 1. Programa de prevenciónde la transmisión heterosexual del VIH/SIDA en mujeres

El *Programa de Prevención de la Transmisión Heterosexual del VIH/sida en Mujeres* tiene su origen en la preocupación de las dos instituciones que lo ponen en marcha, el **Instituto de la Mujer** y la **Secretaría del Plan Nacional sobre le Sida**, por dos problemas fundamentales:

- La prevención primaria continua siendo prioridad en el control de la epidemia a pesar de los avances alcanzados con los tratamientos antirretrovirales. La propagación del virus muestra un perfil de progresión de la transmisión heterosexual del VIH (THS del VIH) en los últimos años afectando proporcionalmente más a las mujeres que son más vulnerables a esta vía de transmisión.

- y el segundo, que las personas tienen dificultades para percibir su propio riesgo y para llevar a la práctica las medidas preventivas en sus relaciones sexuales a pesar, incluso, de estar suficientemente informadas, por lo que las campañas generales deben ir acompañadas de actuaciones personalizadas para modificar las actitudes que sostienen las conductas de riesgo.

Encontramos que, por un lado, la percepción social de la vulnerabilidad a la THS del VIH, sobre todo en la población general, y más específicamente entre las mujeres,

SINTITUL-1 17 19/10/2006, 13:26

es muy baja. Este es un primer paso que hay que resolver a fin de lograr que la prevención sea eficaz: que las personas que pueden estar en riesgo tengan conciencia de su vulnerabilidad y la posibilidad de estar exponiéndose al virus. Para ello, hay que remover las representaciones sociales que estigmatizan la enfermedad del sida, tanto como enfermedad que puede identificarse asociada a grupos marginados, como por la estigmatización de la vía sexual de transmisión que procede de las representaciones sociales tradicionales de género.

Por otro lado, una vez que se tiene conciencia de la vulnerabilidad, aparecen obstáculos personales para la puesta en práctica de medidas preventivas en las relaciones sexuales, debido a las actitudes que proceden de los condicionantes de género asumidos e interiorizados.

Por tanto, el enfoque principal de este Programa es cómo hacer llegar la información necesaria a la población general, así como influir en la modificación de las actitudes que dificultan la puesta en práctica de la prevención primaria.

Para ello es imprescindible el análisis de la categoría de género y disponer de un método para modificar las actitudes que proceden de estos condicionantes socio-culturales.

Objetivo/meta

La meta última del Programa es la prevención primaria, evitar nuevas infecciones por transmisión heterosexual (THS) del VIH/SIDA en población general planteando cambios en los condicionantes de género.

Objetivos estratégicos

El objetivo estratégico de dirigirnos a los y las profesionales de Atención Primaria de Salud para que realicen en sus consultas esta labor de prevención primaria. Los

SINTITUL-1 18 19/10/2006, 13:26

Centros de Salud están en contacto directo, continuo y personalizado con la población, estableciendo una relación de confianza y tienen una posición potencialmente generadora de opiniones y actitudes, además de una potencial cobertura universal.

Este va a ser el objetivo estratégico: formar a los y las profesionales de atención primaria para llevar a la práctica la prevención primaria de la THS del VIH consistente en:

- ✓ *visibilizar la vulnerabilidad de mujeres y hombres y las prácticas sexuales de riesgo,*
- ✓ *transmitir información personalizada a usuarios/as,*
- ✓ *influir en el cambio de actitudes de género.*

Los y las profesionales

En la situación de partida de los y las profesionales de Atención Primaria hemos de tener en cuenta que tienen poco contacto con personas infectadas que, sobre todo en los últimos años, han sido atendidas por los servicios hospitalarios. Esto condiciona que la representación que tienen del enfermo o enferma de sida no sea tan cercana a la realidad y se puedan compartir las mismas percepciones estigmáticas que están aún activas en la sociedad.

Las posibles actitudes existentes entre profesionales, similares a las que se pueden encontrar en otros sectores sociales serían:

- ✓ que piensen en *"grupos de riesgo"* representados por usuarios de droga intravenosa (UDIs) varones, homosexuales masculinos, prostitutas....

El efecto de esta representación sería desarrollar actitudes que funcionan como auxiliares de la estigmatización, tales como aversión al contacto con personas posiblemente

SINTITUL-1 19 19/10/2006, 13:26

infectadas, preocupación excesiva por el contagio profesional accidental, plantearse la detección serológica voluntaria o involuntaria, incomprensión ante conductas defensivas contradictorias de los y las usuarias y, en definitiva, establecer juicios de valor sobre las personas afectadas al asociarse el VIH/sida con colectivos socialmente marginados.

Las consecuencias para la labor de prevención, si estas actitudes estuvieran presentes serían:

- las personas en riesgo evitan acudir a los servicios sanitarios
- invisibilidad de personas expuestas por prácticas sexuales de riesgo, al considerar que no son vulnerables por no pertenecer a *'grupos de riesgo*'
- ineficacia para intervenciones preventivas.

De estos factores deducimos los **objetivos operativos**.

Es necesario realizar un proceso de sensibilización a los y las profesionales para sustituir estas actitudes por:

✓ *diferenciar entre peligros procedentes del VIH y peligros procedentes del estigma social que lo acompaña (la aversión al contacto, la ocultación y las reacciones de vigilancia las provoca el estigma, no tanto el temor al virus),*

✓ *pensar en "prácticas de riesgo" que pueden hacer vulnerable a cualquier persona y no en 'grupos de riesgo'.*

Las mujeres y los hombres

Otras posibles actitudes que generan obstáculos son las relacionadas con las representaciones estereotipadas de género. Con respecto a las mujeres serían:

SINTITUL-1 20 19/10/2006, 13:26

- visión de las mujeres como madres/cuidadoras, teniéndolas sólo en cuenta como vectores de cuidados y de información, vectores de transmisión del VIH a sus hijos/as pero no como sujetos en riesgo

- visión de la mujer adulta como *asexuada*. Cuando nos centramos en que no se trata de la mujer como vector, sino de mujer sexualmente activa, la correlación se hará sólo con prostitutas, mujeres "*promiscuas"*, inmigrantes, jóvenes...que son aquellas en las que sí se visibiliza su actividad sexual.

Las consecuencias de estas representaciones es la invisibilidad de la vulnerabilidad de las mujeres adultas de la población general sujeta a las prácticas sexuales de riesgo, sea quién sea quien las practique, y la ineficacia para mantener medidas preventivas.

También para los hombres pueden surgir estereotipos ligados a representaciones tradicionales de género: usuarios de prostitución, camioneros, marineros, inmigrantes, jóvenes.... con las mismas consecuencias de invisibilidad de la vulnerabilidad de cualquier hombre que pueda tener prácticas de riesgo aunque no pertenezca a ningún grupo.

Para que las personas logren evitar infectarse por el VIH por vía heterosexual son necesarias intervenciones que modifiquen las actitudes de resistencia apoyándose en cuatro pilares:

✓ *información veraz y personalizada sobre prácticas de riesgo y formas de protección,*

✓ *análisis de la categoría de género para determinar la presencia de condicionantes de resistencia a la percepción de la vulnerabilidad y el uso de medidas preventivas*

✓ *mensajes motivadores para modificar las actitudes condicionadas por los roles tradicionales de género.*

SINTITUL-1 21 19/10/2006, 13:26

Los elementos de trabajo para lograr la modificación de actitudes de género han de ser aquellos que promuevan la autonomía de las personas, la capacidad para autocuidarse y cuidar al otro, la ruptura de la dependencia o subordinación que expone a la falta de control personal sobre los riesgos.

Estos elementos son:

- ✓ *abordar de las relaciones de género desde una perspectiva bio-psico-social,*
- ✓ *transformar los consensos de género que fomentan las relaciones de poder- subordinación entre hombres y mujeres,*
- ✓ *buscar efectos de subjetivación de las personas,*
- ✓ *favorecer las vías de realización personal que permiten la autonomía.*

La intervención en Atención Primaria

La intervención que proponemos para la prevención primaria de la transmisión heterosexual del VIH y otras ETSs se basa en la relación que los y las profesionales de Atención Primaria pueden mantener con la población a la que atienden. Planteamos que, en el día a día de su consulta, manejen el instrumento de la relación sanitario/a-paciente cómo método para incidir en las actitudes y producir efectos de cambio en el sujeto.

Los elementos que ha de contener la intervención de prevención primaria son:

- ✓ *promover la percepción de la vulnerabilidad por posible exposición al VIH y posibles prácticas sexuales de riesgo,*
- ✓ *transmitir información personalizada sobre la cadena epidemiológica de transmisión,*

SINTITUL-1 22 19/10/2006, 13:26

- ✓ *abordaje del VIH como una ETS más,*
- ✓ *transmitir información personalizada sobre prácticas de riesgo y 'sexo seguro',*
- ✓ *proporcionar medios para el 'pacto de sexo seguro' cuyas dificultades residen en la sujeción a los roles tradicionales de género,*
- ✓ *transmitir mensajes y acompañar en el proceso de transformación de actitudes de género que sustentan las relaciones de poder-subordinación,*
- ✓ *establecer una relación entre profesional y paciente que produzca efectos de subjetivación y cambio.*

Materiales

Se cuenta con un manual publicado 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** en 1999, como material específico del Programa y que desarrolla los contenidos temáticos de los seminarios básicos.

El presente libro, *Relacciones de género y subjetividad. Método para Programas de prevención*, desarrolla los contenidos del curso de formación de formadores. Ambos textos son materiales de apoyo del Programa.

Se cuenta con material visual de apoyo para los formadores y formadoras que impartan, a su vez, seminarios a profesionales.

Y la Revisión Epidemiológica sobre la evolución de la transmisión heterosexual del VIH/Sida en mujeres en España, actualizado en el año 2002.

SINTITUL-1 23 19/10/2006, 13:26

Capítulo 2

La perspectiva de género

Capítulo 2. La perspectiva de género

Las políticas y los marcos conceptuales juegan un papel muy importante en la configuración de las condiciones de vida y al hacerlo, frecuentemente institucionalizan el mantenimiento y reproducción de la construcción social de los géneros.

En las acciones y políticas cotidianas se está escribiendo inconscientemente una historia de discriminación y de restricción de los roles.

Grupo de especialistas en mainstreaming de género del Consejo de Europa

Vamos a revisar brevemente determinados conceptos del enfoque de género que se aplicarán en los siguientes capítulos.

Perspectiva de género

El enfoque

La perspectiva o enfoque de género es aplicable para abordar "*la experiencia humana teniendo en cuenta las* ***significaciones*** *atribuidas al hecho de ser varón o ser mujer en cada cultura y en cada sujeto,"* (**Mabel Burin 1998**). Es *multidimensional*, como plantea **Ana García-Mina (2000)** abarcando un nivel socio-cultural*, 'los mo-*

SINTITUL-1 27 19/10/2006, 13:26

delos normativos de masculinidad y feminidad'; un nivel psico-social o interpersonal que contiene *'los procesos sociales a través de los cuales se construye el género y los procesos de socialización mediante los cuales se transmiten los modelos normativos sociales";* e individual incluyendo *"la identidad de género, los estilos de rol de género y su relación con otras variables"* psíquicas y de comportamiento.

Utilizamos el enfoque de género para analizar críticamente las construcciones teóricas androcéntricas y aportar una nueva forma de interrogar la realidad, crear nuevas categorías analíticas con el fin de explicar dimensiones de la realidad que no habían sido tenidas en cuenta que ha supuesto, no sólo la redefinición de conceptos de algunas ciencias, sino también una crítica de sus paradigmas.

A partir del enfoque de género se pueden observar, analizar e interpretar actuaciones individuales y colectivas y plantear intervenciones para modificar la realidad observada y las estrategias a seguir en los procesos y decisiones políticas, teniendo en cuenta la necesidad de detectar y corregir las asimetrías entre los sexos, las relaciones de poder y desigualdad y sus efectos adversos o protectores en las personas.

Es, por tanto, un espacio teórico que abarca tanto una óptica de observación y estudio, interpretación de lo observado, análisis de los efectos y las acciones e intervenciones.

Sexo, género y sistema sexo/género

Los conceptos teóricos

El ***género***, definido por **Stoller** en 1968, (aunque **Money** en 1955 y otras investigadoras, como **Rochevable** en 1968 ya habían definido el *papel de género),* hace referencia a aquellos componentes psicológicos y culturales que forman parte de las definiciones sociales de las categorías mujer y varón, mientras que ***sexo*** hace

SINTITUL-1 28 19/10/2006, 13:26

referencia a los componentes biológicos que determinan que una persona sea varón o mujer.

El ***sistema sexo/género*** (definido inicialmente por **Rubin** en 1975) *considera que la sexualidad, incluidos la identidad de género, el deseo sexual, la fantasía, los conceptos de infancia etc.. son una construcción social.* (**Burin 1998**), la visión del sexo y el género como sistema en el que interactúan tanto lo biológico de la sexualidad, como lo psicológico, social y cultural, posibilita analizar los consensos y comportamientos de mujeres y varones en cualquier sociedad patriarcal, con relaciones asimétricas entre los sexos. Sexo y género es un sistema que permite entonces visibilizar lo que está oculto con respecto a la diferencia entre los sexos.

En el abordaje de la prevención del VIH/sida HTS, el análisis del sistema sexo/género facilita observar los distintos modelos de relación hombre –mujer que conviven simultáneamente en nuestra sociedad. Los roles e ideales de género son diferentes y de ello depende que las personas resulten expuestas al riesgo de formas distintas según estos modelos. Lo que representa el sexo, el funcionamiento social y el lugar que se le da a la relación de pareja, si esta es abierta o no, si hay ocultación o no de otras relaciones, si se mantienen parejas transitorias pero no estables y a qué ideales de feminidad y masculinidad están sujetos, sitúa en diferentes grados de exposición al riesgo. La permeabilidad a la información y la capacidad para protegerse y prevenir es diferente en cada caso, y no sólo por capacidades cognitivas o acceso eficaz a información, sino por sus posiciones en el sistema sexo/género.

El sesgo de género en estudios e investigación

Sesgo es un error sistemático que se comete en un estudio y que puede afectar la validez de los resultados. El ***sesgo de género*** es el error que puede producirse en un estudio que no tiene en cuenta la variable sexo en la selección de la muestra y que

SINTITUL-1 29 19/10/2006, 13:26

los discursos teóricos de la ciencia desde la que se está investigando se han elaborado desde la perspectiva privilegiada del varón ya que toman al varón como su destinatario, en la medida que se identifica con toda la población (hombres y mujeres). Además no utiliza la categoría de género en el método y en el análisis de los resultados y que, en consecuencia, no detecta las diferencias y desigualdades que existen en la salud de hombres y mujeres.

Los estudios de morbilidad diferencial únicamente tratan de detectar y visibilizar aquellas enfermedades prevalentes en mujeres y en hombres. Si bien, no puede considerarse un análisis de género. Han de incorporar la impronta cultural de predominio masculino e invisibilidad social de la condición femenina, y cómo ha impregnado a la ciencia y a sus agentes. El **sesgo de género** es un **efecto** de las diferentes representaciones sociales de género.

En la descripción epidemiológica del VIH/Sida, por ejemplo, a menudo, no se recogen de forma sistemática datos diferenciados por sexo, sino que se toman los datos unificados para hombres y mujeres, permaneciendo invisibles las diferentes formas y evolución de la epidemia para las mujeres y para los varones.

En la prevención del VIH/Sida HTS, tener en cuenta el género, es recoger y estudiar los datos epidemiológicos desagregados por sexos buscando no sólo el impacto diferencial de la enfermedad y detectando las características específicas y diferenciales de la epidemia para ambos sexos, sino también obtener criterios de necesidades de actuación distintas para cada sexo, formular hipótesis explicativas de las diferencias observadas que radiquen en las formas de relación entre sexos. Por ejemplo, se constata que las mujeres que padecen sida han declarado la vía de transmisión cuando esta es heterosexual, en mucha menor proporción que los varones. El porcentaje de perfil desconocido de la pareja en las mujeres que se infectaron por THS es bastante mayor que en los varones. La hipótesis según la categoría de género puede ser que la mayor tendencia de las mujeres a no reconocer ni desvelar su actividad sexual para proteger su ideal femenino de género alejado de la promiscuidad; mientras que los varones, por el contrario, por su ideal masculino de género

SINTITUL-1 30 19/10/2006, 13:26

tienden a reconocer, e incluso sobrestimar, sus encuentros sexuales (**Castilla 1998, Moatti 1996**)[1]

El género como categoría de análisis

El género se utiliza como ***categoría de análisis*** para el estudio de las significaciones y representaciones de las identidades masculina y femenina, para el estudio e interpretación de los efectos que estas improntas culturales causan en las personas y las relaciones (***relaciones de género***) que ambos sexos establecen marcados por el ***rol de género*** que es *el modelo con un aspecto normativo interiorizado, que designa lo que alguien debe hacer para dar validez a su estatuto de mujer o de hombre* **(Rocheblave 1968**), papeles interiorizados que son el motor de las actuaciones y conductas de hombres y mujeres.

El género como categoría de análisis permite, por tanto, estudiar:

- las representaciones sociales vigentes para los sexos,
- las representaciones psíquicas de identidad sexual interiorizadas por hombres y mujeres,
- los roles de género asignados en la socialización que marcan las conductas,
- las relaciones entre ambos sexos.
- y los efectos o repercusiones en la subjetividad , en el orden social y en la salud.

1. En la *Revisión epidemiológica sobre la evolución de la transmisión heterosexual del VIH en las mujeres. 2002*, llevado a cabo dentro del Programa, se trata de observar precisamente las variables que son sensibles a los factores de género que condicionan las tendencias.

SINTITUL-1 31 19/10/2006, 13:26

El término sexo señala el hecho biológico de la diferencia sexual, sin embargo, para la categoría género se manejan dimensiones psico-sociales.

Aplicar el enfoque de género al análisis de la THS del VIH/Sida supone identificar qué representaciones sociales y psíquicas están interviniendo en las conductas de las personas para que se expongan al riesgo de infectarse, para que sean capaces o no de tomar actitudes preventivas, para que sean capaces de asimilar y poner en práctica la información que reciben, analizar en qué roles de género se están moviendo y cómo se relacionan desde sus roles masculino y femenino, identificando además los condicionantes e imperativos que contienen esos roles, para saber qué rasgos y actitudes son las que hay que modificar para que las conductas de relación sean de autocontrol, de cuidado del otro y autocuidado, etc...

Fruto de este análisis de género se constata que los roles tradicionales de género, que contienen posiciones de poder-subordinación entre hombre y mujer, son los que ponen a las personas en mayor riesgo de infectarse por incapacitarlas para las medidas preventivas. (**Campbell ,1995; Dolcini, 1995; Panos Institute, 1995; Vanoss, 1997; Yordi, 1996; OMS, 1993; ONUSIDA, 2000 y 2001**)

El enfoque o perspectiva de género como método de intervención en la prevención de salud

Línea para la acción

Aplicar el enfoque de género cuando se realiza una intervención en salud supone analizar las dimensiones psico-sociales que determinan representaciones, actitudes y conductas de relación con el otro sexo y dar los pasos necesarios para modificar aquellos condicionantes de género que están produciendo factores de riesgos para la salud.

SINTITUL-1 32 19/10/2006, 13:26

Uno de los objetivos será modificar las condiciones sociales y las actitudes de las personas que se anclan en los condicionantes de género y por añadidura, progresar, a su vez, hacia cambios en los consensos de esas representaciones sociales.

En la prevención del VIH/sida HTS, hay consenso en que es muy difícil cambiar las prácticas sexuales de riesgo de las personas sólo con información y consejos, es necesario cambiar las actitudes. Las intervenciones preventivas han de preparase de modo que vayan a la modificación de estas actitudes por medio del abordaje de los condicionantes de género social y psíquicamente arraigados (**Velasco, 1999**).

Mainstreaming de género

La influencia política

Se trata de una estrategia de influencia política para que sea introducida la perspectiva de género de forma transversal en todas las políticas de cualquier área, ya sea educativa, sanitaria, laboral.

La perspectiva de género no ha de ser un tema ni un programa a parte, sino un enfoque a incluir en cualquier etapa de un proceso de estudio, planificación, programación o intervención. "*El mainstreaming de género es la organización (o reorganización), la mejora, el desarrollo y la evaluación de los procesos políticos, de modo que una perspectiva de género, se incorpore en todas las políticas, a todos los niveles y en todas las etapas, por los actores normalmente involucrados en la adopción de medidas políticas.*" **(Grupo de Especialistas en *mainstreamig* de género, (EG-S-MS) del Consejo de Europa, 1995).**

La meta del *mainstreaming* son los **procesos** (toma de decisiones, planificación, organización, asignación de recursos, evaluación..), **los objetos** (las políticas a todos lo niveles) y **los sujetos activos** (los *actores* ordinarios, los técnicos y políticos

SINTITUL-1 33 19/10/2006, 13:26

que intervienen), incidir en todos ellos para que la perspectiva de género sea incorporada **(EG-S-MS)**

Estaremos haciendo *mainstreaming* de género cuando estemos influyendo en las políticas y técnicas para que al planificar y desarrollar un programa de prevención del VIH/sida se tenga en cuenta el género, para detectar necesidades de atención en función del sexo, para incidir en los condicionamientos socio-culturales sujetos al género que influyen en el mayor o menor riesgo de infección o vulnerabilidad de mujeres y varones y preparando medidas para cambiar esos condicionantes de género que dificultan la prevención.

Diferencias entre abordaje de *'salud de las mujeres'* y *'abordaje de* género'

Cuando hablamos de atender específicamente la salud de las mujeres estamos tomando a las mujeres en conjunto, para estudiar y actuar sobre los aspectos de su salud que les afectan de forma específica por su condición de mujeres. Lo que deriva de las funciones que sólo las mujeres pueden desempeñar y no los hombres, como son las funciones reproductivas, son objetos de atención del abordaje de salud de las mujeres.

También se puede tener en cuenta que, como mujeres, son afectadas por factores de riesgo o enfermedades determinadas de forma diferente a los hombres y es necesario prestarles la atención y recursos a aquellas necesidades específicas que las hagan más vulnerables.

Por ejemplo, en cuanto el VIH/sida, se toma a las mujeres en aquellos aspectos en que pueden verse específicamente afectadas: madres por el riesgo de transmisión vertical a sus hijos e hijas, y se dotarán recursos para la atención a mujeres embarazadas para incrementar la detección del VIH y proporcionar tratamiento; o se aten-

SINTITUL-1 34 19/10/2006, 13:26

derá a las mujeres trabajadoras del sexo, atendiendo en sus necesidades específicas como prostitutas.

Las mujeres son así tratadas como grupo y cada una de ellas es atendida por ser mujer embarazada o mujer prostituta, pero no como sujeto con todos sus condicionantes.

Es y ha sido muy importante el abordaje de salud de las mujeres porque en situación de asimetría hay que prestar atención específica a aquellas necesidades que no se atenderían si no diferenciáramos entre los sexos.

El abordaje de género aporta otra manera de enfocar la cuestión.[2] *"El problema es la jerarquía de género, no son las mujeres*." **(EG-S-MS, 2001**) Nos ocupamos tanto de las mujeres como de los hombres, en definitiva nos ocupamos de sujetos, pero lo hacemos teniendo en cuenta el lugar que ocupa cada sujeto en su relación con el otro sexo, cómo está establecida esta relación socialmente determinada, y tratamos de estudiar, incidir y cambiar lo que daña la construcción de la subjetividad, la salud, los diferentes accesos a la educación, las maneras subjetivas de afrontar la vida.

El objeto de atención no son sólo las mujeres, **son las relaciones que establecen hombres y mujeres y los determinantes de esas formas de relación sobre los cuales actuar para su transformación.** El abordaje de género se dirige así hacia la transformación social y no sólo a incrementar recurso para las mujeres.

2. El Plan de Acción Estratégica para la Salud de las Mujeres en Europa, de la Oficina Regional para Europa de OMS, se revisa precisamente, para aplicar una perspectiva de género al abordaje de la salud de las mujeres, para considerar, no sólo las diferencias por sexos, sino también el género en cuanto a las relaciones ente mujeres y hombres como determinantes de su salud. Expuesto por Isabel Yordi, en *Mainstreaming gender in health: the need to move forwar*, en Seminar of Gender Mainsteaming Health Policies in Europe. Madrid, Septiembre 2001.

Carmen de la Cruz, en la "*Guía metodológica para integrar la perspectiva de género en proyectos y programas de desarrollo"*, 1998, editada por Emakunde/Instituto Vasco de la Mujer, revisa muy acertadamente las diferencias entre salud de las mujeres y perspectiva de género, con valiosas referencias de OXFAM que permite entender con claridad este giro en la óptica de atención a las desigualdades por sexos.

SINTITUL-1 35 19/10/2006, 13:26

Bajo esta perspectiva, cuando abordemos la prevención del VIH/sida, tendríamos que observar los riesgos de infección y dificultades de prevención para hombres y mujeres que proceden de las formas de relación entre ambos, qué determina esas formas de relación, cuáles serían las actitudes de roles de género que mantienen y deberíamos entonces desarrollar instrumentos de prevención que transformen los determinantes de esas conductas y relaciones de las que procede el riesgo.

El **esquema 1** resume estas diferencias.

Salud de las mujeres	Género
Objetivo Mejorar los recursos para las mujeres	Transformar los consensos de género
Objeto Las mujeres como grupo	Mujeres, varones y sus relaciones
Método Delimitar las diferencias entre mujeres y varones y dar recursos complementarios a las mujeres	Delimitar los determinantes de la subjetividad de hombres y mujeres y de sus relaciones y trabajar para modificarlos
Efectos Aumenta los recursos de las mujeres y, a veces, "aumenta su carga", pero no cambia la jerarquía y las relaciones de poder	Transforma las relaciones de poder-subordinación y las posiciones subjetivas de mujeres y varones. Transforma la sociedad

Esquema modificado de OXFAM International, citado por Carmen de la Cruz en *Guía metodológica para integrar la perspectiva de género en proyectos y programas de desarrollo.*

SINTITUL-1 36 19/10/2006, 13:26

Capítulo 3

Análisis de género sobre las relaciones entre hombres y mujeres

Capitulo 3. Análisis de género sobre las relaciones entre hombres y mujeres

El nuevo lazo entre hombres y mujeres, sin apoyarse en el patriarcado, el amor como amor sexual, contiene nuevas formas de simbolización.

Gérard Pommier

Interacción bio-psico-social y género

La consideración de la salud integral de las personas ha pasado por el reconocimiento de que no sólo es el cuerpo el que enferma o está sano, sino que en la salud intervienen las tres esferas: biológica, social y psíquica.

La esfera **biológica** abarca el cuerpo que nos constituye, la anatomía, la fisiología, **lo real.**

La esfera **social** contiene los vínculos y formas de relación. Como seres sociales nos vinculamos a los demás, aprendemos, imitamos y desempeñamos los roles sociales. Nos identificamos como personas de una etnia, con un aprendizaje social para vivir en determinado grupo y desempeñar en él una función; nos identificamos como hijo o hija, como madre o padre, profesional, joven, vieja o viejo, múltiples identificaciones y papeles que se construyen en la relación social con los otros y otras. Es la

SINTITUL-1 39 19/10/2006, 13:26

esfera de **lo imaginario,** de las imágenes en las que los demás son espejos con los que ir construyendo nuestra propia imagen que será cambiante según el escenario, el lado de la escena en el que nos corresponda estar y los lazos afectivos que vayamos estableciendo.

Y la esfera **psíquica**, que corresponde al mundo interior donde residen los afectos, los sentimientos, la representación de nosotros mismos y la representación psíquica del resto de la realidad exterior, donde se construye nuestra identidad. Es el registro de la **simbolización**. Un poco más adelante trataremos el proceso de simbolización. Baste aquí dejar situadas las esferas del funcionamiento humano.[3]

Pues bien, los tres registros están interrelacionados, ninguno de ellos es independiente, sino que se construyen y retroalimentan mutuamente a lo largo de toda la vida. Por ejemplo, pasar dentro de una relación de pareja de hecho a ser una madre con un hijo/a, es un cambio en la esfera íntima, pero también en la social y tiene repercusiones en la percepción psíquica de la identidad. Esta persona que modifica su posición social ha cambiado su lazo con los otros, (con sus padres, porque ya no es sólo hija; con su compañero, que ahora es padre; con el entorno en el que ahora es también una mujer madre) ha de cambiar también la representación de sí misma en su esfera psíquica, de lo contrario seguirá comportándose como si no tuviera compromisos procedentes de sus nuevos vínculos. También puede haber efectos en la esfera física en la que se pueden inscribir cambios ligados a las representaciones psíquicas, modificaciones metabólicas, somatoformes, síntomas psicosomáticos que responden a la nueva identificación y cómo es inscrita de forma subjetiva y particu-

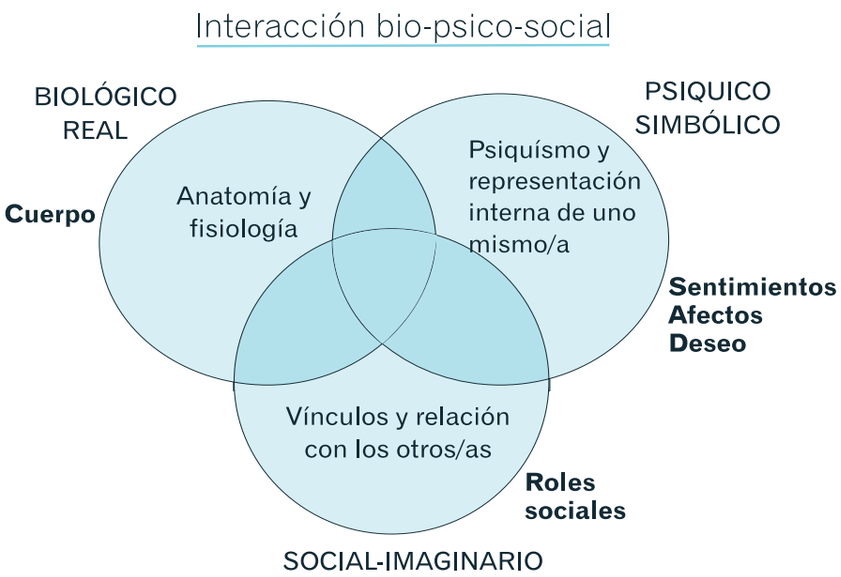
3. Jaques Lacan teorizó los tres registros de la vida psíquica como Real, Imaginario y Simbólico. El término "Imaginario" se ha incorporado al lenguaje y al uso común para describir el conjunto de imágenes y representaciones sociales en las que funcionamos. No tanta fortuna ha tenido el registro simbólico que es mucho peor comprendido. Al buscar la equivalencia entre los tres registros lacanianos y las esferas bio-psico-social, puede haber discrepancias porque algunos matices psicoanalíticos no quedan reflejados, sin embargo creo que esta equivalencia, buscando la integración de dos paradigmas diferentes, aún siendo imperfecta, enriquece mucho la comprensión del funcionamiento humano y la concepción del género.

SINTITUL-1 40 19/10/2006, 13:26

lar. Cualquier cambio en una de las esferas puede acarrear transformación o efectos en las otras, manteniéndose un equilibrio siempre dinámico.

Este es el fundamento del abordaje bio-psico-social de la salud, porque las tres esferas son interdependientes. Su articulación biológica, psíquica y social *(registros real, simbólico e imaginario*) permite que los acontecimientos biográficos dejen su impronta en cualquiera de ellas o en todas. Volveremos a ello más adelante para hablar de la atención médica y la relación sanitario/a-paciente.

Esquema 2. Esferas bio-psico-social y los tres registros, imaginario, real y simbólico



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. Se definiría con la díada ***macho o hembra***. El cuerpo define el sexo en el registro real.

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*.** Pertenece al registro imaginario porque es una imagen de relación con la que nos identificamos y que se constru-

SINTITUL-1 41 19/10/2006, 13:26

ye 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 construye como experiencia humana, y esta adscripción, por cierto, puede no coincidir con el cuerpo de macho o hembra. A raíz del estudio de hombres transexuales **Stoller,** en 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 bajo la perspectiva de la cultura y la sociedad, de la relación con el otro (**Dio Bleichmar 1984**).

Y por último el tercer registro, la **esfera psíquica** en la que se inscriben las representaciones del mundo y de uno mismo, representación que es una construcción psíquica no idéntica a la realidad, sino que está mediatizada por el deseo, la fantasía, el lugar que ocupamos con respecto al otro y los afectos que ese lugar nos provoca. Psíquicamente nos representamos como ***femenino o masculino.***

Lo imaginario se transforma, por el proceso de representación psíquica, en simbólico, dimensión humana de las realizaciones. Femenino o masculino se articulan con las identificaciones de mujer u hombre y con el sexo corporal, 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. La condición de su posición psíquica con respecto a la diferencia sexual puede guiar 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 femenina pueden ser variables para un mismo sujeto según el escenario y la identificación en la que se sitúe. Una misma mujer, por ejemplo, puede estar funcionando en un escenario de trabajo duro y exigente, indentificándose con signos de masculinidad y, sin embargo, ella mis-

SINTITUL-1 42 19/10/2006, 13:26

ma, 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.

Así mismo, las representaciones psíquicas pueden revertir sobre el cuerpo y producir efectos somáticos. Nuestros rasgos físicos cambian según el momento vital que atravesemos, y las identificaciones dejan, sin duda, sus huellas en el cuerpo. Lo psicosomático es un campo de interacción que también afecta el campo de la diferencia sexual. 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 se acompaña de infertilidad de evolución paradójica, que desaparece sin causa aparente tanto si se trata como si no y que, por otra parte, el cuadro termina, a veces, con operaciones mutilantes del aparato reproductor (**Velasco 1994**). O síndromes premenstruales ciclicamente invalidantes; o quistes anexiales cuya aparición tiene alto valor biográfico; o los ovarios poliquísticos, grandes, duros y perezosos en su producción de 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 psico-sociales que las mujeres viven en estos tiempos de transformación en que la representación del cuerpo femenino acusa también los cambios en la representación de la feminidad y de los roles de mujer.

Empezamos este capítulo enunciando una interacción entre lo biopsicosocial y el género. Pues bien, cuando hablamos de ***género*****,** hablamos de las esferas psíquica y social, es decir, de las díadas construidas culturalmente a través de la socialización, **tanto los roles de *mujer-hombre,*** como de la **interiorización de la posición *femenina-masculina* en la representación psíquica de nuestra identidad sexual.** Son el registro *imaginario*, con las identificaciones, y el *simbólico*, con los símbolos y la identidad, respectivamente. Dejamos el *sexo* para el registro de lo real en el que

SINTITUL-1 43 19/10/2006, 13:26

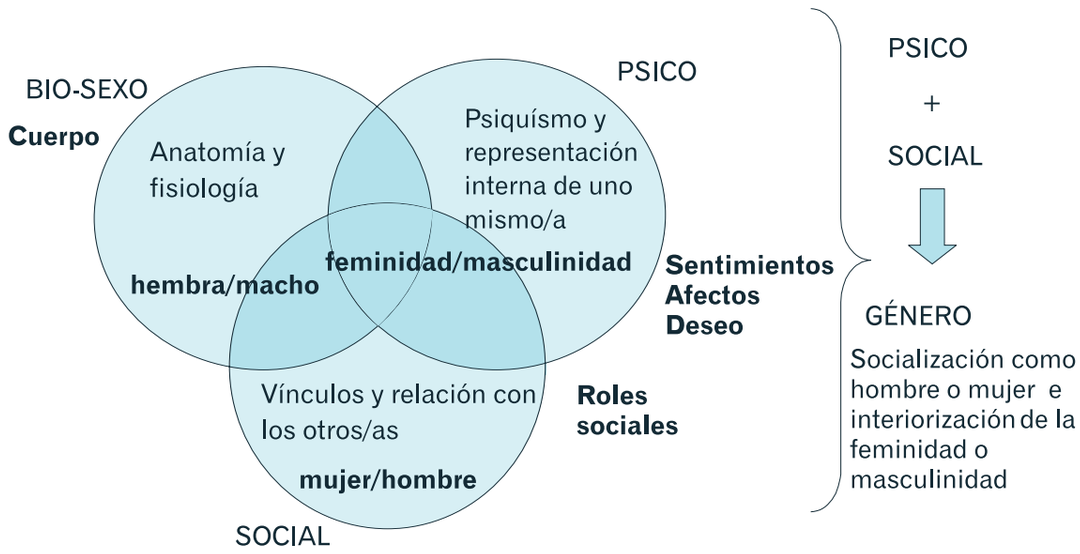
somos *macho o hembra*, lo anatomo-fisiológico que, no obstante, también puede cambiarse hoy día voluntariamente.

Cabe aclarar que la función de la sexualidad también es una construcción humana psicosocial, 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 (**Rubin 1975**).

Los contenidos e interacciones de este sistema compuesto de sexo y género (lo biopsicosocial en referencia a la diferencia sexual) son el motor de las relaciones y comportamientos entre hombres y mujeres.

Esquema 3

Sistema sexo género e interacción bio-psico-social



SINTITUL-1 44 19/10/2006, 13:26

Esta concepción de la experiencia humana es la base que utilizaremos en el abordaje de la prevención del VIH/sida, tanto para el análisis de los condicionantes de género que influyen en la vulnerabilidad a la infección y prácticas sexuales de riesgo, como en el método para incidir en las actitudes sujetas a esos condicionantes de género y es, así mismo, el concepto en que basaremos la relación sanitario/a-paciente, instrumento para producir los efectos subjetivos que empujen al cambio de actitudes.

Construcción de la subjetividad bajo la influencia social del género

Hombres y mujeres se relacionan de formas diferentes según las condiciones que unas y otros albergan en su estructura,[4] entendiendo aquí como estructura el entramado de su realidad psíquica, de sus posiciones sociales y de las características de su cuerpo. Son las tres instancias, -la física, la psíquica y la social-, que cada individuo se va construyendo y que hemos introducido en el apartado anterior. Tratar de analizar las relaciones entre hombres y mujeres, utilizando el género como categoría de análisis, implica tener en cuenta los contenidos que está inscribiendo la sociedad y la cultura en las personas; qué interiorización y representaciones se van estableciendo en la esfera psíquica, así como qué condicionantes impone el cuerpo, porque todo ello guiará las relaciones entre mujeres y hombres.

¿Cómo el consenso social de roles de género llega a interiorizarse por las personas hasta ser el motor de sus relaciones?

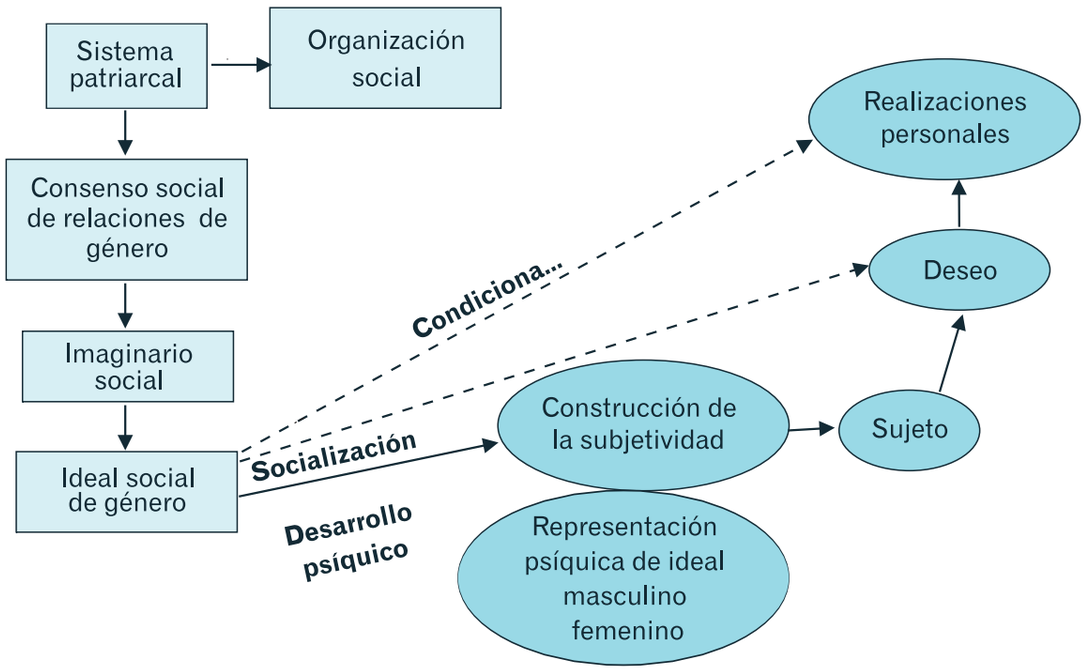
La relación en un **consenso social**,- que en el caso que nos ocupa es el consenso sobre género, tomado como determinante social sobre el que se construye una re-

4. Lacan, Jackes. (1964) *Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis*. El seminario. Libro 11. Paidos, Barcelona1987.

SINTITUL-1 45 19/10/2006, 13:26

presentación consensuada de forma implícita -, y la **construcción de la subjetividad** se puede representar según la secuencia del **esquema 4**.

Consenso social y
construcción de la subjetividad



Veremos los elementos que componen la secuencia del esquema que comenzamos con un **consenso** sobre los papeles a representar por cada sexo, que en el pasado ha sido el **sistema patriarcal** y una determinada **organización** socioeconómica que sirve de apoyo a este sistema que, a su vez, va construyendo un consenso e **imaginario social**, a modo de escenario con sus actores y actrices en el que se representan identificaciones consensuadas que responden a ese **ideal socialmente** construido. Este ideal funciona como mandato en la **socialización** de las personas que lo incorporan durante su **desarrollo psíquico**, a lo largo del cual se va construyendo su **subjetividad.** Por esta vía se **interioriza el ideal social**, -masculino o femenino-, incorporándose a las **representaciones psíquicas**.

SINTITUL-1 46 19/10/2006, 13:26

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.

Veámos por partes cada uno de los elementos anteriores.

Organización social y consenso sobre género

Sin duda, los papeles de los hombres y las mujeres y sus interrelaciones no fueron los mismos en el feudalismo, por ejemplo, que en etapas históricas posteriores, pasando por la época victoriana, con la represión sexual impuesta a partir de la moralidad burguesa; la revolución industrial, con los cambios en la distribución del trabajo productivo; el capitalismo más tardío con su liberalización de las costumbres y la prioridad para el individualismo, etc...

Los cambios en la organización social y económica han conllevado transformaciones en la distribución del trabajo entre hombres y mujeres El reparto sexual del trabajo recluye a la mujer en el espacio doméstico, dedicada a la maternidad y al cuidado y dependiente del hombre; y a él le asigna el espacio del trabajo público dedicado a la producción y ejerciendo la autoridad. Ello conlleva la necesidad de que se consensúe, de forma implícita, que hombres y mujeres representen los papeles adecuados para mantener esta organización.[5]

Este **consenso** modela a las mujeres como dependientes, cuidadoras, sin capacidad de decisión, limitando su presencia pública y los hombres interesados en la acción, en trascender socialmente, en 'tener capacidad', entre otros condicionantes que definen el modelo de género tradicional.

5. Irene Meler, en el capítulo sobre la familia, antecedentes históricos y perspectivas futuras, en "*Género y Familia. Poder, amor y sexualidad en la construcción de la subjetividad*", expone con amplitud y rigor una revisión sobre la evolución de la familia a lo largo de la historia, enfocada desde le punto de vista de género.

SINTITUL-1 47 19/10/2006, 13:26

Además, en el siglo XX, otros factores psicosociales han sido de mucha trascendencia para la posición de las mujeres y sus relaciones con los hombres. La utilización de métodos anticonceptivos, ha modificado las posibilidades y la capacidad de decisión de las mujeres acerca de la reproducción y en consecuencia a la disposición de su tiempo y esfuerzo para acceder a otros proyectos vitales diferentes a la maternidad. Así mismo, el acceso de las mujeres a la educación ha incidido de manera importante en su lugar social. Por estos caminos va cambiando el consenso de relaciones de género.

La producción de un **imaginario social** cambiante promueve que hombres y mujeres se identifiquen con los ideales del momento. Se acuña el mandato de responder al **ideal social** de género para ser reconocidos en su *status* social de hombre o mujer.

Consenso de género. Lo social

- Cada sociedad consensúa un modelo de roles y **relaciones de género** para mujeres y hombres
- El consenso va cambiando en alianza con las **organizaciones socio-económicas** y los cambios culturales (feudalismo, revolución industrial..)
- Las actitudes y actuaciones sociales de hombres y mujeres se modifican adaptándose a los cambios de consenso

Socialización y desarrollo psíquico

Los factores sociales por sí solos son de acción general y no son suficientes para explicar su incorporación subjetiva por cada persona. ¿De qué manera se interioriza

SINTITUL-1 48 19/10/2006, 13:26

el modelo social para actuar como un imperativo individual? Seguiremos el **esquema 3**, que continúa con la construcción de la subjetividad a través de la socialización y el desarrollo psíquico.

Lo social y lo individual de ningún modo caminan por separado. Las personas se estructuran en un medio social del que forman parte por lo que se construyen acorde con los **ideales sociales** del momento. Esto ocurre a través de la **socialización** desde la infancia, que va imprimiendo sus condicionantes tempranamente en el **desarrollo psíquico** de cada uno y una. Los ideales sociales se transmiten a través del entorno familiar y mediante otras instancias y estímulos sociales: la escuela, los medios de comunicación, los grupos de amigos/as, de iguales.... Nada es neutral en el medio social, ya que es portador de ideales y mandatos a transmitir.

El desarrollo psíquico es el proceso necesario para llegar a la constitución de un sujeto. Cada sujeto es una intersección singular, única, que se estructura a partir de tres componentes: **lo constitucional**, que es lo genético, heredado, lo congénito que incluye también las experiencias primarias, incluso intraútero, primitivas pero somatizantes y estructurantes; al ser hijo o hija de una madre y de un padre y no de otros; al nacer en un momento y en un lugar y no en otro; al ser portador de un sexo anatómico.

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.[6] Parte de esas disposiciones adquiridas durante el desarrollo están determinadas por la socialización dentro de un modelo o ideal de hombre o de mujer, que da lugar a la representación psíquica de uno mismo como femenino o masculino. El producto del desarrollo psíquico es una identidad subjetiva estructurada que, indefectiblemente, es también identidad femenina o masculina quedando el sujeto dispuesto/a a **desear** según

6. Expondremos estos lugares de potencial fijación en el capítulo 4.

SINTITUL-1 49 19/10/2006, 13:26

esa estructura, a responder a las situaciones según una secuencia de identificaciones en las que se sitúa frente a los estímulos. Dispuesto/a a buscar su **realización** a través de aquello que le permita acercarse a su **ideal psíquico**. El ideal social con respecto a cada género pasa a interiorizarse durante la construcción de la subjetividad de forma que el rol de género es entonces un imperativo psíquico a cumplir.

Lo psíquico. Construcción de la subjetividad

- El **sujeto** es la instancia de la persona que contiene la **representación de uno/a misma** construida sobre los cimientos de:
- **lo constitucional**,
- el sedimento de **las disposiciones** adquiridas en el desarrollo (con la socialización dentro de un modelo),
- y las marcas de lo **contingente,** (las circunstancias en cada momento)

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.[7] 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.

7. 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 de comportamientos o enfermedades en la genética, o por el contrario toda la causalidad en el entorno familiar y ambiental.

SINTITUL-1 50 19/10/2006, 13:26

Del consenso de género a representación psíquica

- El consenso de género señala cómo es **el ideal** en el imaginario social de hombre y de mujer.
- La **subjetividad masculina y femenina** se construyen respondiendo a esos ideales.
- De **condicionante socio-cultural** pasa así a formar parte de la **representación psíquica** de cada uno/a: Cumplir con el rol de género es entonces un imperativo psíquico.

Durante la década de los años 70, algunas corrientes han tendido a considerar que los determinantes familiares eran la causa de que un sujeto fuera de uno u otro modo. Lamentablemente esta visión se ha popularizado hasta el punto de que hoy en día se deposita en las familias la culpabilidad de todos los resultados filiales Este error ha causado muchos daños, sobre todo a mujeres madres que se han visto culpabilizadas por un mal a sus hijos e hijas que sin duda no les han infringido. Si esto fuera así, de la misma estructura y circunstancias familiares, el resultado sería siempre el mismo. Además, conllevaría que un sujeto, una vez determinado por su historia familiar, ya no tendría ningún grado de libertad ni podría estructurarse de otro modo. Sin embargo, de unas mismas circunstancias familiares, resultan hijos e hijas muy diferentes y diferentes circunstancias familiares, desembocan en patologías parecidas. Ni el deseo, ni el trato de la madre o del padre, pueden por sí solos determinar cómo ha de ser un hijo o hija. La **constitución** del propio sujeto y su **disposición** singular para vincularse a los eventos familiares, de vincularse al amor o desamor de su padre o madre, es estructurante. Quiere esto decir que la estructura subjetiva de cada uno proporciona una visión singular sobre uno mismo/a y los eventos sociales a los que se enfrenta. Cada sujeto organiza, no intencionadamente por supuesto, los recuerdos, olvidando unos, magnificando otros o desordenándo-

SINTITUL-1 51 19/10/2006, 13:26

los en el tiempo, de forma que acaba construyendo su propia historia sobre sí mismo, que no es ya sino la llamada *"novela familiar"* **(Freud 1908**).

Es una construcción que cada persona hace con su vida, en la que solemos situarnos como víctima pasiva de lo que los demás nos hicieron, excluyendo nuestra responsabilidad sobre la forma en que nos situamos. La historia familiar está deformada por nuestro deseo inconsciente, por la intensidad de los afectos que tal o cual recuerdo provoca, por la fantasía que desencadena, por lo que se jugaba en un momento determinado del desarrollo psíquico. Pongamos un ejemplo:

> Una joven que padece anorexia cuenta cómo se le quedó grabada una frase que a los 14 años su padre le dijo, un día en que ella comía continuamente a lo largo de toda una aburrida tarde: *" ¿puedes dejar de comer?",* dijo el padre; ella se quedó paralizada e impactada y sintió un rechazo paterno que, por supuesto, no estaba en sintonía con un verdadero rechazo por parte de su padre. Pero, el momento del desarrollo en que la idea de ser deseada por un hombre se estaba abriendo su difícil camino, las palabras del padre funcionaron para ella como un mandato que marcaba la vía por la que seguir para ser deseada o, al menos, no rechazada.
>
> '*Dejar de comer'* se constituye para ella en el mandato singular que da la posibilidad de ese deseo masculino que aún no había encontrado su camino exogámico. Ella recordaba esta frase cada vez que sentía el terrible remordimiento que las personas con anorexia sienten después de haber comido algo. ¿Podemos decir que la causa está en lo que dijo el padre? ¿No hemos de pensar que el efecto tiene mucho que ver con la posición subjetiva que la paciente toma frente a la figura paterna en ese particular momento de turbulentos impulsos adolescentes, inmersa además en multitud de otros estímulos de ideales sociales que, por su constitución, hacen eco en ella? El camino de una posible corrección subjetiva pasaría por considerar esta última posibilidad.

Todo esto quiere decir que cada sujeto va poniendo a cada paso su deseo y los afectos que lo acompañan para moldear la forma en que se va vinculando con los otros más o menos significativos a los que va invistiendo de significado singular

SINTITUL-1 52 19/10/2006, 13:26

para él o ella, construyendo así su estructura subjetiva que funciona como un prisma particular a través del cual se ve y se relaciona con el mundo.

Nuevos sucesos contingentes en cualquier momento pueden cambiar el curso de las cosas y desinvestir las figuras significativas (figura paterna, materna, fraterna...) vinculando los afectos de otro modo. Son las transformaciones subjetivas que siguen siendo siempre posibles. Si una persona estuviera determinada inexorablemente por su historia, nada podría cambiarla. Pero lo que siempre se puede transformar es su forma de vincularse, su forma inconsciente de desear. Por tanto, si bien de su historia real no puede cambiarse ni una coma, de su *novela*, que es su historia en su *realidad psíquica*, puede modificarse mucho.

La *realidad psíquica* no tiene porqué coincidir con la realidad, la primera es singular para cada sujeto hecha como está de sus deseos, fantasías y afectos sobre cada evento de su vida. La construcción de la subjetividad es siempre susceptible de nuevos efectos.

Es también por esta interacción por lo que cambios imaginarios o transformaciones sociales pueden ir modificando también los ideales y produciendo efectos en las subjetividades.

Este es el camino que tomamos cuando producimos cambios sociales y cuando pretendemos modificar actitudes de las personas que están arraigadas en su subjetividad y que son el motor de conductas de riesgo. Difundir información, generar cambios de la visión social, leyes, normas, modificar el clima social, es influir en el imaginario social que desde luego afecta a las personas. Un paso más es modificar actitudes que equivale a producir efectos de sujeto, corrección subjetiva que transforma lo que las personas han interiorizado de lo social, transformándose con ello, poco a poco, el orden simbólico.

SINTITUL-1 53 19/10/2006, 13:26

Un modelo de género: relaciones tradicionales

Entre los consensos sociales de género, conviene examinar el modelo de relaciones tradicionales.

Abordaremos el consenso que establecía las condiciones de las relaciones entre hombres y mujeres con un núcleo fundamental**: relación de pertenencia y de poder de hombres sobre mujeres.** Este principio determina que el rol del género masculino quede definido por unos rasgos de superioridad sobre el género femenino, superioridad sobre la que se sostiene la necesidad y obligación de los hombres de proteger y mantener a las mujeres, además legitimaba para poseer, reprimir, someter, prohibir, es decir, todo lo concerniente al registro de la autoridad. Frente a ello, el rol de las mujeres sería dejarse proteger y responder ante la autoridad masculina con pasividad, silencio y abnegación.

Articulándolo con los términos expuestos antes, sobre las tres esferas bio-psico-social, a los hombres se les vinculaba con un imaginario de fuerza, potencia, presencia social, capacidad para el trabajo, capacidad de decisión. Eran los atributos que se suponían inherentes a la condición masculina y el ideal de masculinidad estaba sujeto a estas características. Sus vías de simbolización y cómo manifestaban su masculinidad era a través del **trabajo**, los **logros sociales** y el ser **sostenedor de su familia**.

El deseo sexual podía circular para los hombres escindido de su mujer, porque los hombres tradicionales disociaban a la mujer ideal para ser su esposa y madre de sus hijos, incluida en el circuito legítimo, la de su posesión, con la que establecía un contrato conyugal de exclusividad. Fuera del hogar estaban las mujeres del circuito ilegítimo, sexualizadas, anónimas, que no pertenecían a ningún hombre pero que podían ser '*usadas*' por todos, con las que satisfacían sus impulsos sexuales.

SINTITUL-1 54 19/10/2006, 13:26

Para las mujeres el imaginario era de abnegación, docilidad, reclusión en lo privado, pertenencia al hombre que la mantenía en el circuito legítimo. Sus vías de simbolización se sujetaban al cumplimiento del ideal de mujer centrada en **el cuidado de otros y la maternidad,** vías por las que quedaba representada su feminidad. Para otras mujeres, las que no llegaban a pertenecer a un hombre y estaban marcadas por su sexualización, quedaba un lugar de exclusión y descrédito social.[8]

El **esquema 5** sintetiza el mandato fundamental (mandato que construye el *ideal*), los atributos socialmente esperados (el imaginario con el que habría que identificarse), las exigencias de funciones sociales que construyen el imaginario masculino tradicional en el que han de moverse sus realizaciones y las representaciones psíquicas correspondientes que invisten la sexualidad, y en el **esquema 6** se sintetiza en paralelo el rol femenino tradicional.

Esquema 5. Contenidos del rol de género tradicional masculino

Rol tradicional de género masculino

Mandato fundamental	Atributos Esfera social	Exigencias Esfera Social	Condiciones sexuales Esfera psíquica	Efectos
Mantener signos de potencia. "Tener", poseer a la mujer. Mantener posición de superioridad con respecto a la mujer	Activo Fuerte Racional Independiente Autónomo Capaz	Trabajar, alcanzar una posición social, demostrar logros. Ocultar las debilidades. Sostener a su familia, proteger a su mujer. Autovalorarse	Necesidad de demostrar su capacidad sexual, deseo activo, investidura del pene como símbolo de la potencia, hipervaloración del coito... Sexualidad de asalto y demostración. La mujer el espejo que le devuelve la potencia, necesidad de satisfacerla para confirmar su capacidad sexual. Necesidad de confirmar que la mujer le pertenece: intolerancia a rivales y fantasía de exclusividad. Disociación entre "mujer buena" y mujer sexualizada.	Frustración ante caídas de potencia simbólica, intolerancia al abandono... (depresión, violencia) Temor a perder su posición. Intolerancia a la infidelidad. Tendencia a parejas múltiples. Desvalorización de la mujer con deseo sexual activo

8. El modelo de género tradicional y el análisis de los contenidos de ambos roles de género, femenino y masculino, está ampliado en el libro de trabajo para los seminarios básicos de profesionales, 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 este manual.

SINTITUL-1 55 19/10/2006, 13:26

Esquema 6. Contenidos del rol de género tradicional femenino

Rol tradicional de género femenino

Mandato fundamental	Atributos Esfera social	Exigencias Esfera Social	Condiciones sexuales Esfera psíquica	Efectos
Mantener signos de carencia. Estar en falta para recibir del hombre. Pertenecer a... Ser poseída.	Pasividad receptividad sensibilidad emocionalidad. Debilidad capacidad de entrega. Abnegación Dependencia Subordinación	Silenciar la propia fortaleza e inteligencia. Silenciar la debilidad masculina. Devolver al hombre una imagen agrandada y potente. Ser cuidadora y maternal. Subordinar sus decisiones. Mantener relación de pertenencia.	Ocultar deseo sexual activo. Evitar el fantasma de Promiscuidad/prostitución. Validación como mujer a través del deseo masculino, hipervaloración de la satisfacción masculina, fingimiento de la satisfacción. Fantasía de fusión y entrega: Hipervaloración del coito	Disociación entre mujer/madre y mujer/sexualizada. Posición objetal frente al deseo. Temor a perder al hombre. Baja autoestima, subordinación resignación. Pérdida de posición subjetiva: dependencia, exposición a abusos.

Realización humana o simbolización e ideales tradicionales

Una vez construido un sujeto estructurado que desea, este puede llegar a realizaciones dentro del mundo simbólico, que es el mundo propio de lo humano, con conciencia, inconsciente, lenguaje.

El deseo es el motor que nos empuja a la búsqueda de la satisfacción, ya sea alcanzando el objeto deseado, o bien, por un camino subrogado, llegando a realizaciones en las que creamos algo que lleva nuestra firma, algo hecho con nuestro propio nombre. Este proceso de simbolización puede tener varios caminos**: el trabajo, el saber, la creación, el poder, el amor, tener hijos.** Las vías de simbolización o de realización no son infinitas. **Son vías de entrada en el orden humano, el orden simbólico al que el sujeto accede al sellar su autoría con su nombre ya que este es el símbolo de sí mismo.**

SINTITUL-1 56 19/10/2006, 13:26

Ahora bien, la construcción subjetiva está en función del ideal. Los ideales vigentes e interiorizados de una época condicionan las vías de realización o simbolización que las personas son capaces de poner en marcha. Por la sujeción a los ideales de mujer u hombre, dictados por el consenso de género, pueden no estar disponibles las mismas vías de realización para hombres y mujeres, como ocurre con el modelo tradicional. Según este modelo podemos sintetizar las realizaciones de los varones concordantes con su ideal en:

Trabajo público, alcanzar una posición social, demostrar logros. Sostener económicamente a la familia. Mantener posición de propiedad y autoridad sobre la mujer. Función paterna como sostenedor y autoridad.

Para la mujer tradicional, las realizaciones concordantes con su ideal serían:

Función materna: engendrar y criar hijos e hijas. Trabajo doméstico y abastecedor de cuidados. Mantener relación de pertenencia y subordinación al hombre.

Estos ideales dicotómicos para los sexos, que han forzado a mantener una relación de dependencia de las mujeres y su exclusión de la vida pública, la cultura y el poder, han sufrido una fuerte transformación durante el siglo XX, modificándose, en consecuencia, las formas de realizarse de mujeres y hombres.

La transición de ideales en el siglo XX. Transición de género

Durante el siglo XX se ha modificado la presencia de las mujeres en el trabajo remunerado, en el espacio público, su acceso a la educación reglada y su capacidad de autonomía; el control de la fertilidad a través de los métodos anticonceptivos, que ha puesto en manos de las mujeres las decisiones sobre la reproducción permitiéndose así reducir el espacio y el tiempo que dedicaban a ***la maternidad*** y *al* ***cuidado***

SINTITUL-1 57 19/10/2006, 13:26

de los otros**,** que eran las vías *princeps* de simbolización tradicionales. Así se han ido transformando los ideales de mujer y los caminos disponibles para su realización, abriéndose la posibilidad de que las mujeres simbolicen también a través del ***trabajo remunerado, el saber académico***, nuevas manifestaciones creativas e incluso ***el poder político institucionalizado***, que, ahora tienen más peso en la construcción de su subjetividad.

El reparto del trabajo en función del sexo, que es un hecho de la esfera social (imaginaria), induce representaciones e imperativos psíquicos que delimitan las vías de simbolización para cada uno de los sexos.

La unión con el varón no está ya marcada por la necesidad de establecer un contrato que le proporcionara un determinado lugar social más valorado, así como seguridad en el marco de una relación de dependencia.

La redefinición de la feminidad pasa por una posición distinta en la que su deseo se mueve en nuevas coordenadas fuera de la relación de subordinación.

Por su parte, **los hombres** también han visto modificado su papel y, lentamente, van accediendo al espacio de lo doméstico, lo íntimo y, al estar iniciandose, aún de manera minoritaria, en compartir el cuidado de los hijos/as con las mujeres, algunos hombres estan empezando a acceder a una nueva forma de paternidad, más cercana al maternaje que a la exclusiva función de autoridad de antaño.

Desde estos cambios de posiciones subjetivas, que se articulan con los cambios sociales, se producen transformaciones en las identificaciones, los sentimientos, los afectos, las representaciones psíquicas de las funciones que realizamos. Por ejemplo, para los hombres, ***ser padre*** puede ser una fuente de simbolización que antes no estaba prácticamente disponible, porque en el ideal masculino los cuidados y la ternura hacia los hijos estaban más del lado de la feminización.

SINTITUL-1 58 19/10/2006, 13:26

Ahora hay padres que, al separarse, reclaman el acceso y la convivencia con sus hijos e hijas. En aquellos casos que han mantenido con ellos una relación maternante y cotidiana desde su nacimiento, la presencia cotidiana de sus hijos es un componente necesario para su vida afectiva.

El trabajo remunerado tampoco ocupa ya el mismo lugar simbólico, ya que actualmente los hombres pueden no ser el único ***"sostenedor de la familia",*** y esta figura ya no tiene la misma eficacia para representar el ideal masculino. El trabajo, en una relación de pareja, no es ineludiblemente una fuente de poder o superioridad frente a la mujer, ambos pueden estar en pie de igualdad al respecto.

El **esquema 7** representa esta transición de ideales, desde el modelo tradicional, hacia el horizonte en el que los ideales de realización de hombres y mujeres tienden a ser iguales.

Esquema 7.

Transición en los ideales

SINTITUL-1 59 19/10/2006, 13:26

Se ha modificado el consenso social con la consecuente redistribución de los roles de los hombres y las mujeres (la esfera social, imaginaria) y, correlativamente, se redefinen los ideales de feminidad y masculinidad que construyen la subjetividad de formas distintas (la esfera psíquica o simbólica). En sus relaciones pueden o no establecer su unión en función de un contrato conyugal que los ampara en su dependencia respondiendo a los papeles sociales que definíamos como tradicionales. En este nuevo horizonte, hombres y mujeres tienen más posibiliades de ser capaces de mantenerse por sí mismos, ambos pueden tener un proyecto de vida propio sin necesidad del otro, ambos pueden criar y sostener a los hijos e hijas y ejercer la autoridad paternal sobre ellos. Se transforma la motivación para la unión de la pareja desde la necesidad de supervivencia económica y social, a establecer relaciones por amor. Por eso ahora aparece la unión entre mujer y varón por el amor, la satisfacción de necesidades íntimas y para compartir. *"El amor se ha convertido así en una nueva vía de simbolización*" (**Pommier, 1999**), es decir de realización subjetiva. Amor, erotismo y sexualidad adquieren una omnipresencia social en la actualidad en el discurso de relaciones hombre-mujer como no había existido antes.

Transición de género

El punto de partida que tomamos *, - el modelo tradicional* -, y el horizonte, - *la pareja igualitaria* -, cuentan hoy día con multitud de momentos o situaciones intermedias en una progresión de formas de relación hombre-mujer.

Los cambios paulatinos no son homogéneos y el proceso de transformación social va desvelando que lo que parecían factores seguros de cambio, no dan los frutos esperados si no se acompañan de transformaciones más profundas que conciernen a lo subjetivo.

Por ejemplo, la mayor **incorporación de las mujeres al mundo laboral,** que podría ser un paso para su autonomía y ruptura de la relación de subordinación al varón, lo es sólo en parte. A menudo el trabajo asalariado supone tener ingresos económios

SINTITUL-1 60 19/10/2006, 13:26

propios por parte de la mujer, pero no llega a ser una fuente de autonomía y un proyecto de desarrollo personal propio. Depende del lugar que ocupe el trabajo y si está suponiendo una forma de realización, o sólo una carga más, añadida a las responsabilidades del cuidado que mantienen a la mujer sujeta al servicio a los otros. La ruptura de la posición de subordinación en la relación íntima con el hombre no está asegurada por la independencia en la esfera social, sino que pasa por el proceso de interiorización del sentimiento de autonomía y de la incorporación de ideales de realización de proyectos propios que no colisionen con la construcción de la feminidad.

Por su parte, el varón ha de incorporar también los nuevos ideales de forma que la construcción de su masculinidad no dependa de seguir siendo *'la autoridad'* y *el 'sostenedor económico de la familia'.* Cuando la feminidad y masculinidad (apoyada en lo tradicional) son contradictorias, se perturba el deseo mutuo porque el otro no está correspondiendo en consonancia con los ideales sociales interiorizados.

Así, veremos parejas aparentemente igualitarias de mujeres emancipadas que, sin embargo, mantienen aún relación de subordinación íntima.

Incluso en la generación de los más jóvenes, que se han socializado ya en un medio formalmente igualitario pero con un desarrollo afectivo familiar y personal en el que la transmisión sigue impregnada de antiguos ideales. Las chicas y chicos muy jóvenes han cambiado aparentemente sus formas de relación social con el otro sexo. Las chicas se muestran independientes y activas, tanto en su funcionamiento en el grupo, como en los comienzos del encuentro con un chico. No se inhiben o reprimen como antes. Pero sin embargo, cuando formalizan la relación, cambian su actitud y toman un papel más pasivo que puede llegar a que el chico ocupe una posición de dominación. Entonces aparecen los signos de una relación tradicional en el deseo de exclusividad, los celos, la ocultación de otras relaciones, renunciar a determinadas amistades, la subordinación al deseo masculino. Ellos y ellas diferencian entre tener sólo encuentros sexuales en los que mantienen posiciones igualitarias, y cuando hay algo más que '*rollo'* porque empieza a aparecer afectivi-

SINTITUL-1 61 19/10/2006, 13:26

dad y vínculos de pertenencia. Dicen *novio o novia* cuando se consideran pareja estable, aunque sea de cortísima duración. Sexo sin amor y después con amor. Cuando hay amor pueden restablecerse patrones aún tradicionales.

Una vez más vemos cómo la independencia social es necesaria pero no es suficiente para que los patrones subjetivos se modifiquen en las relaciones amorosas.

Son nuevas, en realidad a todas las edades, las **relaciones en las que el encuentro es sólo a través del sexo.** De alguna forma, la cultura del hedonismo e individualismo, unido a **la disponibilidad de los métodos anticonceptivos**, que es otro factor importante, y la posibiidad de que las mujeres sean sujetos que pueden encontrar satisfacción y realización en otros lugares distintos a la relación con el hombre o la maternidad, han facilitado el que, el otro ya no es quién ha de colmar todos los vacíos. Puede haber entonces satisfacción sexual, felizmente separada de la reproducción, sin un vínculo de exclusividad o pertenencia. Pero cuando el amor entra en escena, como el *leitmotiv* de la unión, y se empieza a construir una vida en común, con proyectos, procreación y exigencias mutuas, fácilmente pueden restablecerse los patrones que aún han impregnado el desarrollo de la subjetividad en la que la dicotomía de feminidad y masculinidad, culturalmente construida sobre la asimetría de poder, manifestándose esta asimetría en los afectos y actuaciones.

Así se dan circunstancias paradójicas en cuanto a las costumbres sexuales. Hombres y mujeres pueden tener relaciones sexuales fuera de la pareja pero se ocultan sistemáticamente para sostener la fantasía clásica de exclusividad. Las mujeres las ocultan e infravaloran para seguir respondiendo al ideal de feminidad de recato e inactividad sexual; los hombres las sobrestiman en cualquier círculo, salvo con su pareja, para seguir respondiendo al ideal de masculinidad fundado en la superioridad de su potencia. Como veremos en el siguiente apartado, estas paradojas son un obstáculo crucial para el cuidado y autocuidado de ambos en cuanto a las prácticas sexuales que entrañan riesgo.

SINTITUL-1 62 19/10/2006, 13:26

Lo que podemos llamar la ***transición de género,*** determinada por los cambios sociales que estamos tratando y, fundamentalmente, por el acceso de las mujeres a la visibilidad de su subjetividad, parece estar regida por procesos de acción y reacción, en la medida en que la diferencia sexual está tramada como una estructura dicotómica. Lo que ocurre en el polo femenino retroactúa necesariamente sobre el polo masculino y viceversa.

Considerando el polo de la acción en el logro de la independencia de la mujer, el hombre se siente caer de su posición de potencia y reacciona de distintas formas. Una es con agresividad hacia la mujer a la que interpreta como agente de su caída. Otra es inhibirse al sentir temor hacia la suficiencia de la mujer. La búsqueda de relaciones homosexuales (o bisexuales), puede leerse como un desistimiento con la mujer y un acercamiento a otro hombre, un igual en el que buscar su propia imagen cuestionada[9] y que le devuelva la respuesta al enigma de su masculinidad. Otra reacción es multiplicar sus relaciones con mujeres, banalizando todas ellas, de forma que no se compromete con ninguna, lo cual no deja de ser otra forma de desistimiento a relacionarse con una mujer que pueda ser su igual. En los encuentros entre hombre y mujer que aparecen como autosuficientes, la marca de la inhibición masculina frente al compromiso se aprecia cuando, si bien tiene interés por la sexualidad y estar socialmente acompañado, se puede poner en fuga cuando el deseo es intenso y amenaza con exigencias de mayores satisfacción y compromiso.

Es importante mencionar aquí el efecto del empuje de los hombres hacia el uso de la prostitución. Es sorprendente en la actualidad la vigencia del uso de la prostitución. En los últimos años ha llegado a España un enorme número de mujeres inmigrantes trabajadoras del sexo y parece haber trabajo para todas. Sin duda, el número de prostitutas ha aumentado en las grandes ciudades y, en consecuencia, es de suponer que también aumenta el número de hombres usuarios, que se desaho-

9. En el capítulo siguiente trataremos la relación especular con un igual en la que se reconstruye el propio narcisismo.

SINTITUL-1 63 19/10/2006, 13:26

gan a través de la mujer anónima con disponibilidad sexual. Mujer anónima, de uso común entre los hombres, con la que se trafica. Este tipo de mujeres es para el hombre la que le permite situarse momentáneamente en un lugar de potencia sexual disociado de exigencias subjetivas.

Hacía años que no ocurría tanto que grupos de chicos jóvenes acudieran a prostitutas para adquirir habilidad sexual porque dicen que *"las chicas ahora saben mucho",* y necesitan practicar para sentirse un poco seguros con ellas.

Las mujeres también reaccionan frente al cambio. Tener un trabajo satisfactorio y libertad de movimientos es un factor de protección contra muchas adversidades de los condicionantes de género. Pero, en la transición en la que una mujer determinada accede a un lugar social que, hasta entonces, era un espacio masculino, y ella se socializó aún en un patrón de feminidad que colisiona con el nuevo papel que representa, ha producido una asincronía de transformaciones personales que ha pasado factura conflictuando la autorrepresentación femenina. Se ha llamado *masculinización* a lo que estas mujeres han padecido y que ha tenido efectos sobre la subjetividad. Las mujeres en un momento de *masculinización* establecen con los hombres relaciones de rivalidad. Se da una pugna por una posición de poder, una inquietud por manifestar potencia y, en definitiva, unas relaciones íntimas y sexuales más belicosas que amorosas (**Velasco,** 1997**)**. La relación de rivalidad con el hombre conlleva ansiedad, queja, tendencia a despreciar al otro y entra en contradicción con el propio ideal de feminidad. Los hombres se sienten agredidos e intimidados por este tipo de mujeres y su impotencia frente a ellas redobla el desencuentro.

Sin duda también hay hombres y mujeres en creciente número que reaccionan ante el nuevo vínculo a través del amor y la sexualidad respetando mutuamente su subjetividad. Aunque vivan juntos pueden estar manteniendo sus economías separadas; comparten pero no mezclan, él y ella realizan sus proyectos propios. Pueden tener relaciones sexuales fuera de la pareja y mantener el principio de la veracidad gracias al cual no tienen que representar papeles ficticios para sostener una escena

SINTITUL-1 64 19/10/2006, 13:26

de pertenencia inexistente y, por tanto, es algo de lo que incluso pueden hablar. Es el horizonte de la pareja igualitaria en su funcionamiento, y simétrica en cuanto al mantenimiento de la subjetividad de ambos.

En la actualidad, especialmente en España, hay una contingencia y es que las actuales generaciones en edad fértil a menudo, eligen no ser padres o madres o postergan esta posibilidad incluso hasta que es demasiado tarde.

El fenómeno de la caída de la natalidad, -que en España es la más baja de Europa,- y que es llamada por los demógrafos *transición de la fecundidad*, está relacionada, en alguna medida, con los cambios en la *equidad de género* **(MacDonald,** 2001). El uso de métodos anticonceptivos es un instrumento de mujeres y hombres para evitar los embarazos, pero lo que condiciona las decisiones de este control son los determinantes psicosociales de género que influyen en sus deseos y determinaciones. El hecho es que el nacimiento de los hijos o hijas se retrasa, el número se reduce drásticamente, e incluso puede no tenerse ninguno. Existen los determinantes socio-económicos que introducen limitaciones a la reproducción, pero no son suficientes para explicar la paradoja que arrojan las encuestas de fecundidad: el número de hijos se limita más cuanto mayor nivel educativo y capacidad adquisitiva tienen las mujeres (**Encuesta de Fecundidad,** 1999). Luego los factores de escasez de recursos no explican por sí solos la caída de la natalidad. Es necesario aplicar la categoría de género en el análisis. La transición de género, seguido de un descenso acusado y tardío de la natalidad, introduce modificaciones en el ejercicio subjetivo de la procreación ligado al deseo de tener hijos/as o no, en el contexto de una pareja en la que el ejercicio de la feminidad y la masculinidad no pasa necesariamente por la maternidad y la paternidad. La mujer no espera necesariamente del hombre '*que le dé el regalo de un hijo',* que él la '*llene con este don*', no es que él esté ahí para colmar su vacío con una donación. Parece que el vínculo amoroso se basa más en compartir que en donar y la mujer tiene otras vías de realización, ajenas a la pareja, que convierten la maternidad en una posibilidad optativa pero no imperativa para su reconocimiento como mujer. Y en cuanto al hombre, participa de la misma complejidad en su vida afectiva en la que un hijo/a no es imprescindible.

SINTITUL-1 65 19/10/2006, 13:26

Están confluyendo también situaciones transicionales de género, que no corresponden sólo a deseos y elecciones tan conscientes y unívocas. Se relacionan con reacciones de inhibición de algunos hombres ante la idea de ser padre. Del mismo modo, también se puede observar cierto avance de dificultades de las mujeres para enfrentar la idea y el hecho de gestar, parir y tener hijos/as, ligados a la feminidad contemporánea puesta en conflicto.

Límites de la fenomenología

La descripción de modelos de relaciones entre hombres y mujeres es una manera frecuente de presentar el problema en la actualidad y tiene serias limitaciones a la hora de conocer e interpretar las causas de los comportamientos. Cara a la clínica, o a cualquier modo de intervención, no permite actuar sobre el resorte que motiva el resultado, ya sea una conducta concreta o un modelo. Las descripciones de parejas tienen su limitación ya que forman cuadros fenomenológicos que siempre dejan fuera otras posibles situaciones, en realidad multitud de ellas. El efecto de trabajar sólo con la fenomenología supone perderse en el laberinto de los posibles modelos que son infinitos. ¿Qué consecuencia podemos obtener a efectos prácticos, para orientar una intervención con una persona o pareja determinada? ¿Les describimos las posibilidades de relación que hay y les ofrecemos elegir una? En realidad es lo que se hace cuando se actúa aconsejando a alguien que actúe de una manera determinada, que trate a su pareja de una u otra manera para así funcionar dentro de un modelo que proponemos como óptimo. Sería prescribir actuaciones a realizar. Según este modo de abordaje, el usuario o usuaria no es tomado como sujeto que puede cambiar su posición, su actitud, aquella que es la causante de la relación que mantiene, que puede funcionar bien, o que puede estar causándole malestar o inhibiciones de su realización personal, o dañando al otra/o, o siendo dañado. Estos serían algunos de los motivos por los que alguien puede querer corregir su posición subjetiva. Aconsejar proponiendo un determinado escenario, es decir, fenomenologico, es una guía directiva, prescriptiva, que no produce efectos en el sujeto, no modifica actitudes.

SINTITUL-1 66 19/10/2006, 13:26

Por eso en el anterior análisis de género hemos evitado las tipologías de pareja y hemos señalado, sin embargo, qué factores pueden estar causando la evolución en las vertientes psicosociales. De ello podremos extraer los posibles cambios sociales a favorecer, y por otro lado la metodología para la intervención personal hacia una modificación de actitudes basada en los efectos subjetivos. En el capítulo siguiente entraremos en la construcción de la subjetividad profundizando así en la esfera psicosocial donde la transición de género encuentra particulares obstáculos.

Aplicación a los perfiles de relaciones vulnerables a la transmisión heteresexual (THS) del VIH/Sida y otras enfermedades de transmisión sexual (ETSs)

Una de las aplicaciones de la descripción del funcionamiento social de varones y mujeres en pareja, bajo la perspectiva de los cambios sociales de género, es delimitar las situaciones que nos hacen vulnerables a las prácticas de riesgo ante ETSs y VIH/Sida.

Las categorías que hasta ahora se utilizan en el registros de casos de sida para las personas que se han infectado por THS son las que relacionan prácticas sexuales de riesgo con un perfil de pareja en el que se mantienen contactos sexuales con más de una persona, aunque no sea simultáneamente, ya sea de forma directa o indirecta (cuando es la pareja la que tiene otras relaciones a las que se expone indirectamente):

Para las mujeres:

- *Prácticas de riesgo indirectas*:

SINTITUL-1 67 19/10/2006, 13:26

pareja de un hombre usuario de droga intravenosa (UDI) o seropositivo,

pareja de un hombre usuario de prostitución,

pareja de un hombre con parejas múltiples.

- *Prácticas de riesgo directas*:

  Mujeres con parejas múltiples

  Mujeres trabajadora del sexo.

Para los hombres:

- *Prácticas de riesgo directas:*

  usuario de prostitución,

  varón con parejas múltiples,

  varón con pareja seropositiva.

- *Prácticas de riesgo indirectas:*

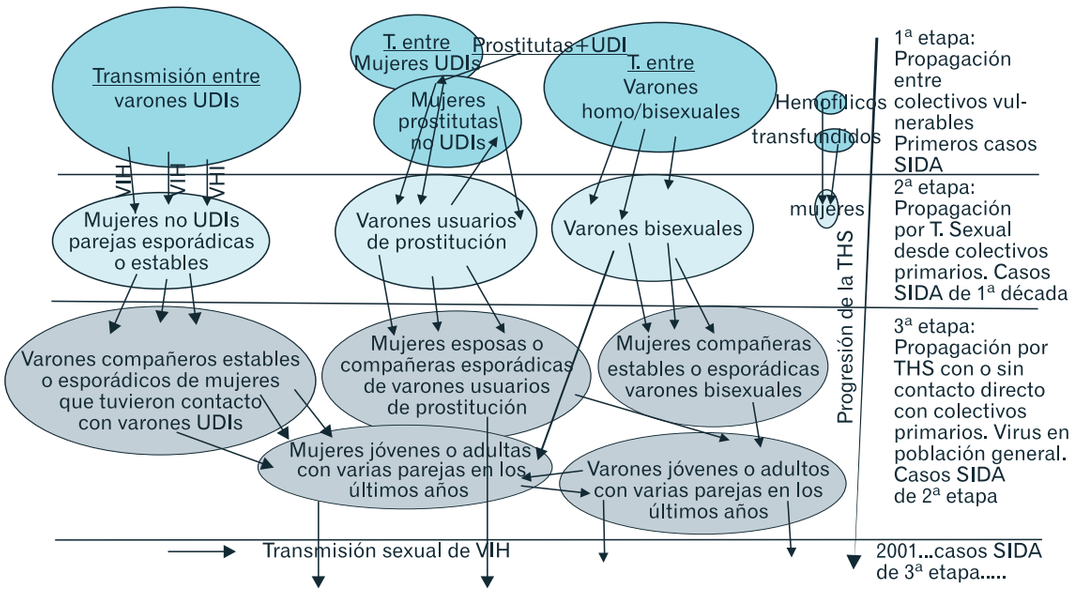
  pareja de una mujer con parejas sexuales múltiples.

Ordenadas de mayor a menor frecuencia para cada sexo. **(Registro Nacional de Casos de Sida. Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida).**

Pero ¿qué formas de relación hombre-mujer está detrás de estas categorías? Podemos deducirlo si observamos la cadena epidemiológica de transmisión, (esquema 8) que representa los perfiles de transmisión sexual desde hace 20 años en España. La THS ha ido avanzando de perfiles de relación muy específicos (al principio entre hombres con relaciones homosexuales y entre usuarios /as de droga intravenosa), a perfiles de relaciones más comunes en la población general que mantienen prácticas sexuales de riesgo.

SINTITUL-1 68 19/10/2006, 13:26

Esquema 8. Cadena epidemiológica de transmisión sexual



En la última etapa de la epidemia la THS progresa y el virus se propaga en población general.

Puede estar expuesta a infectarse cualquier persona sexualmente activa que tenga prácticas sexuales sin protección con una persona potencialmente infectada. Y es posible entrar en la cadena de transmisión contactando con una persona potencialmente infectada al mantener relaciones sexuales con más de una pareja en los últimos años.

La cuestión es que si observamos los perfiles de relaciones entre mujeres y hombres, aquellos más vulnerables, -como por ejemplo, los hombres usuarios de prostitución y/ o sus esposas o sus compañera estables o transitorias, o los hombres que tiene una pareja femenina estable, o bien, transitorias y además mantiene relaciones ocasionales con otros hombres (bisexuales), o las mujeres que mantienen parejas múltiples...-, son perfiles de relaciones socialmente silenciosas. Tienden a ocul-

SINTITUL-1 69 19/10/2006, 13:26

tarse porque responden a transgresiones de las relaciones sexuales según los roles tradicionales. Por ello la cadena de transmisión es tan silenciosa y las personas tienden a negar su posible exposición y su vulnerabilidad con el fin de mantener su crédito personal y social frente a sus parejas. Por esto, la invisibilidad del riesgo es el primer obstáculo para la prevención, porque la vulnerabilidad de la población general a la THS del VIH es muy poco visible. Hay resistencia social a percibirla. Las representaciones sociales tradicionales de género inducen la negación del riesgo y de la percepción de la vulnerabilidad. Este es un factor de la categoría de género.

La enfermedad del sida es socialmente compleja porque ha venido a desvelar conductas y relaciones sexuales que son producto de la transformación de la moral burguesa victoriana que dejó su herencia en el final del siglo XIX y principios del XX, de una moralidad familiar en que las relaciones sexuales fuera de la pareja estipulada eran reprobadas absolutamente para las mujeres y relativamente para los hombres. Además, la homosexualidad y bisexualidad quedaban también en los márgenes de lo patológico o inmoral. Como anécdota, **Foucault**, filósofo y homosexual, -que escribió precisamente la *Historia de la Sexualidad-,* cuando tuvo las primeras noticias de que había una enfermedad que afectaba gravemente a los hombres homosexuales, se rió diciendo que sin duda se trataría de un infundio para señalar como enfermizos a los homosexuales y argumentar algún castigo divino para con ellos. Foucault murió finalmente de sida.

Lo interesante es cómo el sida puede ser el paradigma contemporáneo, en la medida en que conexiona los paradigmas o conjunto de formas que sirven de modelo de costumbres de la época (**Páez y Ubillos** 1994). Las representaciones sociales de la enfermedad, como estigma de conductas supuestamente desviadas, se suma a las representaciones sociales de género, levantando obstáculos para la percepción realista del riesgo de exposición y de vulnerabilidad de cada persona, al señalar relaciones entre mujeres y hombres que permanecen individualmente ocultas, aunque socialmente conocidas. El riesgo de estigmatización, con su consecuencia de pérdida del crédito moral personal y familiar acompaña al desvelamiento de prácticas sexuales de riesgo, aunque todos y todas sepamos que actualmente se mantie-

SINTITUL-1 70 19/10/2006, 13:26

nen relaciones sexuales fuera de las parejas en muy distintos perfiles, todo el mundo pretende creer y hacer creer que él o ella no son de aquellos/as que lo practican. Es la paradoja de una doble moral propia del momento de transición de costumbres, con un cuestionamiento inacabado de los consensos de género.

Ahora bien, podemos seguir un paso más que nos ha de ser útil para, una vez vista la vulnerabilidad procedente de la exposición al riesgo a través de parejas múltiples, y la dificultad de reconocerlo, valorar qué factores son los que habría que modificar para conseguir un cambio subjetivo en la posición de género y, en consecuencia, en la posición ante la pareja que facilitara la asunción de la propia vulnerabilidad y la puesta en práctica de medidas preventivas. Sería el camino para conseguir cambios de actitudes que permitan protegerse de la exposición al riesgo, removiendo los obstáculos que hacen resistencia. Aquellos que residen en la interiorización de la esfera social y su acción imperativa desde la esfera psíquica.

Del análisis del apartado anterior podemos deducir que hay una amplia gama de relaciones hombre-mujer que, en algún momento, pueden tener relaciones sexuales fuera de la pareja estable, lo cual es un factor del que procede la posible exposición al VIH y otras ETS. El análisis de género permite también identificar que cuanto más funcione un hombre o una mujer dentro del consenso de género tradicional, más disminuida está su capacidad para percibir de forma realista su vulnerabilidad y más obstáculos psico-sociales encuentra para interponer medidas preventivas. Estos factores son los que básicamente tienen que ver con la díada **poder- subordinación dentro de la pareja**. Cuanto mayor es la subordinación de la mujer, mayor es la incapacidad para controlar el riesgo y para ser capaz de mantener conductas preventivas. Cuanto más apoye el hombre su masculinidad en la demostración de potencia, más dificultades tendrá para una sexualidad protegida. Vulnerabilidad de género que hemos tratado más ampliamente en el manual básico.[10]

10. En el manual de *Prevención de la Transmisión Heterosexual del VIH/SIDA en Mujeres*, editado en 1999 y 2000, se tratan estos aspectos relacionados más ampliamente con los contenidos de los roles tradicionales de género, por lo que no nos detenemos aquí más que para referirlo.

SINTITUL-1 71 19/10/2006, 13:26

En los siguientes **esquemas 9 y 10** se recogen sintéticamente los factores condicionantes tradicionales sexuales y su efecto sobre las dificultades para las prácticas preventivas.

Rol tradicional y actitudes de resistencia a la prevención de ETSs y VIH-HTS

Masculinidad tradicional esfera psíquica	Actitudes de resistencia
• Negación de la debilidad. • Demostrar capacidad sexual. Deseo sexual activo y disociación entre mujer madre(legítima) y mujer sexualizada. • Valoración del coito como toma de posesión. • Sexualidad de asalto y demostración. • Necesidad de fantasía de exclusividad y pertenencia, intolerancia a la infidelidad (rivales).	• Negación del riesgo por necesidad de sentimiento de invulnerabilidad. • Empuje a parejas múltiples. • Negativa al uso del preservativo que obstaculiza imaginariamente la potencia. Insatisfacción en sexo no coital. • Sexualidad urgente incompatible con pausa, control y cuidado de la mujer. • Intolerancia hacia la mujer que demuestre deseo sexual activo por ejemplo: con propuesta de sexo seguro (aparecen los rivales).

SINTITUL-1 72 19/10/2006, 13:26

Rol tradicional y actitudes de resistencia a la prevención de ETSs y VIH-HTS

Feminidad tradicional esfera psíquica	Actitudes de resistencia
• Silenciar el deseo sexual para evitar el fantasma de la prostitución/promiscuidad. • Ser la única amada (pertenencia): fidelidad relativa. • Autovalidación como mujer en la relación de pertenencia al hombre. • Subordinación del propio deseo a ser objeto del deseo masculino. • Hipervaloración de la satisfacción masculina. • Fusión en el coito, entrega incondicional.	• Negación de la vulnerabilidad y el riesgo. No mostrar ninguna habilidad sexual u otras relaciones sexuales. • Negación del riesgo por existencia de otras mujeres (no querer saber). • Incapacidad para romper la subordinación diciendo "NO", por temor a perder al hombre. • Dificultad de proponer el sexo no coital, manifestando deseo. • Resistencia al preservativo porque obstaculiza la "entrega". • Resignación.

SINTITUL-1 73 19/10/2006, 13:26

Capítulo 4

El desarrollo psíquico en la construcción de la subjetividad.

Disposiciones y contingencias

Capítulo 4. El desarrollo psíquico en la construcción de la subjetividad. Disposiciones y contingencias

La otra escena de la realidad psíquica en que se constituye el sujeto difiere, tanto de lo biológico, como de lo social.

Irene Meler

Los factores sociales son de efecto genérico para todas las personas que nacen en una misma sociedad. Sin embargo cada uno los incorpora de forma diferente según se posicionen con respecto a ellos. Sabemos que cada persona es singular y que la descripción de un grupo social no abarca las infinitas diferencias individuales. Es la **estructura del sujeto** la que condiciona esta singularidad. Sujeto psíquico que se construye a partir de la influencia del mundo en el que nace y a través de su proceso de constitución. Es el tercer registro, el psíquico, en el que se van inscribiendo las representaciones por medio de la socialización y el desarrollo.

Un análisis de lo psicosocial ha de incluir el área de la subjetividad que es donde, finalmente, se procesan y emergen las actitudes y los actos de las personas.

Vamos a abordar, por tanto, los hitos más importantes en el desarrollo psíquico en tanto que dejan huella indeleble en la construcción del sujeto y constituyen una estructura de **disposiciones inconscientes** a reaccionar de una forma particular.

Son lugares de posible **fijación**,[11] a los que se puede regresar en momentos contingentes en que las exigencias ambientales afectivas y el deseo del sujeto reproducen uno de estos hitos constituyentes. Dice **Freud**:

> "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"[12]

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 que se pueden poner en funcionamiento en el momento oportuno.

En este capítulo abordaremos las disposiciones que van a jalonar el desarrollo psíquico, y después, las circunstancias o contingencias de la vida en que es probable que se conecte con las crisis o disposiciones del desarrollo. Nos interesan las contingencias que tienen que ver con la diferencia sexual, con la feminidad y la masculinidad, cuyos resultados se relacionarán también con las representaciones sociales y su interiorización.

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

12. Sigmund Freud. *La disposición a la neurosis obsesiva*. 1913.Obras completas Tomo V. Ed Nueva Visión. Página 1738.

Las disposiciones

Recorreremos los momentos clave del desarrollo. En cada uno de ellos se da un paso estructurante para el sujeto en la medida en que se adquiere una experiencia existencial nueva. La progresión a través de estos momentos críticos va instaurando la condición humana con el ***sujeto del inconsciente*** donde se procesan las exigencias e impulsos internos y externos, y un ***yo*** que lo recubre proporcionando una integridad imaginaria y del que brotan los procesos conscientes.

Hay que tener en cuenta que éste es el cambio de paradigma que aportó Freud: 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 tiene siempre conciencia.

La idea de que el *sujeto* y el *yo* son dos instancias diferentes provoca una gran resistencia a ser aceptada porque obliga a reconocer que no somos tan dueños de nosotros mismos y que la conciencia, el yo, no es el centro de nuestro funcionamiento.

En los siguientes hitos que exponemos hay que tener en cuenta que hablamos de deseos y fantasías que pueden escapar a la conciencia.

Fusión primitiva con la madre. La completud arcaica

En el momento inicial de la vida, la niña o el niño, se forma y está contenido/a dentro del cuerpo de la madre. Sin duda el bebé está colmado por un solo ser, -la madre,- y su pulsión de vida está ligada a ella. **Francoise Doltó** (1984) desarrolló el concepto de 'imagen arcaica del cuerpo', precursora de una futura 'imagen inconsciente del cuerpo' a la que se llegará en el estadio siguiente. Se refiere a que desde el principio, cuando todavía no hay palabras, lo que hay es un inconsciente arcaico con una

imagen del cuerpo en la que la madre envuelve enteramente al niño/a. El tránsito de una imagen del cuerpo propio, separado del de la madre es progresivo. A cada paso existencial, desde que el cuerpo está físicamente contenido dentro del de la madre, hasta que sale de ella y llega a discernirse como un cuerpo y ser aparte, supone un proceso de desprendimiento psíquico paralelo al desprendimiento real, aunque no totalemnte sincrónico. Cuando el bebé vive ya fuera del cuerpo de la madre, aún su constitución psiquica no alcanza a albergar una imagen de su cuerpo separada de ese otro ser del que cree, muy primitivamente, formar parte. Este proceso ocurre paso a paso, tanto para la madre como para el niño/a. Más tarde el niño/a accederá al lenguaje, las palabras como intermediarias con el mundo, y la madre pasará a ser también parte de ese mundo externo. Pero hasta que eso llegue, en los comienzos de la vida del niño/a, lo que hay es la unión corporal con la madre, formando lo que se podría llamar el núcleo corporal primario. Ahí se fragua la primera imagen del cuerpo que queda en el inconsciente. En esa imagen, el/la bebé cree ser una parte de la madre aunque no se reconozca como tal parte, sino más bien cree ser un todo con ella. Una burbuja vital en la que todo lo que existe es un cuerpo materno del que forma parte en la más perfecta y jamás repetible completud[13]. Más adelante comentaremos la privilegiada situación de la mujer embarazada en la que se reedita imaginariamente esta completud.

Separación primaria. La 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 percibiendo como un cuerpo distinto, como si fuera la sombra o la huella de lo que creyó ser, el niño[14] que era con la madre. El vacío que deja

13. Tanto el estado de fusión con la madre como la separación e identidad femenina temprana fueron revisados en *Naufragios. Mujeres y Aborto*, de S. Velasco. Extraigo aquí lo que es de más interés para el presente enfoque del tema.

14. Utilizamos aquí 'niño' como término neutro, ya que en este proceso primario no ha accedido aún a una identidad sexual, aunque sí la tenga para la madre y los demás del entorno.

en la díada que parecían y que imaginariamente completaba a ambos. Esta ausencia a la que se enfrenta será lo que le faltará ya siempre, es el hueco que señala que él 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 una pulsión tenderá siempre en su búsqueda.

La angustia tiene su origen en este hito. La angustia que reedita en otros momentos de la vida aquella angustia de 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. Comentaremos también cómo en el parto hay un acoplamiento psíquico con este momento de pérdida.

Construcción del narcisismo. La imagen de ser uno/a

Algo tiene que ir reparando ese momento de separación y pérdida en el que, si bien se gana la posibilidad de desear, queda el niño/a frente a la tarea de construirse. El siguiente paso para ello es atravesar lo que **Lacan** llamó el *estadio del espejo*[15]. Lo que se produce en este estadio es que el niño/a frente al espejo, o frente a un semejante que actúa como tal, es capaz de reconocerse y construirse 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. Lo que construye es su *narcisismo primario*, llamado así evocando el mito de Narciso que se miraba en el espejo del lago fascinándose al descubrir su propia imagen.

15. Presentado por Lacan en el *XIV Congreso Internacional de Psicoanálisis*, en 1936. Luego lo publicaría en los Escritos en 1971.

Las observaciones psicológicas en el periodo entre 6 y 18 meses 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 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;[16] si a uno le pasa algo, el otro cree que le ha pasado a él también, 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 este le duele, a mi 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 quien. Ya tiene una imagen de sí que va a ser el soporte del yo, pero su yo, como entidad que va a diferenciar su mundo interno del externo todavía no está constituido plenamente, por eso se confunde con los demás.

Decimos que el narcisismo está amenazado cuando el sujeto cree inconscientemente que puede lesionarse su integridad, esa integridad primera (narcisista) que es el comienzo de percepción de la propia existencia. 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 integrado la mutilación real con un daño a la representación imaginaria de uno mismo, de la imagen narcisista, lo cual supone una amenaza, no ya a una parte del cuerpo, sino a la propia existencia; es la realidad psíquica que difiere de la real. Una vez más, la angustia es el afecto que acompaña a la percepción psíquica 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 con-

16. Este enfoque del estadio del espejo, que sigue fielmente a Lacan, es recogido por J.L Serra en su trabajo sobre *Dinámica Familiar.*

fundir (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.

Identidad femenina temprana. El 'cuerpo cóncavo'[17]

Es importante para la perspectiva de género discutir las diferencias tempranas entre niño y niña, 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 que compromete al cuerpo y su representación psíquica. Para entender después qué se juega una mujer en momentos como el embarazo, el parto, la pérdida de una relación con un hombre, la pérdida definitiva de sus menstruaciones, la pérdida de un hijo, es necesario conocer sus disposiciones respecto a su condición femenina. Este apartado sobre estructura psíquica no tiene otro fin que sentar algunas bases para explicar después los hitos de la subjetividad en las relaciones entre los sexos y, por ello, se tratan algunas nociones que tendrán influencia en los comportamientos de género.

En las fases tempranas es poco probable que el niño o la niña sepan en realidad cómo es su cuerpo, pero sus cuerpos son diferentes y la madre, - o el otro materno, que puede ser otra persona que establece con el bebé esta función, - sí sabe cuál es el sexo de la niña o el niño. Cuando el narcisismo, la imagen del propio cuerpo, se construye ocurre en relación con el otro. Decíamos que el hipotético espejo en el que se mira es sobre todo el otro, la madre y los personajes significativos. El niño/a se ve reflejado en la mirada de aquel o aquella que le dirige una mirada pulsional, una mirada cargada de afectos por ser alguien para el que el niño o niña representa algo (cualquier tipo de afecto y no sólo amoroso).

17. Silvia Vegetti, *El niño de la noche. Hacerse mujer, hacerse madre.(1990)*

El poético dicho entre amantes, 'me miro en tus ojos', ' me veo en tu mirada' no es sino la expresión del lazo narcisista propio del amor. *'Me convierto en lo que tus ojos ven en mi'*[18], es el enunciado propio del hechizo o trampa del amor, este hechizo es el sentido más preciso de la construcción del narcisismo.

El amor también puede ser contemplado como el fenómeno mediante el que creemos que el otro u otra es aquello que nos falta, aquello primordial perdido en la separación primaria y que tiene la facultad de hacernos sentir que existimos, cubriendo un poco la sombra o el hueco que dejó la pérdida de la completud reconstruyendo el narcisismo.

La *mirada pulsional* del otro 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 ha tenido un niño deficiente, este hijo le provocará distintos afectos que influirán en la construcción del narcisismo del niño. Igualmente 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....

De este momento temprano, **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 le oferta a la madre y que se origina precisamente en ese momento de unidad-separación con ella, 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. Y continúa luego, en el estadio del espejo gracias a la *"donación de identidad sexual que le envía la mirada materna y que la percepción*

18. El enamorado Onegin en la novela del mismo título de Puskin, que siendo un hombre voluble, frío, habitualmente hiriente en sus relaciones, se ve de otro modo en la mirada de su enamorada. Ella no lo ve así, sino que ama en él lo que ella misma pone en su persona, y él dice convertirse en ese hombre que ella crea en él por la fuerza del amor.

imitativa confirma..."[19] en la construcción de la imagen narcisista de la niña. La mirada de la madre y las marcas de su deseo respecto al sexo que quiere o querría en su hijo/a, empiezan ya a transmitir una identidad sexual. Más adelante el niño y la niña crecen, hablan, descubren su sexo anatómico, descubren la figura paterna, entonces comenzará una resignificación de aquella sombra de la madre en la imagen del propio cuerpo. El proceso no es instantáneo, es algo progresivo que continúa después de los 18 meses. Entre esta edad y los dos años y medio, o tres años, las niñas están machaconamente interesadas en constatar quién es niño o niña, quién es hombre o mujer, quién es amiguito o amiguita, entretenida como está en filiar su propia identidad sexual por confrontación e imitación.

Para el niño también se produce la separación y la pérdida primaria, pero las marcas de la mirada de la madre no son de su igual. Su imagen especular, si las cosas van en este sentido, acabará siendo identificada con la de varón.

El "*espacio cóncavo*" es considerado como el dato originario de la feminidad por varias autoras (**Nuncio y Ferraro, Silvia Vegetti, Annie Anzieu, Luce Irigaray, Eugene Lemoine-Luccioni**), 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*"[20]de las mujeres; fantasía de "*ser un organismo cóncavo que le permite imaginarse contenedora*" lo cual tiene su correlato en la identificación femenina en la que existe la *"fantasía de contener un niño imaginario"*. Esa concavidad señala la disposición inconsciente

19. Silvia Veguetti. *El niño de la noche, Hacerse mujer, hacerse madre*. Cátedra, Madrid 1990. Pág 170.

20. Veguetti, S. Obra citada. Pág 171.

para la maternidad y la identificación de madre. Para las mujeres, el lugar que ocupa la fantasía inconsciente del niño imaginario, en un régimen que hace posible una identificación doble **(Lemoinne-Luccioni 1976)**: ella contiene el niño (identificándose con la madre) o ella lo es (identificándose con el bebé), es precisamente 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 **(Velasco, 1995)**, y si bien puede acabar accediendo a ella, será tras atravesar sucesivas contingencias e le permitan reconstruir en su estructura psíquica cierta representación cóncava de sí misma.

Retomaremos esto más adelante en las contingencias del embarazo y parto.

Hasta aquí el niño/a tienen un cuerpo *real* y tienen una *imagen* de sí, *imaginaria*, en el sentido de que es un reflejo del otro. Contamos con dos registros hasta ahora: **real e imaginario.**

El triángulo edípico. Organización del deseo endogámico y acceso al registro simbólico

Y el desarrollo continúa. Hacia los 3 años comienza el hito que organiza la estructura del sujeto en cuanto a su posición 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" [21]

La niña, hasta el momento, está unida 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 habla y en el mundo exterior, que ya está bien diferenciado, va descubriendo que hay otras personas que empiezan a tener importancia para ella. Si bien es la época en que la niña busca a su madre cuando se siente insegura, cuando hay gente a su alrededor, (decimos que está enmadrada) la busca más aún cuando se da cuenta de que la madre tiene afectos fuera de ella y a veces tan fuertes que la abandona por ellos (por ejemplo, ¡se va a cenar con el papá u otras personas y la deja sola!). Sufre cuando su madre se va, incluso más que cuando era un poco más pequeña, pero es que ahora ella se da cuenta de que hay otras personas que la madre quiere y que se la quieren arrebatar. Es la edad en que si la madre queda embarazada, la niña estará regresiva, no querrá hablar del niño o niña que viene, y chantajeará a su madre con sus llantos. Además, descubre al padre como aquel que le quita a la mamá.

Antes él era alguien que la mimaba y quería a la par que la madre, pero ahora resulta ser que la madre desea al padre y no tanto, o no sólo, a ella. Es interesante ver como 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 o 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, o en sus relaciones sociales. Lo que organiza esta privación de la madre es que 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

21. Tubert, Silvia. *La sexualidad femenina y su construcción imaginaria*. Ediciones Arquero, Madrid 1988. Página 105.

pero, aún así, esto puede darse con una figura masculina que puede ser el abuelo, un tío o el relato de la madre que hace presente a un padre desaparecido. Lo que importa es que **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**. Pues bien, la función del padre, o su equivalente, que se sitúa en un vértice del triángulo, tiene el efecto de representar aquello que la madre desea y por tanto es que no lo tiene. ¿Qué tiene el padre para que, eso otro, sea deseado por la madre? Sea lo que sea eso que la madre desea, la niña ya no lo tiene, porque sino el idilio a dos podría continuar. La función de ese vértice del triángulo es privar a la niña de la unión con su madre, y hacerle ver que es incompleta, que no es todo para la madre, que no es querida en exclusiva. La niña entonces busca el amor en el padre, o en la figura masculina equivalente.

Se establece la seducción, consistente en aparentar que ella es aquello que él parece desear también en la madre, eso que se la ha arrebatado. Se identifica con los rasgos de mujer de la madre para seducir al padre. 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.

Lo que queda organizado en la estructura es un triángulo con una función en cada vértice: la del sujeto que desea (la niña), la del objeto de amor imposible porque desea lo que está en el otro vértice (mamá) y la del objeto al que desear y seducir porque parece tener lo que la madre desea (papá). Así las cosas, la niña está en rivalidad con la madre, con la que se va identificando como mujer, y está estableciendo un amor platónico por el padre, platónico además porque sabe que es de la madre y no de ella. 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 (**Freud** 1905). No podemos saber si el edipo será transcultural, pero por ahora sigue dejando constancia en los comportamientos de las niñas y también de las adultas. Lo que ha ido cambiando son los rasgos que parecen desear padres o madres. Si antes una mujer deseable debía serlo por la belleza, la delicadeza, la mesura, y las niñas aprendían a usar esas atribuciones para seducir, ahora está muy extendida la seducción por los logros intelectuales, en cuanto que las niñas ven que eso es seductor para

un padre, máxime cuando quizá es de lo que carece la madre con la que está en rivalidad. Seducir con el intelecto no se parece a seducir con el cuerpo, pero es función de seducción que procede de la organización edípica en la que se ha transformado la construcción de la feminidad motivada por el factor social.

En cuanto al varón, todo transcurre parecido. La diferencia está en que cuando se da cuenta de que la madre desea al padre o a una figura masculina, el pasaje por su identidad sexual masculina llevará el camino de identificarse con los rasgos del padre, las insignias del padre, que no son otra cosa que aquello que parece ser lo que la madre busca. Para el niño el objeto deseado seguirá estando del lado de la mujer, la madre.

Tanto en el caso del niño o de la niña, lo inalcanzable de la madre o del padre respectivamente, y la dificultad de vencer en la rivalidad con el padre o madre, puede hacerles desistir y tomar una identificación heterogénea con su sexo anatómico. El niño tomará al padre como objeto de deseo y a la madre como rival, siendo esta una de las posibles variantes de posición homosexual. Igualmente en la niña. Sabemos que las salidas de esta organización son variadas en cuanto a la construcción de la identidad sexual y la elección de objeto sexual (masculino o femenino). La triangulación edípica quedará como un lugar de posible vuelta atrás en la vida adulta, como veremos más adelante.

Los sucesos psíquicos del edipo tienen valor estructurante del sujeto en el sentido de que se produce la apertura al tercer registro: *el simbólico*. La adquisición de un símbolo quiere decir que adoptamos una palabra que representa a una cosa o un concepto aunque la cosa no esté. El lenguaje es simbolizante por excelencia. Podemos decir 'mesa' y aparece en mente una mesa aunque no esté. En realidad cada palabra establece una distancia intermediaria con cada cosa, la **simboliza**. Eso es precisamente el mundo simbólico, el de las **representaciones** (psíquicas) de uno mismo, del otro, del mundo. A través del edipo, una madre, llega a ser representada por una función en un conjunto triangular. ¿Qué es desde entonces una madre? Es aquella que puede simbolizarse por *'una mujer deseada pero que a su vez desea en*

otro lado'. ¿Y un padre? Es *'un hombre deseado por una mujer que puede simbolizarse porque impone la prohibición de acceder a ella*'. Si el niño/a se sitúa en el vértice de estos dos símbolos su **identidad sexual** será **masculina**, se representa subjetivamente en esa posición que es masculina por el vector de su deseo hacia la madre y su rivalidad hacia el padre.

Si en otro triángulo, la madre está representada (simbolizada) por una *'mujer que desea a un padre'*, y un padre está representado por *'un hombre deseado que es inaccesible porque a quién desea es a la madre'*, y eso impone también su prohibición, en el vértice correspondiente del triángulo el que está es un niño/a con **identificación sexual femenina**, también por la dirección a la que apunta el vector de su deseo hacia el padre y su rivalidad con la madre.

El **registro simbólico** ha entrado en funcionamiento con la puesta en marcha de las representaciones psíquicas de uno mismo y de los demás y con el deseo que se organiza en función del triángulo con el que se construye la identidad femenina y masculina.

Un ejemplo que ilustre esta organización del deseo puede ser cuando un hombre, ya en su vida adulta, suele enamorarse de mujeres que están en pareja, por ejemplo los hombres que desean habitualmente a las mujeres de sus amigos. Es decir, aquellas que están ya con otro hombre significativo. Durante estas relaciones siempre parece estar muy pendiente de la existencia de ese otro hombre. No es casualidad, sino que su deseo funciona cuando hay un triángulo en el que una mujer es atractiva porque hace semblante de una madre prohibida lo cual está determinado porque haya otro hombre a su lado. Es decir, por la función que desempeña en el vértice del triángulo, en el que en este caso se coloca como hijo que desea a la madre, lo cual es prohibido por el padre. La experiencia se suele completar con la caída del interés de este hombre por la mujer cuando ella abandona al otro y se le entrega ya sin obstáculos. Ya no es portadora del rasgo de una madre. En su economía psíquica su deseo es provocado por la situación triangular, cuyo valor libidinal procede de la regresión edípica. Son finalmente relaciones imposibles si no se produce una corrección subjetiva que desacople el deseo de estas identificaciones pretéritas.

Del mismo modo una mujer podría enamorarse siempre de hombres imposibles, -porque está lejos, no le corresponde, está con otra...-. Son rasgos que lo colocan en el vértice paterno del triángulo, y la mujer lo desea porque es un semblante de un padre para ella identificada como hija. Son también amores imposibles que nada tienen que ver con la mala suerte. El amor parece ciego, pero en realidad se fija lo suficiente para prendarse de los rasgos que desencadenan el deseo en función de la estructura de cada sujeto.

La crisis adolescente. El vuelco al deseo exogámico. El desasimiento de los padres.[22]

Desde el momento en que el edipo quedó situado, el niño o la niña han atravesado el periodo de latencia que va desde los 7 a los 12 años, en que se han estado ocupando de las relaciones sociales, donde el grupo de amigos y amigas es importante, desplazándose sobre ellas/os las imágenes parentales,[23] lo cual ha estado ayudando a declinar el edipo, aunque la organización triangular que este complejo puso en marcha no se modifica durante este periodo.

Con la llegada a la adolescencia, se va a retomar otro punto crucial de la construcción subjetiva. El empuje del desarrollo físico, con la metamorfosis puberal, no puede dejar indemnes las representaciones psíquicas que retoman la organización de la identidad sexual y la triangulación donde se quedó hacia los 6 años. El deseo entonces había circulado dentro del grupo familiar, ahora es el momento en que es necesario que el deseo dé un vuelco exogámico, y que el joven o la joven puedan acceder a desear a alguien del otro sexo fuera de la familia y a poner en práctica la sexualidad que ahora ya sí es posible y necesaria. Conocemos bien la

22. Freud, S. *La novela familiar del neurótico.* 1909 Obras Completas. Nueva Visión.Tomo IX.

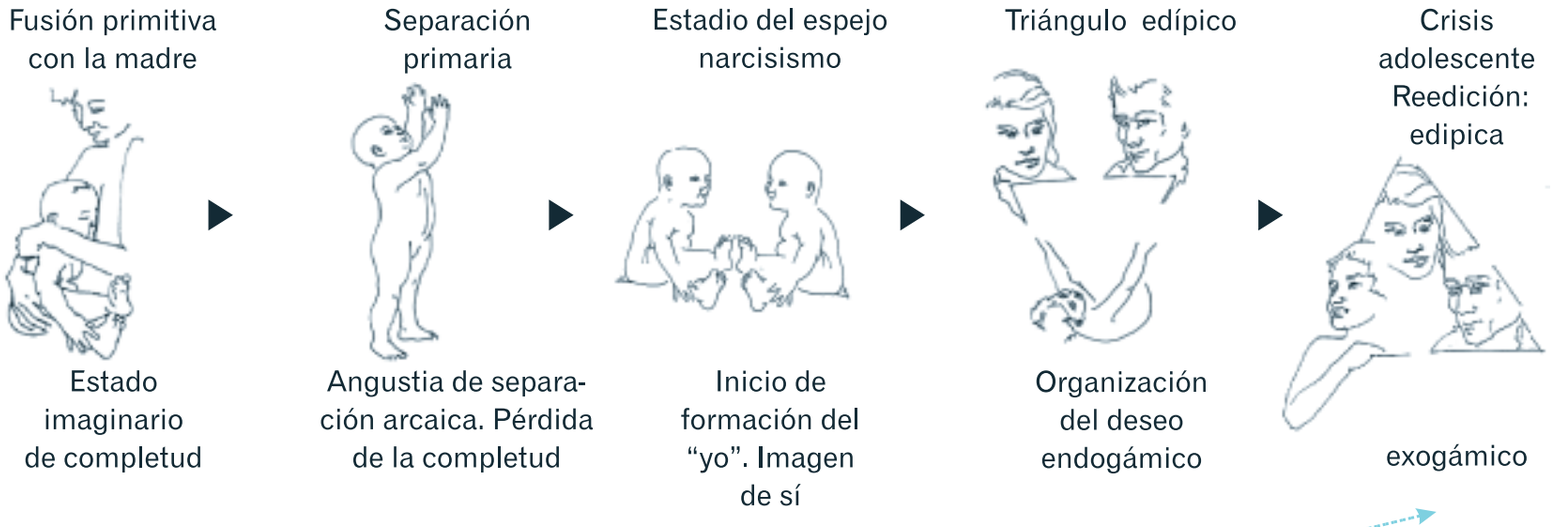
23. Freud citado en: Golse, B. *El desarrollo afectivo del niño*, obra que recopila las distintas aportaciones de Freud, Spitz, Klein, Winnicott, Bion, Piaget, Lacan y otros, sobre el desarrollo.

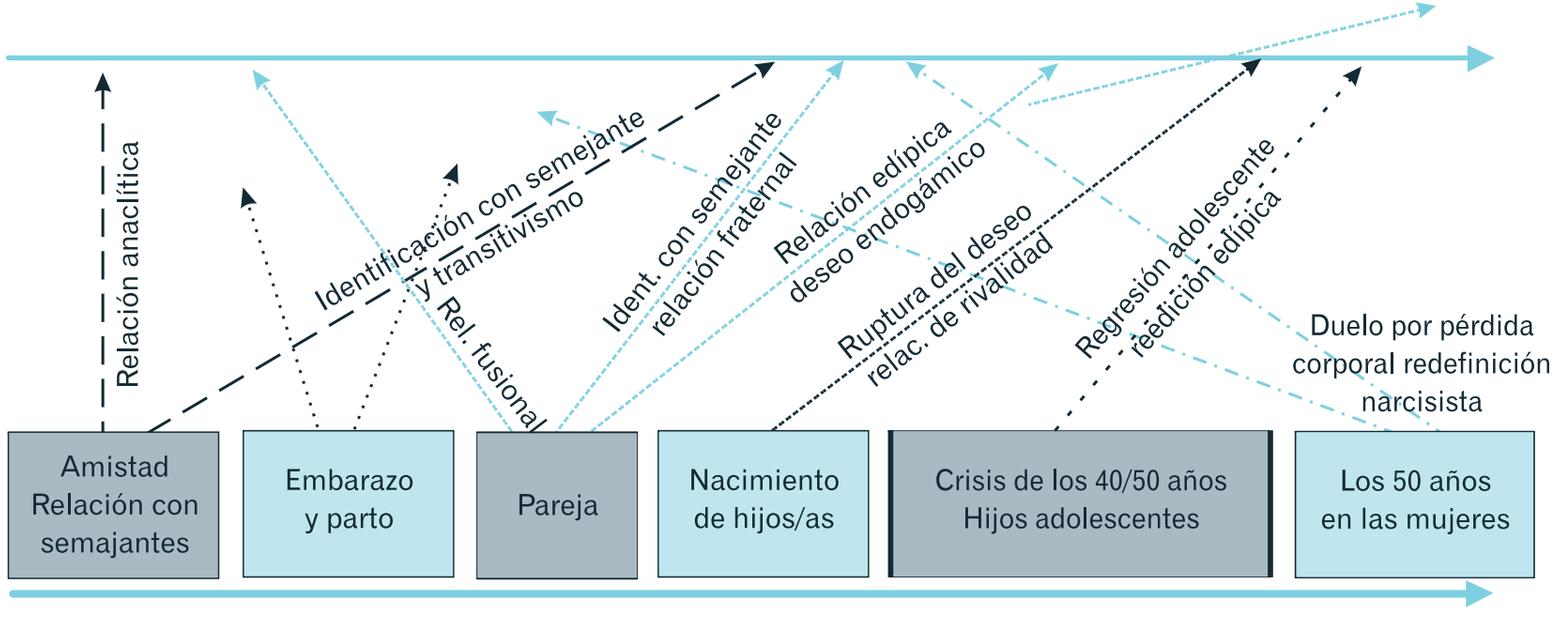
virulencia de los cambios que sufren chicos y chicas en la crisis adolescente. El o la adolescente ha de renunciar a la antigua imagen parental, sus padres ya no son el ideal que él o ella creía, su caída explícita es sufrida por los padres que pasan a ser tratados sin el anterior respeto. Niño y niña ya no quieren ser tocados (besados, abrazados) por el progenitor del sexo contrario, sobre todo, y mucho menos, frente a sus amigos/as; la vergüenza les invade porque pueda entenderse que hay sexualización entre ellos, sexualización que ahora sienten y no antes, y porque quieren mantener claro que ellos/as no están entregados como un niño/a pequeño a este ser que ya no es su ideal. El y la adolescente están sacudidos por su propio empuje hormonal y el cambio de un cuerpo que casi cada día aparece distinto. Ha de renunciar también a su cuerpo infantil y aceptar este nuevo, en realidad ha de hacer un duelo por la pérdida de su infancia. (**Aberastury y Knobel** 1970) Lo fundamental en cuanto a la organización psíquica es que se producirá la elección sólida del objeto sexual, lo más frecuente, la persona de sexo contrario (elección heterosexual), a veces, la persona del mismo sexo (elección homosexual). Esto ocurre a partir de la organización triangular edípica cuando el chico o chica desplazan el deseo y la rivalidad hacia las figuras parentales para dirigirlo hacia personas exteriores a la familia (deseo exogámico).

Esta salida es costosa y es susceptible de múltiples fijaciones que no acaben de liberar el deseo endogámico. El desasimiento de los padres, condición que Freud puso para la llegada a una vida adulta normal, puede no ser tan rotunda siempre. Sería el caso en que un hombre siguiera buscando a su madre en sus relaciones adultas, o una mujer a su padre, no habiendo hecho el duelo por estas figuras ideales, impidiendo la llegada a relaciones emancipadas del triángulo edípico. Este punto es el que veremos a continuación al revisar las contingencias de la vida adulta referidas a las relaciones entre mujeres y hombres.

En el **esquema 11** figuran los hitos que acabamos de describir que dejan disposiciones a reaccionar y actuar de una manera determinada si se acoplan más adelante con contingencias de la vida que se sintetizan en la segunda fila y que explicaremos en el apartado siguiente.

Esquema 11. Hitos del desarrollo psíquico que dejan lugares de fijación posterior





Hitos relacionales a lo largo de la vida y posibles regresiones a momentos paralelos de fijación

Las contingencias

Nos interesa revisar algunas de las contingencias que pueden confluir en la vida de hombres y mujeres. Sus formas de reaccionar ante ellas pueden entenderse en su singularidad por su correlación con los resultados del desarrollo psíquico marcado por los hitos cruciales que acabamos de describir. De las posibles circunstancias que pueden surgir, nos referiremos a aquellas que tendrán efectos sobre las relaciones entre hombres y mujeres y que serán substrato de actitudes de género susceptibles de transformación. El cambio será posible a condición de tener en cuenta los aspectos sociales que describimos en el capítulo anterior y los aspectos psíquicos de los que nos ocupamos a continuación.

Relación con semejantes. La amistad

El amigo o amiga es aquel que es visto como un semejante, es decir, alguien con quien no está en funcionamiento la representación de la diferencia sexual ni las funciones parentales. Compartimos con el amigo/a aquello que el otro/a comprende en la medida en que le ocurre lo mismo por su semejanza. Esta relación está basada en el narcisismo, en que el otro es nuestro reflejo y viceversa. Como el sujeto ha atravesado ya las siguientes etapas y está incluido en el orden simbólico, el amigo/a representa simbólicamente la función fraterna, la del hermano o hermana con quien la diferencia sexual no cuenta, por eso la amistad no incluye deseo sexual. Hay momentos en la amistad en que el otro es aquel en quien apoyarse, el que incondicionalmente ha de estar ahí para sostener. Son momentos de pérdida en los que se establece la relación según el modelo *anaclítico*[24] (apoyado sobre el otro para ser), que tiene su punto de anclaje en la búsqueda de la relación de completud primaria.

24. Freud llamó relaciones anaclíticas a aquellas que se basaban en el apoyo primario sobre otro que funciona sosteniendo la propia existencia. Este tipo de relación puede no ser estable entre dos personas, pero sí aparecer en momentos en que uno o una están bajo una amenaza (emocional o psíquica) que le hace zozobrar, buscando entonces este tipo de apoyo en alguien.

Tiene su interés para el tema que nos ocupa en dos sentidos: por un lado, porque hay parejas que acaban derivando a este tipo de relación. Acaban siendo como amigos que se comprenden, se apoyan, se sienten como iguales, pero en una relación fraternal no hay deseo sexual. Ése es el precio, la precariedad de las relaciones sexuales entre ambos.

Por otro, nos referiremos al tema en el capítulo de la relación entre el sanitario/a y el o la paciente, en la que también puede suceder esta relación de amistad con consecuencias que deberemos conocer y manejar.

Hay que tener en cuenta que cuando hablamos aquí de situarse en una posición u otra, de tomar al otro por hermano, hermana, amigo.... no es una operación consciente. Ocurre guiado por la estructura subjetiva y su forma de responder ante estímulos, rasgos, afectos, palabras o hechos del entorno. Cuando nos damos cuenta y lo hacemos consciente, es cuando podemos cambiar las cosas.

La pareja. Unión basada en la diferencia sexual

La unión entre mujer y hombre es una tendencia universal basada en la diferencia. De esa diferencia sexuada procede el deseo mutuo. Los lazos que fundamentan la unión son el **erotismo, la sexualidad y el amor.**

Erotismo como fuerza que tiende hacia el otro en ***partes*** que parecen faltarle a uno/a. Partes erógenas por su valor libidinal, es decir, por su capacidad para movilizar la energía y excitación sexual. Energía que no mueve la totalidad del ser del otro, no se trata de quién es, sino ***qué es*** el otro sexo, aquello que lo compone en sus partes diferentes. Por eso, las imágenes parciales de un cuerpo pueden tener y tienen una alto valor erótico.

La **sexualidad** es la función que se pone en marcha tras la aparición del impulso erótico hacia alguien. **Bataille** planteaba que la fuerza del erotismo radica en la

ilusión de completud ligada a la unión entre dos seres diferentes. El erotismo toma cuerpo a través de la sexualidad, haciendo crecer la excitación que incita al recorrido por el cuerpo erógeno, que es un mapa en el que se van encontrando partes (las zonas erógenas) que producen la atracción de algo que uno cree no tener y que provoca el deseo pulsional. La descarga de esas pulsiones eróticas y sexuales termina con la caída de la ilusión de completud que el encuentro sexual había propiciado. La sexualidad representa la escena del acercamiento, fusión y separación entre dos cuerpos que, por su diferencia sexuada, reproducen una y otra vez una ilusión de completud perdida.[25] Su capacidad para movilizar sensaciones somáticas absolutamente singulares debe proceder de su conexión con el ser, la ilusión de un simulacro de ***descomposición en partes del ser*** para reunirse de nuevo en su habitual apariencia tras la descarga orgásmica.

El **amor** compromete algo más. No es un sentimiento de unión a través de partes, sino hacia la persona total.[26] La otra persona parece representar lo que creemos que podría completarnos y nos inspira un amor a su ***ser***, no a lo que tiene. El amor sexual es así el amor por alguien de identidad sexual opuesta (sea cual sea su cuerpo), que se convierte en aquel del que esperamos colme nuestra demanda narcisista, es decir, que colme todas nuestras necesidades afectivas, que sea ***todo*** para nosotros/as y además para siempre. Todo amor que comienza lo hace con vocación de ser eterno. A pesar de las evidencias, todos sentimos así cuando estamos captados/as por los rasgos del ser del otro que parece responder a nuestro ideal. Precisamente por esta inmensa demanda que se hace a través del amor, es por lo que se puede causar tanto daño cuando la persona antes amada deja de colmarnos ya que, cuando nos priva de su amor, perdemos lo que habíamos constituido como ideal. El dolor tiene la medida de esa pérdida.[27]

25. George Bataille. 1957. *El erotismo.*

26. Gérard Pommier. *Luis de la Nada. La melancolía de Althuser*. Amorrortu. 1999, El capítulo 8, sobre el orgasmo y la pulsión de muerte plantea estos términos.

27. G. Pommier. Obra Cit. Pág 193.

Si la pareja tiende a ser todo para nosotros/as, ser ese alguien que siempre va a estar, con el que no existe límite para la intimidad física y psíquica, que forma parte de los proyectos y del escenario de vida en todo momento, llega a ocupar varios lugares en nuestra estructura subjetiva.

Veámos algunas formas de relación en las que se produce un acoplamiento con disposiciones pretéritas.

Una **relación fusional** se establece cuando uno funciona siendo más *débil* que el otro y se establece un sistema en el que el más *fuerte* protege al *débil*, completándose imaginariamente el uno al otro.

Hay múltiples ejemplos de relaciones duales fusionales, por ejemplo, la madre con el hijo/a deficiente. A veces ocurre que, por la debilidad del hijo/a, la dependencia vital se prolonga indefinidamente formando ambos una burbuja en la que la madre, en realidad, está fascinada con el hijo/a en el que se vuelca absolutamente, llegando a representar para ella aquello que la completa, a lo que el hijo/a responde con su dependencia incondicional. En estas circunstancias, suele ocurrir que cualquier movimiento de independencia o avance del hijo/a no es tolerado por la madre, porque ello supone su desprendimiento contra el que se defienden debido al lugar psíquico que han llegado a ocupar el uno para el otro.

Otro ejemplo de relación fusional es cuando hemos de cuidar a una persona enferma emocionalmente significativa para nosotros. Durante el tiempo que duren estos cuidados, en los que quizá hay que volver a ocuparse de las necesidades fisiológicas más elementales, como de un bebé, puede haber un acoplamiento con la relación fusional arcaica. Una mujer decía que la época en que había tenido que cuidar a su madre enferma, hasta su muerte, había sido de una armonía entre las dos que no había existido antes. Ella se había volcado en su cuidado, reportándole un extraño placer el sentir invertidos los papeles, en los que ella era ahora omnipotente para su madre, a la que había de cuidar como a un bebé. Son posiciones que aparecen por reminiscencia de la primera depen-

dencia biológica en la que aún no había diferenciación psíquica de los dos seres.

Hay personas que, por sus disposiciones del desarrollo, tienden a constituir su pareja sobre el cimiento fusional. Una elección de alguien cuyos rasgos de debilidad, lejos de ser rechazados, son lo que resulta atrayente; una vida en común que se va jalonando de necesidades de dependencia mutua, de demostraciones de potencia de uno y de carencia del otro, y una dependencia que magnifica las respectivas omnipotencia y dependencia. La combinatoria hombre- mujer puede ser indiferente porque puede que sea la mujer la que ocupe el lugar de potencia, que en este caso no es potencia *'masculina'*, sino potencia *'maternal'*.[28] Es una fusión en la que el sentimiento que crece es la piedad. Pensemos en "La Piedad" de **Miguel Angel**, representada por la madre sufriente que sostiene a su hijo moribundo con el dolor de perder lo que formaba parte de ella misma. Se dice que ésta es la pareja melancólica por excelencia, en el sentido de que no parece posible hacer el duelo de esta pérdida cuando el hijo representa una parte del propio ser y su pérdida conlleva la desaparición de las pulsiones de vida, quedando arrastrada por la tendencia a seguir el mismo camino que el hijo. La herida narcisista que la pérdida infringe no puede ser cicatrizada, a no ser que el duelo termine su trabajo de reconocer que lo perdido es un objeto ajeno a la propia existencia.

Cuando una pareja se establece con un imaginario de integridad, a través de la fusión de complementarios, su ruptura amenaza la representación psíquica de la propia existencia.

Tiene importancia este tema especialmente en un tipo de parejas muy preocupantes en la prevención del VIH por THS: las llamadas **parejas serodiscordantes**, en las

28. Si cabe diferenciarlas ya que lo que podríamos llamar potencia masculina estaría referida a la triangulación edípica, en que la diferencia sexual se instituye en un orden jerárquico donde lo masculino ostenta el poder, mientras que la potencia 'maternal' estaría referida a la omnipotencia que otorga el lugar del otro materno del que se depende biológicamente y se puede representar como dependencia existencial.

que el hombre es seropositivo a VIH y la mujer seronegativa, y no consiguen poner medidas eficaces para evitar la transmisión sexual del virus.[29] Para justificar que no utilizan protección en las relaciones sexuales, ella dice que *le quiere tanto que no le importa tener lo mismo y morirse con él*.[30] Encontramos, incluso, mujeres que han tenido una pareja que ha muerto de sida y vuelven a elegir otro hombre seropositivo. La enfermedad es una de las más eficaces representaciones de debilidad y elegir una persona enferma tiene que ver con una disposición a una relación fusional. Aunque la elección no haya estado guiada en un primer momento por el rasgo de la enfermedad, se puede ir estableciendo la dependencia fusional según esta avanza. Es sabido que la enfermedad propicia una compasión del cuidadora o cuidadora y una dependencia evocadora del cuidado que requiere la inmadurez biológica de un bebé. Este escenario sitúa a uno en una identificación de '*otro materno*' y al otro en la de '*hijo dependiente*', formándose una díada que se sostiene mutuamente.

Otra forma de relación de pareja se puede apoyar en una **fijación en el *edipo***. Si una o ambas personas de una pareja, parten de una realidad psíquica en la que no han completado el desasimiento de los padres, es probable que busquen en el otro sexo alguien a imagen y semejanza del padre o madre respectivamente. Su deseo hacia el otro sexo está mediatizado por el deseo endogámico edípico. Se establece entonces una relación en la que en lugar de estar deseándose como hombre y mujer, lo hacen ubicados en la función triangular de padre y madre. Es decir, uno ocupa el vértice funcional de padre, mientras que en oposición el otro funciona como hijo/a, y paralelamente uno en función de madre y otro de hijo/a. No asigno sexo a estos vértices, porque un hombre en pareja puede estar funcionando en una identificación maternal hacia su mujer y una mujer puede funcionar en una identificación

29. Nos ocuparemos de ello en el capitulo 5, sobe relación sanitario/a paciente.

30. Cita de los trabajos de la Federación de Planificación Familiar de España, con grupos de discusión de mujeres y hombres en parejas serodiscordantes que han recogido estos discursos que ilustran un tipo de relaciones de pareja con el que es difícil trabajar en la prevención. Federación de Planificación Familiar de España. *Prevención del embarazo y de la transmisión heterosexual del VIH/SIDA en mujeres expuestas*. Madrid, 1995.

paternal en relación a su compañero. El sexo puede coincidir o no con el signo de la identificación paterna o materna. Esto es así porque las identificaciones [31] se establecen como enlace emocional con otra persona en base a rasgos de esa persona que no tienen porqué ser los de su sexo. Por ejemplo, una mujer colérica y fuerte puede ser identificada con un padre por un hombre que asocia esos rasgos a los de su padre tan querido como temido; cuando la mujer entre en cólera por algo, aparecerá para este hombre el semblante de un padre y automáticamente se enlazará afectivamente a ella en una posición de hijo. Entre las múltiples posibilidades, es otra el que una mujer vea en su compañero los rasgos de cuidador sereno que siempre adivina sus necesidades evocándole un semblante de madre, y enlazándose a él en una identificación de hija. Hay tantas posibilidades como personas, ya que los rasgos que provocan la identificación son aquellos que están ligados a lo que en la realidad psíquica de cada cual ha quedado como rasgos definitorios de sus progenitores, dependiendo también del lazo afectivo que cada uno mantiene con ellos, en relación a cómo quedó dispuesto su paso en el desarrollo por la triangulación edípica.

Hay que aclarar que el juego de identificaciones es cambiante, pasamos de una identificación a otra según vamos estableciendo las relaciones con el mundo y con los otros. Precisamente, cuando una identificación se queda fijada y mantiene a la persona alienada a una situación pretérita, es cuando pueden aparecer síntomas o sufrimiento. Si una mujer está indefinidamente fijada en una posición de hija con respecto a su compañero y también hacia los demás, el infantilismo, la dependencia, la inmadurez, la precariedad sexual que acompaña a esta posición pueden estar causándole incapacidad y sufrimiento.

Bien, pues en las parejas pueden establecerse estas **identificaciones paterno-materno-filiales** que enclaustran el deseo hacia el otro en función de la posición que cada uno/a está ocupando y causan una inadecuación a las exigencias de la vida en pareja como vida adulta y sexuada.

31. En el capítulo 5 trataremos más este concepto de identificación.

También puede establecerse en este escenario una relación de pareja dentro de una **rivalidad fraterna**, relacionándose como hermanos que compiten por el cariño o el reconocimiento de un padre o una madre, en este caso, imaginario. Hoy día no es tan infrecuente esta modalidad que tiende a ser provocada cuando hombre y mujer están en pie de igualdad profesional, educativo, de nivel de ingresos o cualquier otro factor por el que entran en competencia. Esta rivalidad puede funcionar sólo en las esferas sociales de la pareja, cuando están en acción en esas áreas, y no llegar a parasitar sus relaciones íntimas en las que el deseo sexual toma su dirección de mujer a hombre y viceversa. Pero también puede fijarse y extenderse la rivalidad y englobar a toda la vida de la pareja. Cuando es así, el deseo sexual queda comprometido, la beligerancia y la competición empañarán las tendencias amorosas del compartir y donarse mutuamente, sustituidas por la necesidad de privar al otro/a para ganar en la función de rivalidad.

Otra forma de relación con las mujeres que merece explicación es la **relación del hombre con la prostitución**. Hay un camino para los impulsos sexuales que va en dirección contraria a la simbolización, a las realizaciones que llevan el nombre propio. Este camino es tomado cuando la persona cae en una identificación cuyo rasgo es la potencia sexual desprovista de todo aprecio por la persona que tiene enfrente. El deseo del hombre cuando está en esta identificación es deseo sexual, que se satisface además con la humillación del otro, con la posesión del cuerpo para uso sexual y el poder. Es necesario entender esta posición, porque no se trata de que un hombre sea de esta manera, sino que puede caer en ello en determinadas circunstancias y, además, cualquiera puede funcionar así en determinados momentos. Lo que llamamos morbo, esa sensación bien conocida que se caracteriza por la atracción hacia algo o alguien que puede ser dañino y humillante y que estimula sexualmente, es un rasgo que puede estar presente en cualquier relación sexual. Hay múltiples gradaciones en el pasaje al acto de estos impulsos. El *morbo* puede llevarse a su consecuencia en menor o mayor medida según lo atrapado que esté el deseo en una vertiente sado-masoquista.

El empuje al uso de la prostitución procede de esta posición en la estructura del sujeto, en la que el varón cae en una identificación que podríamos definir o describir como *'el hombre gozador de todas las mujeres'*. Esto es una figura mítica, situada en el origen de la masculinidad ligada a un padre mítico primitivo, jefe de la horda y capaz de gozar de todas las mujeres[32] antes de que el proceso civilizatorio lo prohibiera, estableciendo el estatuto de sujeto humano a hombres y mujeres, por medio de unos lazos de parentesco que dan a cada uno un nombre, poniendo limites a aquel supuesto padre y amo que podía poseer sexualmente a quién quisiera. La masculinidad pasa en su construcción por el camino de la identificación con aquella potencia primitiva, que en la fantasía representa el poder obtenido a través del sexo. Es probable que una parte de la posición de poder tradicional consensuada para los hombres haya pasado por la identificación masculina por estos caminos. En esta situación imaginaria todas las mujeres son anónimas, no son nadie sino cada una algo que puede ser gozado como un objeto sexual, un objeto de tráfico entre los hombres, para su satisfacción sexual absolutamente anónima. Las prostitutas ni tienen otro nombre que uno inventado, más bien cosificante, o como ellas dicen *'me llamo como tú quieras'*. Y el hombre se sitúa también fuera de su nombre propio, como gozador sin ningún otro compromiso subjetivo. Busca un momento de satisfacción del impulso sexual como realización de su masculinidad, escindida de su identidad como persona. No se trata de una relación de pareja, por el contrario es opuesto a ello. Sin embargo, los hombres sujetos a este empuje pueden mantener una relación de pareja en la que la mujer ocupa otro lugar no sexuado y que se complementa con la salida de su masculinidad escindida con las prostitutas.

La vigencia y extensión del uso de la prostitución, e incluso parece ser que su aumento en las últimas décadas, puede sugerir la hipótesis de que los hombres se enfretan cada vez más a la llegada de las mujeres a un lugar social y personal que no permite cosificarlas. La potencia masculina tiene cada vez menos posibilidades de

32. Es el mito de la horda primitiva, planteado por Freud en *Tótem y Tabú*.

encontrar su forma de expresión a través de la posesión de las mujeres en la esfera de pareja, del trabajo, del saber, y ante la caída imaginaria de su potencia en esas esferas, ensanchan el camino de realización de la potencia a través de la posesión sexual que puede materializarse con las prostitutas. Les proporciona, como lo ha hecho siempre, un rato de fantasía imaginaria de realización de su primitiva masculinidad, estabilizando su supervivencia psíquica

Sintetizando este apartado, la misma pareja a lo largo del tiempo y las contingencias puede atravesar distintas fases con diferentes juegos de identificaciones. Esta circulación ágil de las identificaciones garantiza una saludable adaptación a las contingencias y proporciona plasticidad a la vida de pareja, plasticidad necesaria para responder a nuestras exigencias y reacciones afectivas que son extremadamente dinámicas. Las situaciones que una persona enfrenta en el trabajo, en su posición social, con la llegada o pérdida de amigos/as, con la muerte de los padres, con el nacimiento de los hijos/as, con las muertes cercanas, con las enfermedades que padece, etc... provocan cambios en la realidad psíquica con enlaces afectivos diferentes con la realidad, y esa circulación de las identificaciones para situarse frente a las contingencias de la vida es lo que limita el sufrimiento y avanza hacia la madurez, contraria a la regresión a posiciones infantiles.

El horizonte para la pareja estaría unido a todo aquello que proteja una posición en la que el deseo circule, de forma que cada uno sea un sujeto deseante lo menos atrapado posible en figuras regresivas imaginarias para el otro (figuras edípicas), siendo una relación que posibilite que ambos puedan llegar a realizaciones humanas como el trabajo, el saber, la creación, tener hijos, amar, sin que supongan una amenaza para el otro que le obligue a recortar su subjetividad.

En el capítulo sobre relación sanitario/a paciente abordaremos diversos ejemplos de estas fijaciones, articulándolos con la esfera social cuyos factores puede favorecer u obstaculizar los desenlaces.

Embarazo y parto. *'Fantasía de completud y crisis narcisista'*[33]

El embarazo puede ser para las mujeres una situación privilegiada en la que se realiza en lo real, en el cuerpo, la fantasía de ser un todo completo: madre e hijo/a. Este proceso de creación de un ser dentro de otro, ha de tener también su representación psíquica. Sin duda, la gestación favorece un estado regresivo que influye en el ánimo, el comportamiento, los sentimientos, el intelecto y el funcionamiento somático. Se puede retroceder a un momento de fantasía de completud arcaica. Esto es así para las mujeres que viven el embarazo llenas de paz y de la sensación de estar completadas con esta nueva parte de sí mismas. Pero la representación de un bebé en el interior del cuerpo puede vivirse también de forma persecutoria, como si fuera a hacer daño desde dentro. En realidad lo común es que ambas representaciones emerjan intermitentemente durante cualquier embarazo.[34]

La cuestión es que al proceso fisiológico de gestación acompaña un proceso psíquico de elaboración de las representaciones del embarazo, del contenido del cuerpo y de su crecimiento que pertenecen a la realidad psíquica y que, como vemos, es un escenario que puede no corresponder fielmente a la realidad orgánica. Las maneras de representarse cada mujer embarazada dependerán de cómo hayan quedado estructurados en su inconsciente los momentos del desarrollo donde quedan marcadas las disposiciones a gestar, parir, ser madre, que tienen que ver con las de constitución de su propio narcisismo y su propio yo. A su vez los ideales sociales acerca de la maternidad dejan también sus huellas, interiorizando una alta valoración del estado maternal o, en otros casos, un proceso menos definitorio de la mujer ideal que hace de la maternidad una realización más, entre otras y, por tanto, no idealizada.

33. Egénie Lemoinne-Luccioni, planteó enfocar el embarazo como un delirio de completud y el parto como crisis narcisista en su libro *La Partición de la Mujeres*, con aportaciones originales que han abierto camino a desarrollos posteriores por otras psicoanalistas.

34. No nos detendremos en ampliar las múltiples posibilidades de representaciones psíquicas en el proceso de embarazo, que ofrecen una fuente riquísima para entender el psiquismo. Marie Langer escribió *Maternidad y sexo* y posteriormente Raquel Soifer, prologada por Marie Langer, publicó *Psicología del embarazo y parto* que aportan una amplia visión del tema.

¿Y el parto? ¿Qué representaciones psíquicas lo acompañan? El feto es un objeto diferente a la propia madre, no es parte de ella y, por tanto, se desprenderá de su cuerpo llegado el momento. Es lo que ocurre en el parto, cuando el recién nacido se desprende del cuerpo. Durante un momento más o menos largo se rememora inconscientemente aquella separación primaria, la pérdida del objeto primordial que el niño/a representa. Cuando las mujeres gritan en el parto en el momento de la salida del bebé, no es tanto de dolor sino de vacío. Es una crisis narcisista, la ruptura en un instante de la completud imaginaria del embarazo, esta pérdida desencadena depresión, que puede durar unos minutos, unos días o años. La *'fantasía de vacío-lleno es central en el imaginario femenino'*.[35] La disposición a llenarse y vaciarse, se genera en la estructura subjetiva al paso por el estadio de construcción del narcisismo con una imagen cóncava del cuerpo por identidad con la madre. La huella de esta disposición marcará su capacidad para afrontar psíquicamente los eventos de pérdida propios de la fisiología femenina: reglas, partos, abortos.... en las que cada vez se juega ese fantasma de vaciarse y perder. Cuando se produce un desvanecimiento al darse cuenta de que acaba de tener la regla, es el efecto somático de la amenaza al narcisismo (a la integridad del ser). La regla no amenaza la integridad en la realidad, pero sí, en este caso, en la realidad psíquica porque la disposición inconsciente de la mujer quedó débilmente eficaz para representar y simbolizar esa pérdida corporal. La capacidad para vivir estas funciones depende de las inscripciones primarias y de los recursos posteriores y contingencias en la construcción subjetiva, que permitan a la mujer recibir la menstruación sin caer en sensaciones amenazantes. Es la diferencia entre desmayarse o pasar por un estado depresivo y ansioso cada vez que viene la regla, como ocurre a algunas mujeres, o vivirla como la confirmación del buen funcionamiento del cuerpo, de la confirmación de ser mujer, de la existencia de opciones de fertilidad.

Todo este trabajo físico y psíquico que supone gestar y parir no es en solitario. Siempre hay un hombre que, al menos es el genitor, presente o ausente, y también puede

35. Lemoine-Luccioni. Obra Cit.Pág. 26.

ser el hombre amante y futuro padre. Veremos en un siguiente apartado lo que se pone en juego en la pareja con el nacimiento de los hijos e hijas, pero añadimos aquí que el embarazo y el parto son en sí mismos tránsitos difíciles para una pareja. Para la mujer, este pasaje cambia la relación con su cuerpo y su representación. El hombre con quien va a tener un hijo o hija es ahora un padre y puede jugar un papel muy importante para que ella pueda darle una dimensión humana a la transformación y desprendimiento que se opera en su cuerpo. Que el hijo/a que nazca sea deseado por ambos, que ambos estén dispuestos a atravesar la barrera de pasar de dos a tres y tengan un lugar para representar al hijo/a, facilita simbolizar la pérdida corporal superando la fantasía de que fuera un objeto real que se había perdido.

Por su parte, el varón tiene también su proceso frente al embarazo de la mujer. Le puede producir tanta envidia como distanciamiento. Envidia por su poder de crear que le deja tan en segundo plano. A veces en rivalidad por sentir a la mujer poderosa, que ya parece no necesitarle, tan colmada como está con el ser que crea en su interior y al que él no tiene acceso.[36] Se puede sentir impotente ante ese poder. No es raro también que se identifique con la mujer, entrando en la *'covada'* de la que habla **Bernard This**, mediante la que somatiza los mismos síntomas de embarazo que tiene su mujer. Actualmente, con la progresiva maternalización de los padres por la incorporación del cuidado de los hijos/as al ideal masculino, acuden más frecuentemente a los grupos de preparación al parto. En uno de ellos, en la rueda de presentación del grupo, un padre decía: *"soy Pedro, la mujer de Carmen"*, dejando salir *"por ese minúsculo desgarrón por donde se escapa lo que decimos",*[37] este lapsus que delataba la identificación con su mujer.

36. Bernard This, que trabajó con Eugenie Lemoine Luccione en grupos de preparación a la maternidad con hombres y mujeres, compartiendo por tanto la línea de sus observaciones y teoría, escribe *El padre: acto de nacimiento* (1982) en el que analiza todos estos movimientos que sacuden a los hombres durante los embarazos.

37. Michael Foucault. *El orden del discurso*. Tusquet 1973. Pág. 14.

Pero el embarazo también produce distanciamiento, cuando el hombre identifica a su mujer con *una madre* que le inspira una identificación de hijo. Con estas identificaciones funcionando, lo primero que desaparece en la relación es el deseo sexual.

La prohibición del contacto sexual con una madre está arraigado por la prohibición edípica que el padre hizo en su momento. La mujer se convierte así en prohibida por la fantasía de temor al castigo de un padre. Desde luego, una vez más, no hay consciencia de estar funcionando de esta manera, pero el escenario y los personajes se delatan por lo que dicen y hacen.

Hay hombres que se ponen en fuga a raíz de un embarazo. Se infantilizan y podemos pensar que tienen temor al compromiso, a perder su libertad. Es eso, pero si lo analizamos en los términos de la economía psíquica, el temor al compromiso es el temor a estar con una madre cuando va a nacer un hijo que, por tanto, puede desplazarle de su lugar. Decíamos que se acoplaba un par de identificaciones presentes, con las mismas identificaciones pretéritas[38] ancladas en el inconsciente, activándose los afectos que estaban ligados a aquel momento infantil. Por supuesto, el no poder tener relaciones sexuales con la embarazada es más fuerte que algo referido al cambio de forma del cuerpo gestante, es el temor a mantener ese tipo de relaciones con *una madre*, componente inconsciente que ha sustentado el tabú del contacto sexual durante el embarazo. Decía, contra toda evidencia lógica, un hombre que estaba en esta tesitura: *"a lo mejor es que con la mujer a la que has hecho madre ya no se vuelven a tener relaciones sexuales"*, dejando ver la sensación de imposibilidad que le invadía.

Otras veces el hombre accede a su condición de genitor y aprecia la parte de creación que le corresponde en el embarazo y supone para él una realización, un camino de simbolización y de representarse como padre. Esto será tanto más fácil cuanto más madurativo haya sido el paso por los hitos del desarrollo psíquico, con pocos lugares abruptos susceptibles de retrocesos y fijación.

38. Gérard Pommier. *El amor al revés*. Amorrortu, Buenos Aires 1997.

El nacimiento de los hijos e hijas. *'De dos a tres.'*[39]

Cuando una hija/o nace obliga a pasar de dos a tres. Hasta el momento se trataba de una pareja en la que, en el mejor de los casos, él era un hombre para ella, objeto de su deseo sexual, de sus atenciones y con el que compartir proyectos de futuro y viceversa. El o la que llega, es para ellos un personaje de capital importancia subjetiva. Es foco de deseos y afectos bastante intrincados. Es un/a tercero que ha de ocupar un lugar en o entre la pareja. El hijo/a hace padre al hombre y madre a la mujer, y ese es un buen lugar que ocupar en los vértices del triángulo. Que el hombre y mujer sigan siendo tales el uno para el otro y cada uno padre y madre para el niño/a.

Pero este triángulo aparentemente simple tiene su complicación en la práctica. Esta complicación depende de la estructura subjetiva de la nueva madre y el nuevo padre, allí donde él y ella ocuparon en su infancia el vértice filial del triángulo y cómo lo resolvieron. Es en esta contingencia de la vida, el nacimiento de los hijos e hijas, en la que puede entrar de nuevo en juego efectivamente un escenario retroactivo. Es muy común que para una pareja todo haya ido bien hasta el momento, pero con el embarazo y el nacimiento se sientan desconocidos, se sorprendan cambiando cómo se ven el uno al otro y, muy particularmente, cómo se desean el uno al otro.

Puede que el hombre tome al hijo que llega como un rival, rival por el amor de la madre que es ahora su mujer. Si esto pasa es porque él se identifica con un hijo imaginario de su compañera y no como padre y, por tanto, hermano rival de su propio hijo. Parece racionalmente imposible y sin embargo hay innumerables evidencias de esta situación afectiva. El padre está celoso, se queja de que su mujer ya no le hace caso, que ya sólo piensa en el niño/a, él duerme mal, tolera mal los llantos de su hijo, encuentra que su vida va a depender ya de este pequeño rival. Añora lo que hacían cuando él todavía no había nacido. No acaba de aparecer la ternura

39. Lemoinne-Luccioni. Obra citada. Pág. 32.

hacia el bebé, y no deja de verlo como un extraño. Por otra parte, ve a su mujer como una matrona que ya no le atrae, ha perdido el deseo sexual. Ha dejado de ser una mujer para él, ahora es una madre y ahí no puede circular el deseo sexual. La mujer se queja de que él está infantil, que está más pendiente de si le hace caso o no, que de lo que el hijo/a necesita. Se da cuenta de que la ve de otra manera, que no hace más que compararla con su madre. Si la mujer se deja absorber por su función de madre, y forma con el niño/a una burbuja en la que todo está colmado y no cabe nadie más, burbuja que encuentra su otra escena psíquica en la identificación con la completud madre-hijo, falla también él. En estas circunstancias puede suceder que el hombre salga de la habitación de la pareja, con la excusa de que es la madre la que atiende al bebé por la noche, que él tiene que madrugar para ir a trabajar, que ronca.... Excusas que sirven para fortalecer la escena psíquica en la que el hombre ha sido excluido y quizá, simultáneamente, él se excluye.

¿Qué ha ocurrido?

Se han subvertido los términos del triángulo edípico. Hombre y mujer han dejado de ser tales el uno para el otro, y además de ser padre y madre para el niño han pasado a ser también padre y madre entre ellos. En la escena expuesta, en realidad él se ha colocado como hijo, ausentándose de su papel de padre del niño, al que no ha accedido todavía. Esta posición ha arrastrado consigo el deseo sexual hacia su mujer a la que ya no siente como tal. La mujer se ha identificado masivamente como madre y se ausenta de su posición de mujer para su compañero, al que excluye de su relación fusional madre-hijo, lo que viene a confirmar y reforzar los celos filiales del hombre. Este entramado es posible en la medida en que cada uno de ellos tiene en su estructura un punto de anclaje para identificarse en un triángulo edípico, que en este caso, no quedó suficientemente declinado y resuelto, acoplándose a las identificaciones actuales.

Hay otras combinaciones posibles, en realidad múltiples posibilidades de reedición del proceso edípico. El hombre puede estar fascinado con la hija o el hijo. Supongamos que es hija, su niña a la que quiere ahora más que a nada. Él se encarga desde

muy pronto de darle los biberones, en realidad ha estado encantado del destete para poder ser él quien lo haga. Cuando entra en casa lo primero que dice es *'¿dónde está mi niña?'*, mientras que su mujer se queda esperando un poco de atención. La mujer es en este caso la que entra en rivalidad con la niña, y se infantiliza, llora con facilidad, se siente abandonada por el compañero que '*es tan buen padre...*', tan buen padre que le deprime porque no sea padre suyo. Aquí también se cortocicuita el deseo sexual.

En el **esquema 12** vemos que al triángulo idóneo, en el que cada uno pueda mantener su diferente posición con respecto a los otros vértices, se superponen los triángulos subjetivos de la estructura de cada uno, donde fue hijo o hija de sus propios padres. Con este paso de dos a tres, cada uno tiene tres identifiaciones posibles. Ella puede ser hija, (de sus padres), madre (de su hijo/a) y mujer (para su compañero). Del mismo modo que las opciones de él. El problema surge cuando ella se coloca como madre para el compañero, o como hija, y él como hijo o padre para su compañera. El deseo sexual se cortocircuita en la medida en que las funciones de esos vértices impiden su circulación. Sin embargo el deseo puede continuar cuando ambos mantienen sin confusión la identificación correspondiente para sus padres, para su compañera/o y para su hijo/a.

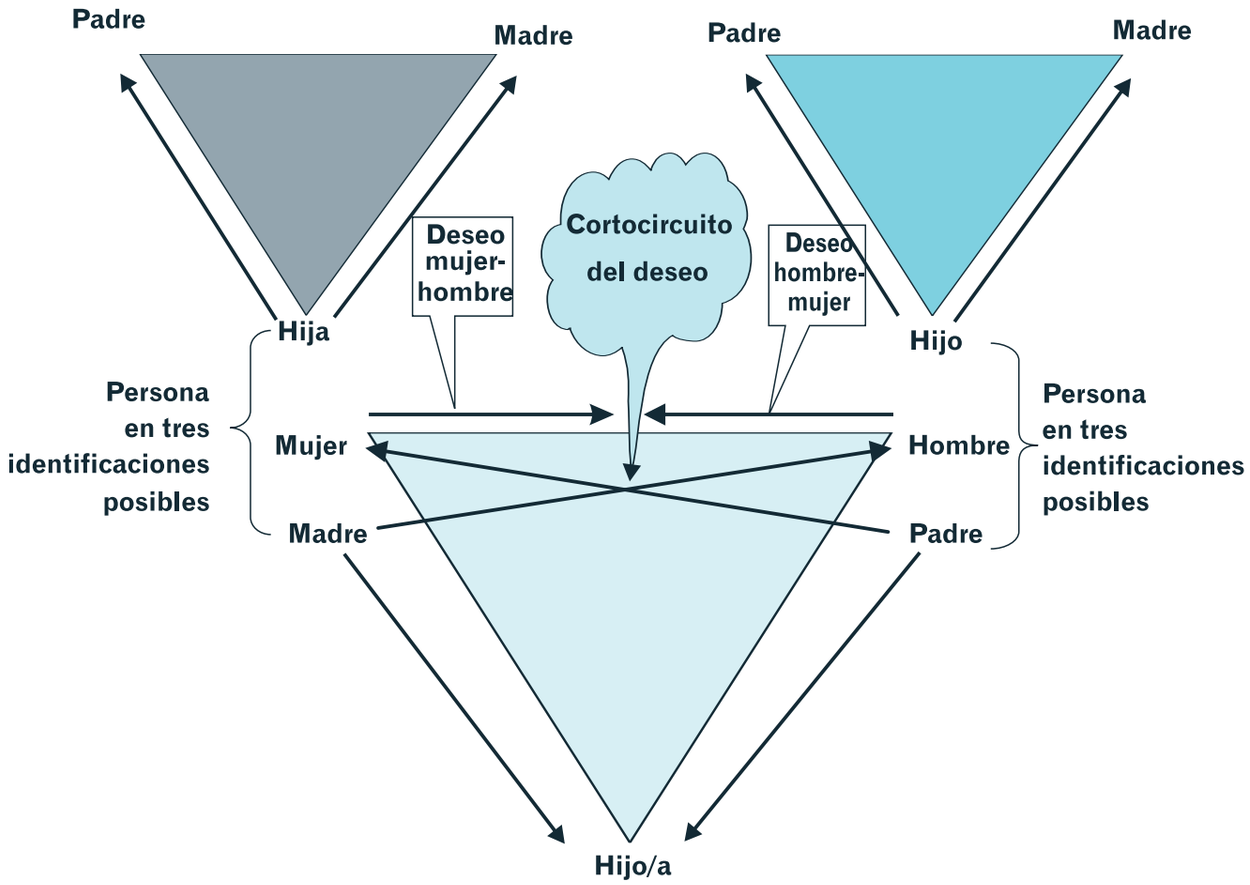
Éste es uno de los efectos de un inconcluso desasimiento de los padres.[40]

Puede que tenga que ser ahora a través de la reedición de esta contingencia en la que existe la oportunidad de que ese desasimiento se complete, si ambos llegan a ser capaces de situarse en su lugar, lo cual supondría lo que llamamos una corrección subjetiva, en el sentido de que durante el proceso, se corrige el acoplamiento a la estructura pretérita y se reestructura de una forma más madura.

40. **Freud** condicionaba para la salud mental en la vida adulta, haber logrado el desasimiento o desprendimiento afectivo de los padres, en el sentido de no seguir funcionando como un hijo o hija, siempre a la búsqueda de relaciones de dependencia pseudoparental.

Esquema 12

La pareja con el nacimiento de un hijo o hija



Crisis masculina de los 40-50 años. Hijos adolescentes

¿Qué les ocurre a los hombres cuando llegan a esta edad, en que algunos de ellos pierden el interés por su compañera de siempre y se vuelven hacia las jóvenes? A veces incluso quedan captados por una de ellas, llegando a la separación de su mujer. Podemos mirar este mito como otra variante en la que se retroactiva afectivamente el triángulo edípico.

Es una edad en la que se producen algunas pérdidas. Siempre ocurre que los cambios en el cuerpo y sus funciones, han de ir acompañados de una adaptación de la representación psíquica de uno mismo. La juventud empieza a desaparecer y hay

múltiples signo de declive corporal. Durante la juventud la percepción del propio potencial es de *'ir a más'*, mientras que hacia esta edad cambia el signo del avance y la impresión es de *'ir a menos'*. A pesar de que la madurez puede traer mayor saber y la riqueza de la experiencia, en esta época de culto al cuerpo y a la juventud, la importancia de esta pérdida tiene efectos. Hace falta dejar de identificarse con la imagen joven de uno mismo para entrar en otra identificación progresiva y de madurez.

Pero, a veces, se vuelve a una identificación juvenil, defensiva. En esta circunstancia, el hombre actuará y deseará desde esa identificación juvenil, y pondrá su deseo en mujeres más jóvenes, a la vez que siente que la mujer madura que está a su lado ya no le parece la adecuada. Los signos de envejecimiento parecen dañar la imagen narcisista. Siempre que hay cambios corporales, de una u otra forma, hay un paso regresivo a aquella etapa que describimos de constitución de la propia imagen narcisista que tiene que redefinirse, y el logro de una identificación renovada puede pasar por aferrarse a una identifiación juvenil.

La edad de madurez coincide además habitualmente con la adolescencia de los hijos o hijas, si es que los hay, lo cual es una contingencia de muchísimo impacto. Un hijo adolescente también es un personaje nuevo que aparece en escena. Decía un varón: *"a veces, por la mañana, cuando estoy todavía soñoliento oigo su voz (la del hijo adolescente) y no sé de quién es, parece que se me ha metido un hombre intruso en casa."* Precisamente, de la extrañeza se puede pasar a la rivalidad con este nuevo hombre tan ligado emocionalmente a la madre. Es difícil de reconocer, pero inconscientemente esta situación puede jugar muy malas pasadas, obstruye la relación padre-hijo, que ahora se parece más a una relación entre iguales. El hijo presenta la rivalidad con el padre propia del momento de su desarrollo, pero el padre puede entrar en ella, tomándose por un igual y caer a su vez en una regresión emocional con todos los signos del triángulo edípico. Puede ser una competencia fraterna, como entre hermanos.

Pero en la familia y en la pareja las cosas nunca se juegan sólo entre dos, siempre hay al menos tres, y la primera consecuencia es que si ambos rivalizan como iguales

como hermanos, la mujer aparece en posición de madre, tanto para el hijo, como para el hombre que ha caído en esta identificación juvenil. Habrá enseguida conflictos entre la pareja porque, una vez más, el deseo hacia el otro está mediatizado por la posición que se ocupa, y la mujer es ahora una madre que acoge o priva más a uno que a otro. De esto, a que el hombre se fije en una mujer joven fuera de este conflicto, sólo hay un paso. Si hay una hija adolescente el conflicto puede aparecer igualmente, sólo que aquí la regresión edípica está tramada con la seducción padre-hija (por supuesto seducción que no tiene por que ser consciente ni llevarse a cabo), porque la hija aparece como una mujer, pero sin duda es una mujer prohibida. Un posible efecto es que se encuentre fuera un equivalente de esta juvenil figura.

Los 50 años de las mujeres. Etapa de *duelos*

Para las mujeres es una época también de pérdidas. El cuerpo pierde los signos de juventud que además en las mujeres están mucho más valorizados culturalmente que para los hombres. Se acompaña también de la retirada de la mirada masculina. Los hombres ya no miran o, cuando menos, no del mismo modo. Se resiente la propia identificación femenina, tanto más cuanto mayor esté apoyada la identidad de la mujer sobre su validación a través del deseo masculino. No sólo es la forma del cuerpo, sino la pérdida de funciones tan importantes como las menstruaciones.

Hace falta una redefinición de la propia imagen del cuerpo, que como hemos visto antes, puede resultar una amenaza al narcisismo que bordea la percepción de la propia existencia. Por el fantasma de *vacío-lleno* del imaginario femenino, las pérdidas no se simbolizan de la misma forma que los hombres, que viven un régimen diferente en relación a la pérdida. A esta misma edad, los hombres recubren lo que pierden a través del deseo sexual en otro lado, o a través del trabajo, del poder..... Pero las mujeres tienen que recubrir un vacío imaginario que en cada pérdida parece comprometer al ser y no sólo a una parte. Los síntomas de la desaparición de las menstruaciones, hablan de ello: las taquicardias, síntomas del órgano vital por excelencia, cuyas somatizaciones tienen siempre que ver con sensación de amenaza a

la existencia; golpes de calor y de inquietud interna. Decía una mujer: *"me da un golpe de angustia y pienso ¿qué he hecho? Algo fatal"* y que otras mujeres sólo alcanzan a describir como un temblor interno. No son precisamente los síntomas de los que más se ocupa la medicina, pero son subjetivamente referidos por muchas mujeres.

Hay otras pérdidas. Los hijos e hijas se han hecho mayores, ya no la necesitan. Puede que no hayan respondido a las expectativas puestas en ellos y no hayan sido los hijos que idealmente la mujer esperaba.

Lo que en la vida no se haya ya puesto en marcha parece que ya no se va a poder lograr. Puede que la pareja ya no sea lo que se hubiera deseado, y puede que la mujer no tenga ninguna pareja y la soledad se haga más presente. La pérdida de ideales es una de las causas de caída subjetiva que no se puede subestimar.

Para remontar las pérdidas, en cualquier momento de la vida es necesario simbolizar lo que se ha perdido, es decir poner en su lugar una realización subjetiva que simbolice lo que ya no está. Y en cuanto a las mujeres en esta época, la precariedad de vías de realización que no sean a través de sus funciones ligadas a la diferencia sexual, deja sin recursos para esta etapa. Por eso el fomentar la sociabilidad y nuevas actividades es tan eficaz en los programas de climaterio porque abren vías de realización para simbolizar. Esta crisis de edad no es lo mismo para mujeres con una posición subjetiva afianzada en realizaciones como el trabajo, el saber, la creación. La propia imagen, incluso la de la propia feminidad, se mantiene más fácilmente y la llegada a una identificación progresiva de mujer madura más factible y no hacia el vacío y la carencia.

Todas las contingencias que hemos expuesto pueden ser atravesadas con mayor o menor reactivación de disposiciones antiguas y reescribiendo la posición subjetiva de una forma un poco más madura cada vez. Estos criterios de madurez podrían ser los que planteó Freud: consideraba que el logro de salud mental es haber llegado al desasimiento de los padres, ser capaz de trabajar y de amar, indistintamente para mujeres y hombres.

Capítulo 5

La relación entre sanitario/a y paciente

Capítulo 5.
La relación entre sanitario/a y paciente

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.

Martha I. Rosemberg

Si en la segunda parte hemos tratado los contenidos necesarios para analizar las actitudes de género, para lo que hemos tenido que abordar la constitución del sujeto en las tres esferas bio-psico-social y su construcción bajo la influencia de los factores sociales y del desarrollo psíquico, en esta tercera parte abordaremos el método que podemos utilizar para influir en el cambio de actitudes desde la práctica clínica diaria. El instrumento para ello será aquél que permita influir en las posiciones que las personas mantienen, posiciones subjetivas de las que proceden sus actos.

Podemos proporcionar información, aconsejar, incluso prescribir tratamientos. Protocolizar los consejos según los problemas a resolver. Todo ello será útil para que las personas conozcan los riesgos y cómo podrían solucionar sus problemas, pero estas medidas encuentran su tope donde cada individuo encuentran su propia dificultad: sus motivaciones contradictorias con lo que conscientemente creen que de-

ben hacer son, a menudo, una dificultad que supera la fuerza de voluntad. Las actitudes que proceden de posiciones subjetivas que guían el deseo y los actos, no son tan fáciles de modificar para los y las propias pacientes. Necesitamos entonces un método para influir en esas actitudes, corregir las posiciones subjetivas.

El instrumento a nuestro alcance en la clínica, es la propia relación del sanitario/a con el o la paciente, a través de la cual, en una interacción humana, podemos producir los efectos de sujeto buscados. Sigue estando vigente lo que **Michael Balint** planteó y desarrolló en sus trabajos sobre la relación entre sanitario/a y paciente: *"la droga más poderosa que el médico posee es él mismo"*. Es lógico que si las personas se comportan según el motor de sus deseos y sus afectos, que a su vez se han constituido en su relación con el otro, (con los otros seres humanos) es lógico que lo más poderoso para incidir en esos afectos, deseos y comportamientos sea a través de la relación con otro significativo, en este caso, el o la sanitaria.

Este es el método que abordaremos en este capítulo.

Identificaciones y efecto de sujeto

En cada momento, según la escena, los personajes que tenemos enfrente, lo que nos demandan o nos ofrecen, lo que nos evocan o recuerdan, tomamos posición inconscientemente. Cada persona tiene sus disposiciones o tendencias a identificarse dentro de un papel u otro, dependiendo de su estructura subjetiva que, a su vez, como hemos visto, procede de varios factores entre los que se cuentan las inscripciones que quedaron de sus experiencias durante el desarrollo psíquico.

> Por ejemplo, a una estudiante de medicina no le gusta nada la pediatría. A su paso por el servicio hospitalario se siente muy mal con los niños o niñas, no soporta verles sufriendo y no puede dedicarse a esta especialidad. En el escenario descrito, que desencadena reacciones afectivas, la estudiante establece un lazo afectivo en el que ella se identifica con uno de ellos. A priori, no podemos saber la historia que le hace caer en esta

> identificación, pero sin duda, será que en su construcción subjetiva singular hay huellas que la enlazan afectivamente de esa manera. A su lado, sin embargo, hay otra estudiante a la que le encanta el paso por pediatría, ve los mismos niños y niñas, pero a ella, el reto de ayudarles, de descubrir sus enfermedades y poder curarles, le induce a entrar en la planta, acercarse a cada niño, jugar un poco con él, explorarlo y ser muy eficaz para entenderles. Esta otra estudiante se enlaza de otra forma, parece que se identifica más con una posición de profesional retada por el saber. No se identifica con los niños, ni con sus padres, se identifica como médica.

Para que aparezca una identificación es condición que la situación y la persona tenga alguna resonancia afectiva con el sujeto. *"La identificación es la manifestación más temprana de un enlace afectivo a otra persona"*[41]. Se trata de una posición subjetiva que no responde a lo oportuno, lo socialmente esperable o lo más adecuado o lógico, sino al encuentro del sujeto con el otro en la escena de su realidad psíquica.

Siempre estamos funcionando en alguna identificación al paso por distintas escenas. Lo saludable es, precisamente, que circulen con agilidad, que no nos quedemos fijados en una determinada identificación que nos haría responder rígidamente a cualquier situación.

Por ejemplo, en la depresión, la persona ha caído en una identificación regresiva y pasiva, de incapacidad para actuar y queda fijada en ella. Siempre hay un desencadenante, una exigencia afectiva, que puede ser externa o que puede haber acaecido sólo en el escenario psíquico, en la vida interior del sujeto.

> Es el caso de una paciente mayor, jubilada recientemente, deprimida desde hace tres años. A través de la terapia, se va localizando que está deprimida desde que se cayó un día y se golpeó la cabeza. No le pasó nada, pero a partir de ahí entró en un estado de pasividad y sufrimiento que claramente le evocaba la pasividad y sufrimiento de su propia madre,

41. Freud. 1921. *Psicología de masas y análisis del yo. La identificación*. Obras completas Tomo VII. Biblioteca Nueva. Pág. 2585.

que tuvo un accidente en el que se golpeó la cabeza, quedó en coma unos meses y murió. La paciente recuerda que la madre se acababa de jubilar y era cuando iba a disfrutar un poco de sus nietos, de su tiempo libre, sin embargo se golpeó y murió, como ella, que ahora jubilada quería disfrutar de sus nietos y de su tiempo, pero se golpeó y (como equivalente psíquico) se deprimió. Se decía que, a una mujer que había sido tan activa le había sentado mal jubilarse, que por otra parte, la muerte de su madre le había afectado, que después de la caída se asustó.... pero nada de estas causas genéricas y fenomenológicas terminaban de explicar lo que subjetivamente le ocurría y, sobre todo, estas explicaciones no variaban un ápice su estado. Las contingencias relatadas la hicieron caer en una identificación que podría definirse como 'abuela que se golpea y queda en coma', al establecerse un enlace afectivo con la madre altamente portador de significado. Su depresión se acabó cuando se jugaron todas esta contingencias en el recorrido de la terapia levantándose la identificación que dictaba su estado anímico.

Afectos, actos y síntomas. Las actitudes

Las identificaciones tienen efectos. Cada identificación pone en movimiento los **afectos** que le son propios. La estudiante de medicina que se identificaba con un *'niño enfermo'* sentía la compasión y el sufrimiento como si fuera el niño. Entran en juego las tres esferas del funcionamiento humano y, de una identificación imaginaria, que define un papel de relación con el otro o los otros a los que se vincula desde esa posición, genera unos afectos y reacciones psíquicas en concordancia con ese imaginario. Toda la estructura subjetiva se ve implicada.

También los **actos** están afectados por las identificaciones. Una mujer, por ejemplo, que en su relación de pareja se identifica con *'una madre'*, y su compañero es como si fuera *'su hijo'*, -lo cual debe haberse establecido por el escenario afectivo que ambos han montado,- tenderá a recogerle la ropa, a servirle la comida, a preguntarle si ha hecho lo que tenía que hacer, a compadecerle si lo ve cansado, actuará acorde con la identificación en la que está situada. Las relaciones sexuales serán problemáticas porque entre madre e hijo lo son, y pasarán largas temporadas sin tener encuentros sexuales, preguntándose ambos qué pasa con el deseo, él no lo sentirá, ella tampoco.

Hay i**dentificaciones regresivas**, como las de los dos ejemplos anteriores, las que nos retrotraen a posiciones infantiles, edípicas, inmaduras en definitiva.

Otras son **angustiosas**, cuando la posición en la que quedamos es amenazante.

Por ejemplo, cuando una mujer recibe la noticia de que es seropositiva a VIH, puede caer instantáneamente en una identificación de *persona con su vida amenazada*, o de persona *reprobable o rechazable*, cualquiera de ellas es una amenaza de desaparición, de muerte física o social. La angustia será el afecto de alarma ante esa amenaza. La actuación en ese momento podrá ser de fuga, de negación, es decir, actos de defensa. Se dispararán las manifestaciones somáticas propias de la angustia como taquicardia, hiperventilación, opresión, mareos, sensaciones de muerte. Son identificaciones regresivas a etapas arcaicas de constitución del ser, allí donde podría ocurrir lo contrario, su desaparición. Todo aquello que lesiona o amenaza al cuerpo físico es susceptible de provocar una amenaza a la existencia en la realidad psíquica. Es especialmente intenso cuando afecta a órganos vitales de funcionamiento automático, como el corazón o los pulmones, o a órganos con significación pulsional como los ojos, el interior de la boca, o los genitales.[42] El VIH/sida es una de las enfermedades que puede resultar tan amenazante como para producir somatizaciones y reacciones defensivas intensas.

Otras identificaciones pueden ser sintomáticas, es decir que produzcan síntomas ya sean físicos o psíquicos que escriben sobre el cuerpo el trazado de esa identificación. El cuerpo, además de órganos, aparatos y funciones fisiológicas genera representaciones psíquicas sobre cada una de sus funciones. Llamamos cuerpo erógeno al que está representado psíquicamente por zonas inscritas con valor psíquico adquirido en la construcción de la subjetividad. Por ejemplo, el pecho femenino es una zona erógena universal válida tanto para hombres, mujeres, niños y niñas. Este valor

42. Francoise Doltó trabajó con personas comatosas, operadas de corazón, en sus investigaciones sobre las imágenes inconscientes del cuerpo y a partir de lo cual explicaba de forma originalísima las equivalencias psíquicas de as situaciones de amenaza o daño según qué órganos.

procede de su inscripción psíquica como el área primordial de contacto del bebé con el otro materno que funcionaba como la fuente de la propia vida. Es su investidura psíquica la que le confiere su poder excitante. Del mismo modo, el cuerpo, partes o funciones del cuerpo, pueden investirse de valor psíquico singular para cada sujeto porque quedaron fijados como rasgos de una persona significativa. Así, cuando una persona caiga en una identificación con aquella persona, su cuerpo puede responder al dictado de esa investidura, produciendo un síntoma que simboliza (metaforiza) el personaje con el que se ha identificado.

> Es el caso de una mujer que tenía el reto de dar a luz en su casa, como lo hizo su madre con la que mantenía aún una rivalidad (rivalidad edípica de la que no se había aún desasido). Su madre había sido una gran asmática que mediante sus crisis de asma nocturno conseguía los cuidados del padre. En toda su infancia y adolescencia este rasgo de la madre(el asma) había estado muy presente, dándole un halo especial. Pues bien, la mujer tuvo su hijo en casa, lo amamantó con mucho éxito, sentía como si hubiera llegado al listón materno. Entonces empezó a padecer asma nocturno. Ella misma llegó a decir: *'ya soy toda una madre, tengo hasta asma'.* La identificación de madre se acopló a la identificación con su propia madre, escribiéndose en su cuerpo un síntoma que simbolizaba y firmaba esa identificación. El asma estaba investido como equivalente de un rasgo materno. Tras diagnóstico de alergias diversas el asma desapareció después de un par de años de la misma forma en que había llegado: cuando llegó un momento en que cayó la identificación con la madre.

Se trata de que el juego de las identificaciones involucra las tres esferas de la vida subjetiva: biológica, social y psíquica; real, imaginaria y simbólica. Y lo hace de una forma singular para cada uno/a a pesar de que los factores sociales genéricos son muy importantes. Son las contingencias a las que todos y todas hemos de hacer frente, pero un cambio en la esfera social puede acarrear un cambio de posición en una persona y no en otra, y ello depende de su estructura subjetiva, del mismo modo que el cuerpo puede reaccionar con cambios o síntomas de forma singular para cada persona. Ello no quiere decir que el inconsciente y la construcción de los sujetos funcione independientemente de las condiciones sociales, de las condiciones de género o de los cambios históricos, por el contrario, todo ello forma parte del imaginario social y construye los ideales y los mandatos en los que ya nacemos y en los que precisamente nos construimos.

Las **identificaciones también pueden ser liberadoras, progresivas,** cuando tomamos una posición que da lugar a una realización, a simbolizar. Es el caso de la estudiante de medicina que se identifica como médica y desde ahí puede acceder al saber, a trabajar y a intentar curar, llegando a una realización simbólica. Cuando la identificación es con nuestro propio nombre, con nuestra identidad subjetiva se libera la posibilidad de simbolizar, que es producir creaciones que pueden llevar nuestro nombre. Pasar de una posición imaginaria, que produce sus afectos y actos, a otra en la que nuestros actos simbolizan el sujeto que somos. Es el único momento en que podemos hablar de **identidad, cuando se trata de la identificación simbólica.**[43] Para ello es necesario que la persona tenga la posibilidad de situarse como sujeto deseante, sujeto con posibilidades de acceso a las vías de simbolización.

Se restringe socialmente acceso a estas vías lo cual limita las posibilidades de realización subjetiva. Es el caso de los condicionantes de género tradicional, que socialmente limitan las vías de simbolización de las mujeres a la maternidad, favoreciendo la caída en identificaciones pasivas, en posiciones objetales de dependencia y en identificaciones sintomáticas.

Lo que podemos llamar **actitudes** son las posiciones de predisposición a actuar de una manera determinada que proceden del juego de las identificaciones. La actitud de una persona es el fenómeno visible que indica cómo es previsible que actúe. Para entenderlo es necesario tener en cuenta el funcionamiento inconsciente que es el proceso en el que se genera la actitud, precisamente a través de las identificaciones que ponen en marcha los afectos e impulsos para la acción. Es por esto por lo que decimos que el motor de nuestros actos está en el inconsciente, del que no todos los contenidos pasan a la conciencia y, por tanto, no basta con la voluntad consciente para cambiar una actitud.

43. Gerard Pommier. *El amor al revés*. 1997. p 175.

Corrección de posición subjetiva y modificación de actitudes

Para modificar las actitudes puede trabajarse con la conciencia, con lo que la persona puede controlar de su funcionamiento, para lo cual las intervenciones serán de información, consejo, prescripción de indicaciones. Estos serán pasos que apelan a la voluntad de la persona, a su capacidad de dominio sobre sus actos. Pero para que las actitudes se modifiquen hace falta un cambio de posición subjetiva con respecto a la situación a enfrentar, teniendo en cuenta las identificaciones que el inconsciente pone en juego. Esto sería una corrección subjetiva que consiste en desacoplar la identificación pretérita o extemporánea con el momento presente y cambiar de identificación.[44]

> Pongamos un ejemplo. Un médico de atención primaria recibe a una mujer que tiene síntomas de una enfermedad de transmisión sexual (ETS). La mujer se resiste a pensar cómo puede haberse infectado. El médico, con tacto y paciencia, trata de averiguar, - y de que la mujer se dé cuenta -, de la vía por la que puede haber contraído esta ETS. Finalmente la mujer dice que 'su marido visita, a veces, la prostitución.'
>
> La cuestión es que el médico se plantea porqué, en este caso, cerró el tema y le dio tratamiento para ella, pero no para el marido y no le dio ninguna indicación acerca de que él debía estudiarse o acudir a la consulta. Él mismo no comprende porqué no lo hizo así, cuando solía actuar de otro modo en casos de ETSs. ¿Por qué tuvo esta actitud de no remover la relación con el marido, aún sabiendo que debía hacerlo? Cuando el médico relataba el caso decía algunas cosas que permitían localizar la identificación en la que estaba con esta paciente. Informaba de que la mujer era bien parecida, que era una mujer incluso atractiva y que a él no le encajaba padeciendo la ETS que traía. Estos decires apuntan a un lazo algo personal, no habla de ella como paciente sino como mujer. Pero cuando relata que el marido visitaba la prostitución, comete un lapsus, dice: - *'El médico visitaba la prostitución'*-. Él mismo se ve sorprendido por su lapsus. Pero este decir es el que permite descifrar el signo de la identificación que deja escapar este error. Se identificaba con el marido de esta mujer, (ese es el lugar que toma en la frase errónea) y por ello no pudo

44. Pommier. Obra citada p 70-71.

> intervenir como lo hubiera hecho si hubiera estado en posición de médico. Probablemente la paciente tenía algunos rasgos que enlazaron afectivamente con el médico, y él actuó desde esa posición. Cuando el médico se da cuenta del lapsus, se produce un efecto de sujeto, es decir toma contacto con su posición subjetiva de ese momento y comprende inmediatamente su actuación. Decimos que en ese momento cae la identificación y deja lugar a otra, en este caso pasa a la de médico desasido del lazo afectivo con la paciente y mejor situación para no inhibir su actuación con respecto a la prevención en la pareja de su paciente. Es una corrección de su **posición subjetiva**.

Así, la posición subjetiva se corrige a través de un **efecto de sujeto**: efecto que causa el darse cuenta de la posición e identificación en la que uno se encuentra, lo cual cambia la situación porque una vez hecho consciente, la identificación cae dando paso a otra, que en el caso del médico del ejemplo es progresiva y acorde con la función profesional.

En la relación sanitario/a-paciente que intenta transformar actitudes, lo que buscamos es subjetivar las posiciones de los y las pacientes y causar efectos de sujeto.

Relación entre sanitario/a y paciente. La transferencia

El método vigente de atención a la enfermedad se basa en que el o la profesional es el sujeto del saber y el o la paciente es el objeto de ese saber. El o la paciente acuden con lo que le ocurre en su cuerpo, los síntomas físicos y no sabe, o dice no saber nada, de las causas o de cómo restablecerse. Está ofreciendo su cuerpo como objeto, para que sea el profesional quién encuentre el sentido de sus síntomas y le prescriba las soluciones. Ahí el sujeto está ausente. El fraccionamiento de la persona en la atención médica, teniendo en cuenta sólo lo biológico, trae la consecuencia de la desubjetivación del paciente.

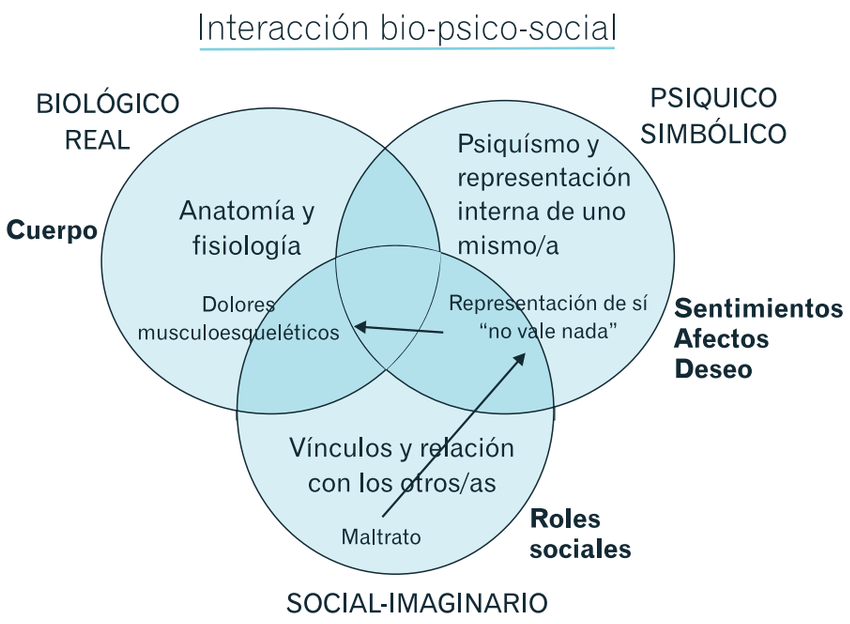
El método para la atención integral a las personas se apoya en el abordaje integrado de las tres esferas, la biológica, la social y la psíquica. Esto es tener en cuenta a la persona como sujeto y no objeto y produce efectos diferentes a los del abordaje fragmentario.[45]

Cualquier profesional tiene la experiencia con determinados pacientes, o en determinadas actuaciones, en las que alguien tiene síntomas físicos pero se le puede hacer ver la relación que tienen con algún hecho biográfico, con algo que le ocurre en los roles que representa, que pueden ser los de madre, hija, amante, padre, etc., cualquier papel de vinculación con los otros. Y al mismo tiempo, lo que representa su padecimiento psíquicamente. Esto es producto de una relación integrada con la persona que da la posibilidad de producir efectos. En el momento en que la persona toma conciencia del conjunto de lo que le ocurre, se produce un efecto de sujeto. El individuo es, por un momento, dueño de sí y sabe qué hacer consigo mismo.

Este es, precisamente el efecto buscado para que la persona se corresponsabilice de su salud y pueda, desde una posición subjetiva, acoger las informaciones y consejos médicos para ayudar a cuidarse y restablecer su autonomía.

En el siguiente esquema se visualiza el curso de los efectos en una mujer que se ha tomado como ejemplo: está sufriendo maltrato, lo cual se inscribe en la esfera social con una identificación imaginaria de *'persona que no vale nada'*. Este imaginario llega a fijar esta representación de sí misma en su esfera psíquica, lo que la coloca en una posición de pasividad e impotencia que se acompaña de un ánimo depresivo. El retraimiento de otros afectos posibles de rabia o agresividad que causa de la situación a la que está expuesta y la actitud en la que está fijada, inscriben en el cuerpo un efecto psicosomático al que es constitucionalmente propensa, por ejemplo, dolores musculoesqueléticos.

45. J.L. Tizón, en *Componentes psicológicos de la práctica médica*, desarrolla ampliamente esta perspectiva de la relación médico-paciente desde una visión globalizadora.



Esta mujer puede acudir con cualquiera de las quejas por separado sin relacionarlas. Se producirá un *efecto de sujeto* cuando, en lugar de taponar las quejas parciales con indicaciones y tratamiento, se le devuelva una posición de saber acerca de sí misma, haciéndole ver la coherencia de lo que le ocurre en las tres esferas, y cómo la solución a su úlcera ha de pasar por salir de la pasividad y reaccionar ante el acoso del que es objeto. Esto sería subjetivar a la paciente.

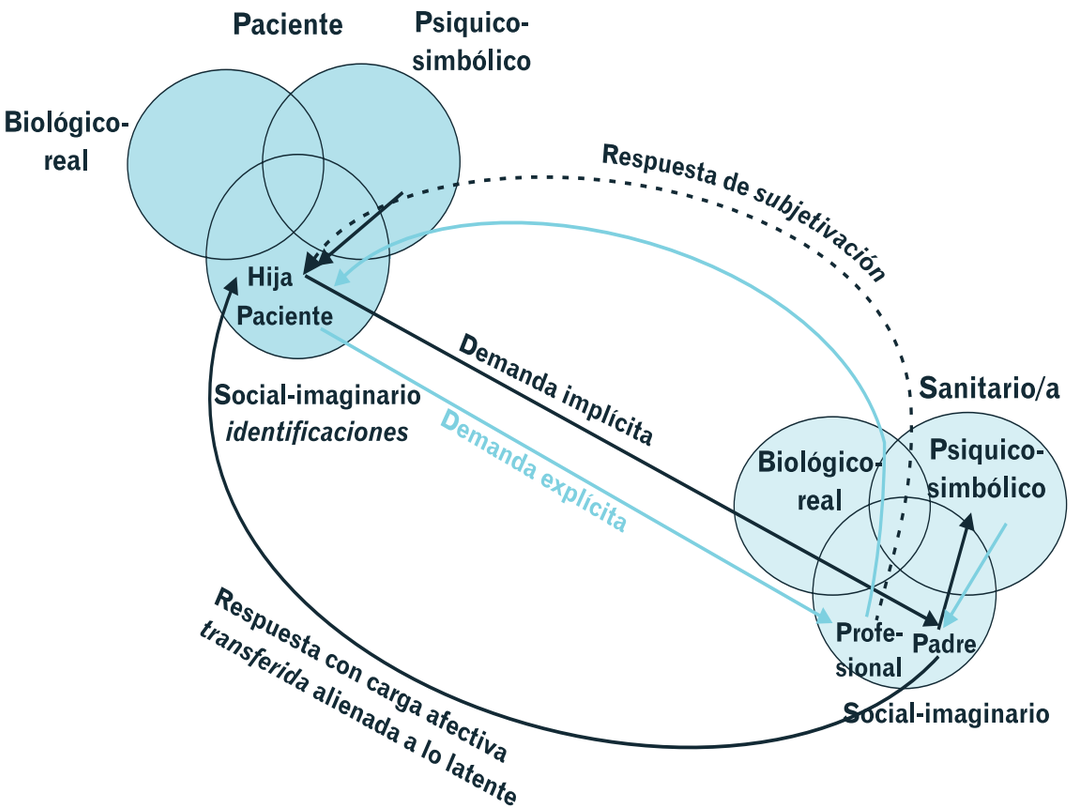
Ahora bien, que un médico o médica preste sólo su escucha a los síntomas corporales, o bien un o una trabajadora social preste atención a sus condiciones sociales, o sólo a los síntomas psíquicos si es un psicólogo/a, no quiere decir que las otras esferas no estén presentes y actuando. Pueden no ser tenidas en cuenta al fragmentarse la escucha por las disciplinas, pero no puede evitarse su interacción.

Queramos o no, lo tengamos en cuenta o no, en la relación que establecemos con un o una paciente están entrando en juego siempre los tres registros. Y lo que es igual de importante, el o la profesional está también en el encuentro con el o la paciente con sus tres instancias en juego.

En el siguiente **esquema 14** se representa la interacción entre los tres registros de una supuesta paciente y un supuesto sanitario.

Esquema 14

Interacción bio-psico-social



El o la paciente acude a consulta con una demanda manifiesta, sus síntomas, sus quejas. Al entrar en contacto con una o un 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 de algún tipo con el o la profesional. Puede que no inicialmente, pero en cuanto empiece la relación, en cuanto algún rasgo del o la profesional convoque sus afectos, se establecerá una identificación que puede no ser, precisamente, la de paciente.

En el ejemplo del esquema, la paciente se sitúa en una identificación de hija, en la que funciona en este encuentro social, quizá porque el médico le haya evocado un

padre que va a protegerla. A través de ese lazo, la representación psíquica y los afectos que entrarán en funcionamiento serán los correspondientes a una hija frente a un padre. La demanda manifiesta es lanzada entonces con *una carga afectiva transferida* a la figura del médico como padre, en la que irá articulada una demanda implícita o latente que no será ya de curación, sino de amor paternal. La demanda inconsciente siempre es de amor.

¿Cómo puede reconocerse la presencia de esa identificación? La paciente actuará en concordancia con ella y mostrara signos en su forma de hablar, en lo que dice y en su comportamiento con el médico.

Otra vía para detectar la identificación puede ser también lo que provoque en el sanitario/a, quien se sentirá confrontado en un papel de padre, en el ejemplo, en la medida en que ese lugar tenga también resonancia en sus afectos. Es decir, que el médico recibirá mensajes que lo enlazarán afectivamente como un padre. Esto es lo que le ocurría al médico de nuestro ejemplo anterior, que se identificó como marido, probablemente, tanto por los rasgos que la mujer tuviera significativos para él, como por los mensajes implícitos que la mujer le enviara, sin ser ninguno de los dos conscientes de ello.

Esos afectos que llegan a la relación entre profesional y paciente proceden de los lazos afectivos que las personas mantienen con los otros basadas en los vínculos más significativos y que son transferidos a esta relación.

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".[46]

46. Freud. 1917. *Teoría general de las neurosis. La transferencia*. Obras completas. TomoVI, pág 2398.

Llamó a ese factor **"transferencia"** porque el paciente transfiere sobre el médico, o cualquier sanitario o sanitaria, afectos que corresponden a alguna identificación que representa algo para el paciente.

La cuestión es ahora, como hemos visto en el apartado anterior, que de las identificaciones emanan actos concordantes con ellas. Si el médico del ejemplo es captado por el lugar que se le transfiere responderá a la demanda actuando como un padre. Puede que entonces dé indicaciones paternalistas a la paciente, retroalimentando así su posición regresiva y equívoca. Ella actuará entonces también en consecuencia y, según sean sus disposiciones hacia la figura paterna, será dócil y obediente o se mostrará en rebeldía incumpliendo el tratamiento y esperando del médico algo más, poco definido. Más tarde puede que entre en hostilidad si la demanda a la figura paterna no es satisfecha, y critique infundadamente al médico, actitud que procederá de un despecho filial.

¿Qué otro tipo de respuesta cabría dar? Es responsabilidad del profesional manejar la transferencia y no ser captado en ella. Mantener su posición como profesional, que no es una posición fría o neutra sino en la que se pone en juego su saber para atender las necesidades del o la paciente, lo cual es una posición rica en sí misma. Debería hacerse consciente de que la demanda implícita no se dirige a él como 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 la satisfaga. Responderá entonces a la paciente tolerando su demanda de hija pero sin satisfacerla como lo haría un padre y subjetivándola en su lugar, dirigiéndose al sujeto que ha de hacerse responsable de sí misma.

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 *burnout* procede del desgaste de soportar múltiples transferencias afectivas en las que se implica sin saberlo.

Nunca puede ser del todo satisfactoria la función que se realiza, porque la demanda afectiva no puede ser nunca satisfecha, ya que es un *'como si'*, que nunca es real.

Tizón, en *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 profesional.

Respuesta del sanitario/a: la posición, la palabra y el acto

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, 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 subjetividad y posibilidad de interacción activa entre sanitario/a y paciente, de modo que la persona se implique en su padecimiento.

Los elementos que hemos de manejar son la **posición** desde la que actuamos, las **palabras** como mediadoras y los actos con los que confirmamos nuestra intención y posición.

La posición

Se refiere al lugar en el que quedamos situados por la identificación en la que nos coloca la o el paciente y la que establecemos o aceptamos. Veíamos en el apartado anterior, cómo la posición determinaba nuestras palabras y actos, y sólo al ser conscientes de ello podemos modificar el atrapamiento en un papel afectivo extemporáneo.

Por ejemplo, es costumbre que en una consulta de planificación familiar o de ginecología, o de medicina general en la que se aborden temas de la vida íntima

(prácticas sexuales), resulte más cómodo y conveniente que el médico o la médica, o enfermero/a, no estén solos con la paciente. Una tercera persona, que puede ser personal auxiliar, permite disipar incomodidades.

Decimos racionalmente que al tratase de asuntos íntimos, estar solo /a con el sanitario, y sobre todo explorar, puede dar lugar a malentendidos sobre una posible seducción malintencionada.

Lo cierto es que la situación cambia cuando hay un tercero, y sirve igual si es un o una acompañante de la paciente. El caso es romper el dúo. Si tenemos en cuenta los aspectos del inconsciente, lo que rompemos es la escena de dos en contacto íntimo donde se puede, muy fácilmente, poner en funcionamiento un imaginario de escena de seducción. La tercera persona cambia las posiciones de los dos, y la escena ya es otra en la que los canales bidireccionales de dúo se ven interrumpidos. El imaginario es ya otro, y las fantasías que puede desencadenar ya no son las mismas. Esta situación de *a dos*, puede darse tanto si es una médica y una paciente porque en el imaginario, a veces, la diferencia sexual no tiene tanta importancia cuando los rasgos de la escena son fuertemente orientadores hacia una relación íntima, quiero decir, que la exploración ginecológica, por ejemplo, expone con mucha intensidad a fantasías de seducción, de humillación, de poder *versus* impotencia, de regresión. No se puede ser inocente con respecto a este imaginario en el que el contacto corporal pone en curso pulsiones poderosas, sino que es necesario saber a qué posición quedamos expuestos/as para, a través de las palabras y los actos, girar la posición a otra, quizá de complicidad, de confianza y seguridad.

Lo cierto es que según la posición desde la que hablamos o actuamos, produciremos efectos diferentes. Es sabido que un consejo recibido 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 quién las emita. Del mismo modo, lo que dice una misma persona tendrá distinto valor según el lugar que esté ocupando.

> Una médica contaba que cuando ella estaba en su consulta de atención primaria de medicina general, no solía hablar con las pacientes de sus relaciones personales, y menos las sexuales. Podía ver a una mujer ama de casa y atenderla varias veces y no ocurrírsele nunca tocar los riesgos de posibles ETSs. Sin embargo, cuando ella misma estaba en su consulta de planificación familiar, tuteaba a las mujeres con mucha más facilidad, con un trato más amistoso y entraba sin dificultad en los riesgos de la vida de relación y sexual de las pacientes. En el primer espacio, se encontraba como *'médico'*, más metida en el papel de *'médico científico'* , como ella decía, y en esa posición sus actos clínicos eran acordes con lo que haría un *médico/a* de corte más clásico; sin embargo en el espacio de planificación familiar, ella se encontraba más como *médica mujer*, como *amiga* de las pacientes y obraba en consecuencia sin darse cuenta. También apreciaba que las usuarias tomaban en otro grado de seriedad sus actuaciones en una consulta y en la otra. Con toda seguridad las y los pacientes traen a cada consulta lo que puede ser escuchado por el sanitario/a. Y lo que podemos escuchar está en función del lugar en el que nos colocamos. Del mismo modo, podremos decir y actuar según la posición en la quedemos en la relación con el o la paciente(recordemos el ejemplo anterior del médico que no pudo completar la prevención y tratamiento de una ETS).

El problema es darse cuenta de la posición en la que estamos, ya que estos elementos circulan inconscientemente, de manera latente a lo que se está manifestando. 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 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, por

eso nos referimos a posiciones o lugares familiares, porque la subjetividad se ha construido con estos lugares o funciones significativos que son los que pueden acoplarse a cualquier situación.

También, sin embargo, puede que nos llegue a la consulta una persona madura y sin ninguna quiebra afectiva en ese determinado 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 los que nos reportan una satisfacción profesional más directa y una mayor facilidad en su manejo, ya que aquí la demanda manifiesta no tiene porqué estar acompañada de otra demanda implícita.

Como decía **Freud**, lo que cada paciente transfiere depende de sus disposiciones psíquicas, pero si somos o no captados, nos colocamos también en un imaginario diferente al de profesional en algunos casos, incluso diferente en cada caso, depende de nuestras propias disposiciones. Desde lo consciente diríamos que son nuestras formas de reaccionar.

La *demanda manifiesta* se articula con la conciencia, con la queja explícita, es lo obvio racionalmente, pero la *demanda implícita* se articula con lo latente, con la posición desde la que el o la paciente se está dirigiendo a nosotros y hemos de recordar que tampoco es consciente para él o ella. Para descifrar la demanda implícita es necesario localizar la identificación desde la que el paciente demanda. Y correlativamente, para hacerse cargo de la demanda implícita es necesario 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, cuando nos damos cuenta de lo que nos estaba pasando y porqué se desenvolvían las cosas de aquella manera. Esto es lo lógico, pero responde a una ética: la de interrogarse sobre los propios actos.

Las palabras

Las palabras son uno de los instrumentos de comunicación. Pero además 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 y que se manifiesta también a través de las palabras. Lo que llamamos *lectura* entre *líneas* es muy expresivo acerca del tipo de comprensión en la que, además de entender lo que conscientemente se nos quiere decir, tratamos de entender lo que se nos está diciendo sin querer. Aunque, sin duda hay personas más y menos intuitivas que pueden leer entre líneas con distinta habilidad, cualquiera de nosotros usa este nivel de comprensión en sus relaciones. En la relación entre sanitario/a y paciente es también una vía de comunicación. Y es especialmente importante para descifrar, tanto la demanda implícita, como el curso que están tomando las transferencias.

De alguna forma, nos ponemos al habla con el circuito inconsciente que se manifiesta a través de los *lapsus y errores del lenguaje, de los sueños, de los recuerdos* asociados en un momento determinado a la situación presente, los pasajes al acto, los síntomas. En la relación con el o la paciente hemos de observar algunas de estas manifestaciones del inconsciente, que nos permiten descifrar su lenguaje. Por supuesto, no se trata de profundizar al extremo. Sólo lo necesario para manejar el trabajo diario con los y las usuarias reconociendo lo que se juega y siendo capaces de ponerlo a disposición de las modificaciones subjetivas necesarias para que salgan adelante.

No es tan enigmático como pudiera parecer. Todos podemos apreciar el doble sentido de algunos decires, el caso es prestarles atención o no.

> Una médica en planificación familiar recibía a una pareja joven. Ella tenía una ETS para la que instauró tratamiento. La médica estaba algo eufórica porque el hombre extranjero era bastante guapo y ella no era indiferente a este hecho. Ya tocaba la consulta a su fin y estaban hablando de las recomendaciones y cuidados. El chico salió del atento silencio que man-

tenía y pregunta a la médica: *-'¿Puedo tener relaciones sexuales?'-*, a lo que la médica contesta rápidamente: *-'con ella no'-*, (refiriéndose, claro está, con la paciente). Instantáneamente la médica se dio cuenta de lo que había dicho sin quererlo, sólo le faltó decir *"pero conmigo sí"* (aunque hubiera preferido que se la tragara la tierra si llega a decirlo) que este decir incompleto dejaba ver. La pregunta del hombre fue gramaticalmente algo incorrecta por ser extranjero y esto facilita el lapsus de la médica que, finalmente no pudo evitar que se manifestara en las palabras el afecto que estaba conteniendo. Lo que se ha manifestado es el inconsciente. En este caso, sirvió para que la médica pudiera darse cuenta de que la relación sanitaria-paciente estaba teñida de cierta seducción, que le imbuía cierta euforia y que podía, incluso, haber provocado algún acto terapéutico mal enfocado, producto de su captación afectiva.

Hay infinidad de ejemplos sobre **lapsus y errores gramaticales** que en realidad están desvelando la verdad del inconsciente.[47] Por ejemplo, cuando un paciente habla de su mujer, y una y otra vez dice: *"mi madr.....mi mujer..."*. Si no tenemos interés en lo que aparece a través de estas grietas del lenguaje, o no vamos a darle ninguna utilidad, pasará desapercibido; pero si prestamos atención porque nos está hablando de los problemas, por ejemplo, para comunicarle que tiene una ETS, y hace varias veces este lapsus, nos está diciendo, sin saberlo, que identifica a su mujer con una madre, al menos con respecto a la problemática de que está hablando y, por tanto, él está en una identificación de hijo. Esto nos puede dar claves para entender su posición subjetiva y ser consciente de dónde vamos a intervenir.

Por otra parte, las **palabras son poderosas evocadoras de imágenes y afectos**. Con frecuencia los y las sanitarias no nos damos cuenta de que el lenguaje que utilizamos transmite actitudes, tanto positivas como negativas.

Contaba una médica anestesista que cuando iba a inyectar el producto que finalmente duerme al paciente, solía decirle: *"Esté tranquilo que ahora le voy a poner algo que va a estar usted en la gloria"*. Hasta que un paciente la miró con ojos espantados

47. Freud 1901: *Psicopatología de la vida cotidiana*. Obras completas. Tomo III. Biblioteca Nueva, 1972.

y le dijo: *"no, por favor, a la Gloria no me mande usted que quiero salir vivo de aquí".* Desde entonces buscó otras palabras que no tuvieran este doble sentido tan inquietante.

En cuanto al tema de los seminarios de prevención del VIH/sida y de temas relacionados con sexualidad, es importante tener en cuenta lo que las palabras representan, porque generan estados de opinión y pueden perpetuar actitudes que quizá estemos interesados en modificar. Por ejemplo, la palabra *'promiscuidad'*, evoca el imaginario de prostitución, de un *modus vivendi* reprobable cuya evocación puede ser diferente si hablamos de *varias* o *múltiples* parejas; *'infidelidad'*, es el término moral que denota incumplimiento de un trato al hablar de relación aparte de la pareja; *'traición o culpa'* o *'engañar al marido o a la mujer'*, introduciendo la mentira malintencionada, siendo además términos portadores de valores tradicionales de género y que valoran la conducta con una condena moral, cuando podríamos hablar sencillamente de *relación fuera de la pareja; 'ser reincidente en el aborto'*, cuando reincidencia es un término para un delito y podríamos decir *repetición*; etc... Se trata de tener en cuenta el *significado moral* del que son portadoras las palabras.

Se trata de establecer un discurso con capacidad de transformación al transmitir ideas que impacten en la subjetividad y que produzca cambios. Sin duda, si el lenguaje que utilizamos es moralizante, impositivo, o portador de determinados valores, por ejemplo, promotor de relaciones de poder-subordinación, el discurso no será capaz de la transformación buscada sino que provocará reacciones de defensa y distanciamiento.

Citaremos aquí un texto que aconseja a los y las pacientes para establecer la relación con su especialista. Trata los temas de VIH/sida. Es muy interesante la perspectiva desde la que habla de los y las médicas. Dice:

> "Es imposible participar activamente en las decisiones de tratamiento, estableciendo un debate constructivo con tu especialista, si no tienes la información y el vocabulario necesarios para comprender los complejos

> factores que condicionan esas decisiones y para expresar tus puntos de vista en un *lenguaje que tu médico comprenda y escuche*. Di *"tomarse estas pastillas es un coñazo"* y tu médico asentirá con una sonrisita condescendiente, mientras renueva tu prescripción de antirretrovirales cada ocho y doce horas. Di *"el régimen prescrito tiene un impacto inaceptables sobre mi calidad de vida...¿existe alguna posibilidad de considerar otra opción?"* y, de repente, te escucha. ..... El abismo entre médicos y pacientes es cultural y formativo, pero también psicológico...."[48]

La propuesta es que el o la paciente hable en lenguaje 'científico', para no provocar la ironía y descrédito del profesional ante unas palabras que responderán a una persona que no es tenida en cuenta. En definitiva es buscar el acercamiento a través del lenguaje situándose en una posición que produzca un determinado efecto, en el caso anterior, el efecto que se busca es el de ser escuchado para lo que se propone colocarse como colega médico.

El relato del o la paciente sobre lo que le pasa, está cargado también del valor biográfico subjetivo. Un interrogatorio estrictamente dirigido, esteriliza absolutamente los contenidos de su relato. Cuando estamos trabajando los aspectos psicosociales, es importante la escucha de las asociaciones y los hechos que va relacionando. Se trata de escuchar a qué achaca el paciente lo que le ocurre,[49] cómo cree que se podría solucionar. A través de su discurso podemos hacernos una idea de lo que para él o ella está en juego que, a lo mejor, es completamente diferente de las prioridades o explicaciones objetivas que nosotros/as daríamos. Nuestra escucha en este sentido trataría de estar atenta a los hechos e ideas que más le afectan y las interrelaciones que tienen.

Si queremos acceder a las dificultades que tiene una mujer para protegerse de las infecciones en las relaciones con su compañero, por ejemplo, es más operativo que escuchemos qué dice de esas relaciones, qué significa para ella ese hombre, qué

48. Valverde, Guillermo. *"Médicos y pacientes. Información es poder"*. Lo +positivo, nº 8.

49. Recurriendo a la formula de Hipócrates: preguntar al paciente: ¿Qué le ocurre? ¿Desde cuándo? ¿A qué lo achaca?

teme, qué ha pasado cuando ella se ha infectado anteriormente, o cuando ha tomado decisiones por su cuenta sin contar con él.....Su relato y a lo que le dé importancia, habrán de ser lo que tengamos también que tener en cuenta para su transformación.

Los actos

Por último, 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.

La identificación se acompaña de los afectos propios del papel, de los deseos que proceden de la pulsión que la ha puesto en marcha y de los actos que le son coherentes. Quiere esto decir que las actuaciones son un efecto 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, lo que el acto en cuestión está haciendo es pasar 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, actos inapropiados que proceden de una identificación no profesional, y por parte del paciente de una fantasía también originada en su identificación transferencial.

Por parte del profesional, un ejemplo es el caso que vimos sobre el médico que se identificaba con el marido de la paciente y no pudo, desde esa posición, realizar su actuación terapéutica habitual. Es también el caso en que los y las sanitarias tratamos a familiares o conocidos y caemos en el llamado *"síndrome del recomendado"*, consistente en que salen mal las cosas que habitualmente salen bien.

Esto es debido a que nos colocamos en identificaciones personales que tiñen la posición profesional de afectos y deseos sobre el paciente, o se contamina nuestra actuación por el interés de responder, sin darnos cuenta, de la forma que creemos esperaría la persona que nos la recomienda, en definitiva, estamos condicionados/as por nuestro vínculo con esta persona, y esto genera actuaciones en las que nos saltamos los protocolos que habitualmente cumpliríamos y, sin embargo, actuamos tratando de hacer llegar la situación a lo que en la fantasía querríamos que ocurriera. Se trata de actos que están desviados en su intención[50] ya que no están dirigidos a diagnosticar y curar, sino a satisfacer expectativas de la persona significativa que imaginariamente nos observa.

Del lado de la usuaria o usuario, podemos detectar actuaciones que no responden a su iniciativa de cuidarse o curarse, si no que proceden de una posición inconsciente que busca otro fin. Es el caso, por ejemplo, *del incumplimiento terapéutico,* cuando no sigue el tratamiento e indicaciones prescritas aún en el caso de haber comprendido bien que es adecuado para restablecerse. Actúa de ese modo como si, contradictoriamente, no quisiera curarse o cambiar sus condicionantes de enfermedad.

Esta contradicción puede responder a diferentes cuestiones. Una de ellas es la *reacción terapéutica negativa*, cuando el o la paciente responde mal ante su mejoría, en parte, por que deben existir beneficios secundarios de su estado de enfermedad y, en parte, porque puede estar en una posición en la que cierta satisfacción procede del sufrimiento. Sus actuaciones serán contrarias a su mejoría o curación y proceden de una identificación inconsciente en la que está entregado o entregada a otro como objeto. Esta es una situación muy delicada que puede estar presente en casos de parejas serodiscordantes en las que, en realidad, se realizan pasajes al acto, si no con la intención de infectarse de VIH, sí para no evitarlo.

50. 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.

Análisis de casos

En las consultas de Atención Primaria se establecen relaciones prolongadas con los y las usuarias en las que, con toda seguridad, circulan transferencias que, si son tenidas en cuenta y manejadas por el sanitario/a, pueden ser precisamente un instrumento para incidir en hábitos y actitudes. Esta capacidad debería ponerse al servicio de la mejora de las condiciones de salud y del aumento de autonomía y autorresponsabilidad de usuarios y usuarias.

Los objetivos principales que podemos señalar para poner en juego las transferencias son:

- producir *efectos de sujeto* que incidan en las *identificaciones regresivas* o *sintomáticas* que sustentan las *actitudes* que obstaculizan el cuidado y autocuidado de las personas.

- incidir y *modificar actitudes* en las relaciones entre hombres y mujeres, al ser las que guían las conductas sexuales y la exposición al riesgo de enfermedades relacionadas con esta actividad (VIH y otras ETSs, por ejemplo), para modificar la influencia de los *factores psicosociales y condicionantes de género* que motivan las posiciones subjetivas. Las *correcciones subjetivas* posibles podrán apuntar a la apertura o ampliación de las *vías de realización*, - el trabajo, el saber, la creación, el amor, tener hijos/as -, que permiten alcanzar posiciones personales menos expuestas a la objetalización, la subordinación, el poder, la pasividad, la resignación, desde las cuales mantener conductas más sanas.

Pondremos en juego los conceptos tratados a lo largo de este libro en el análisis de ejemplos de casos. Hemos agrupado cinco categorías que, sin ser exhaustivas, recogen los casos que los y las profesionales han aportado a los seminarios realizados dentro del Programa de Prevención de la Transmisión Heterosexual del VIH. Son una muestra de casos reales de hombres y mujeres que mantienen prácticas sexuales de riesgo para la infección por VIH y otras ETSs que se están presentando

en Atención Primaria y que los y las sanitarias exponen por las dificultades en su abordaje.

La elaboración de los siguientes casos debe ser tomada como una aproximación a un proceso de atención al usuario/a que no tiene porque ser llevado a cabo en su totalidad por un solo profesional. Pueden participar en ello varias personas del equipo, según las características del caso y las peculiaridades de cada equipo, es probable que el o la paciente sea atendido sucesivamente por varias personas. El médico o médica podrá darle una parte de la atención, puede que el o la trabajadora social disponga de más tiempo y condiciones para darle más desarrollo a la relación psicosocial, o bien la enfermera o enfermero. Ello dependerá también de cómo establezca sus confianzas y transferencias el o la usuaria. Desde luego, sería muy favorable que el trabajo fuera en equipo y se compartiera el curso de los casos en sesiones clínicas en las que se analizara el desarrollo integral de la atención y se pudieran discutir las estrategias de intervenciones biopsicosociales, que pueden también servirse de otros recursos comunitarios.

Por otra parte, a menudo se objeta que estas intervenciones puedan requerir mucho tiempo, y no se dispone de él en la organización asistencial. Lo cierto es que no se trata de tanto tiempo, sino de cómo sea utilizado. Depende de la orientación y la posición que toma el sanitario/a, durante el tiempo disponible el que mantenga una actitud que provoque efectos en el o la paciente. No es cuestión de cantidad sino de posición y actitud: aquella que permita emerger al sujeto. Hacen falta sólo unos instantes para que alguien se dé cuenta de si es o no escuchado. Lo cierto es que en cuanto a las actitudes, los y las sanitarias transmitimos actitudes lo sepamos o no, y es probable que el no actuar también cause efectos que pueden ser negativos. Lo que se plantea es que el sanitario acompañe en un proceso, a través de su escucha, que no requerirá necesariamente intervenciones complicadas.

Las categorías descriptivas de casos van a ser:

- parejas *serodiscordantes* para la serología al VIH,

- parejas en que el varón es usuario de prostitución,
- parejas en que el varón mantiene relaciones fuera de la pareja,
- parejas en que la mujer mantiene relaciones fuera de la pareja,
- personas sin pareja estable que mantienen relaciones sexuales.

Iremos señalando los puntos importantes en la intervención:

- posición inicial del usuario/a,
- determinantes psicosociales en que se fundamenta,
- recomendación de actuación al sanitario/a. Apertura de la escucha subjetiva,
- representaciones psíquicas o identificaciones que pueden aparecer tras la apertura subjetiva,
- efectos de sujeto,
- sugerencias o apoyos del sanitario/a.

Parejas *serodiscordantes*

Es un caso que se repite innumerables veces.

> Una mujer joven, de 25 años, que tiene 4 hijos, los tres últimos de su pareja actual. Él tiene 27 años y está en un programa de reducción del daño con Metadona, es portador de VIH y de hepatitis B y C. Él no quiere usar preservativo en las relaciones sexuales diciendo: *-' mi mujer no tiene porqué cogerlo... total, no lo hacemos bien casi nunca'.*
>
> Ella dice: *-'lo que tenga que venir... será'-, -' yo lo quiero y prefiero no usar condones'-, he llegado a decir que un arma era mía, e ir a la cárcel dos meses por él ¿y no voy a tener relaciones a 'pelo' con él?-*

El amor absoluto parece incuestionable

Los y las sanitarias relatan repetidamente casos similares. Cuando una mujer está manteniendo este tipo de relación con su compañero, muestra la seguridad que le proporciona un aparente amor absoluto por el que se arriesga a todo. La fantasía de ese amor deja impotente al que lo escucha porque se puede pensar si no estará en su derecho de arriesgar lo que quiera para vivir un amor así. Podemos no cuestionar este amor, asentir y decir, - *'está claro y ¿entonces qué hacer?'*

El primer paso del o la sanitaria consistirá en revisar su propia posición al respecto. Tanto si le provoca admiración, como si le provoca desprecio, estará captado por su percepción sobre un sentimiento que en principio no comparte, en cuanto al riesgo que la mujer corre, pero que si le deja sin palabras es porque conecta con la idea del amor y una decisión que no sabe cómo cuestionar, como si esta mujer eligiera libremente correr estos riesgos.

Ese amor concuerda con el amor tradicional de entrega y asalto

Hay que tener en cuenta que el amor de entrega de una mujer está en sintonía con un ideal de feminidad tradicional, que puede ser acorde con el consenso social vigente, pero que se hace explosivo en el caso en que expone a un riesgo tan grande. Esta mujer y este hombre concuerdan en su comportamiento con lo que un hombre y una mujer han de mantener para cumplir con un rol orientado por un modelo tradicional. Esto puede obstaculizar nuestra percepción y la suya, acerca de lo enigmática que es la conducta de agresión por parte de él y de inmolación por parte de ella. El profesional no ha de tomar partido en ningún sentido y empezar a pensar qué le podría decir a esta mujer para que se proteja. Por el contrario, se trata de que, efectivamente, no se entiende bien ese amor inmolativo del que la mujer habla y por tanto el profesional puede pensar que es enigmático y si no sabe aún que responder, se trata de escuchar más. Hay que suponer que estas decisiones pueden ser conscientes y proceder del *yo*, que parece fuerte bajo la máscara de *mujer segura y valiente*, pero en la medida en que son contradictorias con el impulso de conservación de su vida, no deben de ser tan libres ya que el sujeto de su inconsciente debe estar envuelto en impul-

sos contradictorios que la sitúan como objeto de ese hombre. De este modo se tratará de que la mujer cuente más cosas sobre ella.

El profesional puede cuestionar la posición objetal y abrir la escucha.

El sanitario/a debería estar a la escucha de lo que representa ese hombre para ella. Qué lugar ocupa en su economía psíquica. Qué lugar en su organización social.

Escuchar algo de la biografía de la paciente abriendo el espacio a la subjetividad

Esta mujer es muy joven para tener ya 4 hijos. Puede que tuviera el primero a los 17 o 18 años. ¿Quién fue el padre? ¿Era también un hombre con una *debilidad* tan manifiesta como el actual, ex-toxicómano y portador de, al menos, dos enfermedades potencialmente mortales? Probablemente es una mujer con enormes carencias sociales y familiares, con muy poca capacidad y recursos para desarrollar *vías de realización* que le permitan *simbolizar* las *carencias,* como trabajo satisfactorio, saber, creación... Desde muy jovencita la búsqueda del *amor y tener hijos*, han sido las únicas realizaciones que social y personalmente ha tenido accesibles. Habrá que estar a la escucha de lo que diga que pueda mostrar si su compañero, padre de sus hijos, que probablemente la necesita sobremanera, la hace sentirse necesaria. Si ser deseada por él la valida como mujer e ir a la cárcel por él, la sitúa además en *'mujer valiente'*. Si viven sus padres, qué relación tiene con ellos, qué opinan.... la aprecian... en qué lugar los tiene... Escuchar sirve también para que la persona se escuche a sí misma. Si el sanitario/a escucha hasta que diga otro tipo de cosas sobre su vida, estará abriéndole el espacio de la *subjetividad.*

Un chiste muy expresivo acerca de lo que es abrir ese espacio: *un hombre va al médico llevando un sapo en la cabeza. El médico le dice: '¿Qué le ocurre'? y responde el sapo: -'Pues mire usted lo que me ha salido entre las patas'.- El médico puede dar por buena esta respuesta, o bien seguir preguntando hasta que responda el sujeto y no el sapo que lleva encima.*[51]

51 Relatado por Francisco Calvillo, en las *Jornadas de psicoanálisis. La dirección de la cura en la neurosis obsesiva.* Valencia. 1995.

La representación psíquica es de amor oblativo, de fusión entre *'lo materno'* y *'el débil'*

El patrón que podemos tener en mente para escuchar los contenidos de la esfera psíquica sería lo que se refiere a una posición en la que la mujer está en un *amor oblativo*, que hace cualquier cosa para proteger al otro, incluso sacrificarse para evitarle un mal que ella cree poder soportar mejor que él y, todo ello, porque la necesita y ella puede complacerle .... ¿Qué tipo de amor es este? ¿No es un *amor maternal* que evoca el cuidado y sacrificio de una madre por su niño inmaduro[52] que aún la necesita para su supervivencia? Así, a lo que habría que estar atento es a oír las palabras que desvelen este tipo de relación.

El lugar que probablemente ocupe este hombre para ella es el de un *hijo desvalido*. Por eso él dice: -*'ella no tiene porqué cogerlo...'*-, otras veces dicen: - *'a ella no puede pasarle nada'*-, porque la posición correlativa en la que ella está para él, es la de una madre todopoderosa a la que no puede pasarle nada, sujeto a un sentimiento infantil mágico. ¿No cabría también preguntarse por qué él fue capaz de dejar que ella mintiera y fuera a la cárcel en su lugar? Sólo alguien que se queda en posición de hijo lo permitiría. Y ¿qué respondería ella a esta pregunta que la enfrentaría con el sentido contradictorio de ese supuesto amor?

Así, cuando hable de los cuidados que, casi con seguridad, ella le prodiga,

> ... ocupándose de darle su tratamiento, de que se alimente bien, de proporcionarle los zumos diarios porqué él se olvida y no se ocupa, llegando a decir que es como un niño pequeño... que ella cuida a varios niños, sus hijos y él, que podía poner un poco de su parte.... estará hablando de esa relación materno-filial.[53]

52. Niño que por su inmadurez es un ser débil. *'El débil'* es el término que imaginariamente define el rasgo de alguien que es tomado en esa posición para su cuidado y fusión. Del mismo modo *'lo materno'* sería aquí el rasgo por el que una mujer (o puede ser un hombre también) se vincula a *'un débil'* para cuidarlo de forma absoluta. Estos rasgos son los que motivan el vínculo, aunque cada una de las personas no sea sólo ni *maternal* ni *débil*.

53 Estas frases proceden de grupos de discusión de mujeres con pareja serodiscordante a VIH, realizados por la **Federación de Planificación Familiar de España**. En ellos, las mujeres hablaban de igual modo que la paciente de nuestro caso, en cuanto a que no les importaba infectarse por amor, pero en otros momentos hablaban de sus compañeros como si fueran sus hijos, lo cual las ponía en rebeldía.

El sanitario/a puede devolverle en espejo esto que dice, si está atento a lo que revele la posición subjetiva en la que se encuentra, y que no es precisamente de un infinito amor entre hombre y mujer.

La posición subjetiva alterna entre el amor materno-filial fusional y ser objeto de deseo de la potencia masculina

Es importante la posición subjetiva porque puede suponer una elección inconsciente. Una disposición en la construcción de su subjetividad por la que tienda a establecer relaciones en las que oscile entre situarse cómo *objeto del deseo del otro*, satisfaciéndose en esa posición aunque le produzca sufrimiento, lo cual toma cuerpo en las escenas sexuales en las que el hombre potente toma el objeto de su deseo. Si la mujer cae en esa posición es porque se ve captada por los rasgos que ese hombre porta y que son acordes con esa forma de desear, los de posesivo, duro y transgresor (rasgos habituales del hombre toxicómano). Y, al mismo tiempo, alterna con una posición de *madre* que protege *'al débil'*, en la que ella es portadora de una potencia imaginaria. Esta combinación es muy alienante y se caracteriza por la alternancia de cierta violencia (aunque pueda ser sólo la agresión que supone hacer un coito sin protección, pero que puede tener otros momentos agresivos cuando se sitúan en posición de *'hombre potente'* y *'mujer objetalizada'*), y momentos de calma y sometimiento por parte de él en los que se deja cuidar.

El hacerse consciente de las posiciones que mantiene produce efectos en el sujeto

Se repiten casos en los que una mujer que ha sido compañera de un hombre toxicómano, que incluso ha muerto ya de sida, elige a otro hombre seropositivo. Es muy importante este rasgo como para que pase desapercibido y sea casual. La historia singular de cada una de estas mujeres puede aclarar cuánto hay de casualidad y cuánto de posición subjetiva que, lejos de corregirse, se repite. Es como un circuito cerrado que puede romperse cuando uno de los dos salga del papel que le toca. Para ello, el primer paso es ser conscientes de esas posiciones subjetivas y después ser capaces de afrontar el cambio y tener recursos para hacerlo. El camino para la mujer será simbolizar, es decir construir un símbolo que se ponga en el lugar de la posición objetal que abandona y que le produzca una satisfacción que la

sustituya. Pueden ejercer esa función de simbolizar, actos que ella realice en nombre de sí misma. A veces cuando la mujer tiene un hijo/a, supone una simbolización y desde entonces ya no se expone tanto a infectarse. Ella dirá que ahora tiene alguien más en quién pensar y no quiere enfermar. Esto quiere decir que él compañero ya no lo es todo porque ella ya no está en ese lugar objetal del que el nacimiento del hijo/a la ha rescatado. No siempre en estas parejas ser madres funciona como simbolización. Pero pueden serlo otras tomas de decisiones subjetivadoras: trabajar produciendo independencia para ella, realizar alguna actividad que siempre se ha querido hacer, cualquier acción que apunte a su autonomía. Es importante porque son recursos que el o la sanitaria puede impulsar y favorecer y estos cambios tendrán su efecto indirecto en la forma en que mantiene las relaciones sexuales.

Encontrar vías de realización personal da vida al sujeto y rompe la posición de objeto

Frente a todo esto el sanitario/a tendrá poca eficacia si insiste, sin más, en el uso de protección, en la medida en que puede no tener más efecto que reforzar la convicción de la mujer acerca de la fuerza de ese amor. Por el contrario programarse el tiempo necesario para un espacio subjetivo en el que puede abrirse el camino para el 'darse cuenta' y, en lugar de colocar a la mujer como objeto de nuestro saber, con consejos y prescripciones que reproducirían la posición objetal que mantiene con su compañero, ocuparnos de escuchar y apoyar vías de simbolización que den vida al sujeto.

A menudo, con este tipo de pacientes, el o la profesional de Atención Primaria tienen consultas habituales por diversos motivos en las que puede cambiar la actitud y objetivos con la usuaria en el sentido que estamos planteando, teniendo en cuenta la subjetividad.

El abordaje psicosocial tiene esta metodología diferente, no puede moverse del mismo modo que la atención biológica. Algún profesional pregunta: *¿Qué le puedo yo decir a esta mujer para que use preservativo?* Habría que plan-

tearlo de otro modo: *¿Cómo puedo ponerme a escuchar lo que dice esta mujer sobre lo que le ocurre para que ella se dé cuenta?*

Seguimos con otros casos que amplían aspectos del mismo problema:

> Una mujer cuya pareja es toxicómano, lleva un DIU (dispositivo intrauterino) para no quedar embarazada. Ella no quiere usar preservativo por miedo a que él la deje. Sufre etapas depresivas porque le aterra sólo pensar que pueda estar infectada y tener sida, pero su marido es para ella lo más importante.

La paciente acude reiteradamente con múltiples somatizaciones

Esta mujer consulta repetidamente en el Centro de Salud por ansiedad, depresiones y probablemente somatizaciones que la llevan a ir una y otra vez a demandar que se interrumpa su malestar. Acude siempre con este problema del temor a enfermar por causa de su marido y su incapacidad para protegerse.

No se protege porque no valora su propia existencia

Decíamos al hablar de las *identificaciones*, que la pasividad y la incapacidad para actuar procede de estar en una identificación que desvaloriza la propia existencia. No basta tampoco en este caso con detenerse en que ella no se valora suficientemente. La escasa autoestima de las mujeres es un problema relacionado también con el consenso de la función de la feminidad que se expresa a través de la pasividad y la carencia. Para que haya transformación en cada caso, hace falta que se despliegue la subjetividad y se muestre porqué cae en esta dependencia afectiva.

Está fijada en una identificación de pasividad y carencia

Este hombre, al ser toxicómano con consumo activo, es seguro que está portando esos rasgos de transgresor y arbitraria potencia que decíamos más arriba. Si ella siempre está deprimida es que su posición objetal está fijada. Puede que sea el caso en que una mujer dice: -*'si él me deja, me muero'*, dicho que, por cierto, se correlaciona con lo que diría el hombre que está enfrente: -*'si ella me deja, la mato'-.*

Él es todo para ella': está en posición objetal

Los relatos de los casos de los profesionales suelen detenerse, con frecuencia, en este punto en el que *'él es todo para ella'* denotando cuál es el lugar en el que surge la impotencia para continuar y transformar la situación. Es el *amor de entrega* por parte de la mujer y de asalto por el varón, el que deja momentáneamente sin palabras para formular otras preguntas. Hemos de pensar que si nos detenemos, es porque no podemos escuchar más en aquel punto en que estamos concernidos, que nos capta como si fuera una verdad final. Darse cuenta permite continuar y desplegar la escucha de más cuestiones a través de las cuales esta mujer, por ejemplo, pueda ver qué la tiene fijada en esa posición de pasividad. En esta escucha, lo importante es que mantengamos una postura que tenga en cuenta a la usuaria, sin reproducir su posición objetal, aunque es fácil que esto ocurra al venir ella ofreciéndose como objeto de nuestro saber para que le digamos qué hacer, o para que le resolvamos sus problemas. No hay porqué dar consejos directos sobre actuaciones. Lo que sí se puede, y se debe, es sugerir y apoyar claramente cualquier *vía de realización subjetiva* que se ponga al alcance. *La socialización*, es un cauce para llegar a ideas y recursos de realización. Entrar en grupos sociales de la comunidad, en grupos de apoyo mutuo, en actividades que rompan el aislamiento y permitan que esta mujer, o cualquier paciente fijado en una *identificación regresiva* y que le hace sufrir, empiece a tener otros espejos mediante los que circulen otras identificaciones. En un grupo, alguien le dirá una frase de aprecio, alguien le pedirá su opinión, algo o alguien, con seguridad, le devolverá una imagen suya que no será la de *sometimiento*, carencia en la que está en su pareja. Se producirá un *efecto de sujeto* cuando verbalice entonces la impresión que le ha causado verse considerada y respetada y darse cuenta de que en su pareja era como un objeto para él. Para las personas no son obvias ni conscientes las posiciones enfermantes y es a través de un proceso de subjetivación en el que el darse cuenta produce su efecto de levantamiento.

El sanitaro/a debe cuidar no reproducir la relación de dependencia

Sugerir y apoyar vías de realización subjetiva al alcance de la usuaria

Hay otros casos en que la mujer ha roto su relación con un hombre toxicómano:

Una mujer de unos 28 años mantuvo una relación de varios años con un hombre toxicómano con el que tuvo un hijo. Rompió aquella relación y estableció una nueva pareja. Al quedar embarazada de nuevo y al realizarle la analítica de screening resultó seropositiva a VIH. Su reacción es de pánico y bloqueo total de emociones.

La negación es la defensa contra el riesgo

La pregunta del sanitario/a es cómo manejar ahora esta situación. Sin duda es compleja pero lo primero que llama la atención es, que esta mujer que convivió con un hombre drogodependiente y tuvo un hijo, no se interrogara antes por la condición serológica de su compañero y la suya propia. Aunque no es seguro que no lo sepa cuando acude a control de embarazo, lo que sí es cierto es que no ha hablado de ello. Ha habido una defensa organizada de negación del riesgo. Ella debió mantener relaciones sexuales sin protección y está negando el riesgo o sintiéndose incapaz de protegerse. Puede que, en este caso, la negación haya sido el mecanismo principal, ya que el diagnóstico de portadora del virus la ha sorprendido brutalmente. Esta mujer rompió la relación anterior, pero habría que escucharla para que aparezca si no ha repetido el mismo tipo de relación con el compañero actual. Dentro de la misma línea, abrir el espacio a la subjetividad, y antes de intentar que ella tome decisiones sobre su embarazo el posible tratamiento con antirretrovirales, hablar con su actual compañero, plantearse la condición serológica de su primer hijo....todos ellos asuntos muy complicados.

Abrir el espacio subjetivo para evidenciar la defensa de la negación

El profesional podría acompañar en los procesos de negación que parece sostener esta paciente, que ha pasado por estas situaciones de evidente riesgo sin plantearse apenas nada y que, de nuevo, ante la noticia de ser portadora, se bloquea y puede que lo primero sea defenderse negando.

Si el sanitario/a pasa por alto cómo ha estado ella en sus relaciones, qué sabía y qué no, y se centra directamente en la toma de decisiones y consejos sobre la situación actual, se favorecerá la negación, al no haber oportu-

nidad de desplegar los precedentes de su situación actual. Esta posición del profesional sería también negadora en sintonía con la paciente, y obviaría su posición subjetiva que consiste en estar ajena a lo que le ocurre como si ella no tuviera nada que ver con ello.

Por el contrario, abrir la escucha para que la paciente pueda hablar de todos los antecedentes la pondrá en contacto con sus temores e incapacidades anteriores. Sin duda, si consigue ir hablando de ello, frente a una escucha no moralizante ni valorativa, irán surgiendo los condicionantes de género que la movían a no ser capaz de protegerse, probablemente condiciones del mismo tipo que en los fragmentos de casos anteriores.

La intervención con la pareja ha de tratar de no reproducir en la relación con el o la sanitaria, el mismo tipo de lazo que los mantiene en el riesgo

Por último, la posibilidad de intervención con la pareja es una opción siempre a valorar. Es frecuente que, en los servicios especializados, o en atención primaria, cuando la situación lo requiere se intervenga con ambos miembros de la pareja, sobre todo cuando el motivo de atención es lo que llamamos *'pareja serodiscordante'*. Tiene un riesgo el abordar el problema con el objeto de atención puesto en este diagnóstico, en la medida en que puede borrar la existencia de dos sujetos independientes, o que deberían serlo. Si las actitudes de riesgo proceden de una relación fusional de dependencia mutua, y con objetalización de la mujer, si en la relación sanitario/a-pareja, nos dirigimos a un ente fusionado, perpetuaremos precisamente la falta de diferenciación que es causa del problema. En este sentido, las intervenciones con la pareja deberían encaminarse a la escucha de cada una de las subjetividades. Este enfoque mismo puede producir el efecto de evidenciar a los pacientes su posición fusional y dependiente, primer paso para cambios posteriores.

Pareja en que el varón es usuario de prostitución

Un hombre joven, entre 30 y 35 años, mantiene relaciones con prostitutas sistemáticamente desde que nació su primer hijo.

> No utiliza medidas preventivas ni con las prostitutas, ni con su pareja. No cambia su conducta a pesar de que se le aconseja repetidas veces cuando acude a consulta a su centro de salud.

Los consejos y prescripciones de preservativo no han tenido efecto

Si ya se le ha aconsejado que tome medidas preventivas para ETSs y VIH y no lo hace, es necesario acceder a las actitudes que sostienen su conducta. Cuando, por ejemplo, este hombre le ha dicho a su médica que acude a la prostitución, es muy probable que ella no haya querido indagar más o preguntarle porqué hace esto, ya que, a menudo, parece más correcto no entrar en estas cuestiones personales respetando lo que hace sin demostrar desaprobación. Es correcto, efectivamente tener esta posición ética de no adoptar actitudes valorativas o moralistas, pero otras veces es necesario no detenerse en la obviedad de la conducta, sino que hay que dar la oportunidad de que el paciente despliegue lo que le ocurre. Esto sí, manteniendo el máximo respeto y una posición de neutralidad benevolente que facilite la apertura.

Abrir el interrogante de porqué actúa como lo hace

No es evidente que un hombre tenga que recurrir a relaciones sexuales con prostitutas y exponerse, exponerlas a ellas y a su mujer a enfermedades. Aunque pensemos que está sujeto a patrones clásicos de masculinidad, esto no evita el interrogante: ¿Por qué lo hace? No se trata de nuestra curiosidad, sino de que hasta que él mismo no se dé cuenta de qué lo impulsa, no podrá cambiar su actuación, ya que las prescripciones o consejos sobre estos temas no producen efecto.

Cuando él ha hablado con la médica y le ha contado cómo se está comportando, hemos de pensar que ahí ya hay una demanda, sino no hubiera dicho nada. Es cierto que él puede no ser consciente de que está demandando algo de forma implícita, pero el sanitario sí debe saber que todo aquello que se le dice puede contener demanda y ésta no es satisfecha con un consejo o indicación prescriptiva.

A la médica le ha llamado la atención que sea precisamente desde el nacimiento de un hijo cuando recurre a mujeres prostitutas. Efectivamente, es

Localizar el momento biográfico en el que aparece una conducta determinada, permite darse cuenta de la causa

muy importante, porque hay un momento en el que se puede localizar un posible cambio de identificación desde el que este hombre tiene esta nueva pulsión hacia las mujeres. Preguntarle qué le pasó cuando nació su hijo, que hable sobre cómo se encontraba, cómo veía a su mujer... que hable alrededor de aquel hito en el que entró en una nueva situación. De nuevo es abrir un espacio de escucha. Si pensamos en las posibles disposiciones psíquicas que pueden haber entrado en juego, el momento del nacimiento de un hijo es ese sensible *paso de dos a tres* en el que se puede restablecer el triángulo edípico, y este hombre puede haber pasado de ser amante de su mujer, a dejar de desearla porque la ha situado en el lugar de una madre.

Regresión a disposiciones psíquicas provocadas por el nacimiento del hijo

La particular salida del uso de la prostitución debe ser porque él se ha colocado en una identificación en la que, como hombre, su pulsión sexual se ha disociado de la de la mujer con cara, con nombre, susceptible de su amor, y ahora madre. Su pulsión se dirige ahora hacia mujeres anónimas, definidas sólo por el rasgo *'de ser usadas sexualmente'*. Frente a ellas el hombre ejerce una potencia sexual anónima, la mujer es tomada por lo que es (sólo sexo) no por *quién* es (sujeto de interrelación). La deriva por esta identificación tiene que haberse acompañado también de cambios en la relación con su mujer. Cuando el paciente hable de ella es muy probable que podamos escuchar palabras que denoten el juego de identificaciones en el que está. O puede que incluso también haya cambios en otras esferas de su vida, como el trabajo, la relación con sus padres.... Estas son el tipo de cosas que la médica ha de estimular que surjan y estar abierta a escuchar: las que muestren la posición subjetiva de este hombre desde un momento localizado.

Caída en disociación entre mujer/madre y mujer/sexuada anónima

Queda fijado en la satisfacción de su potencia sexual disociada de su vida afectiva

En la medida en que la construcción de la masculinidad está mediatizada por el pasaje por el *edipo* y por la identificación con el padre. ¿Cómo era? ¿Qué relación les une, o les separa? ¿Ha caído este hombre en una identificación con su padre, provocada por su propia llegada a la paternidad? Tenía su padre los rasgos de la potencia masculina ejercida sobre la mujer anónima, la prostituta?

Hay que aclarar que, de ningún modo, el sanitario/a ha de comunicar las hipótesis que pueda ir haciendo mientras escucha. Esto sería de una enorme violencia, podrían ser erróneas, y aún en el caso de que fueran acertadas, no producirían más efecto que el rechazo. Se trata sólo de conocer cuál es el funcionamiento del psiquismo humano y sus hitos, para ser capaces de oír lo que se dice. El efecto procede de esta escucha y de señalarle al paciente las localizaciones y posiciones cuando él las dice. Nuestra función es proporcionar el espacio para esta subjetivación, y establecer una relación en la que, en vez de poner la mano sobre la boca con indicaciones y opiniones, e incluso con especulaciones, miremos y escuchemos lo que sale de esa boca para que pueda ser utilizado por el propio paciente.

Contamos con la legitimidad de la posición que procede de que se nos ha dirigido una demanda, al ser esto así, ocupamos para el paciente un lugar de saber que puede ser puesto a su disposición, y lo que hagamos o digamos será tomado de forma distinta a lo que procediera de un amigo u otra persona a la que no se le supone un saber especial.

Si la médica se enfadara y le recriminara caería inmediatamente en una posición probablemente de padre o madre. Si sólo le habla del riesgo al que somete a su mujer, está como defensora de ella y sería como si la misma médica se sintiera agredida o en riesgo por su conducta. Es probable que entonces el paciente no volviera. En cualquier caso cada paciente puede transferirnos un lugar diferente según los rasgos o las actuaciones que tome en cuenta de nosotros.

Opción de intervención de pareja

En el caso de atención primaria, donde acude este paciente, se repite a menudo una complicación, que por otra parte podemos reutilizar positivamente. La médica recibe también en consulta a la mujer de este hombre. Él lo sabe. Esto nos puede suscitar el dilema ético sobre si es conveniente revelar a la mujer la conducta del marido para que pueda protegerse. Estas situaciones triangulares (hombre, mujer y profesional) han de ser maneja-

das con cautela. Si la médica se pone en el lugar de la defensa de la mujer, aun sin el consentimiento o sin conocimiento del varón, rompemos la relación de demanda y posibilidad de subjetivación y, en consecuencia, la posibilidad de incidir en su cambio de actitud y conducta. Ese lugar sitúa a la médica transferencialmente como perseguidora, es decir, como si ya no estuviera de su lado sino tras él, acusándole.

En intervenciones de pareja conviene mantener la posición de tercero neutral: facilitar un espacio simbólico

Para poder intervenir con la pareja es necesario mantener la neutralidad y actuar como catalizador del entendimiento entre ambos. No decir a uno o a otra lo que hayan de decirse, sino propiciar el diálogo entre ellos para que se comuniquen directamente. El que exista un tercero que posibilita el encuentro, ayuda a que sean dichas y percibidas cosas que no saldrían entre dos. Siempre hay una parte de lo que se dice y hace que está dirigido a la escucha del tercero, y que permite al otro conocer aspectos a los que no hubiera podido acceder sólo entre los dos. Esta función del tercero que escucha es la de un *espacio simbólico*, en el que se puede manifestar lo subjetivo que de otro modo permanece opaco a uno mismo y,desde luego, al otro miembro de la pareja. Lo cierto es que, aunque no estemos físicamente con la pareja, cuando escuchamos a uno de ellos, ya estamos funcionando como un tercero que permite subjetivación. Uno habla (el varón en este caso), habla de la otra (la pareja) y el tercero (el sanitario/a) escucha sobre los dos. Si el encuentro es además con los dos miembros de la pareja, es aún más necesario cuidar la neutralidad del tercero, para que lo subjetivo de ambos pueda ponerse en relación entre ellos. Es muy distinto utilizar este tipo de intervención para decirle a uno delante del otro lo que tendría que hacer, de ese modo nos situaríamos siempre en una posición significativa de perseguidor, como decíamos antes, de cuidador/a, de recriminador/a, de poder, de conciliador/a.... de cualquier papel que interviene como parte del problema y prescribe conductas.

En este contexto, se trata de facilitar el diálogo entre ambos sobre el problema del varón, su conducta en que arriesga su salud y la de ella, teniendo

siempre muy en cuenta que hay que ofrecer continuidad y apoyo a ambos, incluso posteriormente por separado si lo prefieren, para elaborar lo que vaya surgiendo.

La atención del paciente es un proceso que siempre permite compartir las intervenciones con el equipo y derivaciones intermedias

Siempre esta además el equipo, sobre el que se pueden repartir las intervenciones según las características de los profesionales disponibles, así como derivaciones intermedias una vez que se ha creado demanda en uno, o ambos, usuarios, demanda que, si se ha ido abriendo el espacio subjetivo, estará siempre más allá del punto de comienzo. Al principio había un cierre a modificar prácticas sexuales de riesgo, más adelante la demanda podrá estar en resolver lo que le ocurre con su mujer y su familia, en definitiva lo que a él le empuja a relaciones con prostitutas.

En definitiva, modificar las prácticas y actitudes ha a de tener, a menudo, un recorrido del proceso de subjetivación, sin el que los consejos no tienen efectos.

Otro caso muy común:

> Mujer de aproximadamente 50 años, casada con un hombre también de mediana edad y bebedor habitual que suele ir los fines de semana a la prostitución. Se lo oculta a su pareja. Ella lo intuye, pero se calla y no le comenta nada al marido.

Pareja sujeta a modelo tradicional de género

En este caso, el uso de la prostitución es una conducta habitual de este hombre, quizá lo haya hecho toda la vida. Probablemente esté sujeto al modelo tradicional de relaciones de género, considerando que la masculinidad pasa por demostrar su fuerza, su capacidad sexual, y sea a través de las prostitutas y la bebida donde obtiene sus primarias satisfacciones.

Consulta la mujer que mantiene una negación acerca de lo que su marido hace. Los riesgos que ella corre son los propios de posibles prácticas sexuales de riesgo y exposición a posibles ETSs, y esto nos concierne en cuanto a

la prevención de su salud, pero además, el modo de vida sujeta a un modelo de género tradicional del que proceden riesgo psicosociales, como una situación de dependencia, subordinación, resignación, factores todos ellos que están justificando la negación defensiva de la situación.

Si la usuaria ha planteado la cuestión, podemos tener en cuenta la demanda que esto supone. Una vez más, no sería muy útil decirle directamente que tiene que usar preservativos para protegerse, sino abrir un espacio para que se despliegue la forma de vida de pareja y cómo se siente ella al respecto, para poder valorar qué problemas están existiendo y que ella aprecie esos problemas.

Escucha subjetiva. No pasar por alto los factores psicosociales de género: dependencia, sujeción, resignación

Nuestra escucha debe estar dispuesta a que nos plantee que vive en una relación de pareja con temor a la pérdida de la convivencia, dependiendo del marido para subsistir; temor posiblemente a actitudes agresivas que el alcohol propicia, soportar el desprecio que supone que cada sábado regrese a casa bebido y después de haber estado con otras mujeres, y ante todo ello no dar respuesta alguna, es una posición de sometimiento por la dependencia económica y afectiva. A menudo, estas situaciones nos parecen inmodificables.

No caer en un pacto tácito de género que no permite escuchar los condicionantes

No es infrecuente que los y las sanitarias dudemos si la mujer elige libremente este tipo de vida porque le compensa, y pensemos qué derecho tenemos de cuestionarlo y sembrar inquietud donde quizá una mujer, con sus mecanismos de defensa, se sostiene porque no le queda otro remedio. Esta actitud se apoya en nuestra propia resignación que propicia un *pacto tácito* de género que entra en acción cada vez que ignoramos los factores psicosociales de sujeción, dependencia y resignación y, en consecuencia de riesgo.

En esta línea, si nuestra actitud refleja también resignación, desconfianza en la posibilidad de cambio, temor a que la situación se desestabilice y pue-

da haber agresiones o ruptura del vínculo, eso es lo que captará la usuaria. A menudo, por omisión también transmitimos actitudes, que en este caso sería una actitud inmovilista como la mujer mantiene defensivamente. Sin embargo podemos tener confianza en la capacidad de cambio cuando este es para ganar en autonomía, en posibilidades de realización personal, autorresponsabilidad, autoestima, todo ello necesario para defender la propia salud.

La posición subjetiva estará fijada en una identificación de *cuidadora y madre*

Es probable que la mujer haya cubierto sus necesidades de realización personal a través de la maternidad y el cuidado de los otros. Que esté permanentemente identificada con *una madre*. Dentro de esta identificación, la satisfacción sexual es secundaria, las propias necesidades se suponen siempre en segundo plano, la actitud de donación está por encima. Esta fijación en el papel de cuidadora y madre tiene su tope precisamente hacia la edad madura, cuando es depresógeno, sino lo ha sido ya antes, porque el sujeto está siempre en función de las necesidades de otros.

Apoyo a la autonomía, al diálogo y a la socialización

Los cambios pueden ser pequeños, poco a poco. Desde luego no se trata nunca de empujar a conflictos de pareja o separaciones como alternativa, sino al cuestionamiento de la resignación y el temor. Por medio de nuestra actitud podemos lanzar mensajes que aumenten la capacidad y confianza en sí misma, si nosotros confiamos en que los condicionantes de género se pueden remover.

La información sobre los riesgos, el apoyo para el dialogo y pacto con el marido, la oferta de nuestra mediación catalizadora de ese diálogo, junto a la oferta de apoyo en el proceso, pueden animar a la mujer a comenzar el desvelamiento de los aspectos de la relación con su marido que la perturban y la dañan.

Los grupos de mujeres son un recurso inestimable para encontrar otros modelos de funcionamiento, para apoyarse en las imágenes que otras mu-

jeres proporcionan y que apoyan para la salida de una posición de ausencia subjetiva.

Parejas en que el varón mantiene relaciones fuera de la pareja

Veremos los casos de parejas sexuales múltiples, primero desde el punto de vista del varón. Un caso planteado por un sanitario:

> Varón de 45 años, casado y con dos hijos, orgulloso de su situación familiar y de su mujer. Mantiene desde hace varios años una relación con una chica 10 años más joven que él, con encuentros esporádicos. Lo menciona en consulta porque la chica tiene una ETS de escasa gravedad y le ha dicho que le vean a él por si necesita tratamiento y no desea que su esposa se entere de esto.

Existe riesgo de ETSs a través de la cadena de parejas múltiples

Este caso interesa en la medida en que existe un riesgo de salud para ETSs y VIH/sida, en cuanto que estas personas están en una cadena de parejas sexuales múltiples que ya ha mostrado un efecto con la ETS que la joven ha contraído y que puede transmitirse entre ellos. La particularidad es que el hombre y su joven amante tienen acceso a la percepción del riesgo porque saben que cada uno tiene relaciones con más de una persona, no así la esposa, que está expuesta a un riesgo que probablemente desconoce. Esta asimetría puede ser objeto de nuestra atención de salud.

La formula de relación que se nos muestra, un hombre que mantiene en su vida íntima relación con dos mujeres, es muy frecuente y, además, son situaciones que parecen muy estables porque pueden durar mucho tiempo sin que ninguno de los implicados fuerce una ruptura.

L a estructura subjetiva del hombre que vive esa situación podríamos decir que es típicamente masculina, al menos según la construcción de la masculinidad que se produce en nuestra sociedad. Esta estructura está caracte-

rizada por la duda, siempre la duda entre dos alternativas. La dificultad para decidirse entre una alternativa u otra es una constante, mientras no se decide, no se compromete, y si no se compromete, no llega a un logro final, sea éste bueno o malo. Esta posición de mantener la indecisión llega a ser provocada inconscientemente. Si se presenta una alternativa única, el propio sujeto se encarga de inventar o proponerse una segunda posibilidad para mantenerse en la duda. El fin último es no llegar al logro[54] y mantenerse siempre *'entre dos*', entre dos posibilidades, entre dos aguas, entre dos personas, entre dos mujeres. Este estar en medio de dos posibilidades, lo que permite no realizar del todo el deseo, es una posición subjetiva que obtiene su estabilidad cuando esas dos alternativas se mantiene presentes. Por eso, cuando se materializa en la vida amorosa mantenerse entre dos mujeres, la situación es largamente estable mientras que ninguna de las dos exija más y le confronte con una elección. A menudo si se ve obligado a elegir, optará por la mujer que le proporcione más estabilidad, menos exigencias pulsionales, mejor posición social, y que posibilite en un futuro próximo volver a encontrar otra mujer que poner en el otro lado para continuar él estando *en medio*. Es el resultado frecuente: si se fuerza una separación de la pareja estable y oficial, poco después también se estropea y se rompe la relación con la amante. Si se opta por quitar del escenario a la amante, no tardará en aparecer otra, y él se justificará pensando que lo hace porque es *'su naturaleza'*. Diríamos, con más ortodoxia, que es la estructura que requiere su deseo.

La estructura subjetiva del usuario se caracteriza por el estar *'entre dos'* mujeres

En realidad se trata de un desasimiento incompleto de las figuras parentales, ya que el deseo se proporciona siempre un escenario en el que el uno, el sujeto, pueda estar imaginariamente entre dos figuras deseadas, pero ambas inalcanzables, y la plena realización de la posesión de una u otra es en

Se mantiene un escenario edípico y, por tanto, inmaduro, que él considerará casual

54. Es la estructura psíquica que Freud llamó 'obsesiva' , mas conocida por sus excesos en cuanto a manías y obsesiones, que por su presentación más habitual y cotidiana de una forma de ser siempre entre dos.

cierto modo imposible y muy especialmente prohibida. ¿Qué figuras son esas? ¿Qué otras figuras hay deseadas, a la par que prohibidas, porque ya pertenecen a alguien? Son las figuras parentales. Se trata de una fantasía sujeta a la estructura edípica, en la que el niño está entre el padre y la madre, desearía a la madre, pero pertenece al padre que funciona como prohibidor. Si, como exponíamos en el capítulo de desarrollo y contingencias de la construcción de la subjetividad, en la adolescencia el desprendimiento del triángulo edípico no se produjo completamente, el sujeto continúa funcionando *'como si'* restableciera un triángulo edípico, escenario para su deseo en las relaciones que va estableciendo. Así, una de las mujeres quedará situada en el ángulo de la función paterna. Le tocará un papel de organizadora, prohibidora, será la que se ha de enfadar cuando él se porte mal, y las relaciones sexuales será ocasionales y siempre alrededor de unas condiciones especiales[55]. Será la madre de los hijos/as, en realidad como si fuera *'el padre'* de los hijos, cargará con las responsabilidades y sus quejas serán la inmadurez de su marido que no se ocupa de nada. La *'otra'* ocupará un lugar de mujer deseada, pero no puede ser siempre accesible y pertenecerle completamente, porque entonces caería de lleno en la función de una madre, ya que está situada sobre esa esquina del triángulo, y como tal dejaría de funcionar. Debe mantenerse siempre no poseible, entonces será deseada. Una característica de esas situaciones es que el varón, y en realidad los tres, se dan cuenta de que cuando está con una, puede hacerlo porque sabe que está la otra y viceversa. Que él pueda correr de una a la otra, es condición indispensable. Él es el niño que está en medio.

El varón del caso está orgulloso de su mujer, de sus hijos, no tiene la menor intención de romper esta relación para estar en exclusiva con la amante, tan esporádica como estable.

55. **Gerard Pommier**, en *El uso erótico de la cólera*, expone estas condiciones del deseo, y cómo a menudo los ataques de cólera de la mujer culminan en una relación sexual.

¿Qué intervención de salud nos podemos plantear? Si el varón nos pide confidencialidad para con su esposa, sin duda debemos mantenerla. Pero en cuanto al riesgo al que la expone sin su conocimiento, hay que desplegar cómo se plantea él la situación. Debemos tener en mente que ni nos corresponde aleccionar sobre la fidelidad, ni tendría ningún efecto, ya que las causas de su forma de vida y su conducta sexual están en su estructura subjetiva. Es probable que escuchemos excusas acerca de que la amante no significa nada importante, que su mujer no aceptaría su existencia, y que no está dispuesto a modificar nada. Sin embargo su responsabilidad subjetiva debe ser asumida y podemos orientar la intervención, no al intento de modificación de su forma de vida, sino a propiciar un efecto de sujeto si él toma conciencia de que mantiene activamente el estar e*ntre dos mujeres*. De ahí puede surgir la toma de responsabilidad en el cuidado de las personas que le rodean por riegos que no son casuales ni arbitrarios.

La intervención sería útil si se le devuelve su responsabilidad subjetiva

Un efecto de sujeto favorecerá la toma de responsabilidad en el cuidado

Para ello se trataría de que mantuviéramos una postura de neutralidad benevolente, como corresponde a nuestro lugar de *tercero*, y no mostrar ni escándalo por sus actitudes, ni tampoco inocencia ante lo que puede mostrase como una conducta casual. El saber sobre lo que puede estar empujándole en su estructura, como decíamos arriba, bastante típicamente masculina en el contexto actual, puede ayudarnos a devolverle un poco de saber sobre sí mismo.

Analizamos un caso en el que es la mujer la que mantiene relación sexual fuera de la pareja.

> Pareja de 45 años aproximadamente, que llevan 20 años casados, ya con un nieto, ambos trabajan y cuentan con buenas condiciones económicas. Ella acaba permitiéndose una relación con un compañero de trabajo que la seduce. Tras un tiempo intenta acabar la relación porque le provoca un gran sentimiento de culpa: *"no puede soportar que engaña al marido"* y decide confesarlo. Él acepta la confesión y cree que la relación con el otro finaliza. A partir de ahí ella sigue deseando al otro y siente *"asco"* por su marido.

Contingencias, como el nacimiento de un nieto y el paso de la edad, mueven las identificaciones

De nuevo es en el comienzo de la mediana edad, después de dos décadas de matrimonio, cuando cambian algunas condiciones que llevan a una relación fuera de la pareja. El caso nos permite analizar alguna de estas contingencias. Se dan tres tiempos en el relato presentado: la primera década de pareja estable, posiblemente armoniosa, con una relación aceptable entre ambos, en la que se realizan, no sólo a través de la pareja y los hijos/as sino, en el trabajo y los logros sociales. La estabilidad de todo ello, pierde solidez, al llegar a cierta edad y, posiblemente, al llegar a ser abuelos.

Localizar los momentos de cambio de identificación permite entender las actuaciones

Aparece un segundo tiempo: la seducción de un compañero de trabajo mueve en la mujer el deseo y *"se permite"* acceder a una relación con un hombre que le pone de manifiesto su capacidad para despertar deseo, cuando esto parecía una condición juvenil ya lejana. Esta mujer acaba de tener un nieto, y desde esta identificación de *'abuela',* pasa por la relación con el compañero de trabajo a la de *'mujer que seduce'*. Este segundo tiempo está marcado por la culpa hacia el marido.

Aparece disociación entre las figuras masculinas cada una de las cuales provoca sentimientos distintos

Y el tercer tiempo, confiesa a su pareja la relación exterior tras lo cual el deseo continúa y el marido le da *'asco'.* Cambia el signo de sus sentimientos hacia él, de *marido engañado* al que quiere, pero frente al que se siente culpable, pasa a sentir una forma de desprecio porque no ha sido capaz de impedir el curso del deseo hacia el otro y recaptar su deseo de mujer haca él. El marido ha caído del lugar de *potencia* (de capacidad para convocar el deseo) en el que ella lo podía tener situado, el desprecio procede de esa caída. Ella reclama o demanda algo cuando revela al marido su identificación de mujer que seduce, demanda que interrumpa su pulsión hacia otro hombre no permitido y que recapte la seducción hacia él. Pero esta demanda no resulta atendida. La disociación del deseo de la mujer, que aparece al principio del episodio, la divide también a ella entre dos hombres frente a los que siente de forma muy distinta. Cada uno ocupa un lugar diametralmente opuesto en la estructura del deseo: el marido es el padre, también abuelo, tolerante y caído de la representación de potencia masculina para

ella(no necesariamente estos rasgo tendrían que hacerle caer pero si ha sido así para esta mujer) y el compañero de trabajo, seductor, prohibido aunque accesible para encuentros sexuales que convoca la identificación sexual femenina. Es una disociación de las figuras masculinas, y por tanto de su deseo, que modifica la relación de pareja que duraba desde hace más de 20 años.

Si el caso se presenta en consulta, por cualquier demanda de salud asociada, al malestar y los síntomas que esta mujer pueda presentar, así como los riesgos asociados a sus relaciones sexuales, pueden ser tratados, teniendo en cuenta que la esfera afectiva de la usuaria está inestable y es fuente de ansiedad. Una vez más, la escucha hasta donde pueda ver sus posiciones subjetivas facilitará su autorresponsabilidad y capacidad de decisión. De otro modo, es más fácil que la mujer se sienta víctima de los acontecimientos y de las actuaciones de los demás y sin capacidad para modificarlos, lo cual es una de las mayores fuentes de ansiedad.

Ser consciente de la posición subjetiva permite responsabilizarse de los acontecimientos

Otro caso sobre relacione sexuales fuera de la pareja, ahora de una mujer más joven

> Acude a consulta una joven de 23 años que mantiene una pareja estable desde hace 8 años. Circunstancialmente, en el fin de semana, ha ido con unas amigas a una excursión. En una disoteca ha conocido a un joven, se ha sentido atraída y ha mantenido relaciones sexuales con él sin utilizar preservativo. Después le empieza a parecer que ese joven es homosexual y empieza a tener miedo de que le haya transmitido una ETS. Si eso ocurre le preocupa que entonces su pareja estable pueda descubrir el '*desliz*'.

La realidad de relaciones sexuales ocasionales fuera de la pareja estable es hoy posible a todas las edades. En este caso se trata de una mujer muy joven que, sin embargo, trata de ocultar lo que ella llama *'un desliz'*. Se ha deslizado por el terreno del deseo hacia un hombre deconocido y probable-

La fantasía de seducción motiva relaciones sexuales ocasionales fuera de la pareja

mente seductor. La seducción es una fantasía universal en el imaginario femenino (también en el masculino). Es una atracción hacia un hombre portador de rasgos que lo convierten en enigmático, sexualmente atrayente, algo inaccesible y que, sin embargo, vuelve su mirada hacia la mujer. La mirada es un movilizador de la pulsión de máxima importancia y principal vehículo de la seducción. La pareja estable acaba por no ser portador de los rasgos necesarios para la seducción. En primer lugar porque es un objeto logrado, un hombre conseguido. Hay una cierta economía psíquica[56] en la que decae el interés sexual por un hombre cuando la seducción ha sido lograda. En la pareja aparece entonces el cariño, el amor, pero queda libre el espacio de la fantasía seductora. Es el caso que nos ocupa, en que la joven entra en un episodio de seducción con un desconocido. Frente a él, ella se identifica con una mujer deseante y actúa en consecuencia. Se desliza por el escenario que propicia la identificación de mujer deseando a hombre que hasta entonces no le pertenece. Dura lo suficiente para llegar al acto sexual, inmediatamente después del cual a ella le parece que es gay. Verlo como homosexual es la forma más obvia de caída de su atractivo masculino. Una vez lograda la seducción, deja de atraer, hasta el punto de que es percibido como homosexual, lo que para la usuaria va asociado esterotipadamente a que sea posible transmisor de ETSs.

Darse cuenta de la propia posición subjetiva, evita la falta de control de la inocencia

El despliegue subjetivo de la experiencia pasará por que ella se vaya dando cuenta de que lo que la movió a este *'desliz'* es una condición de su deseo que se puede repetir en cualquier otro momento. Un enfoque moralista sobre la infidelidad la situaría en una posición infantilizada, como si ella fuera ajena a no se sabe que impulsos infundados, a cometer errores que no entiende y que ha de ocultar a su pareja para preservar su crédito personal y su relación. Esta posición facilitaría más que su pareja resultara como un padre que puede recriminar una mala conducta, y esto comprometería el

56. Es la llamada estructura histérica, que no quiere decir que se trate de una persona neurasténica, sino que se define porque la fantasía que guía el deseo es la fantasía de seducción.

deseo sexual entre ambos. Sin embargo, una toma de posición subjetiva permitiría tomar acciones conscientes, sin el riesgo de retrotraerse a la inmadurez del triángulo edípico.

La actitud del sanitario o sanitaria debería una vez más no caer en esta ultima perspectiva, sino en la anterior, aquella en que señale y devuelva la perspectiva del sujeto que se dé cuenta de dónde proceden sus acciones, para que se haga dueña de las mismas. Que la relación sexual fuera sin protección, es consecuencia de la actitud de ella (no sabemos nada aquí de él, que tendría también su parte) inmersa en un acto de seducción, con aparente improvisación y, sobre todo, con la fantasía de ser ajena a cualquier intencionalidad en el acto sexual. Dejarse llevar, como si el propio deseo no estuviera guiando los actos, lleva a no ser capaz de introducir una pausa para controlar y proponer activamente el preservativo. Esto haría evidente para ella misma la falta de inocencia, componente necesario del seducido, - seducida en este caso -, en la fantasía de seducción.

El o la sanitaria apoyará la conciencia subjetiva para favorecer el autocontrol sobre las propias actitudes

Personas sin pareja estable que mantienen relaciones sexuales

Por último, la categoría de personas que mantienen relaciones sexuales, que pueden ser múltiples, aunque no sean simultáneas en el tiempo, es cada vez más frecuente porque, cada vez más, hay hombres y mujeres que no viven en pareja durante largos periodos de tiempo, pero mantiene relaciones sexuales esporádicas, ocasionales, medianamente estables durante temporadas, sin llegar a constituir una pareja.

> Una mujer de 40 años, vive sola con sus dos hijos. Ha mantenido relaciones sexuales ocasionales en los últimos años, pero siempre ha utilizado preservativo. Hace unos meses conoció a un hombre con el que, cuando han llegado a las relaciones sexuales, ella no ha sido capaz de proponer el preservativo. Está preocupada porque teme haberse infectado de alguna ETS o incluso de VIH.

Mantener parejas múltiples no es una conducta de riesgo si se hace con protección

Durante bastante tiempo, esta mujer ha sido consciente de los riesgos y ha sido capaz de interponer medidas preventivas y cuidarse. Es común que las personas sin pareja estable, que mantienen relaciones sexuales ocasionales, y que no están sujetas a un modelo tradicional de relaciones, ni a posiciones de poder–subordinación en el terreno íntimo, no tengan dificultades para protegerse porque no hay actitudes de resistencia.

La posición emancipada de relaciones de poder-subordinación puede tener caídas momentáneas según las contigencias

Sin embargo, el caso de esta usuaria nos muestra que, frente a una contingencia determinada, pueden modificarse actitudes que parecían seguras. Es cuando aparece el riesgo. Con el hombre que está actualmente en relación hay cosas diferentes a los anteriores, que hacen que ella se sitúe de otra manera. Cuando la mujer habla un poco más de él y las circunstancias, se ven los signos de su entrada en una identificación con valores más clásicos. Él es más mayor y ha mostrado un interés en ella, no sólo sexual, sino parece también proclive a una pareja estable con ella. Se interesa por los asuntos de sus hijos. A ella le ha llamado la atención su estilo protector. En este contexto es donde ella probablemente responde comportándose como lo haría una mujer más clásica, que prevé la llegada de una relación de pertenencia, una pareja estable un hombre que del mismo modo que es protector, puede que desee una mujer en exclusiva. Han tardado en llegar a relaciones sexuales y ella ha procurado además mantener velado su modo de vida con relaciones ocasionales. Intuitivamente va entrando en un imaginario de exclusividad. Así durante los encuentros sexuales, proponer el preservativo hubiera sido mostrar sus conocimientos y su capacidad de control sobre estos asuntos. Si entra en una identificación de *mujer recatada* actuará en consecuencia sin pensarlo demasiado. Pensar viene después. Y en el encuentro con el sanitario o sanitaria, tener la opción de pensar un poco sobre la motivación subjetiva de su actitud de riesgo, es lo que le permitirá controlarlo en lo sucesivo.

Bibliografía

Aberastury, A y Knobel, M (1970). *La adolescencia normal*. Buenos Aires, Paidós,

Actúa Dona , Dona i Sida.: *Dossier de los discursos expuestos en el Parlament de Catalunya.* Comissió d'Estudi sobre la SIDA. Barcelona, 21 de Febrero de 1997.

Anzieu, Annie (1993). *La mujer sin cualidad. Resumen psicoanalítico de la feminidad*. Buenos Aires, Biblioteca Nueva.

Balint, M. (1986). *El paciente, el médico y la enfermedad*. Buenos Aires, Libros Básicos.

Bataille, George (1971; e. o. 1957). *El erotismo*. Barcelona, Mateu.

Burin, Mabel y Meler, Irene(1998). *Género y Familia. Poder, Amor y Sexualidad en la Construcción de la Subjetividad.* Buenos Aires, Paidós. Psicología Profunda.

Campell, Carole (1995) Male gender roles and sexuality: Implications for women's Aids risk prevention. *Soc.Sci.Med*. 1995, Vol.41, nº2,pp.197-210

Castilla J, Barrio G, de la Fuente L, Belza MJ.(1998) Sexual behavior and condom use in the general population of Spain, 1996. *AIDS Care* 1998; 10:667-676

De la Cruz, Carmen. (1998) *Guía metodológica para integrar la perspectiva de género en proyectos y programas de desarrollo".* Emakunde/Instituto Vasco de la Mujer, Vitoria/Gasteiz. [on line] www.emakunde.es

Dio Bleichmar,Emilce (1984) *El feminismo espontáneo de la histeria*. Madrid, Adotraf.

Dolcini, M.Coates, T. Catania, J. Kegeles, s Hauck, W. (1995) Multiple Sexual Paterns and their psychosocial correlates: the population-based AIDS in multiethnics neighborhoods study. *Health Psychology,* 1995, Vol. 14, nª 1, 22-31

Doltó, Francoise (1994; e. o. 1984) *La imagen inconsciente del cuerpo*. Barcelona, Paidós.

Federación de Planificación Familiar de España. *Prevención del embarazo y de la transmisión heterosexual del VIH/SIDA en mujeres expuestas.* Tomo I: 1994, Tomo II: 1995

Foucault, Michel (1983; e. o.1979). *El orden del discurso*, Barcelona, Tusquet.

Freud, Sigmund. (1972; e. o.1913) *La disposición a la neurosis obsesiva*. Obras completas.Madrid, Biblioteca Nueva.

(1901) *Psicopatología de la vida cotidiana*.

(1905) *Tres ensayos para una teoría sexual. La metamorfosis de la pubertad*

(1908) *La novela familiar del neurótico*

(1912) *Totem y Tabú. Algunos aspectos comunes entre la vida mental del hombre primitivo y los neuróticos*

(1912) *La dinámica de la transferencia*
(1914) *Introducción al narcisismo*
(1917) *Teoría general de las neurosis. La transferencia*
(1921) *Psicología de masas y análisis del yo. La identificación*.

García-Mina, Ana. (2000): A vueltas con la categoría de género. *Papeles del Psicólogo:* nº 76.35-39

Golse, B. (1987) *El desarrollo afectivo e intelectual del niño*. Barcelona, Masson.

Grupo de Especialista en *mainstreaming* de género(EG-S-MS) *(1999) Mainstreaming de género. Marco conceptual, metodología y presentación de "buenas prácticas".* Consejo de Europa. Estrasburgo, mayo 1998. Edita Instituto de la Mujer. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Madrid 1999

Instituto Nacional de Estadística. *Encuesta de Fecundidad de 1999*. Diciembre 2000. [on line] www.ine.es

Irigaray, Luce (1982; e. o.1977) *Ese sexo que no es uno*. Madrid, Saltés.

Lacan, Jacques(1981; e. o.1975*). Los escritos técnicos de Freud*. El seminario de Lacan*.* Libro *1*. París, Seuil. Barcelona, Paidós,
(1954-1955) *El Yo en la teoría de Freud y en la técnica psicoanalítica*. Seminario 2. 1983
(1949) *El estadio del espejo como formador de la función del yo tal como nos lo revela en la experiencia psicoanalítica*. Escritos 1, 1975
(1961) *La metáfora del sujeto*. Escritos 2, 1975
(1956-1957) *Del complejo de Edipo. La relación de objeto*. El seminario, Libro 4. 1994
(1964) *Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis*. El seminario Libro 11.Ed. du Seuil 1973. Paidos 1987

Langer, Marie (1983; e. o. 1951). *Maternidad y sexo*. Barcelona, Paidós.

Lemoine-Luccioni, Eugénie *(1976) La partición de las mujeres*. Buenos Aires, Amorrotu.

McDonald, Peter (2000). "Gender Equity in Theories of Fertility Transition". *Population and development Review* 26(3):427-439. September.

Meler, Irene; Tajer, Débora Compl.(2000) *Psicoanálisis y Género*. *Debates en el Foro*. Buenos Aires, Lugar Editorial.

Méndez, Elvira(1990). Mujer y relaciones interpersonales. Informe de situación. Symposium Internacional Mujer y Calidad de Vida*.* Barcelona

Millett, Kate (1995; e. o. 1969*) Política Sexual*. Madrid, Ediciones Cátedra e Instituto de la Mujer.

Moatti JP, KABP-Grupo Investigador y Análisis de los comportamientos sexuales en Francia.(1996). Investigación social sobre la infección del VIH y la conducta sexual: lecciones para la prevención. En : Páez D., Ubillos S., Paichelier J. *El desafío social del Sida.* Madrid, Editorial Fundamentos.

Money, John. (1982; e. o. 1955) *Desarrollo de la Sexualidad Humana*. Madrid, Ediciones Morata. (1985) Gender: History, Theory and Usage of the Term in Sexology and its Relatonship to the Nature. *Journal of Sex and Marital Therapy,* 11:71-79

ONUSIDA (2000). *Los hombres marcan la diferencia*. Campaña mundial contra el sida Diciembre.

Organización Mundial de la Salud (OMS) (1993). *La estrategia Mundial contra el Sida*. Serie OMS sobre el Sida, nº 11, Ginebra

Páez, Dario. Ubillos, Silvia. Paicheler, H. " Representaciones sociales del sida: una revisión empírica y teórica". *Revista Sida. Pub. Of Seisida*. Enero 1994. Vol 5 nº 1:6-13

Pannos Institute (1995) *Triple riesgo. Mujeres y Sida*. Madrid, Ed. Icária.

Pommier, Gérard (1997). *El amor al revés*. Buenos Aires, Amorrortu.
(1996; e. o.1994) *Del buen uso erótico de la cólera y alguna de sus consecuencias*. Buenos Aires, La Flor.
(1999; e. o.1998). *Louis de la Nada. La melancolía de Althuser.* Buenos Aires, *Amonortu*.
(1999.) *La depresión*. Conferencia dictada en el Colegio Oficial de Psicólogos de Valencia.

Rocheblave Spenlé, Anne-Marie (1968). *Lo masculino y lo femenino en la sociedad contemporánea*. Madrid, Ciencia Nueva.

Rubin, Gayle(1975). "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

Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida. Registro Nacional de Casos. *Informes trimestrales*. 2000. Ministerio de Sanidad y Comsumo

Serra, Jose Luis. (1997). "Dinámica familiar". En :V.F Gil; j. Merino; D. Orozco; F. Quirce Compil.. *Manual de Metodología de Trabajo en Atención Primaria*. Madrid, Universidad de Alicante . Ed Jarpyo.

Stoller, R.J. (1968) : *Sex and Gender. The Development of Masculinity and Feminity.* London Karnak Books

Thurén, Britt-Marie: Del sexo al Género. Un desarrollo teórico 1970-1999. Antropología, marzo 1992 nº 2: 31-55

Tizón García, J. (1996). *Componentes psicológicos de la práctica médica. Una perspectiva desde la atención primaria.* Barcelona, Biblária.

Tubert, Silvia. (1988). *La sexualidad femenina y su construcción imaginaria*. Madrid, El Arquero.

Valverde, Guillermo. "Médicos y pacientes. Información es poder". *Lo +positivo*, nº 8

Valls, Carme. (1990) *Aspectos de morbilidad Femenina Diferencial*. Simposium Internacional Mujer y Calidad de Vida. Barcelona Octubre.

Vanoss Marin, Barbara y cols. (1997) Condom use in unmarried latino men: a test of cultural constructs. *Health Psychology.* 1997, Vol. 16, nº 5, 458-467

Vegetti , Silvia: (1990*) El niño de la noche. Hacerse mujer, hacerse madre*. Madrid, Cátedra. Instituto de la Mujer.

Velasco, Sara. (1999). *Prevención de la Transmisión Heterosexual del VIH/SIDA en mujeres.* Madrid, Instituto de la Mujer, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales y Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida, Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid, 1ª edición 1999, 2ª Edición 2000.

(2001) Programa de intervención en profesionales de salud sobre prevención de la transmisión heterosexual del VIH/sida en mujeres*. Rev Of Seisida*. Vol 12, nº 4 abril 2001, 245-248
(1995; e. o. 1992). *Naufragios. Mujeres y aborto*. Madrid, Libertarias Prodhufi.
(1994) "Una forma de escuchar la endometriosis". *Revista Diálogos*. Nº 0, julio 1994, 13-15
(2001) "Reflexiones sobre la atención en planificación familiar. Relaciones de género y salud de las mujeres".
Informació psicológica. Nº 76 agosto 2001, 78-83

Velasco, Sara. (2002) *Revisión epidemiológica sobre evolución de la transmisión heterosexual del VIH/Sida en mujeres en España*, (próxima publicación), Madrid. Instituto de la Mujer y Seminario del Plan Nacional sobre el Sida.

Yordi, Isabel. (1996) "*Las mujeres y el sida: una amenaza creciente". Revista ENTRE NOUS. Nº 32, Mayo.*

Yordi, Isabel. (2001) *Mainstreaming gender in health: the need to move forward.* En Seminar of Gender Mainstraming Health in Europe. Madrid, Septiembre 2001. (En imprenta) Instituto de la Mujer. Oficina Regional para Europa, OMS.