



La deconstrucción de la psicopatología en el ámbito de la asistencia sanitaria: retos de investigación e intervención

Psychopathologic deconstruction in health care: research and intervention challenges

Carme Valls-Llobet
Universitat de Barcelona

Resumen

El cuerpo de las mujeres ha sufrido múltiples agresiones, tanto para normalizarlo según los deseos de la mirada del otro hasta la conversión del cuerpo en campo de batalla en que se concentran se concentran agresiones diversas, como en el campo de la asistencia sanitaria donde se concentran en parte, en la atribución de cualquier tipo de malestar a la ansiedad y depresión. La biopolítica de control del cuerpo de las mujeres ha utilizado los psicofármacos como una brecha de género en la salud mental y la ha utilizado como una forma de inferiorizarlas. Existen muchas causas biológicas de ansiedad y depresión que no son tenidas en cuenta en la atención sanitaria por lo que es posible que exista un sesgo de género que haga invisibles los diagnósticos reales. Necesitamos ciencias de la salud basadas en las diferencias para evitar la medicalización en exceso de la salud mental de las mujeres que contribuya a la deconstrucción de la psicopatología en el ámbito de la asistencia sanitaria.

Palabras clave: Salud mental; Diferencias de género entre mujeres y hombres; Ansiedad; Depresión; Medicalización

Abstract

The women's body has suffered multiple attacks both to normalize according to the others gaze wishes until conversion of the body in battlefield that concentrated various attacks as in healthcare field, where are concentrated several attacks in part on the allocation of any type of discomfort to the anxiety and depression. Biopolitics of women's body has used the psychotropic drugs as a gender gap in mental health and used them as form of a bash. (inferiorization). There exists a lot of biological causes of anxiety and depression that are not taken into account in the health care attention, so that it is quite possible that there is a gender bias, that makes invisible the real medical report. We need sciences of health based on differences to avoid the medication in excess in women that add to the deconstruction of psychopathology in the scope of health care assistance.

Keywords: Mental health; Gender differences between women and men; Anxiety; Depression; Excess pharmacotherapy

Lo que he intentado mostrar en mis trabajos es la 'dimensión política de las construcciones identitarias. Si, en cambio, se atribuyen a esencia intemporal no se incorporan las dimensiones económicas y socio culturales y se da una regularización de las identidades, un control de la sexualidad, dentro de lo que para Foucault constituiría una disciplinización y regulación de los cuerpos. Una producción de cuerpo dóciles y de micro políticas de poder, a partir de la interconexión de discursos de distinto tipo: médicos, legales, psicológicos u otros, disponibles culturalmente sobre la sexualidad, el cuerpo, el género y demás objetos del discurso. (Cabruja 2007, p. 125).

El cuerpo de las mujeres ha sufrido muchos procesos a lo largo de la historia y ha sido considerado de muy diversas formas. Siempre un **cuerpo regido por normas** que no han decidido las mujeres, cuerpo que es la mirada y decisión del Otro, quien las normativiza, quien les dice cómo han de ser, como han de vestir, como han de estar. Este proceso conduce a muchas mujeres al **extrañamiento de su propio cuerpo**, como si ya no fuera suyo, porque muchos intereses están decidiendo en él. El cuerpo, su cuerpo, como **cuerpo reproductivo**, capaz de "dar" hijos, capaz de crear y capaz de someterse a las leyes de la reproducción, toda su vida. Cuerpo destinado a las tareas del cuidado de toda la familia, de los mayores, y de las/os discapacitadas/os y enfermas/os, un **cuerpo para curar y cuidar**, que acaba enfermando de tanto encargarse de los demás. Un **cuerpo sexuado** para que de placer por las noches y un **cuerpo asexuado** de las que no quieren que su cuerpo sea tocado, ni desean tener el placer de que otras personas las abracen y las besen.

Frente a la manipulación del cuerpo de las mujeres, el de los hombres tampoco se escapa a las reglas del patriarcado, que requiere del varón un **cuerpo para competir**, entrenado en el campo de la guerra, de la caza o del deporte, un **cuerpo símbolo del poder personal**. Cuerpo que esté lleno de **Autocontrol**, que no se libere, ni exprese sentimientos, y que demuestre en todo momento que está lleno de **potencia y fortaleza**. Un cuerpo en definitiva al que se le compara la fuerza de parte de sus genitales con la fuerza de una espada triunfadora, como símbolo de la virilidad.

La definición de feminidad y masculinidad por parte de la ideología patriarcal, pesa como una losa, sobre el cuerpo dependiente de la mirada del Otro, y no los deja desarrollar en libertad, por lo que la identidad de las muje-

res, ligadas a tan múltiples roles, que tienen que cumplir de forma perfecta, estará unida para siempre a la sensación de **CULPA**, ya que nadie podría nunca cubrirlos todos, sin fallar en algo. En realidad podrá ser mucho más mujer cuanto más faltas tenga, ya que los roles predeterminados la convertirán quizás en madre perfecta y abnegada esposa, hija o cuidadora, pero por este camino no podrá saber nunca que es ser mujer.

Cuando el cuerpo es un campo de batalla

Cada día, por todas partes, millones de mujeres se libran a actos de autodestrucción, controlados o no, ritualizados y rutinarios. Nos privamos en silencio, padecemos hambre, ayunamos y hacemos ejercicio a ultranza, aliando el bienestar emocional con un ideal que está fuera de nuestro alcance...¿De dónde proceden esos sentimientos de disociación, esa lucha, ese dolor? Creo que se apoyan sobre experiencias de vida personales que han ocasionado una repulsión hacia una misma y hacia el propio cuerpo. Al mismo tiempo, creo que esas experiencias personales en cuestión tienen un sentido político profundo. Esos sentimientos proceden, en mi opinión, de una proyección colectiva de las taras de nuestra sociedad sobre el cuerpo de las mujeres y se arraigan en una tentativa secular de controlar y de colonizar a las mujeres. Nuestros sentimientos colectivos de repulsión, de vergüenza y de alienación, son las consecuencias de una guerra - un conflicto llevado a cabo en el territorio de nuestros cuerpos. Ese conflicto, que se despliega en el terreno de lo que nos define como mujeres, se desarrolla a través de la regulación, el control, la supresión, y la ocupación de prácticamente todos los aspectos de nuestro ser físico- sexualidad, vestimenta, apariencia, comportamiento, fuerza, salud, reproducción, silueta, tamaño, expresión y movimiento. Los efectos de esa guerra sobre nuestros cuerpos, nuestros pensamientos, y nuestros estados de ánimo son similares a los efectos de la violencia sobre el terreno de cualquier otra guerra - sufrimiento, caos, hambruna, mutilación, devastación e incluso muerte. (Rice, 1994, p. 12).

Aunque la cita es larga creo que Carla Rice aclara con la fuerza de la palabra de la que ha sufrido en su propia carne la violencia que se ejerce desde tantos elementos del poder. Poder que fragmenta los cuerpos, para convertirlos en más dóciles, tanto en la publicidad como en la vida cotidiana. Ya no es una mujer quien vende un coche, sino una forma que insinúa un glúteo, unos labios o un pecho. Un cuerpo dividido y troceado es más fácil de manipular. Hay muchos significados y símbolos distintos del cuerpo de las mujeres, que han ido sometiendo la libertad de las mujeres, para poder imaginarse a ellas mismas de

otras formas, o mejor dicho sin normas. La catedrática de Filosofía de la Universidad de Zaragoza, M^a Teresa González Cortés, en su libro *Los viajes de Jano*, afirma que las mujeres están más cerca de ser consideradas objetos, que de ser consideradas personas (sujetos). Se confunde a las mujeres con los objetos mismos y su cuerpo sirve para estimular el consumo (ropa, cosméticos, coches, bebidas, alimentos, etc.) y se potencia el *voyeurismo*, por el que las mujeres sólo son visibles para ser miradas (no para ser tocadas). Sus actos, sus movimientos dependen de las miradas ajenas, de un espectador que las mire y las repase con la mirada. Seres que dependen de su imagen pero que no viven por ellas mismas, sino dependientes de la mirada del otro. En ocasiones convertirse en enfermas, puede ser también una imagen, que compense situaciones penosas que no se han atrevido a reflejar a través de la palabra, y desean compensar contradicciones con la mirada compasiva de los demás.

En el cuerpo de las mujeres como campo de batalla se concentran muchas otras agresiones, como los abortos selectivos o feminicidios, la mutilación genital de 70 millones de mujeres, los asesinatos de mujeres como los de Ciudad Juárez, el tráfico internacional de mujeres y niñas, la prostitución obligada, los malos tratos físicos y psíquicos, las violaciones, la cirugía estética, los cuerpos borrados por la Burka, y los cuerpos enfermos por la Anorexia, la Bulimia y la **atribución de cualquier tipo de malestar a la ansiedad y depresión**.

Estos cuerpos fragmentados hacen imposible a veces la elaboración de historias clínicas médicas que expresen sus síntomas en forma de relato. Los síntomas del malestar, el dolor y la fatiga, pueden expresar muchos conflictos, y manifestarse con contracturas diversas y dolores erráticos que aparentemente no tienen explicación. La fragmentación de los cuerpos y los conflictos vividos sin encontrar unos caminos de progresión aunque no sean de solución, son una forma más de convertir a las mujeres en víctimas de sus cuerpos, y a sus vidas en un infierno.

El papel de la biopolítica en la victimización

Los conceptos de biopolítica y de biopoder fueron acuñados por Michael Foucault, y signifi-

ficaban las diversas formas en que los estados modernos, y yo añado los supuestos descubrimientos científicos, y las formas de actuar sobre el cuerpo a partir de la ingeniería genética y de los fármacos que inciden en el equilibrio de los neurotransmisores cerebrales, acaban sometiendo a los individuos y los convierte en “cuerpos dóciles”, controlando a la población mediante la regulación corporal y otras disciplinas científicas. Las mismas especialidades como la bio genética, la bio tecnología y la biología molecular, que constituyen las denominadas ciencias de la vida, y se han desarrollado enormemente en los últimos veinte años, pueden ser usadas a favor de la vida y de la calidad, o como forma de control de la población, sino se utilizan con el auxilio de la Bioética. Muchas veces los gobiernos toman decisiones en políticas públicas, que acaban por poner a las mujeres bajo mayor control y a ser victimizadas. “Los gobiernos pueden equivocarse. Y el mayor mal de un gobierno, lo que hace que sea malo, no reside en la maldad del príncipe, sino en su ignorancia” (Foucault, 1978/1979, p. 30). Y en la actual biopolítica médica el mayor enemigo es ignorar la experiencia de los que trabajan en la clínica diaria y la de los expertos que investigan en cualquier campo. Esta va a ser el mayor mal de futuro y el que va a producir más víctimas. El mal de la ignorancia.

Desde la Segunda Guerra mundial se han producido grandes cambios sociales que se han centrado en cambios de conducta y en manipulaciones de lo imaginario y de lo simbólico, en relación con el cuerpo humano. El aumento del consumo de masas, y del valor positivo del deporte y del ocio, con el desarrollo de una cultura hedonista que acentúa la importancia de la estética, el placer corporal, la comercialización de la sexualidad, la promoción del cuerpo bello, joven y sano y el consumo de drogas y alcohol para aguantar las horas de movimientos repetitivos en las discotecas, y fiestas que duran más de ocho horas de “trabajo” continuado con sus cuerpos. En palabras de Patricia Soley-Beltran (2007), existen muchas cuestiones en que los cuerpos son manipulados por nuevas realidades sociales, informaciones que crean alarma desde los medios de comunicación y políticas públicas que se aplican parcialmente sin visión global de los problemas, que constituyen la actual biopolítica, como el envejecimiento de la población, la pandemia del SIDA, y la “política

de la ansiedad” que constantemente identifica amenazas que afectan al cuerpo con el fin de atemorizar a la población. Entre ellas podemos constatar la guerra nuclear o la guerra química, la destrucción del hábitat, los anuncios de futuras epidemias de virus de gripe mortales, la gripe aviar, y las amenazas de nuevas formas de gripe. A través de ellas se están haciendo estragos en la moral de la población.

El cuerpo se configura como la intersección entre el espacio interior y exterior, la intersección de lo físico, lo simbólico, lo material y los condicionantes externos, y como dice Foucault es el *locus* a través del que se ejercen las relaciones de poder y las significaciones patriarcales de lo que es feminidad y masculinidad han escondido por ahora el verdadero significado del cuerpo a las mujeres y a los hombres.

¿Existen diferencias en las enfermedades mentales de mujeres y hombres?

Muchos son los profesionales y los medios de comunicación que se preguntan si existen diferencias en el diagnóstico de las enfermedades mentales entre mujeres y hombres. Lo que sabemos al analizar los resultados de la asistencia sanitaria es que es más probable que se diagnostiquen trastornos psicósomáticos, como ansiedad y depresión en primera visita en mujeres que en hombres pero este hecho no quiere decir que exista una diferencia real, porque muchas veces el diagnóstico se hace sólo por medio de atribución a través de los síntomas. Aunque las patologías sean iguales, el hecho del exceso de diagnóstico de estas patologías entre mujeres contribuye a que sean ellas las que reciban un número mayor de psicofármacos que los hombres.

Este hecho constituye la **brecha de género en la salud mental**. La abrumadora administración de psicofármacos y la psiquiatrización de cualquier problema psicológico o biológico que pueda presentar una mujer. Los psicofármacos son los medicamentos que sube más la factura farmacéutica desde el año 2003 y se administran a un 85% de mujeres frente a un 15% de hombres. Ésta abrumadora desigualdad constituye una profunda de desigualdad de género. Por una parte contribuyen a la falta de diagnóstico de los problemas reales que padecen las mujeres. Por otra par-

te la continua sedación y psiquiatrización de las mujeres contribuye a que pierdan recursos para conseguir una mejor autonomía personal para que puedan orientar sus vidas y sus mentes de las condiciones de trabajo y de vida que las constriñe y les produce el malestar.

Además la rápida medicalización de la salud mental de las mujeres no ha permitido ver que las desigualdades sociales pueden ser el origen de muchos trastornos. La salud de las mujeres tiene condicionantes biológicos, psicológicos-sociales y muchos condicionantes que provienen del medio ambiente. La gran desigualdad en que no existe Ciencia de la Diferencia y se ha tratado a las mujeres como si fueran hombres. Además la doble jornada y la invisibilidad e inferiorización de lo que hacen, deseen, o piensan las mujeres ha empeorado su autoestima y las ha hecho más proclives a la depresión.

La encrucijada de la salud mental invisible

La salud mental está constantemente en la encrucijada del malestar y el bienestar de la salud de las mujeres y está influenciada por las crisis vitales, pero también en sentido positivo por los éxitos con los que se superan dichas crisis. En la atención sanitaria, la salud de las personas y sobre todo de las mujeres la dimensión psíquica de la persona esta invisibilizada y sólo se habían trabajado los síntomas físicos, a los que se intentaba encontrar correlaciones con alguna enfermedad orgánica.

La división sexual del trabajo durante miles de años y el confinamiento de las mujeres en las paredes del ámbito doméstico, han hecho que los sentimientos propios y los de los miembros de la familia, y los límites externos que marcaban su ámbito, su campo en palabras de Giorgio Agamben, han constituido la vida i la experiencia inmediata de muchas mujeres. Las mujeres han aprendido a actuar para cumplir los deseos de los otros, sus vidas han sido construidas como medio para las personas de sus alrededor. Por ello para la salud mental de las mujeres ha sido una gran contradicción la sensación estimulada desde la cuna de la falta de valor propio, de no valer nada y el mandato de que han de ser perfectas para hacerse perdonar, un determinado pecado original. La sensación de culpa flota en muchas de sus decisiones y es un factor que limita el que pueda tomar decisiones con libertad.

La contradicción entre ser una madre ideal, perfecta a tiempo completo que es un mandato de género, las hace olvidarse de ellas mismas. Si no me ocupo de los demás, los demás no tiran hacia delante. Ellas mismas se convierten en omnipotentes y omnipresentes, como si no pudieran hacer otra cosa que trabajar, para hacerse perdonar la culpa original. Además los factores emocionales no se tienen en cuenta. La mujer es punta iceberg del estado de la familia y su salud psicológica debería ser tenida en cuenta por su posición estratégica en el seno de la familia. Sin ningún soporte social ni psicológico es probable que su malestar lo envíe a los demás. Lo sentimientos de culpa se cruzan con los de rabia, y los dos se entremezclan para enturbiar la capacidad de tomar decisiones en libertad.

Factores que predisponen a la afectación de la salud mental

Experiencias traumáticas personales inscritas en su propia biografía, abandonos, abusos sexuales, violencia. Y factores sociales como emigración pobreza, trabajos desde la infancia, o pérdidas de un ser querido. Los factores de riesgo para la salud mental de las mujeres pueden ser el matrimonio, el trabajo de ama de casa, tres o más niños pequeños, y la falta de comunicación en la pareja.

Otros estudios señalan que otros factores aumentan el estrés emocional: embarazos adolescentes o hijos/as no deseados, clase social baja, bajo nivel educativo, ausencia de trabajo remunerado, paro, ausencia de soporte social y laboral, pareja con patología grave, única/o responsable de la familia y dolencias propias crónicas y largas. Son grupos de riesgo para la salud mental los enfermos/as de SIDA, Cáncer, madres de niños o niñas deficientes, y de hijos/as con trastornos de la alimentación.

Las condiciones de trabajo que implican tareas de atención a las personas, o las profesiones que entran en relación con la humanidad doliente, precisan de una especial atención para su salud mental. Hemos de tener cuidado de los/las que cuidan, de los profesionales de la salud, psicólogas, trabajadoras sociales, maestras, todas profesiones muy feminizadas, y vulnerables a los síndromes de *burn-out*. El síndrome de estar exhausto por no poder pensar ya más, lleno de los demás, y sin posibilidad de seguir una línea de trabajo

propia. La salud mental requerirá, en el futuro un estudio a fondo y sin prejuicios previos ni mandatos patriarcales que lo condicionen, pero es necesario ya desde aquí, analizar los factores de riesgo y visibilizarlos, los riesgos que hacen vulnerables a las mujeres y que a cambio conducen a la medicalización con ansiolíticos y antidepressivos desde la primera visita asistencial.

El reduccionismo diagnóstico es uno de los primeros retos a superar

“No somos personas *generizadas* un día y *organismos sexuados* al día siguiente, sino que somos las dos cosas simultáneamente, y este hecho hace que para cada problema de salud tengamos posibilidades diferenciadas.” (Krieger 2003, p. 652. cursivas del original).

Uno de los problemas científicos y asistenciales que dificulta el diagnóstico de los problemas de salud física y mental de las mujeres es el reduccionismo en el momento de diagnosticar y al que dedique todo un capítulo en mi último libro *Mujeres Salud y Poder* (Valls-Llobet, 2009). En el momento del diagnóstico, médico, cuando se trata de buscar la causa o las causas de la enfermedad de una persona concreta, o en el diagnóstico epidemiológico, cuando se trata de buscar las causas de la salud o la enfermedad de las poblaciones, es cuando es más difícil ceñirse a los datos y no actuar con prepotencia, como si de antemano el profesional “ya supiera la verdad”.

En relación con el diagnóstico médico dirigido a las mujeres muchas veces se ha actuado más con suposiciones que con datos certeros y con diagnósticos más o menos probables y como ya he descrito hasta estas páginas haciendo invisible unos problemas y magnificando otros. El hecho de que la ciencia médica haya nacido sesgada respecto a la posibilidad de diagnosticar que les ocurre a las mujeres o el porqué de sus malestar, es fundamentalmente, porqué ha nacido androcéntrica y ha tendido a considerar como inferiores, o menos importantes los problemas de salud de las mujeres. Pero las formas en que se ejercen estos sesgos en el diagnóstico, son complejas porque será necesario investigar en cada caso concreto, o en cada análisis de la salud de la población, que etiologías existen que dependen del género o que etiologías dependen de la posesión de un organismo sexuado.

Si estamos de acuerdo en que las causas de la enfermedad o de las disfunciones de un organismo son biológicas, psicológicas, sociales, laborales, culturales y medio ambientales, podríamos convenir que reducir todo el malestar a una etiología biológica, o psicológica o social, es un reduccionismo etiológico que conlleva además a inferiorizar a las mujeres que son diagnosticadas con esta miopía de elementos. Es muy posible que en cada caso concreto y en momento determinado de la vida de cada persona, en las distorsiones de su salud pesen más las condiciones sociales de sus vidas, y en otros momentos pesen más los condicionantes biológicos, pero es un reduccionismo que impide la valoración correcta de cada mujer si a cualquier tipo de demanda le atribuimos una etiología psicológica, que acabamos tratando con medicación psicofarmacológica o sea psiquiátrica. De una forma simbólica, y no como en la época en que el profesional de la medicina transmitía las infecciones porque no se lavaba las manos cuando pasaba de un o una paciente a otro/a, el médico o médica puede transmitir la idea de que todo lo que le pasa a la paciente es debido a una depresión.

Es el poder del momento del diagnóstico, el poder del momento que algunas personas han vivido como el momento de la sentencia, el que tiene un gran efecto sobre la mente y el cuerpo. Y este momento está a veces alejado de la verdad porque los sesgos en la forma de investigar, y la docencia que han recibido los profesionales de la Medicina y de la Psiquiatría, los sesgos que han hecho a las mujeres invisibles para la Ciencia, las han convertido en elemento inferiores en el campo de la investigación, y para hacerlo he descrito cuatro grandes estrategias que ya detallé en mi libro *Mujeres Invisibles* (Valls-Llobet, 2006). Son uno de los pilares de la forma de hacer que la mayoría de las patologías y recursos terapéuticos de las mujeres sean considerados inferiores y no reflejen la verdad de lo que está ocurriendo.

En él ya señalaba que el peor estado de salud de las mujeres se debía a riesgos adquiridos y aspectos psicosociales como el sedentarismo, el paro o el estrés físico y mental que produce la doble o triple jornada laboral que deben realizar, así como el trabajo emocional que constantemente realizan en su papel de cuidadoras de toda la familia y de su entorno, la

falta de comida o la sobrecarga interminable del trabajo doméstico en condiciones muy precarias. Pero existen también otros límites reduccionistas:

La cultura biomédica en la que en general nos hemos formado, es biologicista, esencialista, naturalizadora, en cuanto que sustenta la definición de los síntomas y malestares en la biología (una determinada interpretación de la biología) y jerarquiza lo social y lo cultural a lo biológico/psicológico. Esto, en el caso de las diferencias entre hombre y mujeres, facilita que se puedan justificar las desigualdades sociales a partir de una biología y una psicología definida como diferenciales. (Esteban, 2007, p. 79).

Creo que cuando la Profesora M^a Luz Esteban hace esta afirmación se refiere al reduccionismo psicológico o al reduccionismo reproductivo que ha impedido investigar de forma clara otra mirada sobre la biología ajena a los estrictos estereotipos biologicistas esencialistas. Me refiero a la atención de las enfermedades que son predominantes en el sexo femenino lo que denominamos morbilidad diferencial, asignatura pendiente para la medicina, tanto para la atención primaria como para la atención hospitalaria, y que pueden ser causadas también por la contaminación ambiental o laboral.

El riesgo del reduccionismo psicológico y/o psiquiátrico

Se supone que existen diagnósticos diferentes con más prevalencia entre mujeres que hombres, sin que hayan sido probados (por ejemplo se afirma que las mujeres son más depresivas, o más ansiosas, o que sienten subjetivamente mucho más dolor...) cuando quizás se podrían obtener diagnósticos más rigurosos si se usaran métodos de diagnósticos más adecuados a los problemas o se interpretaran de forma distinta los resultados analíticos que se obtienen en los laboratorios (por ejemplo muchas enfermedades endocrinológicas subclínicas y clínicas causan síntomas parecidos a los cuadros ansiosos depresivos e interfieren incluso en los tratamientos que se administran en forma de psicofármacos a estas pacientes).

Pero hay que dejar constancia del esfuerzo de muchas psicólogas, en especial dentro del campo de la psicología social, para deconstruir desde una perspectiva feminista muchas de las afirmaciones que se han hecho desde una ciencia y unas pruebas y cuestionarios contruidos con una mirada androcéntrica.

ca, en relación a ello la Profesora Teresa Cabruja afirma que es necesario:

Deconstruir las naturalizaciones y dualismos e incorporar un análisis de género (a la psicología) comprometido ética y políticamente con una genealogía de la epistemología y los movimientos feministas, ya sea para los estudios sobre las subjetividades, las sexualidades y las otredades, donde el heterosexismo y el etnocentrismo, con todas sus intersecciones, especialmente en el contexto de la globalización, dificulten que cuando el 'género entre por la puerta del aula, del despacho, de casa o salga a la calle, el compromiso político con las relaciones de poder no salte por la ventana' contribuyendo, además, a romper, uno más de los dualismos, el de profesionalismo/ despolitización. (Cabruja, 2008, p. 43).

A bien seguro, que el trabajo de deconstrucción de todos los diagnósticos que han contribuido a inferiorizar a las mujeres lo habremos de realizar equipos multidisciplinares con psicólogas, médicas, diplomadas de enfermería y trabajadoras sociales. Cuando una mujer se acerca al profesional de la medicina con la demanda de que esta terriblemente cansada o con la queja de "que le duele todo", y solicitando cada día análisis y pruebas para "que le encuentren" lo que le pasa, existe un claro reduccionismo si el profesional, sin levantarse de la silla, sin explorar, y con una analítica a la medida de las patologías del hombre, contesta: "Señora, Ud no tiene NADA". Porque en este momento, la paciente queda reducida a la NADA, al *Homo Sacer* de Agamben, a quien como está condenado a morir, no tiene ningún derecho para vivir, y en este momento su inferioridad es tan manifiesta, que está psicológicamente "preparada" para ser manipulada y controlada. En especial cuando se ponen en marcha dos reduccionismos que contribuyen especialmente a la indefensión aprendida de las mujeres, que es el que suponen la violencia y el género y el de la medicalización de la salud mental. Para entender estas contradicciones y a título de ejemplo sin ánimos de ser exhaustiva voy a desarrollar las causas biológicas que se esconden a veces debajo del diagnóstico psiquiátrico de ansiedad y depresión.

¿Qué se puede esconder debajo del diagnóstico de la ansiedad?

Los cambios que se producen en el cuerpo cuando se padece ansiedad, se traducen en alteraciones del ritmo cardíaco, o del sistema digestivo o se manifiesta con temblor en extremidades, producen a su vez un incremento

de la ansiedad porque la persona que lo padece piensa que las alteraciones que padece se deben a algún problema orgánico desconocido e incrementa la secreción de neurotransmisores que producen aún más ansiedad. Estos neurotransmisores se activan en el sistema adrenérgico, y disparan la secreción de adrenalina y noradrenalina cuando la amenaza hacia la persona es real, y activan también previamente el sistema dopaminérgico, con la secreción de dopamina, que se segrega ante la posibilidad de la existencia de una agresión o de una situación problemática, antes de que esta situación sea real.

Ansiedad normal y ansiedad patológica

La ansiedad que podríamos denominar leve se presenta en episodios poco frecuentes, con intensidad leve o media y de duración limitada, ante estímulos previsibles y comunes y con un grado de sufrimiento y limitación en la vida cotidiana acotada. En cambio la ansiedad a niveles patológicos se caracteriza por sucederse en episodios reiterativos, de intensidad alta y duración excesiva, con alta y desproporcionada reactancia a la amenaza, provocando gran sufrimiento y notable interferencia en la vida diaria.

La ansiedad se puede manifestar con muy diversos síntomas que se manifiestan en el cuerpo, en la conducta o a nivel cognitivo. Los síntomas que se manifiestan el cuerpo son las taquicardias, taquipnea, sensación de ahogo, temblores en manos y extremidades, sensación de desvanecimiento y de pérdida de control sobre el cuerpo, sudoración excesiva en todo el cuerpo y especialmente en cara, axilas, manos y plantas de los pies, sequedad de boca, y dilatación de las pupilas de los ojos (midriasis) con visión borrosa. A nivel de conducta se manifiesta con sensación de fatiga intensa, con imposibilidad de relajarse, sensación de tensión e inquietud, llanto fácil, impaciencia, rostro con rictus que muestra preocupación y suspiros fáciles. La ansiedad dificulta las capacidades de comunicación, porque la persona sólo puede atender a sus propios síntomas y se repiten los pensamientos obsesivos y negativos. Se incrementa la posibilidad de sintetizar ideas y de expresarlas y se acompaña de tartamudez. Los síntomas cognitivos se manifiestan con dificultades para la atención, memoria y concentración. Embotamiento mental o dificultad para dejar la mente en blanco y pensamiento acelerado.

La sensación de miedo o temor puede ser muy intensa, llegando a producir terror o pánico que inutilizan las capacidades de la persona que la padece.

¿Existen enfermedades o carencias biológicas que pueden producir ansiedad?

Muchos de los síntomas que hemos descrito sobre la ansiedad también se pueden presentar en casos de hipoglucemias (cuando aumenta la insulina y bajan los niveles de azúcar en sangre), en arritmias cardíacas o enfermedades cardíacas, o en insuficiencia de algunas glándulas hormonales. Por ello antes de aceptar que la ansiedad es sólo de origen psicológicos. Sería recomendable que las personas afectadas se sometieran a una exploración médica completa para descartar otras etiologías.

La más frecuente disfunción es la que se relaciona con el Síndrome Premenstrual una disfunción muy frecuente debido a un estado de exceso de estrógenos absoluto o relativo, cuando exista una deficiencia de progesterona en segunda fase del ciclo menstrual. En los días antes de la menstruación, una semana y en algunos casos quince días, existen cambios de humor, nerviosismo, insomnio, e incremento del estado de ansiedad. Existe un efecto directo de los estrógenos en el estímulo de la noradrenalina, las endorfinas y la serotonina, tres neurotransmisores del cerebro, lo que se traduce en un efecto estimulante de la actividad cerebral, que podría llegar a ser enervante y producir estados de ansiedad si a partir del momento de la ovulación no se viese modulado por la acción de la progesterona que estimula los receptores Gaba, receptores sedantes en el sistema nervioso central. También pueden producir estados de ansiedad la mayoría de fármacos que acaban produciendo un estado hiperestrogénico en el cuerpo, como los anticonceptivos hormonales, que acaban transformándose en estrógenos en todos los casos, aunque provengan de estradiol, progestágenos o derivados de hormona masculina.

La segunda causa más frecuente de ansiedad de origen biológico es la provocada por las anemias y/o las carencias de hierro. La deficiencia de hierro en el cerebro se traduce en efectos iguales en diferentes regiones del cerebro (núcleo caudado, hipotálamo, núcleos del rafe, *cortex* cerebral y cerebelo) La sus-

tancia *nigra*, el núcleo estriado y las zonas del sistema límbico son las más ricas en hierro. Las cantidades de hierro existentes en estas zonas sobrepasa el 90% de los requisitos normales de todos los sistema bioquímicos, y afecta la función de los receptores de dopamina 2, y de los receptores Gaba en el cerebro. Por ello la carencia de hierro afecta al sistema nervioso central desde la primera infancia con la presencia de dificultades en el aprendizaje verbal, pérdida de capacidad de atención, concentración y aprendizaje; “Disfunción cerebral mínima”, el denominado síndrome de hiperactividad, y pérdida de memoria reciente. Presentan también una sensibilidad de percepción disminuida y un juego con mayor implicación motora, como si no pudieran mediarlo con actividad simbólica. Existe en la carencia de hierro un incremento de fobias y miedos. La deficiencia de Zinc también se ha relacionado con estados de hiperactividad en niños y con incremento de ansiedad por alteración en la replicación de neurotransmisores cerebrales.

El estrés físico y mental relacionado con condiciones de trabajo y de vida, la doble jornada, puede producir consecuencias: insomnio nocturno, o sueño con intermitencias, e incremento de ansiedad matutina además de otros síntomas como el dolor en la zona del trapecio, taquicardias, dolor abdominal o colon irritable, y contracciones musculares involuntarias (fasciculaciones). Todos estos síntomas serían efectos secundarios del estrés crónico sea por exceso de estrés en el trabajo o por la doble jornada que por ahora comparten la mayoría de mujeres del mundo. Además de que el papel de cuidadoras de persona enfermas o discapacitadas incrementa las condiciones de estrés porque el trabajo no tiene fin ni espacios de descanso. Por lo tanto son condiciones de trabajo que incrementan por ellas mismas los estados de ansiedad, y este tipo de trabajo de la cura o cuidado del resto de la familia recae principalmente en las mujeres, que son las que más padecen ansiedad por estrés mental.

El exceso de hormonas tiroideas como ocurre en el hipertirodismo incrementa también los niveles de adrenalina y noradrenalina, y producen un estado de ansiedad que es difícil reducir con ansiolíticos sino se trata la enfermedad de base. Los mismos síntomas pueden ser producidos por la deficiencia de tiroides,

incluso sólo con niveles que no modifican las hormonas circulantes sino tan solo la hormona estimulante (TSH) que proviene del cerebro.

¿Qué se puede esconder bajo el diagnóstico de depresión?

En realidad, toda depresión o ansiedad que requiera la utilización de psicofármacos, sean ansiolíticos o antidepresivos se podría catalogar de biológica, ya que el tratamiento se basa en la posibilidad de bloquear de alguna forma la recaptación o la cantidad disponible de algunos neurotransmisores. De hecho cuando más se conocen los procesos bioquímicos de la depresión mayor o de la depresión bipolar o de los ataques de pánico, más medicamentos denominados psicofármacos se han introducido en el mercado, para interferir en el proceso de formación y recaptación de estos neurotransmisores, demostrando en los casos en que mejoran estos estados, la base bioquímica de algunos de ellos.

Pero en muchos casos estos psicofármacos se administran sin que se conozca si la o el paciente presenta algún otro tipo de enfermedad, disfunción o carencia por lo que se hacen ineficaces para mejorar la depresión. La separación cuerpo y mente ha llegado a tal punto, que incluso los profesionales de la medicina y no digamos la población en general creen que una determinada pastilla puede servir para levantar la moral o relajar la ansiedad, independientemente de si su cuerpo padece algún trastorno o carencia, como si en realidad un determinado tipo de funcionamiento cerebral pudiera cambiar la conducta, las sensaciones o los sentimientos, en completa separación del funcionamiento del cuerpo.

¿Existen enfermedades, disfunciones endocrinas o carencias que pueden afectar al funcionamiento cerebral, o la formación y el equilibrio de los neurotransmisores? La respuesta desde la mirada de la endocrinología y de la medicina interna es afirmativa. Desde las hormonas del ciclo menstrual, estrógenos o progesterona que actúan en diversas zonas cerebrales e hipotalámicas, y en diferente intensidad según la fase del ciclo, hasta la hormona tiroidea que por exceso o defecto siempre modifica la serotonina de forma directa y otros neurotransmisores como la noradrenalina.

¿Existen enfermedades o carencias que pueden producir depresión?

El hipotiroidismo es una de las causas más frecuentes de depresión. En series de pacientes con depresión se encontraron hipotiroidismo leve o moderado en un 60% de casos. Por el efecto de la hormona tiroidea sobre el sistema nervioso central y en particular sobre la serotonina, su carencia está relacionada con el incremento de apetito a segunda hora de la tarde, a la pérdida de memoria y de capacidad de concentración, y la tendencia a la depresión que presenta resistencia a los psicofármacos habituales y sólo se puede corregir con la administración de hormona tiroidea hasta normalizar la función. En estudios realizados por nuestro grupo correlacionado la deficiencia de la hormona tiroidea con calidad de vida, hemos observado que las mujeres con hipotiroidismo, incluso el que se ha denominado subclínico, tenían dificultades en tener un ocio activo, ya que tenían capacidad para acabar su trabajo habitual, pero por la noche no podían hacer nada más, ni acabar su trabajo doméstico. Tenían problemas en la conducta de alerta, tropezaban o presentaban olvidos frecuentes y repetidos y sentían dificultades en la relaciones psicosociales, y en la conducta emocional. Todos estos aspectos mejoraron después del tratamiento con las dosis necesarias de levotiroxina sódica que normalizaron la hormona estimulante del tiroides.

También se pueden presentar estados de depresión en relación a la presencia de dolor crónico severo, cuando no se puede tratar de forma correcta o en los estados de sensibilidad química múltiple. No es tanto la depresión la que causa el dolor, sino el hecho de que un dolor constante y repetido, que no mejora, ni existen esperanzas de que lo haga, alteran los niveles de neurotransmisores y producen depresión. En estos casos lo más importante es encontrar la causa del dolor y tratarla correctamente. Es cierto que cuando el dolor se hace insoportable se han asociado antidepresivos pero al conseguir mejorías con el tiempo se han podido reducir las dosis o sólo dar dosis pequeñas.

Una tercera causa son los estados de alteración de la glándula paratiroides, sea primario por una adenoma de la glándula, o sea, secundario al déficit de Vitamina D que es el más frecuente. La hormona paratiroidea en

sí, puede producir estados depresivos severos, ya que altera la entrada de neurotransmisores en las neuronas por su efecto en la ionización del calcio. En personas en que se ha retardado mucho el diagnóstico del exceso de paratiroides, se ha confundido a veces u estado anímico con una psicosis por el estado de delirio y confusión que pueden llegar a presentar, y que se normaliza al extirpar el adenoma paratiroideo o al normalizar su función.

Las anemias crónicas y congénitas, como las anemias por células falciformes o las hemolíticas, o las que acompañan a estados autoinmunes, se acompañan también de exceso de estados depresivos, e incluso se han descrito incremento de intentos de suicidio, en estudios recientes entre estos pacientes. En un estudio realizado en Holanda en personas mayores de 85 años, el 26,7 % presentaba anemia y estas personas padecían más dificultades cognitivas, dificultades en las actividades básicas de la vida diaria y mayor presencia de síntomas depresivos. Antes de precipitar un diagnóstico de ansiedad y depresión y tratarlo con psicofármacos deberíamos establecer un diagnóstico de las patologías y carencias antes citadas, ya que en estos casos, sino se trata la enfermedad de base, los psicofármacos pueden incluso empeorar la ansiedad y la depresión, en lugar de aliviarla.

¿Cuáles son los retos que tenemos para mejorar la deconstrucción de la psicopatología?

En primer lugar es necesario introducir los estudios con perspectiva de género en las Ciencias de Salud, y se debe mejorar la calidad, el tiempo y los recursos de los profesionales que se dedican Atención Primaria y especializada en primera línea de atención sanitaria.

También debemos estimular recursos informativos y formativos para empoderar a las mujeres. Además estimular a las mujeres para que se asocien y formen grupos de ayuda mutua para que adquieran nuevos hábitos saludables y no se fíen de que una pastilla les puede resolver todos los problemas. La medicalización en exceso afecta más a las mujeres, porque su cuerpo ha sido bombardeado con todo tipo de mensajes contradictorios, porque en realidad se cuidan de la salud de toda la familia y los mensajes publicitarios les llegan para que cuiden a otros. Pero también por la tiranía del ideal de belleza, con la confusión belleza-

salud que la industria fomenta. Todo un sistema publicitario continúa considerando a las mujeres como objetos mejorables.

Para Giorgio Agamben:

La tesis de Foucault según la cual 'lo que hoy está en juego es la vida' —y la política se ha convertido, por eso mismo, en biopolítica— es, en este sentido, sustancialmente exacta. Pero es decisivo el modo en que se entiende esta transformación. En efecto lo que queda fuera de interrogación en los actuales debates sobre la bioética y la biopolítica es precisamente aquello que merecería ser interrogado por encima de cualquier otra cosa: es decir el propio concepto biológico de vida... La vida biológica, forma secularizada de la nuda vida, que tiene en común con ésta la indecibilidad y la impenetrabilidad, constituye así literalmente las formas de vida reales en forma de supervivencia en cuyo seno se aloja inadvertidamente como oscura amenaza que puede actualizarse repentinamente en la violencia, el extrañamiento, la enfermedad o el accidente. Es el soberano invisible que nos contempla tras las estúpidas máscaras de los poderosos que, consciente o inconscientemente, nos gobiernan en su nombre. (Agamben, 2001, p. 17).

Continúa pendiente el interrogarnos, en que entendemos por vida, para poder impedir que cualquier forma de poder venga de donde venga interfiera en las decisiones que coarten nuestra libertad. Las feministas de la vida, las de la igualdad y las de la diferencia, debemos trabajar junto a los y las intelectuales, filósofos y filósofas y hombres y mujeres de "buena voluntad" para conseguir definir qué acciones emprendemos para mejorar nuestra vida, que acciones emprendemos para impedir que nuestro medio ambiente lesiones nuestra salud, y que acciones emprendemos para mejorar nuestra calidad de vida y dar vida a nuestros años.

Referencias

- Agamben, Giorgio (2001). *Medios sin fin. Notas sobre la política*. Valencia: Pre-textos.
- Cabruja, Teresa (2007). Subjetividad, discurso y relaciones de poder. En Meri Torras (Ed.), *Cuerpo e identidad I* (pp 117-139). Barcelona: Edicions UAB.
- Cabruja Teresa (2008). ¿Quién teme a la psicología feminista? *Pro-posições*, 19(2), 25-46.
- Esteban, M^a Luz (2007). *Introducción a la antropología de la salud*. San Sebastián: Osalde.
- Foucault, Michel (1978/1979). *Nacimiento de la Biopolítica. Curso del Collège de France*. Paris: Akal.

- González Cortes, M^a Teresa (2007). *Los viajes de Jano. Historias del cuerpo*. Barcelona: Icaria.
- Krieger, Nancy (2003). Gender, sexes and health: what are the connections and why does it matter? *Int J Epidemiol*, 32, 652-657.
- Rice, Carla (1994). Out from Under Occupation. Transforming Our Relationships with Our Bodies. *Journal Canadian WomenStudies/Les Cahiers de la Femme*, 14(13), 10-15.
- Soley Beltran, Patricia (2007). Una introducción a la sociología del cuerpo. En Meri Torras (Ed.), *Cuerpo e identidad I* (pp.247-265). Barcelona: Edicions UAB.
- Valls-Llobet, Carme (2006). *Mujeres Invisibles*. Barcelona: de Bolsillo.
- Valls-Llobet, Carme (2009). *Mujeres, Salud y Poder*. Madrid: Ediciones Cátedra.
- Referencias referencias referencias.



CARME VALLS-LLOBET

Licenciada en Medicina por la Universidad de Barcelona. Participa como docente en el Master Interuniversitario de género por la UB. Dirige el Programa Mujeres, Salud y Calidad de Vida del Centro de Análisis y Programas Sanitarios (CAPS).

DIRECCIÓN DE CONTACTO

caps@pangea.org

FORMATO DE CITACIÓN

Valls-Llobet, Carme (2013). La deconstrucción de la psicopatología en el ámbito de la asistencia sanitaria: retos de investigación e intervención. *Quaderns de Psicologia*, 15(1), 33-43. Extraído el [día] de [mes] de [año], de <http://www.quadernsdepsicologia.cat/article/view/1165>

HISTORIA EDITORIAL

Recibido: 14/04/2013
1ª Revisión: 22/05/2013
Aceptado: 29/05/2013