

depresión

Ansiedad

Abusos
sexuales

violencia

Adicciones

Estereotipos

Identidad

culpas

desamor

Estrés

precariedad

...



NO NOS OLVIDEMOS DE HAITÍ



MONOGRÁFICO:
SALUD MENTAL

el trasfondo del malestar



staff

CONSEJO DE REDACCIÓN

Leonor Taboada Spinardi,
Directora MyS

Carme Valls Llobet,
Presidenta CAPS

Montserrat Cervera Rodon,
Margarita López Carrillo,
Redacción

Núria Agell,
Secretaria de redacción

COLABORADORAS HABITUALES

Enriqueta Barranco

Malén Cirerol

Rita Gavarró

Pilar Parra

Maria Elena Cuyás

Esperanza Aguilà

Carmen Mosquera

Corina Hourcade

Gemma Cánovas

Regina Bayo-Borrás

María José Hernández

Jimena Jiménez

COMITÉ ASESOR

Charo Altable

Lucía Artazcoz

Vita Arrufat

Consuelo Catalá

Emilce Dio

Mari Luz Esteban

Anna Freixas

María Fuentes

Asunción González de Chávez

Neus Moreno

Isabel Matamala

Judy Norsigian

Teresa Ortiz

Carmen Sanchez-Contador

Fina Sanz

Victoria Sau

Verena Stolcke

M^a José Varela Portela

EDICIÓN

CAPS (Centro de Análisis
y Programas Sanitarios)
París, 150. Barcelona 08036
Tl. 93-3226554
e-mail: caps@pangea.org
Web: <http://mys.matriz.net>

Diseño y maquetación:
www.labodoni.com
Impresión: amadip-esment.
Centre especial de treball

Depósito legal: PM 765-1996

sumario

EL TRASFONDO DEL MALESTAR.

Fina Sanz 3

UNA MIRADA BIOLÓGICA SOBRE LA DEPRESIÓN Y LA ANSIEDAD.

Carme Valls Llobet 4

¿SON MAS DEPRESIVAS LAS MUJERES?

Regina Bayo 8

EL CUERPO, ANTÍDOTO DE LA LOCURA.

Luz Casasnovas 12

MADRES E HIJAS Y LA CONSTRUCCIÓN DE LA IDENTIDAD FEMENINA

Gemma Cánovas 14

LA OMNIPOTENCIA: RIESGOS DE DESEAR SER UN GRAN-DIOSA MADRE.

Asunción González de Chávez 17

EL ABUSO SEXUAL EN LA INFANCIA Y SU REPERCUSIÓN EN LA EDAD ADULTA

María Jesús Soriano 20

TALLERES DE AUTOCONSCIENCIA: UNA OPORTUNIDAD DE SALIR A FLOTE

Imma Lloret 27

¿ALGUNA SABE CÓMO SE HACE?

Margarita López Carrillo 31

PARA QUE EL AMOR DE PAREJA NO ME (NOS) PONGA DE LOS NERVIOS

Ana Távora 32

MUJERES QUE ABUSAN DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS: MIRANDO SIN VER

Eva Bolaños 35

LA SALUD DE LAS MUJERES INMIGRANTES. CONSECUENCIAS PSICOLÓGICAS Y EMOCIONALES

Corina Hourcade Bellocq 39

myses publicados

1 NUESTRA MIRADA. Mujeres y hombres: Haciendo visibles las diferencias.

2 DE PLOMO Y PLUMAS. Salud laboral para todas en el 2000.

3 HERMOSAMENTE MADURAS. Vivir más, vivir mejor.

4 DESCARGAS DE ALTO VOLTAJE. Las adolescentes.

5 LAS FOTOS QUE NO VIMOS. Autoconocimiento: la mejor ayuda para la vida.

6 VIOLENCIA DOMÉSTICA O VIOLENCIA DE GÉNERO. Un reto social y sanitario.

7 MATAR MOSCAS A CAÑONAZOS. Plaguicidas de uso ambiental.

8 OTRO MUNDO ES POSIBLE

9 POR UN PUÑADO DE ÓVULOS. Revolución de la reproducción.

10 "DOCTORA, ME DUELE TODO". Fibromialgia.

11-12 A VUELTAS CON LA MATERNIDAD.

13-14 LA SALUD DE LAS MUJERES EN TIEMPOS DE GUERRA.

15 SER MUJER NO ES UNA ENFERMEDAD. La medicalización.

16 COMO TRATAR BIEN EL MALESTAR DE LAS MUJERES EN ATENCIÓN PRIMARIA.

17 LA MALA SALUD LABORAL DE LAS MUJERES.

18 MONOGRÁFICO: CÁNCER DE MAMA.

19 MONOGRÁFICO: PARA HABLAR DE SEXUALIDAD NO NECESITAMOS EXPERTAS.

20 VEINTE NÚMEROS MEJORANDO LA SALUD DE LAS MUJERES.

21 LAS MUÑECAS no tienen la regla, pero las mujeres sí.

22 DOSSIER VACUNA PAPILOMA: ¿PROTECCIÓN DE LAS NIÑAS O DE LA INDÚSTRIA?

23 ¡QUÉ VIVA EL CORAZÓN!

24 TU CUERPO, PERSONAL E INTRANSFERIBLE.

25 DOSSIER ANTICONCEPCIÓN

26 LA INQUIETUD DE LAS MÉDICAS

27-28 PARA QUIÉN EL BENEFICIO

¡¡Todas somos MYSES!!

Pedimos tu apoyo para divulgar la revista, buscar suscriptoras, entidades, instituciones, bibliotecas, amigas y vecinas.

Te necesitamos para que este proyecto de todas continúe, crezca y sea conocido y amado por muchas más mujeres de todo el mundo.

¡suscríbete!
<http://mys.matriz.net>



EL TRANSFONDO DEL MALESTAR: Donde Los fármacos ...no Llegan



Fina Sanz
Psicoterapeuta
finasanz@terapiareencuentro.org

La mujer ha sido desde la antigüedad, la creadora, sostenedora de la vida; la que conocía las plantas para la salud, el arte de la sexualidad, la reproducción y se relacionaba como un todo con los ciclos del cosmos. Determinadas medicinas o enfoques de la salud reflejan todavía parte de esa tradición que se mantiene desde el origen de los tiempos -taoísmo, medicina china, las llamadas medicinas alternativas... Esa antigua mirada ecológica hacia el cosmos, la tierra y el cuerpo, se ha perdido, ante la escisión del ser humano y la naturaleza, con su entorno y consigo mismo. Actualmente, la mujer ha pasado a ser hiperfrecuentadora de los centros de Atención Primaria, quejándose de dolores -las más de las veces inespecíficos-, pasando de unas consultas a otras, desconocedoras del lenguaje cifrado que encierran sus sintomatologías, consumiendo los psicofármacos que les van recetando, para terminar, en consultas psiquiátricas. Ni ellas conocen qué les pasa ni tampoco l@s facultativ@s que las atienden, porque no se tiene una perspectiva de género. Se mira el síntoma aislado, desconectado del conjunto del cuerpo, de la psique y del hecho de ser mujer.

¿Qué ha pasado para que se haya perdido ese conocimiento profundo que se tenía? Eliminar la cultura autóctona, desvalorizarla, aislarla, han sido tradicionalmente formas de opresión de unos pueblos sobre otros. Así, la mujer desposeída y desvalorizada desde hace milenios por la cultura patriarcal, ha pasado a ser de agente activo a sujeto pasivo de su salud.

La ciencia occidental ha realizado enormes progresos en muchos terrenos, pero en esa separación de mente-cuerpo que realiza es incapaz de ver la interconexión del adentro y del afuera, la relación que existe entre el bienestar o el malestar y las manifestaciones sintomatológicas con la vida que vive la persona. No hace análisis de género porque eso sería evidenciar la violencia que el sistema social ejerce de manera frontal o encubierta contra las personas y en concreto contra las mujeres.

Es más fácil diagnosticar o etiquetar a una mujer de neurótica o enferma mental y recetarle fármacos que la aplaquen, que la duerman o estimulen, que tratar de entender qué relación tiene el síntoma con cómo vive su vida.

El ser humano, integrado, tiene muchas formas de expresarse con la palabra y con el cuerpo. Hay cosas que pode-

mos expresar de una forma, pero para otras, el lenguaje racional queda corto. Utilizamos el lenguaje metafórico, simbólico para expresar emociones, sensaciones, el amor, el desamor... Porque el cuerpo habla, y habla con otro lenguaje, un lenguaje que hemos de aprender a escuchar y entender.

Nada podemos entender en cuanto al sentir de nuestras vidas si no entendemos la conexión que hay entre el cuerpo físico, mental, emocional, sexuado, espiritual y social. Somos una totalidad tanto en el adentro como en el afuera. Respondemos a un contexto sociocultural, nuestra auto-percepción, autoestima, pensar y sentir se han creado con valores y creencias y por lo tanto, también podemos cambiarlo. Nuestra salud mental no es algo que se da aparte de la salud de nuestras relaciones ni de la salud social. El bienestar o malestar en nuestras vidas conlleva una expresión en todo nuestro cuerpo en nuestras respuestas verbales, corporales y comportamentales. Si nos "mal tratamos", se nos devuelve malestar, desequilibrio; si nos "bien tratamos", escuchando, negociando con respeto, se nos devuelve bienestar y armonía.

En este número de la revista, diferentes profesionales hablan de las mujeres desde distintas miradas para poder entender que la salud y la salud mental no es algo aparte de las circunstancias y problemáticas de las condiciones de sus vidas.

Recuperar la conciencia de nuestra integridad, de nuestra unidad y de la interacción con nuestras relaciones y con el medio en el que vivimos nos llevará no solo a recuperar el poder de conocimiento y comprensión de nuestra vida, sino también a poder dar alternativas de salud que nos fomenten el equilibrio emocional, de nuestras relaciones y planteen a nivel social otras posibilidades de salud y de convivencia, desde el buen trato, equilibrio y salud en vez de fomentar y mantener la patología porque es rentable para el sistema.

El conocimiento es una capacidad humana que se desarrolla con la observación, la introspección y que se incrementa compartiéndolo con el diálogo y la escucha de otras experiencias, en grupos, en redes, donde intercambiar sea un enriquecimiento mutuo que ayude a empoderarnos de nuestra vida como personas completas y sabias favoreciendo un mundo más equilibrado y saludable.

una Mirada Biológica sobre La Depresión y La Ansiedad



Carme Valls Llobet
Médica endocrinóloga
caps@pangea.org

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. Los neurotransmisores son sustancias químicas generadas por las neuronas del cuerpo para comunicar información entre ellas y para responder a los estímulos que llegan al cuerpo desde nuestro ambiente, desde las ideas, o de los sentimientos. Para entenderlo, basta tener en cuenta la forma en la que alguna palabra o noticia que produce pena o dolor se acaba transformando en el cuerpo-mente que lo recibe en una molestia más o menos aguda en el abdomen, la cabeza, el tórax o alguna otra parte del cuerpo, y acaba produciendo- si la pena es muy fuerte- la salida de un líquido a través de las glándulas lacrimales colocadas en el ángulo interno de los ojos: en lágrimas. Este proceso, que se produce en segundos, en mucho menos tiempo del que se tarda en leerlo, está mediado por estas sustancias denominadas neurotransmisores, algunos de cuyos nombres se han hecho populares, como la adrenalina, la serotonina y la dopamina, aunque existen más de 100 en nuestro cerebro.

Los neurotransmisores dependen, para su formación y su circulación, de coenzimas que, en muchas ocasiones, son algunas vitaminas del grupo B, de minerales como el hierro, el zinc y el calcio, o de algunas hormonas como las tiroideas o las hormonas sexuales como los estrógenos, la progesterona, y la testosterona. Por lo tanto, algunas enfermedades biológicas, carencias nutricionales, y desequilibrios hormonales, pueden desequilibrar la formación y la circulación de estos neurotransmisores e influir en las alteraciones del estado de ánimo como la ansiedad y la depresión. 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 estos casos.

Pero muchas veces 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 ansiedad y la depresión, además de ineficientes, dado el alto y creciente costo de los psicofármacos que se están introduciendo en el mercado.

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 a 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 hipotálamicas en diferente intensidad según la fase del ciclo, hasta la hormona tiroidea que, por exceso o por defecto, siempre modifica la serotonina de forma directa y otros neurotransmisores, como la noradrenalina.

La mente humana no puede funcionar como si fuera independiente del cuerpo, y no por la antigua máxima de mens sana in corpore sano, que pretendía torturar y endurecer el cuerpo para que la mente no se desviara de las normas establecidas, sino porque el sustrato del pensamiento y de los sentimientos es biológico, aunque su modificación dependa de la acción de la palabra y de la interacción y la relación con el medio ambiente y con otras personas. Ni la biología ni los psicofármacos pueden determinar el pensamiento ni el estado



de humor ni las carencias o enfermedades que alteren los neurotransmisores, pero pueden modificarlos, por lo que voy a revisar brevemente cuales son los condicionantes biológicos de la ansiedad o la depresión.

ANSIEDAD

¿Existen enfermedades o carencias biológicas que pueden producir ansiedad? 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. La relación de las hormonas segregadas por el ovario y el estado de humor descrita por el Prof Backström en el año 1990, estableció el efecto directo de los estrógenos en el estímulo de la noradrenalina, las endorfinas y la serotonina, 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 lo pueden producir la mayoría de fármacos que acaban produciendo un estado hiperestrogénico en el cuerpo, como los anticonceptivos hormonales, que acaban transformándose en estrógenos 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, córtex cerebral y cerebelo). La sustancia nigra, el núcleo estriado y las zonas del sistema límbico son las más ricas en hierro. La cantidad de hierro existente en estas zonas sobrepasa el 90% de los requisitos normales de todos los sistemas bioquímicos, y afecta a 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 la 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.

En la adolescencia, al presentarse la menstruación, casi siempre abundante, las reservas de hierro disminuyen drásticamente en las mujeres, mientras que aumentan paulatinamente en los hombres, hasta producirse grandes diferencias en los niveles de reserva de hierro entre hombres y mujeres. Estas diferencias biológicas agudizan la desigualdad de oportunidades desde la primera infancia y la adolescencia y sus manifestaciones clínicas que se prolongan desde los 10 años hasta después de la menopausia, a menos que se intervenga para paliar las deficiencias, y producen en las mujeres en edad reproductiva un incremento de la ansiedad, por exceso de catecolaminas circulantes y de captación de dopamina. Clínicamente, se traduce en un incremento del nerviosismo e irritabilidad, con pérdida de dominio de las situaciones de estrés, e insomnio. La deficiencia crónica de hierro incrementa la absorción de minerales tóxicos, como el plomo, el cadmio o el mercurio, y de insecticidas o disolventes volátiles, y se ha relacionado como un factor de vulnerabilidad a la Sensibilidad Química Múltiple. 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 ha sido estudiado por Frankenhauser y Lundberg de la Universidad Karolinska (Suecia) quienes compararon los niveles de tensión arterial y de las hormonas suprarrenales (adrenalina, noradrenalina y serotonina) de ejecutivos y ejecutivas suecos que tenían las mismas condiciones laborales, tanto durante las horas de trabajo como, más tarde, en sus casas. Durante la jornada laboral, la tensión arterial de los hombres aumentaba y la de las mujeres bajaba. Los incrementos hormonales eran de predominio masculino. Pero por la tarde, al llegar a casa, la tensión arterial aumen-

taba entre las mujeres y disminuía entre los hombres, y constataron incrementos claros de adrenalina y noradrenalina entre las ejecutivas suecas por la tarde en sus casas. El exceso de las hormonas causantes del estrés neuroendocrino, durante la tarde y noche, impide que por la noche se pueda tener un reposo nocturno reparador. Las consecuencias físicas serán insomnio nocturno, o sueño con intermitencias e incremento de ansiedad matutina, además de otros síntomas como 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 las mujeres del mundo. Además, el papel de cuidadoras de personas enfermas o discapacitadas, que recae principalmente en las mujeres, incrementa las condiciones de estrés porque el trabajo no tiene fin ni espacios de descanso aumentando los estados de ansiedad.

Además, el exceso de hormonas tiroideas, como ocurre en el hipertiroidismo, incrementa los niveles de adrenalina y noradrenalina y produce un estado de ansiedad que es difícil reducir con ansiolíticos sino se trata la enfermedad de base.

DEPRESIÓN

¿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 ha encontrado 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, con la pérdida de memoria y de capacidad de concentración, y con la tendencia a la depresión que presenta resistencia a los psicofármacos habituales y que sólo se puede corregir con la administración de hormona tiroidea hasta normalizar la función.

Las mujeres con hipotiroidismo tienen dificultades en tener un ocio activo, ya que tienen capacidad para acabar su trabajo habitual, pero por la noche no pueden hacer nada más, ni acabar su trabajo doméstico. Tienen problemas en la conducta de alerta, tropiezan o pre-

sentan olvidos frecuentes y repetidos y sienten dificultades en las relaciones psicosociales y en la conducta emocional. Todos estos aspectos mejoran después del tratamiento con las dosis necesarias de levotiroxina sódica que normalizan la hormona estimulante del tiroides (TSH) a las cifras más cercanas a la unidad.

Sin embargo, y a pesar de que una de cada cuatro mujeres mayores de 40 años, (y cada día en edades más tempranas por efectos de los xenoestrógenos ambientales) va a presentar un hipotiroidismo, es frecuente en España, aunque no en otros países, que no se trate el hipotiroidismo hasta que, en lugar de leve, ya sea más avanzado. Las razones aducidas son vagas, y se relacionan con el gran número de mujeres a tratar y a posibles efectos secundarios no probados, ya que con los fármacos actuales se puede controlar perfectamente y no tratar en exceso. El tratamiento es de bajo costo y los efectos negativos que se podrían prevenir son muy amplios.

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.

Una tercera causa son los estados de hiperparatiroidismo secundario a Déficit de Vitamina D o los Hiperparatiroidismos primarios, ya que la Hormona Paratiroidea en sí, puede producir estados depresivos severos, puesto 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 su 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, las hemolíticas, o las que acompañan a estados autoinmunes, se acompañan también de exceso de estados depresivos, e incluso se ha descrito un 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. En las mujeres mayores se ha descrito una mayor puntuación en la Escala Geriátrica de Depresión (GDS) que se correlaciona con una media más baja de VCM (Volumen Corpuscular Medio) y se ha establecido que las alteraciones de la nutrición de estas pacientes y la falta de hierro son una causa de la depresión y no una consecuencia.

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.

BASES BIOLÓGICAS DE LA DEPRESIÓN:

- Hipotiroidismo.
- Dolor sin resolver.
- Hiperparatiroidismo por déficit de Vitamina D.
- Anemias severas y crónicas, en especial en personas mayores.

BASES BIOLÓGICAS DE LA ANSIEDAD:

- Hiperestrogenismo absoluto o relativo (Síndrome Premenstrual).
- Anemias o Ferropenias.
- Deficiencia de Zinc.
- Estrés físico o mental.
- Hipertiroidismo.

BIBLIOGRAFÍA

- Valls Llobet, Carme 2006. "Mujeres invisibles". Editorial de Bolsillo.
- Valls Llobet, Carme 2009. "Mujeres, salud y poder". Editorial Catedra. Col. Feminismos
- Valls Llobet, Carme y Borrás, Gloria. "El Síndrome Premenstrual". Med-Integral. 1992;19(4):159-166.
- Backstrom T, Valls Llobet C, Hammanrback S, Ekholm VB, Bixo M. "Síndrome premenstrual y efectos del estradiol/progesterona en el cerebro". 1991;38(7):218-226
- Frankenhaeuser M, Lundberg U, Chesney M. "Women, work and Health. Stress and Opportunities". Ed. Plenum Press. New York, 1991

¿son más depresivas Las mujeres?



Regina Bayo-Borràs
 Psicóloga Clínica-Psicoanalista
reginabayo@gmail.com

Esta pregunta es inevitable a partir de datos que nos abruman. Las cifras y porcentajes que los medios de comunicación recogen son muy ilustrativos: Destacan que uno de cada cuatro europeos (28,3% de las mujeres, 21,6% de los hombres) padecerá algún trastorno mental en su vida.

En cuanto a las depresiones, según datos de la OMS, éstas son la cuarta causa de muerte y discapacidad a escala mundial, y en 2020, ocuparán el segundo lugar después de las cardiopatías.

Estos datos son algo alarmantes. Las informaciones estadísticas y cuantitativas de las dolencias psíquicas y mentales no hacen sino aumentar, y con ellas el mercado de psicofármacos. Sin embargo, los análisis situacionales y cualitativos sobre la multifactorialidad que interviene en el aumento de estas dolencias, son bastante escasos o meramente descriptivos. Creo que hemos de realizar un gran esfuerzo multi e interdisciplinar para investigar mejor y más a fondo este padecer femenino contemporáneo, y no dejarlo caer en manos de la manipulación ideológica ni de la especulación económica.

LOS MERCURIOS

Cardiopatías y depresiones son las formas diferentes de enfermar (o de sufrir) que, respectivamente, suelen tener hombres y mujeres; o, dicho de otra manera, son las diferencias de género a la hora de perder la salud.

¿Es cierto que los hombres no se deprimen tanto como las mujeres? Lo que aparece en la atención clínica psicológica con pacientes hombres y mujeres es muy diferente. En ellos suele darse un registro más orgánico que psicológico del sufrimiento emocional; en este registro, el cuerpo - el funcionamiento general de su organismo-, y en especial del corazón, puede llegar a encontrarse severamente comprometido. Es el caso, por ejemplo, en que factores externos (del entorno laboral o familiar, estrés, crisis, etc.) colisionan (se alían) con aspectos internos subjetivos (traumas, estructura de personalidad, rasgos de carácter), tras lo que sobreviene el síntoma del infarto.

Ellas, en cambio, suelen expresar su padecer depresivo a través de manifestaciones psíquicas (falta de deseo, de ilusión) y de un intenso malestar corporal: dolores, cansancio, falta de energía, insomnio, inapetencia alimenticia, etc. Ambas dolencias —cardiopatías y depresión— tienen mucho en común. El corazón es como un “mercurio” del momento febril o templado en que se encuentra nuestro estado de ánimo. Es un órgano real, vital para nuestra existencia y para nuestra salud general, sede privilegiada de nuestra vida emocional, que goza de un gran valor



**HAY LLUVIAS
 ESTRICTAMENTE
 PERSONALES.**

simbólico, y que suscita un amplio imaginario social. Así aparece en la poesía, en las expresiones artísticas, en las letras de las canciones, en los dibujos de los niños, cuando se expresan sentimientos —positivos o negativos— hacia los demás. A través del corazón y de sus representaciones, llegamos a la manifestación más clara y universal del registro emocional humano, aquél que “moldea las neuronas” (Magistretti y Ansermet 2010) y nos hace sentirnos felices o desgraciados.

Hablo del corazón, de sus dolencias y de sus representaciones para relacionar sus latidos con los dolores específicos del estado depresivo: en otras palabras, corazón y depresión van de la mano en hombres y mujeres que viven intensas turbulencias personales y sociales. No nos puede extrañar, pues, que sean dolencias contemporáneas, de gran impacto y coste económico.

LAS METAMORFOSIS

La experiencia clínica, médica y psicológica también nos enseña que cada mujer que consulta convive con su malestar emocional de forma absolutamente singular. Por eso, cuando nos referimos a "las depresiones" lo hacemos en plural. Es un plural que se refiere tanto a las formas tan diversas que tiene el padecer del estado anímico a la hora de manifestarse, como que cada persona lo expresa a "a su manera". Podríamos decir que el malestar emocional se ha metamorfoseado según las características particulares de quien lo habita (Hornstein, 2006).

Estas características particulares están condicionadas – ¡no podemos olvidarlo!– por lo que se ha vivido durante la infancia. Digo que no podemos olvidarlo porque, desafortunadamente, no suele tenerse mucho en cuenta fuera de las consultas psicológicas, y además, la infancia es un período evolutivo que cae fácilmente en las redes de la amnesia. No por eso deja de tener una importancia fundamental (¡son los fundamentos!) en la formación del carácter y de la personalidad.

Durante el período de la infancia y de la adolescencia, las niñas/jóvenes pasan por experiencias vitales muy complejas, que condicionan y modifican su mundo interno. La psicología evolutiva diferencial da buena cuenta de estos cambios. Los denominamos cambios vitales, por los que es preciso transitar para seguir adelante con el desarrollo psicológico. Cada cambio de etapa, cada cambio interno, implica un cierto duelo. Aunque los más importantes son los duelos de personas queridas, hay otras pérdidas que, al no ser tan evidentes como la muerte o ausencia de un ser amado, pueden pasar más desapercibidas: por ejemplo, la pérdida de un proyecto de vida, de una ilusión, o la pérdida de la "eterna juventud", por ejemplo.

SANGUIJUELAS Y CAMALEONES

Si como profesionales de la salud –médicos, psicólogos– no detectamos adecuadamente el padecimiento psíquico tras una pérdida –real o simbólica–, para darle el tratamiento adecuado, y conseguir la necesaria elaboración del duelo correspondiente, éste se va a quedar enquistado. Un duelo enquistado es como una sanguijuela que se alimenta de su víctima. Son como parásitos insaciables, que se han acoplado camaleónicamente a la vida de quien lo sufre, y chupan toda la energía disponible. Los llamamos duelos enquistados, duelos congelados, duelos patológicos, o "depresiones blancas" (Green, 1983).

CALEIDOSCOPIO DEPRESIVO

Otra forma depresiva es la que aparece de forma "reactiva", y tiene una causa claramente identificable. La mujer que la padece es consciente de que a partir de "aquel momento" su estado de ánimo cambió: tras el parto, o cuando los hijos marcharon de casa, o cuando tuvo que cambiar de trabajo, u otras situaciones que marcaron un después, al que fue difícil adaptarse (Dio Bleichmar, 1991).

Hay un gran abanico de situaciones difíciles, sobre todo en épocas de crisis económica, en las que las mujeres tienen la imperiosa necesidad de adaptarse. Entre estas situaciones difíciles está el papel de cuidadoras al que se ven abocadas en el seno de sus familias. La pérdida de libertad personal que esta tarea comporta las afecta enormemente. No hay otra salida, no hay escapatoria posible: durante años se verán obligadas a ocuparse, cuidar y atender a familiares enfermos o ancianos, en muchas ocasiones sin apenas contrapartida.

No nos puede extrañar, entonces, la variedad de reacciones de carácter, la inestabilidad en el estado de ánimo, las manifestaciones dispares y contradictorias del humor, que se nos muestran, a los clínicos, como un variado caleidoscopio emocional. Son manifestaciones emocionales reactivas, a situaciones familiares estancadas, en las que se encuentran atrapadas, y que se han instalado en una entropía de difícil salida. No suele faltar un intenso sentimiento de culpabilidad.

SEGUIR PEDALEANDO...

Estas manifestaciones sintomáticas y características, tal cual nos las relatan las propias pacientes, se encuentran ampliamente ilustradas en las publicaciones científicas: médicas, psiquiátricas y psicoanalíticas (Bowlby, Freud, Kristeva). Nos explican muy detalladamente las características de ese estado anímico displacentero, del que nos gustaría desembarazarnos en un santiamén. Hacerlo desaparecer, no sólo por lo desagradable de la situación emocional, sino, sobre todo, porque las exigencias de los tiempos en que vivimos nos piden mantener el ritmo, no disminuir la velocidad, sostener una elevada energía vital y así afrontar la vertiginosa dinámica en la que se suceden los cambios.

Para las mujeres esta exigencia se hace todavía más implacable, porque son las promotoras ¿involuntarias? de las transformaciones sociales y familiares en el siglo XXI. No nos queda otra, hemos de adaptarnos rápidamente a la incesante evolución de los acontecimientos, muchos de ellos imprevistos; y –ante todo– no desfallecer, no decaer ante el fracaso, no entristecer ante la pérdida, superar toda frustración. Nuestro entorno y nuestros ideales más profundos así nos lo exigen: sostener una presencia, pero acompañada de una imagen impecable.

¿Si yo no fuera yo,
sentiría alivio o nostalgia?



Cómo ser una mujer y no morir en el intento (Rico-Godoy, 1990) siempre me pareció una formulación muy acertada de lo que se juegan la mayoría de las mujeres cuando “se tiene que” llegar a todo, —o mejor dicho: a todos. No es que dedicarse intensamente a desarrollar o cultivar la profesión, luchar por unos proyectos de vida, o educar hijos o nietos menoscabe la energía y la salud. No en tanto son elecciones propias, y en ellas se retroalimenta nuestra autoestima. Lo que menoscaba el sustrato vital y agota —o acelera peligrosamente— el latido cardíaco es “la obligación”, el deber, el mandato, de llegar a todos, sin que se encuentre ninguna otra salida: es la enorme pérdida de libertad, precisamente en los tiempos de máxima libertad, lo que constituye una paradoja insoportable en este viaje constante de búsqueda de nuestra identidad histórica y cultural. Entonces se trata de cómo ser una mujer, en el sentido pleno, amplio y profundo que hemos conseguido en el siglo XXI, y no enfermar mientras lo intentamos. La obra *Mad, Bad & Sad* (Appignanesi

2008) (*Locas, Malas y Tristes*) relata espléndidamente la historia de las mujeres desde 1800 hasta la actualidad: es el reflejo de lo que han pensado sobre nosotras médicos y pensadores ilustres, que disponían de la patente para diagnosticar si estábamos locas, o éramos malas, o nos encontrábamos sumidas en una tristeza patológica. Y no dudamos, si es que en algún momento lo hemos hecho, de que tenían un “remedio” para cada situación: el encierro manicomial, la prisión o el destierro, que prolongaban la muerte en vida.

EL BIENESTAR QUÍMICO

Pero esto ha cambiado ¿Qué sucede en nuestros tiempos, tan avanzados científicamente, con las mujeres tristes, abrumadas o deprimidas? La industria farmacéutica, en general, y la psicofarmacológica en particular, con el mensaje —más explícito que subyacente— de que no es necesario sufrir, porque hay remedios que lo impiden muy eficazmente, ha ampliado el mercado de consumidores. El consumo de estos productos sigue en aumento.

El mensaje que envían es que nuestro estado de ánimo, en cuyo centro se encuentran los “temas del corazón”, puede aliviarse gracias a unas sustancias químicas que suprimirán esos malestares, y podremos volver a sonreír, a recobrar el brillo en la mirada. La tristeza quedará atrás, como cenizas disueltas en el aire. Nuestro presente volverá a recobrar su color, y el imaginario de lo que nos espera se poblará de proyectos e ilusiones.

Como cuento de hadas contemporáneo no está nada mal, la verdad. Además, precisamente, siempre han sido una lectura muy apreciada por las niñas durante la edad prepuberal y adolescente. Ayudan a soñar, a salir de la realidad a veces difícil y tormentosa, pero sobre todo entretienen el tedio, consuelan el desamor, alientan el desánimo, y procuran la esperanza de que “otra vida es

posible”. Sin embargo, con la medicación antidepressiva sólo vamos a seguir distrayendo o entreteniéndolo las verdaderas causas del malestar y la tristeza.

LOS EJES DE SU CARRETA

Vuelvo a la pregunta que nos ocupa: si los datos dicen que las mujeres, en comparación con los hombres, consultan más por estar (o mejor dicho, sentirse) deprimidas, es que los temas “del corazón” las embargan más. Que la vida relacional, los vínculos y los ideales son los ejes de su existencia ¡menos mal!; que no les son indiferentes las pérdidas, los duelos, las ausencias, la enfermedad de los que aman, ni la muerte; que los remedios químicos a los que recurren como panacea para seguir adelante con su mala vida les ayudan a eso, a seguir con su mala vida “gracias” a las pastillas.

Los ejes de nuestra existencia no se pueden banalizar. Sólo gracias —en un sentido pleno y profundo— a los vínculos que hemos establecido desde el primer balbuceo, estamos vivos y somos lo que somos. Los vínculos afectivos nos sustentan, nos alimentan emocionalmente, nos dan la energía necesaria para enfrentarnos a las dificultades, nos amparan en el desvalimiento, nos alivian las frustraciones (Pichon-Rivière 1985) ¿Podríamos prescindir de las personas queridas? Y ¿qué sucede, cuando nos faltan? ¿Cómo soportamos su ausencia, su enfermedad, sus afrentas, o la pérdida definitiva? Son necesarias muchas adaptaciones defensivas (negación, disociación, racionalización, etc.) para soportar el boquete emocional que genera la pérdida de un ser amado. Y también se precisan muchas restricciones personales para soportar situaciones desgraciadas.

Entre ellas quiero destacar una que daña enormemente el narcisismo y la autoestima de una mujer: llegar a una familia en la que se deseaba un varón. Esta decepción parental es a veces explícita hacia ella, puede haber sido ocultada

deliberadamente, o permanecer inconsciente en el psiquismo parental. Los efectos de este rechazo no son inocuos en la subjetividad femenina: la niña puede desarrollar un carácter rebelde y protestón, o exageradamente dócil y sumiso, intentando hacerse perdonar mientras espera una mayor aceptación de su ser mujer.

SER RECIBIDA, SER ACOGIDA, SER RECONOCIDA

Una joven profesional me consultó hace tiempo que no se encontraba bien. Decía que no tenía ilusión por su trabajo, que la vida le parecía monótona, y que a veces tenía ganas de llorar, aunque no podía, sin saber por qué. Aparentemente sus condiciones de vida no eran desfavorables: vivía con su pareja, desempeñaba su profesión en un puesto de trabajo estable en el que aplicaba sus conocimientos, mantenía relación con un grupo de amigos de la universidad, sus padres estaban jubilados y sin dolencias específicas. Era una mujer sana, de aspecto agradable, que había tenido una buena y extensa educación.

Durante las primeras entrevistas ella fue comentando aspectos de su vida durante la infancia y la adolescencia, con sus padres, abuelos, hermanos, primos; una amplia familia, bastante bien avenida. Yo me preguntaba, ¿dónde está el trauma infantil, dónde la crisis personal, cuál ha sido la situación de discriminación, de violencia, de conflicto social? ¿De dónde surge este desánimo vital?

Hicieron falta varias semanas para, entre las dos, darnos cuenta de que el desánimo no era tanto "actual" como "antiguo", y que lo venía lastrando durante años, al mismo tiempo que lo venía entreteniéndolo. Ella buscaba respuestas, pero le costaba plantearse las preguntas. Para no darse cuenta a fondo de su malestar depresivo había puesto en práctica un gran repertorio de distracciones: viajes, salidas culturales, amantes, estudios en el extranjero. Pero la mochila apesa-

dumbreada iba con ella, sin menguar su peso ni volumen, todo lo contrario. Durante algún tiempo fuimos viendo que su vida algo alborotada tenía una misión siempre fallida: distraerla de su sensación de no ser querida, de no ser aceptada. Ni por los demás ni por sí misma. Y a esa desafección hacia ella misma había contribuido, de manera casi imperceptible, una muy principal: cuando llegó al mundo fue recibida con un "Oh!, ¡otra niña! ¡Qué le vamos a hacer!"

Esta resignación fue marcando también su posición subjetiva en la vida. Se conformaba rápidamente, no era una persona de difícil contentar, y a todo intentaba encontrarle el lado positivo, que desde luego, lo hay. Pero en la vida que entonces llevaba, la resignación y el sacrificio pasaban por estar aguantando el desamor de su pareja, sin atreverse a dar el paso de asumir la separación. La dificultad para cambiar una situación desagradable por temor a encontrarse sola suele ser un apaño muy perjudicial. Es aquello de "más vale malo conocido que bueno por conocer", un refrán muy manido que sigue teniendo mucha vigencia, sobre todo para mujeres que no se sienten seguras de sí mismas: o porque nunca tuvieron la oportunidad de haberse sentido satisfechas de su ser mujer, o porque nunca se enfrentaron a las verdaderas dificultades de ser una mujer que quiere salir adelante con su propia existencia.

Con esta viñeta clínica sólo intento mostrar una de las múltiples caras del estado depresivo, quizá la cara más "nublada" que oscura, en la que muchas mujeres "van tirando" con su vida, haciendo apaños farmacológicos, o buscando distracciones a una vivencia de "sinsentido". Y para concluir, me planteo ¿no será a veces la depresión un buen refugio en el cual seguir teniendo esos llamados "beneficios secundarios", atenciones o cuidados paliativos, y así no abordar el dolor de encontrar tantas verdades negadas, además de las propias carencias? Creo que es imprescindible revertir el



NO...NO LO
LLAMO POR MIS
ARRUGAS...
LO QUE ME
QUISIERA OPERAR
ES EL
ESPÍRITU
DE SACRIFICIO
¿SALE
MUY CARO?

victimismo, que tan frecuentemente aparece en el sufrimiento depresivo femenino, para poder transformar no sólo las (malas) condiciones de vida, sino también, sobre todo, la posición subjetiva, más activa y decidida, frente a ellas.

BIBLIOGRAFIA

- Appignanesi, Lisa (2008): Mad, Bad and Sad. Virago Press.
- Bowlby, John (1980): La pérdida afectiva. Tristeza y Depresión. Ed. Paidós.
- Dio Bleichmar, Emilce (1991): Depresión en la mujer. Ed. Temas de Hoy.
- Freud, Sigmund (1915) Duelo y Melancolía. Amorrortu Ediciones. Vol. XV.
- Green, André (1983): "La madre muerta", en Narcisismo de vida, Narcisismo de muerte. Ed. Amorrortu.
- Hornstein, Luis (2006): Las depresiones. Afectos y humores del vivir. Ed. Paidós.
- Kristeva, Julia ((1993): Las nuevas enfermedades del alma. Ed. Cátedra.
- Magistretti, Pierre, y Ansermet, François (2010): "Las emociones, escultoras del cerebro". En Cerebro y emociones. National Geographic. 2010.
- Rico-Godoy, Carmen (1990): Cómo ser una mujer y no morir en el intento. Ed. Temas de Hoy.
- Pichon-Rivière, Enrique (1985): Teoría del vínculo. Ed. Nueva Visión.

EL CUERPO, antídoto de La Locura



Luz Casanovas Susanna
Médica. Diafreoterapeuta
lcasanovas@dcc.ulpgc.es

El antipsicótico más potente, el ansiolítico más eficaz

La locura es una desconexión del sistema mente-cuerpo, pero sin llegar a tal situación hay grados en los que la desconexión produce ansiedad, fobias u otras situaciones de lo más cotidianas. Es la colonización de la mente por ideas, lógica o sociedades ajenas que somete al sistema mente-cuerpo al miedo, a la renuncia permanente, al desequilibrio.

Cuando el cuerpo no puede ser ordenado por la mente confundida, intenta mantener la homeostasis a toda costa, es decir, preserva la vida. Tiene sistemas nerviosos autónomos y un sistema intestinal, a base de serotonina, que funcionan aislados de las órdenes mentales. Como es una situación de peligro, la mente ordena al cuerpo defenderse; el cuerpo activa la respuesta y deja de respirar profundamente, contrae tanto la musculatura estriada como la visceral, produciendo un estado de simpaticotonía. A su vez, esta situación alerta más a la mente que mantiene la situación de miedo y así hasta el infinito, en un círculo peligroso ya que la descoordinación de ambos sistemas es la sensación de muerte.

La respiración profunda, lenta y amplia permite salir de esa alerta y volver a recuperar un ritmo equilibrado entre ambos sistemas reguladores, el simpático y el parasimpático, lo que la mente interpreta como bienestar y serenidad. El bienestar lo da la relajación muscular; el cuerpo se relaja y la mente deja de detectar peligro.

El cuerpo es un ansiolítico y antipsicótico muy eficaz que la medicina no conoce a pesar de basar sus conocimientos e investigaciones en él. Los medicamentos abundan más en ese divorcio, alejando a las personas de la solución holística y sana que es la recuperación del equilibrio mente-cuerpo.

El equilibrio es la relación entre sistemas que funcionan como un todo, es la conciencia de ser un cuerpo con una mente, es la identidad total y sentir los sistemas corporales funcionando; tocar y ser tocada por las sensaciones, ¡estamos tan acostumbradas a bloquear las sensaciones que ni siquiera sabemos cómo lo hacemos ni cómo deshacerlo! Pero son las sensaciones las que nos dan corporeidad, lo que miras o lo que tocas es real, te das el tiempo de sentirlo, de asimilarlo. En vacaciones anhelamos recuperar un sueño reparador, unas actividades lúdicas y físicas que paren la mente, comer sin horarios ni protocolos, recuperar nuestro intestino para que funcione sin someterlo a las torturas de las normas sociales, recuperar todas las relaciones sexuales que el cansancio y el tiempo te han impedido y que tu fantasía convierte en grandiosas o gloriosas. Todo esto nos demuestra lo desconectadas que estamos once meses del año ¿Cómo no estar locas?

Respirar profundo como hábito (no como último recurso para sobrevivir); sentir cómo encojes el estómago para no tener ciertas emociones o sentir las que debes; pisar sintiendo los apoyos de los pies y del cuerpo; ser consciente de qué músculos utilizas en tus acciones cotidianas; saber cómo encojes y aprie-

tas las mandíbulas para no decir lo que te parece; conocer esos dolores crónicos que no desaparecen hasta que entras en ellos y desvelas las historias que te han querido contar a pesar de tu sordera crónica; no necesitar seguir una dieta sana porque tu cuerpo te indica, sutilmente aquello que le va a ser imposible digerir..., eso es tener conciencia corporal, eso es vivir un poco más armónica que lo que te enseñaron.

No tener curiosidad por saber qué funciones realiza mi hígado o dónde se sitúa, no tener ni idea de lo que pasa en el intestino cuando como o bebo algo o cómo funcionan mis articulaciones y sólo me acuerdo que las tengo cuando me duelen; todos estos datos indican lo alejadas y enajenadas que estamos de nuestro cuerpo del que sí sabemos los pelos que depilar, cómo perfilar las cejas, la línea del labio que corrijo con el lápiz o el tipo de vestido o pantalón que disimula o ensalza la forma corporal que más aprecio y luzco más gustosa. Esto es esquizofrenia o psicosis o fobia o locura; en todo caso, armonía o felicidad, no es. Tener que acudir a metodologías, terapias, medicamentos para recuperar lo que es nuestro, con lo que nacemos, indica lo lejos que estamos de vivir saludablemente, que nuestra civilización privilegia la mente, reservando el cuerpo para someterlo, no para disfrutarlo.

Si aceptamos que la educación y socialización son para sentir y pensar lo que debemos como mujeres (esquizofrenia de género) y abandonamos lo que deseamos o anhelamos (bienestar holístico) entonces debemos escoger continuamente entre una situación y otra: no



se pueden dar las dos a la vez.

Es un trabajo personal costoso, dificultoso, que pone en entredicho muchas de las cosas aprendidas, de las decisiones tomadas en cuanto a trabajo, pareja, familia, profesión, amistades, es tomar un camino que aleja del orden social y político correcto.

Es un sistema de soledad, para vivirlo intensa y personalmente; significa recuperar ese espacio personal íntimo, no compartido, que es tu cuerpo y tu mente funcionando en armonía.

El cuerpo como medio ambiente de la mente

Teniendo en cuenta la tendencia a considerar que el medio ambiente (ambioma) es un factor esencial en el desarrollo y

manifestación de la carga genética (genoma), veamos al cuerpo como el medio ambiente o el microclima que sostiene y mantiene al cerebro y permite su desarrollo.

Lo que no se discute es que el medio (ambioma) influye en el desarrollo y manifestación genéticos (genoma) y éste en el ambioma. Separarlo es seguir anteponiendo la funcionalidad y el materialismo a la concepción integral. La experiencia, es decir, lo que le sucede al individuo, influye en la expresión génica a través de múltiples vías de orden bioquímico (las hormonas y neurotransmisores juegan un papel primordial) y es un camino de ida y vuelta. Por tanto es cerrazón seguir pensando que la mente funciona aislada del cuerpo y que éste mantiene todas sus funciones (dentro de unos límites sostenibles para la vida) sin ser influido por los pensamientos o sentimientos ni por las múltiples órdenes mentales elaboradas para adaptarse a los cambios físicos del medio.

La capacidad intelectual y el carácter son mediados por la sociedad, el medio ambiente, la alimentación, la educación... El ambiente físico que permite al cerebro materializar lo que piensa y ejecutarlo es el cuerpo. Si esto es así, tenemos que dar paso a otra concepción del cuerpo, la de compañero inseparable de la mente, la de equipo que funciona sincronizadamente y lo que le pasa a uno le pasa al otro. Las manifestaciones de ese equipo son las que difieren; cada cual tiene una manera de expresar su funcionamiento, su necesidad y su respuesta a lo que nos pasa cada instante, continuamente, nunca dejan de funcionar así, incluso mueren juntos.

Ahora bien, si el cuerpo detecta una situación de peligro y necesita las órdenes cerebrales destinadas a resolver esa situación de urgencia, pero esas órdenes contradicen la educación o la moral o la conveniencia, la mente entra en caos: si prioriza la necesidad corporal contradice la orden social, y si prioriza la orden social, sacrifica la supervivencia para someterse, de nuevo.

Esta "esquizofrenia" la resuelve como

siempre haya resuelto los conflictos desde el útero materno, es decir activando el funcionamiento de defensa aprendido: si es con estrés, lo hará activando toda la respuesta con la consiguiente superactivación de la amígdala y la respuesta será de ansiedad o de fobia. Esta es una respuesta de escape, que no resuelve la situación, sino caotiza más, tanto a la mente como al cuerpo y ambos tienen un funcionamiento de exigencia, de gasto y de rendimiento cero.

Estos son ejemplos extremos, por tanto entre una respuesta caótica y la respuesta sana o adecuada hay niveles, pero todo se explica por este mecanismo de relación armónica y de equipo. Suprimir o someter la respuesta corporal a la conveniencia, es como vivir sin el medio ambiente y todas sabemos lo que ello conlleva. ¿Basta con saberlo para corregirlo? Pues no, necesitamos recuperar, repensar, entrenar tanto la mente y el cuerpo en otro funcionamiento, en otra relación, porque es tan fuerte la imposición socializante que no se cambia sólo con la voluntad o con el pensamiento; de nuevo es el concepto de equipo indivisible e inseparable el que permite empezar a funcionar en armonía, recuperando ese cuerpo de mujer en una mente de mujer.

Se entrena el cuerpo recuperando una respiración libre, armónica, amplia y profunda, que permitirá el funcionamiento correcto y elástico de las articulaciones y cadenas musculares tanto somáticas como viscerales, lo que da lugar a percepciones sólidas y fuertes que activan la respuesta coherente que la mente coordina, la acción corporal que resuelve el conflicto o la situación planteada, sin cadenas sociales o ataduras. ¿No es coherente? ¿No suena a estupendo?

Si el cuerpo de las mujeres se percibiera como tal en esta sociedad, detectaríamos más los peligros, no nos engañarían las apariencias, seríamos lo que queremos ser y no lo que debemos, pero entonces muchas cuestiones sociales se vendrían abajo, ¡qué revolución!

Madres e hijas y La construcción de La identidad femenina



Gemma Cánovas Sau

Psicóloga Clínica

www.gemmacanovassau.com

nova@gemmacanovassau.com

"Usted siempre ha sido la hija de su madre, y esta relación buena o mala ha estado siempre en el centro de su identidad"

D. Stern

"EL nacimiento de una madre"

LOS VÍNCULOS AFECTIVOS Y LOS ESTEREOTIPOS DE GÉNERO. DESCUBRIR LA PROPIA POTENCIALIDAD: ¿QUÉ ES UNA MUJER?

Desde el nacimiento, incluso antes, los deseos de los adultos, sus rechazos y sus expectativas, respecto al niño o la niña, van configurando el denominado nido psicoafectivo que le proporcionará los primeros elementos significativos, que anteceden a su presencia real. No se trata de interpretar esto como una pre-determinación en el sentido de fijar las tendencias pulsionales futuras, pero sí de tomarlo en consideración cuando se observa que estos cimientos forman línea de continuidad con una serie de repeticiones en el tiempo.

En relación a las niñas, la influencia materna es sumamente significativa, mas allá incluso de la primera fase de la infancia, ya que el varón precisa ha-

cer un viraje hacia el posicionamiento masculino lo que no ocurre con las hijas en los niveles más profundos. Esto tiene relación con la identificación femenina. La madre o figura materna ejerce una función de espejo que en la niña, la hija, se da con mayor intensidad mas allá de la vinculación con la figura paterna si existe. Lemoine afirma al respecto "que la mujer entra en el espejo y no sale nunca de él, ya que el ideal que percibe la madre en la hija es ella misma". En los tratamientos de mujeres adultas se observa con muchísima frecuencia que desveladas las identificaciones con la figura paterna, subyacen, en lo profundo, las preguntas dirigidas a la madre que no han hallado respuesta o han sido insuficientes.

Puesto que los vínculos no están dados de antemano sino que hay que construirlos, cada adulto tomará para ello los materiales de su propia experiencia, de las imágenes e identificaciones que haya configurado en su recorrido vital. Así por ejemplo, la madre que de niña y adolescente ha tenido serias dificultades para construir su lugar interno a nivel psicológico (aquel que permite acceder a los propios deseos y a vehicularlos adecuadamente en coherencia con el propio potencial), y a lo largo de su vida ha ido arrastrando las consecuencias de ello, transmitirá a su hija una imagen que estará probablemente contaminada por mensajes que la inclinarán a un proceso similar, aunque en las apariencias sea diferente.



Por esto es fácil observar identificaciones latentes tras la ficción de gran autonomía, por ej.: muchachas que aún teniendo sus propios ingresos e incluso su propia vivienda, consultan a una profesional por su falta de confianza en sí mismas, temores que las bloquean... y se sorprenden cuando, tras un tiempo de trabajo psicológico, se escuchan a sí mismas decir cosas como: "las temporadas que no salgo con un chico o no tengo novio me siento muy mal, como si no estuviera completa", "cualquier criterio ajeno me parece mejor que el mío y no me atrevo a expresar mis ideas, lo que me genera gran malestar". No es infrecuente que, al ser interrogadas respecto a de dónde pueden provenir ciertas ideas, respondan que de sus abuelas maternas. Los discursos racionales de sus madres no han logrado disipar ciertos arquetipos subyacentes en que, por ejemplo, si una mujer se quedaba soltera su única misión a parte de "vestir santos" era atender a los sobrinos y beneficiarse del acogimiento de algún familiar cercano.

La pregunta: ¿qué es una mujer? subyace y se constituye en la piedra angular del proceso de construcción subjetiva de la identidad de cada mujer, no existen patrones standard, la misma formulación de pregunta obtendrá respuestas diferentes, lo que para una mujer es prioritario quizás no lo sea para otra, ese es el reto, la posibilidad de elegir el propio camino.

Para que cada mujer conecte con su potencialidad y viva de acuerdo a la misma es imprescindible desprenderse de patrones rígidos que encorsetan psicológicamente, emocionalmente. Pero la tarea de discriminar previamente es fundamental para poder detectar los auténticos deseos, que el deseo no sea confundido con la mera imitación de determinados roles, creando así un falso "self", es decir, un falso "yo", esa instancia psíquica que permite la conciencia de la diferenciación respecto al otro y proporciona la autopercepción de la identidad.

Las niñas y las adolescentes toman prestado de sus madres modelos de femineidad, también de otras mujeres del entorno familiar, si han sostenido vínculos afectivos importantes; a partir de ahí irán configurando su propia forma de posicionarse en la vida. Es fundamental que logren ocupar un lugar de sujeto no sólo en el plano social sino en el plano psíquico; no sentirse propiedad de nadie y desde ese punto poder interactuar, ese es el auténtico empoderamiento: conectar con la propia potencialidad, el sentir-del-poder-hacer. A ello contribuirá rescatar lo positivo y deshacerse del lastre vivido en el ámbito familiar: los mensajes que paralizan, que incitan a limitarse, a no creer en las propias posibilidades. Y no estamos hablando, lógicamente, de potenciar narcisismos patológicos, ya que toda persona por principio de realidad está sujeta a limitaciones. Esta tarea de

empoderamiento ha de ser llevada a cabo desde el plano individual y desde el plano social .

LOS DESENCUENTROS MADRE-HIJA

Lacan se refiere en alguno de sus textos al denominado "estrago madre-hija" para definir las tensiones existentes entre ambas, especialmente a partir de la pubertad, debido, por un lado, a la demanda acuciante y permanente que la niña le transmite a su madre para recibir lo que espera en compensación a la falta (carencia básica, no sólo de las mujeres que carecemos de órgano sexual masculino, sino de todo ser humano, ya que nadie está completo) y que, por tanto, la madre no puede nunca colmar; y, por otro lado, demanda que la madre plantea incesantemente a su hija en base a algo parecido.

Pero reflexionando al respecto, y más allá de las teorías freudianas respecto a la sexualidad que sustenta dicho concepto, aparecen cuestiones que a mi entender hay que atreverse a plantear: -¿Acaso no existe estrago (interacción que desgasta y se retroalimenta) entre padre-hijo, padre-hija o madre-hijo, en muchas ocasiones? Vemos en la consulta, y fuera de ella, varones insatisfechos con la figura paterna, esperando el ansiado reconocimiento que provenga de ese padre castrador que no ha logrado encontrar cierto grado de complicidad con ellos, compatibilizándola con la dosis de autoridad necesaria, viviendo en conflicto permanente en sus relaciones interpersonales, o el hijo dirigiéndose con actitud ambivalente, mezcla de dependencia y hostilidad a la madre que resulta permanentemente idealizada-rechazada en un circuito repetitivo. Todo ello fuera incluso del campo de la psicosis.

Lacan en ese sentido detuvo su aguda

mirada en el ojo del huracán de la interacción que puede tensarse entre madre e hija, pero no es el único foco de conflicto posible, existen factores socio-culturales-históricos en interacción con el recorrido vital de cada mujer-madre también en juego, que pueden dificultar o favorecer las relaciones de comunicación madre-hija desde etapas muy tempranas. El discurso social atraviesa la subjetividad y por tanto las relaciones afectivas madre-hija no están exentas de ello.

LAS PREVENCIÓN POSIBLE

El planteamiento desde una vertiente preventiva, especialmente para las futuras madres, las que ya lo son y tienen hijos/as en etapas infantiles, y para l@os profesionales que se relacionan con ellas, reside, a mi entender, en :

- Diluir idealizaciones imaginarias, la relación madre-hija perfecta no existe, los ideales de las figuras parentales han de caer en la adolescencia, pero a la vez se recogen los frutos de lo sembrado en la etapa de primera infancia. No existen relaciones perfectas en ningún vínculo afectivo, pero sí podemos referirnos a grados de armonía o desarmonía, que tienden más a la salud o al desgaste (síntoma).
- Decodificar los significantes subyacentes en los estereotipos de género también en el contexto de la relación materno-filial, ya que se han insertado en el inconsciente colectivo transmitido de generación a generación.
- Potenciar la dimensión lúdica y de disfrute en la infancia entre madre e hija preservando paralelamente un espacio propio de ambas, independientemente del tipo de entorno familiar en que se hallen. Incorporar el sentir y el cuerpo, haciendo un uso equilibrado de la dimensión racional.



- Considerar a la abuela materna un eslabón, no perdido en este caso sino muy presente, en la elaboración de lo que se cuece entre madre e hija, es decir, ponerlo a trabajar y recuperar el valor simbólico de la maternidad. Incorporar la elaboración psicológica de la historia vital de las tres generaciones -como mínimo- de mujeres en línea materna, rescatando lo significativo de sus experiencias vitales, en relación a lo transmitido y reconociendo también lo no nombrado, los tabúes ..La visión de cada hija de su madre, no sólo como tal sino en relación a la imagen que como mujer le ha transmitido.

El cultivo de las relaciones madre-hija ha de producirse desde las primeras etapas del desarrollo, ya sean hijas biológicas o adoptadas. Esto implica:

- Favorecer al máximo el diálogo entre ambas. La circulación de la palabra con sentido (palabra llena) que ha estado reprimida. La madre ha de poder hablar, desde su posición materna, con libertad de sus vivencias presentes y pasadas a la hija, sin que ello signifique tratarla como una adulta ni esperar de ella reparaciones afectivas que no ha de asumir ni puede hacerlo. Se trata de establecer lazos de complicidad empática que la cultura patriarcal ha dinamitado, partiendo de una elaboración básica previa del mundo subjetivo de la madre como punto de partida. De ahí la gran utilidad de los grupos de pre-madres para elaborar el parto en su dimensión psicológico-simbólica, no únicamente física.
- Que el tránsito por la etapa edípica o de electra por parte de la niña, no se convierta en un enquistamiento a largo plazo que produzca, como consecuencia, la competitividad de las dos por el padre, y que sea posible disolver el juego de espejos entre ambas paralelamente a la diferenciación. Aquí se juegan también factores socio-culturales, no únicamente estructurales, lo cual se observa en la dinámica de muchas relaciones femeninas en la vida adulta no sólo con los hombres sino con otras mujeres.
- Cuando el vínculo afectivo se cultiva regándolo con significaciones positivas, los vaivenes de la vida cotidiana, las crisis vitales son menos agudas porque no lo ponen en cuestión y pasado el huracán la relación, cual caña de bambú doblegada al viento, se estabiliza de nuevo.

Las hijas, todas las hijas del mundo, estamos muy influidas por las figuras maternas en múltiples aspectos. La construcción de la identidad femenina no se realiza a partir de cero y las madres son nuestro primer espejo y el más importante. La tarea a llevar a cabo en la vida adulta radica en la selección del material recibido, para realizar nuestra propia construcción, quedándonos con lo que nos enriquezca y nos potencie hacia la creatividad y no aleje del malestar emocional.

BIBLIOGRAFIA

- El oficio de ser madre. La construcción de la maternidad, Gemma Cánovas Sau Ed. Paidós. 2010.
- El vacío de la maternidad. Victoria Sau, Ed. Icaria. 2004.
- Abuelas, madres e hijas, A. Freixas, Ed. Icaria. 2005.
- Vínculos emocionales: formación, desarrollo y pérdida. J Bowlby, Ed. Morata. 2006
- La sexualidad femenina y su construcción imaginaria. Silvia Tubert. Ed. El Arquero. 1988.
- Figuras de la madre. Silvia Tubert. Ed. Cátedra, Col. Feminismos. 1996.
- Art.: "La mujer actual y la madre ideal", G. Cánovas Sau Gradiva, 2006
- Luces y sombras de la maternidad. Gemma Cánovas Sau, Revista COPC, Septiembre 2010
- Entre madres e hijas. Acerca de la opresión psicológica. A Lombardi. Ed. Paidós. 1998.
- Como no ser una madre perfecta. Libby Purves. Ed. Paidós. 2010.
- Hablan las mujeres. L. Vaccarezza. Ed. Diván el Terrible. Biblioteca Nueva. 2001.
- El nacimiento de una madre. D. Stern. Ed. Paidós. 1999.
- Una infancia infeliz no determina la vida. Boris Cyrulnik. Ed. Gedisa. 2002.

La omnipotencia:

RIESGOS DE DESEAR SER UNA GRAN-DIOSA MADRE



Asunción

González de Chávez

Profesora Universidad
de las Palmas

generosalud@dcmq.ulpgc.es

LA MATERNIDAD, UN MODELO IDEALIZADO E INALCANZABLE

Es políticamente (feministamente) incorrecto hablar de la omnipotencia en las mujeres en el seno de un mundo patriarcal, en el que (casi) todos los poderes son detentados por los hombres. Pero como "el pensamiento no puede tomar asiento"... siguiendo una vieja canción de Aute, voy a intentarlo a continuación, comenzando por el análisis de ese gran PODER-CÁRCEL que es la MATERNIDAD.

La mística de la maternidad

El recurso fundamental para configurar la identidad femenina requerida/deseada por el varón ha sido la imposición de un modelo idealizado/inalcanzable de Mujer-Madre, basado, a su vez, en una imagen de la maternidad plagada de preceptos, exigencias y prohibiciones. El ideal maternal es la interiorización de ese conjunto de prescripciones y prohibiciones que normativizan la experiencia de la maternidad y que enmarcan, por tanto, también el Ideal de la feminidad la "Mística de la Feminidad", como la denominó Betty Friedan (1974).

Los goces y las sombras del ideal maternal

En el lado de los goces encontramos la satisfacción de vivirse como una Gran Madre Buena Ideal. La Madre sacrificada compensa su (auto)devaluación en tanto mujer y sus frustraciones con las gratificaciones que recaba por ejercer de Super-madre, al percibir la dependencia de los otros y su propia insustituibilidad. Es una forma de nutrirse nutriendo: cubrir las propias carencias pasadas y actuales a través del amor que recibe en gratitud a sus servicios.

La satisfacción por la respuesta emocional de agradecimiento y la consecuente dependencia que procura en los otros provocan en la mujer las gratificaciones en el cuidado, que condicionan, a su vez, su propia dependencia del (amor de) otro/s para definir la propia identidad y el propio valor, ya que ella da amor para sentirse imprescindible, necesitada y valorada; un amor unilateralmente entendido, es decir, sin derecho a la reciprocidad, ni en los cuidados ni en los servicios, pero que supone un poder en las relaciones interpersonales que se extiende no sólo a los hijos/as, sino también a la pareja y a todas las personas con quienes ejerce de cuidadora, incluidas las tareas profesionales.

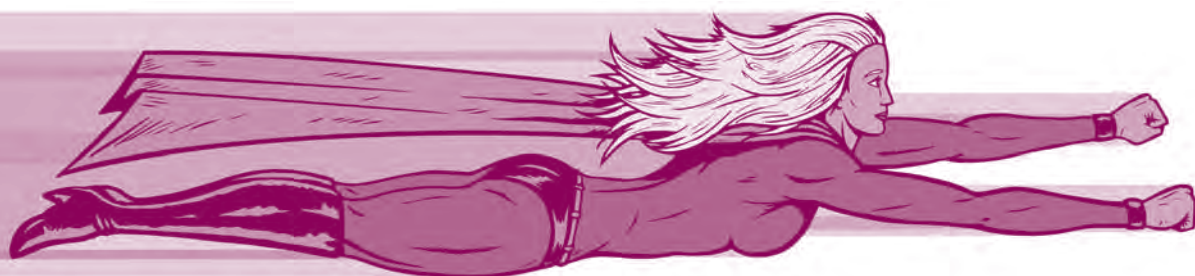
Tal forma de poder, basada en la capacidad de satisfacer las necesidades de los otros/as, deviene una resistencia importante para buscar/lograr cambios en esas relaciones en un sentido más igualitario y de reciprocidad. En el ámbito de las profesiones de cuidado, la tentación de ejercer

una labor directiva y/o salvífica por parte de algunos/as profesionales y su dificultad para respetar los tiempos y las condiciones de sus "personas cuidadas" van enmarcadas también en el poder/gratificación que se recaba en ese tipo de relaciones.

De modo paradójico, tal poder —inconsciente en la gran mayoría de los casos para las propias mujeres e invisible también a menudo para las/os terapeutas— es un importante factor de resistencia al cambio en mujeres víctimas de relaciones de maltrato. Las súplicas de los maridos maltratadores en la fase del arrepentimiento (precedente a la llamada "luna de miel") en la que, a raíz de la agresión perpetrada, el hombre "intenta" expiar su culpa y hace promesas de reformarse; el enaltecimiento declarado del papel y la importancia de ELLA para él ("te quiero más que a nada en el mundo", "tú lo eres TODO para mí"); la manifestación explícita de su dependencia de ella, su vulnerabilidad y miedo a perderla ("yo sin ti no podría vivir") son todas exitosas estrategias exhibidas por el maltratador que logran su objetivo: la permanencia de la relación, pues provocan ese efecto de poder y gratificación narcisística en la mujer, quien quiere de nuevo confiar en él, en la recuperación de la ilusión de Amor y en su proyecto de vida.

LA VANA ILUSIÓN DEL AMOR

La ilusión de Amor será posiblemente más intensa en aquellas que parten de



un más profundo vacío. Y la necesidad de ser, de encarnar una Gran Madre guarda relación también con los vacíos, con la intensidad de las propias carencias, de las propias frustraciones e incluso de las propias iras... No en vano en diversas investigaciones realizadas por nuestro equipo las mujeres con diagnóstico de fibromialgia o las víctimas de violencia física y/o psíquica manifestaban de modo significativo haber vivido muchas carencias y/o sobreexigencias en la infancia, haber tenido muy malas relaciones con uno o ambos padres, haber sido testigos o víctimas de malos tratos y abusos sexuales en la infancia...

La vivencia de estas experiencias y relaciones parento-filiales contribuyen a horadar la confianza en sí misma de la persona que las sufre; a generar, a causa de las frustraciones y el rechazo recibidos, sentimientos agresivos que son autocensurados (es decir, normalmente no expresados, como prescribe el modelo ideal de feminidad vigente, a diferencia de cuanto sucede con los varones); a acentuar la sensación consecuente de "ser mala", todo lo cual genera sentimientos omnipresentes de culpabilidad.

La consecuencia de todas estas experiencias y emociones es la vivencia de no ser merecedora de amor y el consecuente esfuerzo denodado por obtenerlo. Dar / darse toda para recibir lo que se anhela, porque se perdió, porque nunca se tuvo, porque no logró desprenderse /diferenciarse de una totalidad fusional.

La necesidad de amor, especialmente acuciante en las mujeres carenciadas y heridas desde la infancia, más frágiles y vulnerables por tanto, constituye la gran trampa en la que caen muchas mujeres para tolerar sobre-exigencias imposibles/inasumibles e intentar denodadamente responder a ellas. Y todo con el fin de conservar el vínculo "amoroso", aunque éste sea carcelario y torturador, o esencialmente insatisfactorio.

Ellas en su ilusión creen que conseguirán cambiarlo (a él), que logrará calmarlo, podrá satisfacerlo, lo hará feliz e, incluso, en su ceguera ilusoria, interpreta inicialmente algunas extralimitaciones —los

celos, la posesividad- como pruebas genuinas del amor de Él.

Ella en su fantasía alberga un sueño de Omnipotencia: él la ama y Ella es imprescindible e insustituible para él. Son estos momentos los que paralizan el deseo de abandono por parte de la mujer de este tipo de relaciones, lo que le hace argumentar, para justificar su permanencia en la relación: "¿Qué va a ser de él si yo lo dejo...?", "Él me necesita", o "Me da mucha pena", frases muy reiteradas por muchas mujeres cuando deciden retirar denuncias o reanudar relaciones. Muchas de estas mujeres están sumergidas, en cualquier caso, en una enorme confusión mental y emocional, en la que la culpa juega también un importante papel, como puede interpretarse en las frases anteriores, escuchadas a tantas mujeres víctimas de este tipo de maltratadores.

LA SOMBRA DE LA SUPER MAMÁ

En el lado de las sombras estarían los sentimientos omnipresentes de inadecuación y de culpabilidad a causa de tan inalcanzable Ideal maternal, que es interiorizado en la gran mayoría de las mujeres como una autoexigencia y afán de perfección permanente. La consecuencia final es la obligación, impuesta socialmente y asumida individualmente, de devenir y comportarse como supermujeres y supermadres, para conseguir llegar a ser la Madre Perfecta publicitada, la Madre Buena Imaginaria, la deseada por todos los hijos. Las mujeres se ven así compelidas a adecuarse a diversas identidades y roles, incorporando exigencias muy distintas, muchas en conflicto entre sí (buenas esposas, madres y amas de casa eficaces, trabajadoras competentes, mujeres sexualmente atractivas...), para hacerse perdonar por intentar romper con el modelo único de mujer madre. Esta pluralidad de exigencias, asumidas de modo más intenso por las mujeres más carenciadas, es el sustrato de tantas manifestaciones actuales femeninas de malestar (estrés) psíquico y psicoso-

mático. Y es esta culpabilidad siempre presente, porque la perfección no puede lograrse, la que la hace devenir sometida y vulnerable, en un esfuerzo permanente por cumplir con lo que vive como "sus obligaciones": no hay cabida para la reivindicación de derechos para sí, de autoafirmación de una identidad propia, de colaboración y reciprocidad.

Ello es especialmente llamativo en las conductas de algunas mujeres.

Por ejemplo, es muy frecuente en las mujeres diagnosticadas de fibromialgia, que, en nuestra investigación, se definen como "muy perfeccionistas" en más de un 60% de los casos, y que frecuentemente usaban las expresiones "yo hacía todo", "yo era todo para ellos", "todo dependía de mí", "yo lo tenía todo perfecto", expresiones que, por otra parte, reflejan el afán de totalidad, de completad, de (omni)potencia, que late tras el deber/deseo de perfección. Son las dos caras de una problemática (el goce y las sombras): la gratificación inconsciente de ser una omnipotente/perfecta cuidadora y el coste que se paga por ese afán, es decir, el malestar físico, el cansancio, el dolor... Otra conducta llamativa es la que manifiestan las mujeres víctimas de violencia en la relación con un maltratador, cuya demanda es infinita y con quien, por tanto, la satisfacción nunca es posible. Ese sustrato constante de culpabilidad en la mujer es el que le hace asumir la culpa que él le adosa por las dificultades que él tiene, por sus fracasos, por los conflictos en la relación, por todas sus múltiples exigencias y deseos no cumplidos... Y deviene, por tanto, una trampa inmovilizadora en tanto la culpabilidad es interpretada por ella como consecuencia de su "carencia/maldad intrínseca" y su no adecuación al modelo de mujer-madre ideal requerida. En consecuencia, es ella la que debe cambiar y esforzarse más...

CULPABLE!

La adjudicación a las mujeres de la Culpa (claramente reflejada en los mitos femeninos clásicos de Eva, Pandora... y, en ma-



por o menor medida, en toda las culturas actuales) por los males que acontecen, por las posibles dificultades o carencias, por no encarnar la Mujer-Madre Ideal y no ser capaz de satisfacer todas las demandas masculinas y las que la sociedad patriarcal le ha adosado, ha sido el mecanismo más exitoso —en cuanto invisible, desvalorizador y paralizante— utilizado por la cultura masculina, por los hombres, para mantener sojuzgadas a las mujeres. De este modo, carentes de una identidad autónoma y colonizadas por un arquetipo de Gran Madre Ideal, las mujeres han quedado enajenadas de una subjetividad propia e incapacitadas para expresar sus sentimientos reales, sus experiencias, vivencias y valores, y con el temor constante, si no se adecuan al Ideal, de ser consideradas “malas madres”, “mala mujer”, culpables: semejantes, por tanto, a las Eva, Pandora, Lilith, Medea, Medusa de las mitologías... y a la bruja de los cuentos y de la realidad histórica —las hogueras medievales— así como a las prostitutas y a las mujeres fatales, perversas que se representan en la actualidad.

Podemos, por tanto, afirmar que existe en nuestra sociedad actual una escisión, un conflicto entre ser madre y ser mujer. Y las mujeres tienden a privilegiar la identidad —el comportamiento— maternal, porque sigue siendo el modelo

“premiado” socialmente y, en especial, por el varón, quien le concede valoración y deseo/amor, en virtud de la adecuación femenina a “su ideal”.

No casualmente, en nuestra reciente investigación sobre violencia de género, las mujeres víctimas de violencia física y/o psíquica, afirmaban mostrar mayoritariamente en la fase de seducción amorosa —con una enorme diferencia respecto al grupo control— una “disposición maternal y cuidadora” y/o se manifestaban “muy condescendiente con las demandas y gustos de él”. Si las mujeres maltratadas acentúan en la fase de seducción los comportamientos maternos y de complacencia hacia las demandas masculinas, para conquistarles, es porque son conscientes de que el modelo de mujer-madre, siempre disponible, cuidadora y servicial, representa la imagen ideal de mujer deseada por la mayoría de los hombres.

SALVADORAS

Por otra parte, las mujeres que se autculpabilizaban por el abandono de la pareja o el fracaso de la relación eran conocedoras de que su pareja habían tenido infancias difíciles, habían sufrido o presenciado malos tratos entre sus padres...

Ello nos hace pensar que probablemente dichas mujeres se sienten obligadas a resarcir a su pareja de las “heridas” sufridas en su infancia: se ven compelidas a ser siempre una Madre Buena con él, para ayudarle y, sobre todo, redimirle. Ese afán de apoyo y salvación se encuentra también presente en muchas mujeres cuyas parejas eran adictos a alguna sustancia: ellas manifestaban confiar en que con su presencia, sus cuidados y su Amor, ellos conseguirían abandonar su adicción. La consecuencia inevitable es que si ese anhelo no se consigue, ella se sentirá culpable por no haber sido capaz de salvarle, de hacerlo cambiar.

En definitiva, el exceso de normas y deberes enmarcan la identidad femenina creando un corolario de hiper-exigencias y de consecuentes sentimientos de culpabilidad. Tal condición coadyuva al mantenimiento del sometimiento, a la dificultad para rebelarse e impiden la búsqueda y obtención de placeres personales ajenos al cuidado, así como la afirmación de una identidad autónoma con deseos y necesidades propias.

Se hará esperar mucho el cambio que deseamos, porque no bastan las leyes por la igualdad y contra la violencia...! Hay una profunda transformación que iniciar y un más largo camino por recorrer...

EL ABUSO SEXUAL EN LA INFANCIA Y su repercusión en La edad adulta



María Jesús Soriano Soriano
Psicóloga Clínica
www.majeso.es

UN PROBLEMA OCULTO DE GRANDES DIMENSIONES

Quisiera aportar algunas reflexiones sobre mi experiencia de casos de mujeres adultas que en algún momento de su psicoterapia, descubren que habían sufrido abusos sexuales en su infancia. El motivo por el que ellas habían consultado no era ese, ni tampoco atribuían parte de su malestar a esa dolorosa experiencia, a esa parte de su infancia robada, sino que habían pedido atención psicológica por otros problemas: inhibición intelectual y social, dificultad en las relaciones de pareja, trastornos psicósomáticos, sentimientos depresivos, sentimientos de soledad y aislamiento, situaciones de violencia dentro de la pareja, etc. Pero en algún momento de la psicoterapia, estas mujeres, habiendo recuperado la capacidad de confiar, transmitieron a la terapeuta o al grupo de psicoterapia su experiencia de abuso sexual. Siendo esa la primera vez que se lo contaban a alguien.

Las cifras difieren según el método que se utilice para la obtención de las informaciones, pero el consenso de los estudios retrospectivos realizados con adultos estima que la proporción de los individuos agredidos sexualmente antes de los 18 años es de un 20% en

las mujeres, y un 10% en los hombres. Todos los niños y las niñas no corren el mismo riesgo: las niñas sufren el doble número de agresiones sexuales y los niños o niñas más expuestos se encuentran en las familias "tradicionales"

La mayoría de las veces, las niñas conocen al agresor, que en un 70% de los casos es un pariente cercano. En el caso de los niños, lo más frecuente es que sea un desconocido. Esta distinción es importante, ya que el niño puede pelear, huir, odiar y despreciar al agresor, cosa que para él constituye un factor de protección similar al de una situación de guerra en que las categorías están claras. Sin embargo las niñas agredidas por un hombre con el que han establecido un vínculo afectivo o por un amigo de los padres difícilmente pueden beneficiarse de esta defensa.

Por el contrario, cuando las niñas estiman que no tienen que proteger al agresor, dudan menos en hablar de ello. Oficialmente, el 90% de las denuncias por agresión sexual se presentan contra hombres y el 10% contra mujeres. Se estima que una niña de cada tres denuncia al agresor y que menos de un niño de cada diez hace lo mismo cuando la agresión viene de una mujer. Sabiendo que, en la actualidad, el "índice de abusos cometidos por mujeres está subestimado", y que los niños hablan muy poco sobre esos temas, podemos pensar que existe un tabú de la representación que impide la resiliencia de los niños que son víctimas de mujeres. Judit Herman en "trauma y recuperación", cita a Silvia Fraser, autora y su-



perviviente del incesto, que nos explica que antiguamente podría muy bien haber sido condenada por brujería, o en la época de Freud se la habría diagnosticado de histeria clásica y, en la actualidad, de desorden de personalidad múltiple. Dice haber padecido numerosos síntomas. Algunos como las convulsiones histéricas y la amnesia psicógena, empezaron ya en la infancia; anorexia y promiscuidad en la adolescencia; disfunciones sexuales, relaciones íntimas problemáticas, depresión e impulsos suicidas en la vida adulta.

En recientes investigaciones se ha constatado un alto porcentaje de mujeres maltratadas que han vivido experiencias de incesto y/o abusos sexuales en su infancia o adolescencia, y se está descubriendo que muchas mujeres internadas en hospitales psiquiátricos o con síndromes "borderline", han sido abusadas sexualmente y padecen las consecuencias.

HISTORIAS REALES

He pensado ilustrar mis reflexiones a través de historias de mujeres que han sobrevivido a la situación de abuso sexual y donde sus vidas transcurren desde estructuras mentales y mecanismos diferentes.

Os propongo ir reflexionando sobre como comprender mejor la situación de estas mujeres, para poderl ayudarlas en su recuperación. Comprender no quiere decir interpretar. Hay que ser muy prudentes con las indicaciones, observaciones y con las interpretaciones. Debemos tener en cuenta muchos elementos, como la capacidad de introspección e integración, las estrategias de supervivencia desarrolladas por cada persona, posibles alternativas positivas de su vida y la ayuda que puede esperar recibir de su entorno inmediato. Se requiere una investigación psicológica detallada por parte de la psicoterapeuta que permita establecer un buen diagnóstico y una estrategia adecuada basadas en la percepción y en la comprensión.

Las pacientes nos hablan con su lenguaje, un lenguaje del cuerpo que ha estado dañado y herido y busca curación. La sintomatología nos habla y nos desvela el secreto que la superviviente no puede poner en palabras.

La violencia es uno de los problemas más graves entre países, entre diferentes grupos étnicos, en las calles de nuestras ciudades, en nuestras escuelas e institutos y también es el problema más grave en las familias, dentro de los hogares (hogar dulce hogar).

La familia puede ser una unidad social que posibilita crecer a sus miembros y desarrollar sus capacidades, su potencia y habilidades necesarias para lograr su autonomía, como también un lugar de sufrimiento, arbitrariedad, injusticia, opresión, pena, amenazas, violencia y abusos sexuales.

Dentro de la familia podemos construir el proceso de identidad y de la individualización, o bien de la indiferencia y alienación.

Marisol

Al inicio de mi práctica como psicoterapeuta, vino derivada por un logopeda. Marisol, mujer de 24 años, solicita atención psicológica por crisis de ansiedad. Había conseguido una plaza como maestra, tenía mucho miedo a perder el control con sus alumnos y se estaba quedando sin voz.

Recuerda su infancia como un periodo triste y solitario y que siempre estaba en casa. Su madre no la dejaba salir a jugar con otras niñas, ir a casa de las vecinas, ni salir de excursión con el colegio. Su madre temía que le pasara algo.

Marisol es una mujer joven a la que le cuesta ubicarse en el mundo externo, en su mundo interior, en el mundo real. Dice sentirse desde hace muchos años como si viviera en una burbuja. En una sesión en la que anuncia historias familiares muy fuertes, me comenta que su padre la intentó seducir. Me lo anuncia desde la distancia emocional y como si no tuviera que ver con ella. Le pregunto que quiere decir con que "su padre la intentó seducir".

Me explica que cuando tendría unos seis años se tumbó en el sofá al lado de su padre. Estaban cubiertos con una manta. Su padre le comenzó a tocar y le cogió la mano y se la pasó por el pene. Le pidió que se lo acariciara. Ella se negó. A la edad de diez años descubrió que su padre tenía revistas pornográficas en las que aparecían jóvenes, casi niñas. Su padre seguía acariciándola, tocándola, nunca intentó penetrarla. La relación de toqueteos duró hasta los catorce años, cuando intuyó que aquello no podía ser normal.

Reynaldo Perrone, estudioso del problema de abusos sexuales en la familia, nos habla de que la gran mayoría de los incestos padre-hija ocurren sin violencia "objetiva" de tipo agresivo. El padre no seduce a la hija sino que la confunde y le hace perder el sentido crítico. Es importante tener bien presente este matiz desigual de la relación: el padre se vale de su poder para establecer una relación de influencia en beneficio propio y en detrimento de los intereses de la niña.

Marisol sigue explicando:

Su madre hacia poco que había tenido a la tercera hija. No sabe el motivo, pero su padre amenazaba a su madre con marcharse de casa y abandonarlas. Su madre estaba convaleciente del parto. Lloraba desesperada para que su marido no se marchara. Finalmente se quedó pero decidió dormir en otra habitación. Era una noche de San Juan, hacia mucho calor. Los vecinos les habían invitado a una verbeña que daban en el terrado, pero sus padres desistieron de la invitación. Su padre estaba en la habitación, había una luz tenue. Ella estaba en el comedor. Sonaba la música. Ella pensaba que venía de la habitación de su padre. Entró y su padre le pidió que se acercara.

Perrone describe cómo este tipo de experiencias son semejantes a los efectos de un embrujamiento: lo cotidiano se convierte en una ceremonia y un ritual de hechizo. Dentro de las características de este hechizo, estaría el "abuso de confianza". El abusador toma posesión de la víctima mediante argumentos falsos, traicionando la confianza que esta depositó en él.

El padre de Marisol había erotizado y sexualizado el vínculo de la relación con su hija y esta se sentía atrapada por el miedo al abandono del padre. Para ella el padre era una figura débil que debía consolar, calmar y tranquilizar para que no las

abandonara y debía acceder a lo que el le pedía. A su madre la describe como muy dominante, tanto en la relación con su padre como con ellas.

En sus sesiones de psicoterapia, sus relatos los centraba y ordenaba cronológicamente, para que nada se les escapara. Eran sesiones donde ella misma se mostraba aburrida. Nada pasaba ni dejaba que pasara. El sentimiento de culpabilidad la protegía del sentimiento de maldad, agresividad, hostilidad y odio por el daño sufrido en un entorno protector y de amor. No podía expresar agresividad, ni hostilidad hacia el abusador, tampoco hacia la otra figura, la madre. El sentimiento que la acompañaba era de no ser suficientemente buena, válida, e incapaz de ser querida, mitigando ese sufrimiento con el esfuerzo y el sacrificio hacia los demás.

salvadora

Cuando la atendí por primera vez, Salvadora era una joven de 21 años que había solicitado ayuda en el centro de atención a mujeres maltratadas. Explica el horror de una relación de pareja en donde ella se casó embarazada y se separó a punto de dar a luz. El marido, en la noche de bodas, le pegó y la violó. Ella se quedó aterrorizada, paralizada y poco a poco perdiendo la capacidad de pensar. Una noche en que su marido la tenía cogida del cuello, entró la madre de ella y lo obligó a salir de la habitación. Regresó de nuevo a casa de sus padres y nació el niño.

En su proceso de recuperación participa en un grupo de psicoterapia para mujeres que han sufrido violencia de sus parejas. Su participación en el grupo desconcierta al resto de mujeres. No conecta emocionalmente con lo que dice haberle pasado y lo explica desde fuera, desafectivizando su relato e ironizando y emitiendo un discurso frívolo y chistoso. Por otra parte, con relación a las mujeres del grupo, tiene una actitud de preocupación ante los problemas que sus compañeras exponen, siendo muy solícita con ellas. Dice que en la localidad donde vive la llamaban la Nueva Teresita de Calcuta.

Boros Cyrulnik nos describe este mecanismo como la representación del trauma cercano al aislamiento. Este atenúa el sentimiento vinculado a un recuerdo o a un pensamiento, el sujeto sabe perfectamente que el trauma es grave, pero al decirlo en un tono ligero, puede al menos expresarlo y restablecer el vínculo con sus allegados. "No les molesto con mi desastre, no les petrifico con mi horror, al contrario, les divierto, les intereso, cosa que me revaloriza, puesto que me convierto en la persona que alegra y despierta su curiosidad.

Pero bien sé, en el fondo de mi mismo, que lo que me ha ocurrido no es ninguna frivolidad."

El humor, hiperconsciente, se opone al rechazo. Es un trabajo de representación que exige un espectador, un testigo, otra persona. A veces, la escisión permite a los traumatizados ser esa otra persona y convertirse en espectadores de si mismos. Es fácil que se descarríe esa defensa cuando se vuelve rígida y adquiere forma de máscara o de estereotipo, cuando los heridos ríen con espasmos al relatar sus padecimientos o cuando el humor se transforma en un procedimiento que impide cualquier relación auténtica.

Salvadora es una de las participantes en el grupo de psicoterapia que no falta a las sesiones. A los dos años de su asistencia al grupo, en una sesión nos anuncia que nos va a explicar un suceso que le pasó en su infancia. Nos pide que no la interrumpamos, nos lo explicará todo seguido y ya está. No lo volverá a contar más.

Tendría unos cuatro o cinco años. Durante el periodo de las vacaciones escolares y cuando sus padres trabajaban, los dejaban a ella y a su hermano en casa de los abuelos maternos que vivían en un pueblo. El abuelo le decía que era la nieta preferida, la mejor de todas. Era más importante que su abuela. Cuando ellos estaban juntos, era su novia. Por eso le pedía que durmiera con él, que lo acariciara, que lo besara. Las cosas que ellos hacían eran un secreto que solo quedaría entre ellos. Eran juegos que él sólo hacía con ella porque, para él, ella era especial, era la mejor. Esta relación terminó cuando el abuelo decidió que había encontrado otra y que ella ya no era la preferida. Tendría siete u ocho años de edad. Perrone menciona otro de los efectos del hechizo: la captación, mecanismo para apropiarse del otro, en el sentido de captar su confianza, atraerlo, retener su atención y privarlo de su libertad. Para lograr la captación utilizan tres vías: la mirada, el tacto y la palabra. Estas tres vías forman parte del bagaje sensorial y sensitivo de una persona.

Así como la mirada es el canal más sutil, el tacto representa el hecho de captación más notable e irrefutable.

Los contactos tienen una intensidad sensorial desconcertante y van asociados a mensajes triviales (jugar), de protección o afecto (dormir juntos, abrazarse), de cuidado (revisar el cuerpo). No solo se está produciendo una focalización de atención sino una base en el que se mezclan la excitación sensorial y las consignas verbales de aprendizaje, que condicionarán los comportamientos ulteriores de los niños.

En lo que se refiera a la palabra, es el canal más sofisticado del conjunto de las estrategias del abusador. La palabra puede ser utilizada de modo confuso, cuando hacen referencia

a varios campos semánticos diferentes: “querer” puede ser, como en el caso de Salvadora, querer como abuelo, como amante, con ternura, sexualmente, etc; no hay posibilidad de diferenciar de qué campo se trata.

Siguiendo con el relato de Salvadora y ante las preguntas del grupo, dice que intentó decírselo a su madre “El abuelo me da picos en la boca”. Su madre le dijo que eso no tenía importancia. En la escuela empezó a tener conductas exhibicionistas. En medio de la clase se levantaba las faldas, enseñaba las bragas y se las quitaba, mostrando su desnudez. La llevaron al psicólogo.

En la relación abusiva, el cuerpo de la niña, sensibilizado y preparado para reaccionar ante las estimulaciones sensoriales, no puede evitarlo, o lo hace pero a expensas de una disociación imposible. El mecanismo sensitivo se acelera, sin posibilidad de control ni contención.

Por otra parte, no pueden transferir su excitación a un objeto sexual integrado en su red social. Cuando lo intentan, los otros niños y niñas suelen rechazarlo, tratándolo de anormal, y con frecuencia estos episodios dan lugar a reprobaciones o sanciones por parte de los adultos, ya sea en la escuela, como en el caso de Salvadora, o entre los familiares no muy próximos.

En todos los casos que he investigado y reflexionado está el secreto impuesto por el abusador. Bajo esta demanda que hace el abusador, los hechos quedan encapsulados en el espacio familiar, sin posibilidad de ser compartidos en el interior ni en el exterior. El secreto supone la convicción de que las vivencias en cuestión son incommunicables. El secreto es una de las instrucciones más notables y tenaces. Tienen carácter de compromiso implícito.

El caso de Salvadora es un ejemplo de la repetición del traumatismo en la edad adulta. Salvadora, que había consultado por la violencia sufrida por su marido, a través del proceso terapéutico desvela el secreto de un abuso sexual en la infancia. En sus relaciones adultas busca atención y cuidados en la necesidad de ser protegida, vinculándose a figuras autoritarias que le ofrecen una alta seguridad y una relación amorosa simbiótica que la deja atrapada en la dificultad para poner límites y a perderse en su identidad, temiendo continuamente ser abandonada. Su deseo es el deseo del otro perpetuándose, así, el vínculo traumático.

En un estudio de E. Sue Blume titulado “Síndrome de postincesto en las mujeres: efectos secundarios del incesto”, calificó los problemas con relación a las relaciones sexuales cuando se llega a la edad adolescente y adulta de seductividad compulsiva o compulsivamente asexual.



Salvadora presentó una conducta excesivamente sexualizada ya en la adolescencia. Ella dice que era una ninfómana y que así se presentaba cuando tenía una relación con algún chico. Era insaciable, según ella, y se jactaba de tener libertad sexual y ser promiscua.

En cambio, Marisol, consideraba el sexo como algo “sucio”, sintiendo aversión a los actos sexuales; sensación de que su cuerpo la ha traicionado, experimentado una paralización sexual.

Marisol dice descubrir la masturbación por un concepto teórico más que por sí misma. Tenía que hacer un trabajo para magisterio y leyó algo en un libro sobre la masturbación infantil. Lo probó pero no le gustó. Tiene 24 años y no ha tenido ninguna relación sexual, ningún contacto y dice experimentar miedo a la aproximación física con los hombres.

Ana

Ana pidió atención por los problemas que tenía en sus relaciones con los hombres. Decía "dar el mejor sexo que nadie pueda dar". Era la necesidad de "sexo para ser amada", de instintivamente saber y hacer lo que otra persona necesita o quiere; para ella las relaciones implicaban un trueque: daba sexo, esperando recibir afecto.

En las sesiones se muestra muy correcta, es decir, "buena paciente", pero está muy distante emocionalmente. Sus emociones están bloqueadas y, por temor a que salgan, anestesia a la terapeuta. Ella dice que teme que salga de su interior algo monstruoso. Teme estar guardando un terrible secreto. Siente la urgencia de a la vez que el temor revelarlo. Tiene la certeza de que nadie la escuchará o de que no la creerán. Por fin pudo expulsar al monstruo. Relata una infancia pegada a su padre y a madre. No había más familia, vivían los tres juntos y salían a pasear juntos. La relación con su padre fue afectuosa y era con quien más jugaba y se divertía hasta las siete años, cuando su padre cortó de improviso la relación con ella. Cambió su actitud y su comportamiento. Por las noches, de forma brusca y violenta, abría su habitación y le acusaba de estar tocándose y le ordenaba "que no se manoseara más". La acusaba de tocamientos "impuros". Tenía siete años. No entendía nada. Su madre guardaba silencio y sin posicionarse.

Poco a poco, la fragmentación de su discurso fue adoptando forma y pudimos ir pensando y entendiendo los deseos incestuosos de su padre. El padre, para defenderse de los impulsos incestuosos, los proyecta en ella, atacándola y agredirla verbalmente, acusándola de algo que en realidad formaba parte de sus propios deseos que no podía reprimir, y al no poder, los proyectaba en su hija. El silencio y la ambivalencia de su madre la hizo cómplice y ella tuvo que esforzarse para ser una buena hija, buscando, aún hoy en día, la aprobación y el reconocimiento de su madre. Se siente una mala hija. Para Ana el tema más importante es la relación con su madre, la falta de protección y comprensión por su parte la vive como un trauma aún mayor que los deseos incestuosos de su padre.

La forma de protegerse en las relaciones con el otro, es anestesiando el contacto emocional. Sigue anestesiando las sesiones, que es una forma de expresar su propia dificultad de sentir, de emocionarse, de conectar con ella misma. La anestesia estaría al servicio de negar la necesidad de dependencia y conectar con la vivencia de abandono y pérdida.

La vivencia interna de las mujeres víctimas de abusos sexuales es ser culpables de las acciones del otro. Siguen despreciándose y asumen la culpa y la vergüenza del abusador. Este sentimiento de maldad interior se convierte en núcleo de su identidad que persiste en la edad adulta. Todo intento de ser buena no es suficiente, cediendo a todo lo que el otro espera de ella. La víctima crea imágenes idealizadas al menos de uno de sus progenitores. En ocasiones la niña /mujer intenta conservar el vínculo con el progenitor que no la arremete y excusa la falta de protección del otro progenitor culpabilizándose. Aunque es más común que la niña-mujer idealice al progenitor que abuse de ella y lleve la rabia al progenitor que ella vive como indiferente.

El abuso sexual perpetuado por un padre a su hija-hijo es más transparente y denunciado que el realizado por una madre a su hija o hijo. Autores como Kramer y Estela Weldon, estudiosos en el tema del incesto materno, se plantean la cuestión sobre las perversiones femeninas, sobre todo en relación a la maternidad: "¿Por qué son tan reacios los terapeutas a etiquetar de incestuoso el estímulo sexual ejercicio por la madre y, sin embargo, están relativamente dispuestos a reconocer el incesto paterno? Ofrecen como posible explicación la idea de que la "resistencia a aceptar el concepto de incesto materno está relacionada, profundamente asentado, casi universalmente, entre la figura de la madre como una madonna y una puta".

Estela V. Weldon, en su libro "Madre, virgen, puta. Idealización y denigración de la maternidad", se formula las siguientes preguntas: "¿cometen las madres incesto con más frecuencia de lo que pensamos, y en mayor número de casos de lo que pensamos, por propia iniciativa? ¿Acaso somos incapaces de percibirlo por la idealización a la que está sometida la maternidad?"

Luna



Luna es una mujer joven que pide consulta por sus problemas actuales para finalizar la carrera. Sufre fuertes crisis de ansiedad. No puede presentarse a los exámenes. Tiene un discurso racionalizado e intelectualizado. Dice que había sido una estudiante muy brillante.

Cuando una niña ha sido sexualmente traumatizada encuentra a veces el refugio en una costosa adaptación. Se adapta a esta doble presión mediante una forma de existencia que tranquiliza a sus padres y calma su propia angustia: ¡se convierte en una buena alumna! La niña se aísla, se le hace imposible levantar la vista de sus cuadernos y corta los lazos con el mundo. Aguantará así varios años, protegiéndose del sufrimiento y apaciguando a sus padres, hasta el día en que su derrumbamiento escolar o psíquico sorprende a todo el mundo.

En su relación terapéutica, se engancha y erotiza la relación con la terapeuta, impidiendo el trabajo en las sesiones. Boycotea el encuentro: llega tarde, no se presenta a las sesiones, pasa toda la sesión en silencio. Pone a prueba a la terapeuta. Es una persona muy fragmentada y así es también como se muestra. Describe, de forma confusa, troceada y con mucha dificultad, la relación de abuso.

Su padre se tenía que ausentar durante largos periodos por motivos de trabajo.

Ella recuerda que no quería acostarse con su madre pero ella

le obligaba. Recuerda que en esos momentos no sabía, pero que con el tiempo se ha dado cuenta que su madre la tocaba, se excitaba tocándole con su cuerpo... Es como un sueño, como algo lejano, pero que ahora lo puede ver más claro. No recuerda cuando empezó, ni tampoco cuando terminó. Tampoco sabe la edad que tendría. Cree que se terminó cuando su padre dejó de viajar. Describe a su madre como muy absorbente, posesiva y a un padre muy idealizado. No ha tenido ninguna relación sexual de ningún tipo. Se masturba compulsivamente, esté donde esté, en el trabajo, en un bar, en cualquier sitio. Dice que es algo que no puede evitar, sintiéndose después culpable y sucia. Teme que algún día en el trabajo la puedan descubrir. No ha ido tampoco nunca al ginecólogo, porque tiene vergüenza que descubran que es virgen, que no ha tenido nunca ninguna relación sexual. Se ha intentado desvirgar sola, pero no ha podido.

Luna había utilizado una identificación escindida y proyectiva y una consiguiente sexualización como mecanismo de supervivencia a la hora de relacionarse con el mundo exterior. Empleaba defensas maniacas en un intento por tratar su intensa y enmascarada depresión crónica, resultante de una infancia repleta de privaciones, durante la cual era una parte del cuerpo de su madre, y cuya existencia sólo tenía sentido para proporcionarle a su madre gratificación narcisista y sexual.

Kramer afirma que las madres incestuosas nunca han permitido que sus hijos o hijas tengan una sensación de individuación.

Los problemas de violencia y de abusos sexuales durante un tiempo fueron vistos desde una perspectiva restringida de lo privado y desde puntos de vistas morales y moralizadores. No se podían abordar más que por la exclusión, la reprobación y la denuncia. Cuando la cultura no enuncia claramente una prohibición, anima a aquellas personalidades cuya empatía se ha desarrollado mal a pasar a la acción. Es, utilizando la expresión de Sandra Butler, "la conspiración del silencio social". Los niños y niñas que sufrieron la herida del abuso sexual, no tuvieron palabras para contarlo, no había lenguaje social para decirlo. La sociedad en general y los profesionales de la salud en particular, deberíamos asumir que es un problema de todas y de todos y no una mera tragedia personal. De aquí la importancia de ir cuestionando nuestras propias teorías y nuestros propios principios profesionales sobre cómo entender y comprender los abusos sexuales, entendiéndolos desde la complejidad de una relación. Colocarnos en "buenos y malos", no nos puede ayudar a pensar en perspectivas de cambio social, ni personal.

Blanca

Blanca vino a consultarme por un problema de inhibición social y con interés en participar en un grupo de psicoterapia para mujeres que estaba organizando. Me explica en la primera entrevista, entre llantos desconsolados, ahogados y con voz temblorosa, cómo su madre, siendo ella una niña de cinco, ataba sus manos a los laterales de la cama, acusándola de que se tocaba y que así no haría esas guarrerías. Dice, entre ahogos, que se siente fracasada, sin identidad y sin vida propia. Se siente aislada y muy insegura en sus relaciones con los demás. Expresa la necesidad de ser invisible. Tiene un rígido control del pensamiento. Experimenta mucha culpa, mucha vergüenza y mucha desconfianza.

Describe a su madre como muy nerviosa y a su padre como una persona muy sentimental, muy llorona. Se queja de la poca participación de su padre, de su ausencia en el ámbito familiar, de su escasa presencia. Dice que no toma partido por nada.

Se quejaba de paralización, de sentirse con las manos atadas como cuando era pequeña.

Le da miedo hablar de esta experiencia con su madre. Conecta y se asusta del odio tan profundo que experimenta hacia ella y el miedo por sentirlo. Tiene un profundo sentimiento de vacío, de no tener nada que dar y un anhelo desesperando por recibir. Recuerda que cuando hizo la primera comunión su madre le dijo que, para recibirla, tenía que explicar al cura que se tocaba. No lo hizo. Verbaliza sentir un rencor contra su padre porque no hizo nada. Lo siente como cómplice de su madre.

Durante el tiempo que pudo resistir el tratamiento tanto individual como el grupal, percibí con mucho temor dentro de ella. Toda la capacidad emocional la tenía atada; desatarla posibilitaba recuperar sus recursos, pero también era desatar la hostilidad, la agresividad. Los sentimientos de culpabilidad tapaban su sentimiento de hostilidad hacia su madre.

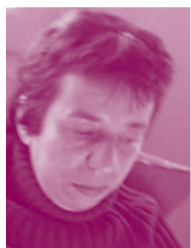
Welldon señala que la persona incestuosa ataca a su progenitor, pero simultáneamente cerca, absorbe e impide la huida de su víctima. Las víctimas del incesto sufren efectos paralizantes y duraderos en su desarrollo emocional y sexual.



BIBLIOGRAFÍA

- Reynaldo Perrone y Martine Nannini. "Violencia y abusos sexuales en la familia. Un abordaje sistémico y comunicacional". Edit. Paidós Terapia Familiar, 1997.
- W.Bezemer, I.Foeken, W.Gianotten y otras. "Después del Incesto. Apoyo para la elaboración de las experiencias de incesto". Edit. Horas y Horas. Cuadernos Inacabados, 1994.
- Boris Cyrulnik "Los patitos feos. La resiliencia: una infancia infeliz no determina la vida" Edit. Gedisa, 2002.
- Estela V. Welldon "Madre, virgen, puta. Idealización y denigración de la maternidad" Edit. Siglo veintiuno editores, 1993.

TALLERES DE AUTOCONSCIENCIA: una oportunidad de salir a flote



Imma Lloret
Psicoterapeuta
illoret@hotmail.com

LOS ORÍGENES

Vivir en una sociedad patriarcal implica que hombres y mujeres nos socializamos con una serie de valores sexistas y androcéntricos que configuran nuestras identidades. Esta violencia simbólica normaliza relaciones de poder como si fueran fruto de un orden supuestamente natural. Por ejemplo, que las madres sean las únicas responsables del cuidado de los hijos/as es solo una forma de estas normas sociales naturalizadas que se inscriben en nuestra vida cotidiana como expresión de esas microviolencias que generan tantos malestares en las mujeres. (Gil, Eva y Lloret, Imma, 2007)

Los talleres de autoconsciencia son un espacio para poder reconocer el origen de esos malestares, promover la salud y bienestar, explorar nuevas formas de subjetividad que generen más autonomía y libertad de acción en las mujeres que participan, de manera que prevengan otras violencias mucho más tangibles y materializadas.

Los grupos de autoconsciencia fueron una de las aportaciones más significativas del movimiento feminista norteamericano de finales de los sesenta, llamados de consciousness-raising, porque tenían como propósito "despertar la consciencia latente que todas las



mujeres tenemos sobre nuestra opresión" (de Miguel, Ana, 2007). En Italia es Carla Lonzi quien acuña el término de autoconsciencia ya que se trataba de que cada mujer pudiera compartir de qué forma experimentaba y sentía en sus carnes los efectos de la desigualdad, desde la experiencia personal. Esta práctica fue rápidamente difundida en todas partes del mundo industrializado, de manera que del 70 al 74 surgieron numerosos grupos de mujeres donde la palabra tomaba un gran valor para poder construir y compartir la experiencia de la opresión, iniciando el camino de su transformación. En Catalunya, como en Baleares y otras ciudades de España, también se desarrollaron, especialmente durante la transición. En Barcelona, recientes publicaciones so-

bre historia de las mujeres nos relatan esta experiencia colectiva (Nash, Mary 2007, Llinàs, Concha, 2008)

CÓMO SE DESARROLLAN

Los talleres de autoconsciencia que proponemos se inspiran en estos grupos pioneros de mujeres que se reunían para compartir y transformar sus malestares desde una perspectiva feminista, pero en nuestro caso las mujeres que participan en estos talleres no vienen ni del activismo, ni tienen como objetivo prioritario cuestionar los postulados de género. Son mujeres que demandan un espacio donde compartir sus malestares y mejorar la relación consigo mismas.

El trabajo de la profesional que conduce estos talleres es ayudar a las muje-

res a reconocer muchos de estos malestares como efecto de los mandatos de género entendidos como un cúmulo de autoimposiciones sobre como debe ser una mujer, que asumimos por tradición cultural. Se trata de reconocer sus limitaciones, sus efectos dañinos en nuestro bienestar y al mismo tiempo poder desarrollar los propios recursos y potenciales. Y en ello radican sus efectos preventivos.

La dinámica del grupo es participativa, se trabaja con las vivencias que las propias participantes traen al grupo a partir de los ejercicios que proponemos. Lo más importante es conseguir que sea un espacio de interacción y participación. Se trata de facilitar dinámicas a partir de las cuales las mujeres hablen de su experiencia, de sus dificultades, de sus logros, de sus ideas.

Normalmente se empieza cada sesión con una rueda donde cada mujer comparte como está, como viene al grupo hoy o si hay algo particular que quiera compartir. Después de esta rueda se las invita a participar en algún ejercicio o dinámica inspirados en la terapia gestalt o dinámica de grupo (Stevens, 2000) para trabajar algún tema relacionado con la toma de conciencia del funcionamiento personal y de las relaciones sociales. Por ejemplo, se puede hablar de los tipos de comunicación, exponer qué es la comunicación asertiva y reflexionar sobre la dificultad que las mujeres pueden tener en muchos momentos de sus vidas para tomar la palabra, hacer valer el propio punto de vista, defender su espacio, etc. Luego se puede sugerir un ejercicio práctico de role-playing o bien uno más corporal o de las técnicas del teatro social (sociodrama y psicodrama). Los temas que se trabajan tienen que ver con la autoafirmación, los cuidados, la autoimagen, la mejora de la calidad de vida, las relaciones afectivas, la participación social, autovaloración y empoderamiento, etc.

ESTA SILLA ES MIA

Lucía vino al taller muy asustada, en las primeras sesiones apenas habló, se la percibía nerviosa y con miedo, cuando se le preguntaba algo respondía enojada y parca en palabras. Su mirada era triste y transparentaba mucho dolor escondido. Le había costado bastante participar en el taller de autoestima, pero su hija de 27 años había insistido mucho, así que finalmente con esfuerzo decidió venir. A partir de la tercera o cuarta sesión se fue sintiendo un poco más en confianza y por fin habló de la situación abusiva que vivía con su esposo, que la había sometido a un maltrato psicológico y económico durante años, al que ella respondía con una actitud sumisa y resignada. Le habían diagnosticado fibromialgia pero ella con gran esfuerzo seguía trabajando en una residencia geriátrica cuidando ancianos. De hecho cuando se pidió a cada una que compartiera aquello de lo que se sentía orgullosa, ella dijo ser una buena profesional, buena cuidadora.

La relación de abuso que su marido ejercía hacia ella la tenía sumida en un sentimiento de falta de estima y de inseguridad. Poco a poco se fue abriendo y expresando su malestar por lo que estaba aguantando día tras día. Las compañeras rápidamente se mostraron cercanas y empáticas, pero no fue hasta la sesión en que se habló sobre la asertividad como capacidad para defender el propio espacio e integridad que ella vio cuanto necesitaba aprender de esto. Se les propuso un ejercicio para trabajar este tema en parejas: una estaba sentada en una silla y la otra se le acercaba y le decía: ¡esta silla es mía! A lo cual la que estaba sentada debía contestar: ¡No, esta silla es mía! La que estaba de pie tenía como consigna conseguir con esta frase que le devolviera su silla. La que permanecía sentada debía defender su silla más allá de las presiones de la compañera. Lucía defendió con fuerza su silla, aunque varias veces estuvo

apunto de ceder a las peticiones de la compañera. Según expresó más tarde, este ejercicio fue un detonante para empezar a hacerse respetar más en casa. La siguiente sesión le escuchamos emocionadas el relato de como había sido capaz por primera vez de ponerle límites a su marido cuando este le reclamaba prepararle la comida mientras ella estaba en la cama resfriada. En otra ocasión, dijo, me hubiera levantado por los remordimientos, por la culpa. Esta vez no lo hizo. Volvió a plantarle cara en dos ocasiones más. El marido, desconcertado, dejó de insistir. Orgullosa nos decía: "sigo aferrada a mi silla".

Después del taller Lucía fue derivada a un grupo de apoyo para mujeres que sufren maltrato en que sigue participando en el momento de escribir estas líneas y ha iniciado los trámites de separación.

LA IMPORTANCIA DE RECONOCER LA RABIA

Aprender a desactivar la influencia e intensidad de la culpa a partir de deslegitimar los mandatos de género es una tarea fundamental en los talleres de autoconciencia, pero igualmente necesario y fundamental es reconocer la rabia como una emoción latente con una gran fuerza motivadora para el cambio (Butler, Sandra y Wintram, Claire 1992). Cuando las mujeres poco a poco van consiguiendo deshacerse de la culpa y se dan cuenta de los abusos a que han sido sometidas, inevitablemente aparece un sentimiento largamente oculto por su mala prensa: la rabia. Rabia por la dificultad de salir de la precariedad o de la violencia. Rabia por la falta de reconocimiento y de respeto que reciben. Rabia por no tener una vida plena como merecerían.

Es palpable que existe una clara desaprobación social hacia la rabia de las mujeres, pues se considera inadecuada y maligna. Como la expresión de la rabia es castigada y patologizada (re-



cordemos el denostado arquetipo de la mujer histérica), muchas mujeres la inhiben a pesar de que representa una energía hacia el cambio en la propia vida. Es una muestra de que se está viviendo algo injusto que causa dolor, y por tanto puede promover la búsqueda de alternativas de relación más satisfactorias.

Lo que se observa en los talleres es que las mujeres no se pueden identificar a sí mismas con ser cuidadoras amorosas, buenas madres, esposas o compañeras al mismo tiempo que con la necesidad y el derecho a expresar la rabia abiertamente (y la rebeldía que ello supone). Esta inhibición tiene su efecto a nivel de los procesos psicológicos, de manera que frente a situaciones claramente de injusticia les es muy difícil reconocerla y es condenada por los efectos negativos que tiene o podría tener sobre otros/as. Dado que la rabia contiene una poderosa fuente de energía que nos dirige hacia adelante y nos empuja a hacer cambios en nuestras vidas, puede ser interesante en el grupo, como espacio privilegiado y protegido, reconocer, nombrar y expresar esta rabia. Es un lugar seguro para explorar nuestros miedos sobre la rabia y sus orígenes. La podemos usar de forma constructiva a partir de ejercicios de role-playing, expresión corporal, etc. Por ejemplo, Ma-

ría acababa de terminar una relación muy conflictiva en la que se había sentido explotada y manipulada. Se le propuso un ejercicio donde tenía que imaginar que tenía a su ex-pareja delante y le podía expresar todo aquello que le había quedado pendiente, la rabia de haberse sentido engañada y manipulada. Eso fue un primer intento para María de contactar con estos sentimientos, pero como parecía que quedaban más cosas pendientes que no había podido sacar en el role-playing, se la invitó a escribirle una carta (que evidentemente no enviaría) donde podía volcar aquellos sentimientos que no se permitía expresar. La semana siguiente la compartió con las compañeras que resonaron con sus sentimientos. El poder de esa liberación en este espacio devino contagioso y liberador, ya que el clima de confianza del grupo hizo sentir a María que las otras estaban con ella, resonaban con esos sentimientos, de manera que se convirtió en un ejercicio reparador y revitalizante para todas.

Un primer reparo al descontrol, a perder la imagen de sí mismas, va cediendo a medida que se dan cuenta de que expresar su rabia les permite justamente tener control y no asustarse de la intensidad de las respuestas. Incluso favorece el poder expresar otros sentimientos difíciles sin juzgarse ni sentirse

juzgadas como "odio a mi madre y me encantaría no verla en una temporada" o "no soporto a mi hijo", sabiendo que no serán rechazadas y que el grupo contiene esa red protectora. (Butler, Sandra y Wintram, Claire, 1992).

Desactivar la culpa y la infravaloración. Muchas veces en los grupos aparecen relatos muy negativos acerca de sí mismas, no es infrecuente escuchar decir cosas como: "soy un desastre, me merecía que me tratara mal, no hice suficiente, no supe manejarlo". Otras veces se culpabilizan por haber contribuido o por no haber sido capaces de protegerse o proteger a sus hijos de esa situación conflictiva. Como afirma Michael White (1995), están manteniendo conversaciones consigo mismas, y con los demás, que internalizan una violencia simbólica y, de esta manera, se hace imposible apreciar el contexto que produce este tipo de violencia, darse cuenta de que el hecho de vivir relaciones de poder repercute en su identidad, moldea sus deseos, motivaciones y objetivos en la vida.

El espacio grupal se convierte en el contexto de una conversación donde las mujeres pueden hablar de los efectos de haber priorizado a los otros/as en sus vidas, relegando sus propias necesidades y cuidados. También se

permiten expresar la culpa, vergüenza y el sufrimiento asociado a experiencias de algún tipo de abuso más concreto. Eso ayuda a diferenciar que esos relatos de infravaloración que cuentan sobre sí mismas no son "ellas mismas" sino las consecuencias de algún tipo de abuso que han sufrido. Suelen ser historias de sí mismas constituidas en un contexto de descalificación, maltrato y aislamiento.

Una de las consecuencias de la reconstrucción de estas vivencias es la reformulación de la explicación que se dan a sí mismas, alejándose de la idea de culpabilidad personal y acercándose a las de "dominación", "explotación", "injusticia" y se descubren a sí mismas describiendo el proceso por el cual se aislaron de los demás, se exiliaron de sus propios cuerpos, de sus propios deseos.

Al resituar la historia de este sentimiento de culpa tan persistente y común en las experiencias de las mujeres, se posibilita que sea leída a la luz de un marco de inteligibilidad diferente, en un marco que presenta interpretaciones alternativas de estas vivencias autoenjuiciadoras. Esto permite despojar a ese sentimiento de culpa de su poder de herir, les permite tener una mirada diferente hacia sí mismas abriéndose posibilidades para que forjen nuevas alianzas consigo mismas (Lloret, Imma, 2004).

TEJIENDO HISTORIAS NUEVAS

En los grupos se promueven dinámicas que hagan reparar en esas nuevas versiones de sí, se hacen preguntas que las hagan más visibles y midan si son realmente significativas y relevantes para cada una de las participantes. Por ejemplo, a la mayoría de mujeres que asisten a los talleres cuando se les

pide en la primera sesión que digan tres cosas de las que se sienten orgullosas, les es muy difícil encontrarlas, o si las encuentran muchas de ellas van ligadas a situaciones de cuidado (ser buena madre, solidaria, entregada...). En esos casos es eficaz invitar a estas mujeres que identifiquen ocasiones durante las cuales fueron capaces de tratarse con cierta aceptación de sí mismas, u ocasiones durante las cuales superaron experiencias muy difíciles o resistieron a situaciones de maltrato o cualquier situación de injusticia.

Esas historias alternativas de sí mismas que se intenta promover en las mujeres del grupo se generan a partir de esa exploración de valores y deseos que hasta ahora han estado aletargados, pueden incluir esperanzas de que las cosas podrían ser diferentes en la propia vida, promesas de que cosas mejores puedan llegar, sueños de una vida más llena, visiones de nuevas posibilidades, deseos de estar en otros territorios de la vida donde la culpa y el autosacrificio ya no tienen cabida.

El grupo y la persona que conduce el grupo se hacen cómplices de esos nuevos deseos, deseos de desear, de vivir otras formas de relación.

Los malestares si son escuchados y atendidos pueden ser una oportunidad de desarrollar nuevas formas de ser hasta ahora no imaginadas ni imaginables. Dice María Zambrano (1989) que después de una grave enfermedad, al no haber sucumbido a ella, al no haber podido morir, entonces ya no le quedaba más remedio que volver a la vida, nacer por sí misma. La enfermedad como símbolo de una vida sin vida, como una oportunidad que le permite volver al recogimiento y a la reflexión.

LA TRANSFORMACIÓN

Cuando se piensa en el fenómeno de la violencia contra las mujeres a menudo viene la imagen de aquello que ocurre en el espacio doméstico en forma de agresiones físicas. Situar la violencia en ese contexto nos protege de cuestionamientos más profundos sobre la forma en que hemos construido nuestras formas de convivencia, atravesadas por relaciones de poder que permean cada célula de nuestro cuerpo. Es importante subrayar la existencia de esa violencia invisibilizada que moldea cuerpos vulnerables a posteriores agresiones. Esa violencia nos hace violentables.

La construcción de subjetividades fragilizadas tiene que ver con estar insertas desde el principio en prácticas normativas y relaciones de poder que invisibilizan el verdadero juego en el que participamos. Los grupos de autoconsciencia permiten revisar esas prácticas normativas, como por ejemplo el cuidado de otros/as, que seguirán siendo excepcionalmente importantes pero que pueden ser reflexionadas junto con otras prácticas nuevas. También colectivamente se puede explorar de qué forma actúan los mecanismos psíquicos del orden simbólico para constituir subjetividades vulnerables a la violencia. Mostrar de qué forma los afectos se anudan a mandatos de género de forma tan insidiosa y disimulada que parecería que es una misma la que se ejerce dicha violencia.

A partir de la historia, la tradición feminista y su práctica política, se puede comprender y experimentar la posibilidad de transformaciones colectivas y personales, de autoproducirse, como resultado de relaciones recíprocas comunicativas con otras.

Las ambivalencias, miedos, decepciones, culpas que atentan a las mujeres en las relaciones cotidianas están fabricadas

de emociones contrapuestas, sostenidas con los hilos de la sujeción. Conflictos fruto de la contradicción de querer ser amadas, reconocidas, buenas madres y compañeras, buenas mujeres y, al mismo tiempo, necesitar romper con las sujeciones que constriñen. Mujeres que se ponen en juego en ese proceso de diálogo con las diferentes versiones de sí mismas, en un contexto colectivo.

Ejercer esa libertad puede pasar por atreverse a sentir esa angustia, sostenerse en la ambivalencia, reconocer la propia vulnerabilidad, liberar los sentimientos dolorosos para hacer espacio a que otros nuevos ocupen su lugar. Miedos, anhelos, culpas e ilusión se mezclan en un proceso de apertura y, más allá de la voluntad consciente, parece latir un deseo singular que se agita en el efecto inesperado de nuevas posibilidades. Eso implica atravesar las corazas que nos sujetan, desactivar los mecanismos que tutelan nuestras emociones. Hacerlo desde lo íntimo hacia lo colectivo y de lo colectivo hacia lo íntimo.

El cuestionamiento de quien soy, de cómo he llegado hasta aquí, la exploración de esas fisuras que aparecen de distintas formas, conlleva una crisis, un hundimiento de un mundo simbólico, pero también es una oportunidad de reemerger con la ayuda del vínculo con "otra" significativa capaz de validar, situar y reconocer la nueva posición latente que ha podido empezar a nombrarse. La crisis revela la persona a sí misma, la obliga a reflexionar, a cambiar, a luchar para salir de ella y a inventarse a sí misma, con otras. Este proceso de cambio pasa por los afectos, por las emociones, por el contacto con una misma, en relación, pero desde las propias vivencias que reverberan en las vivencias de las otras, y así nos vamos tocando, desde esa vibración que nace en las entrañas, tendiendo puentes de lo emocional a lo político.

BIBLIOGRAFÍA:

- Bourdieu, P. (1999) La dominación masculina. Barcelona: Anagrama, 2000
- Braidotti, R. (2000) Sujetos nómadas. Barcelona. Paidós.
- Braidotti, R. (2004): Feminismo, diferencia sexual y subjetividad nómada. Barcelona. Gedisa.
- Burín, M. et al (1990) La tranquilidad recetada. Buenos Aires: Paidós
- Butler, S y Wintram, C. (1992) Feminist groupwork. Sage.
- Butler, J. (1997). Mecanismos Psíquicos del Poder. Teorías sobre la sujeción. Madrid. Cátedra. Feminismos. 2001
- Fernández, A.M. (1993) La mujer de la ilusión: Pactos y contratos entre hombres y mujeres. Buenos Aires, Paidós.
- De Miguel, A (2007) Neofeminismo: los años sesenta y setenta. Web Mujeres en red.
- Fernández Villanueva, C. (2004) Violencia contra las mujeres: una visión estructural. Intervención Psicosocial, Vol 13, nº 2, Pp 155-164
- Gil, E y Lloret, I. (2007) La violencia de género. Ed. UOC, Barcelona
- Lauretis, T. de (1999) Diferencias. Madrid, Las Horas, 2000
- Llinàs, Conxa (2008) Feminismes de la Transició a Catalunya. Textos i materials. Barcelona, Horsari
- Lloret, I. (2004) Enfoque narrativo y violencia: intervención con mujeres que sufren maltrato. Intervención Psicosocial, Vol 13, nº 2, Pp 165-175
- Lloret, I (2005) Análisis de un grupo de mujeres. Trabajo de investigación, UAB
- Nash, M (2007) Dones en transició. Ed Ajuntament de Barcelona. Regidoria de dona
- Stevens, J (2000) El darse cuenta. Sentir, imaginar, vivenciar. Ed cuatro vientos. México
- Valls, C (2010). Mujeres Salud y Poder. Cátedra. Valencia.
- White, M (1995) Reescribir la vida. Gedisa, Barcelona, 2002
- Zambrano, M. (1989) Delirio y destino. Madrid, Mondadori



¿Alguna sabe cómo se hace?

Margarita López Carrillo
Documentalista del CAPS

Charlotte Bronte se casó tarde para la época y apenas sobrevivió a su matrimonio nueve meses. En una carta a una amiga decía: "Desde que me he casado no escribo una letra, Arthur reclama toda mi atención". No han cambiado mucho las cosas. Hace poco una amiga me comentaba afligida que desde que su marido se había jubilado lo tenía pegado todo el día: "Me invento citas con amigas, porque ¿cómo voy a decirle que a veces quiero estar sola?". Otra me contó que en una discusión de repente su marido dijo, como si hiciera un gran descubrimiento: "Es que tú, ¡cada vez quieres hacer más lo que quieres!". Y otra, que estaba cuidando a su marido hospitalizado, nos dijo solemnemente: "Un consejo: dejadlos ahora que aún están sanos".

De la conciliación de la vida laboral y familiar se habla mucho (aunque se avance poco), pero de esta otra conciliación tan difícil para nosotras, la de la vida personal y la pareja, ni siquiera hablamos. Es un anhelo inconfesable incluso ante nosotras mismas. Suspendidas en el aire, como moscas atrapadas en una tela de araña, entre el miedo atávico a quedarnos solas si escatimamos una sola ramita al nido y el deseo de tener "una habitación propia", algunas optamos por ponernos enfermas, así, mientras deshojamos el malestar de médico en médico evitamos las cuestiones incómodas (los árboles nos permiten no ver el bosque). Otras, decididas a encontrar la manera, y convencidas de que si nosotras no la buscamos ellos no lo harán, reflexionamos, negociamos, argumentamos, ... aunque, a menudo, asediadas por una culpa persistente, explotamos desproporcionadamente o nos quedamos cortas; mientras ellos, como alguien a quien se ha despertado de un profundo sueño a empellones, nos miran entre confusos e irritados. Finalmente las hay (entre ellas muchas jóvenes) que, aburridas de todo el tinglado, rompen la relación o ni siquiera la empiezan.

¡Nooooo, no hagáis eso! Les grito angustiada porque había creído que nuestras hijas no tendrían que renunciar a nada. Vale!, contestan ellas, pero ¿cómo se hace? La verdad... no tengo ni idea.

para que el amor de pareja no me (nos) ponga de Los nervios



Ana María Távora Rivero
Psiquiatra y Psicoterapeuta
Servicio Andaluz de Salud
t2845661@ugr.es

INVESTIGAR A LAS OTRAS PARA ENTENDERME YO

Me gustaría, de la manera más breve y sencilla posible, compartir con vosotras algunas de las cosas que he aprendido después de varios años investigando sobre la importancia del amor de pareja. Para mí el objetivo principal de esta línea de investigación era analizar por qué el amor de pareja ocupaba un lugar tan central en la vida de muchas mujeres, especialmente de las mujeres que consultan a la Unidad de Salud Mental Comunitaria donde trabajo y que presentan un Trastorno Mental Común y en menor proporción un Trastorno Mental Grave. Centrarme en la importancia que estas mujeres dan en sus vidas a sus parejas, me ha permitido entrar en un proceso donde poder analizar qué me estaba pasando en esas relaciones.

Creo que gracias, en parte, a lo que ha supuesto esta investigación, hoy puedo pensar sobre el significado que tiene en mi vida la relación de pareja de una forma distinta a cómo lo pensaba previamente a esta investigación. También siento de forma distinta las emociones que acompañan a la experiencia amorosa, cómo siento lo de estar enamorada, lo de querer a otro, que el otro te guste e, incluso, lo que haces en la relación, la forma cómo interaccionas o te vinculas con el otro. Para mí la pareja era un lugar "privilegiado" sobre todo para cubrir

mis necesidades, necesidades de apego, narcistas y, cómo no, sexuales. Hoy no lo veo desde ahí. He aprendido a cubrir estas necesidades en otros espacios y relaciones diferentes. Antes, para mí, el mejor abrazo era el que me daba "él"; ahora, todos los abrazos han pasado a ser importantes. Los que me dan mis amigas, mis hijos, yo misma. Todos pueden ser especiales o no, pero su especialidad no va unida a que sea el hombre al que quiero.

De alguna forma quería detectar cuáles eran las principales dificultades para que podamos pensar que todas las relaciones, con una misma, con los otros, con las otras, puedan llegar a tener tanta importancia como las relaciones de pareja. Quería tener elementos para deconstruir ese lugar donde muchas mujeres, y yo misma, ponemos a los hombres, y ponerlos en el lugar de una relación entre otras. Intuía que no son para tanto, y que la investigación me podía y nos podía servir para aclarar tanto malentendido.

¿CÓMO PODER PONER LAS RELACIONES DE PAREJA EN UN LUGAR DIFERENTE?

En los grupos terapéuticos que estaban incluidos en el proyecto de investigación, pude observar cómo las mujeres dejaban de hablar de sus parejas cuando mejoraban la relación con ellas mismas, con la coordinadora del grupo y con las otras mujeres del grupo. Cómo los hombres dejaban de ser tan importantes para ellas cuando podían elaborar las carencias afectivas que habían tenido a lo largo de sus vidas y cuánto disminuían sus expectativas acerca de lo que tienen que

cubrirte los demás. En la medida que podían elaborar que el otro no te va a dar lo que te falta, aumentaban sus áreas de interés en otros ámbitos diferentes a lo afectivo. Al hablar sobre cómo participar en diferentes actividades, surgen iniciativas de formación, laborales, de proyecto personales.

Para mí la principal conclusión de esta investigación es que si las mujeres no tienen una buena relación de pareja, y esta relación les produce sufrimiento, hay que ayudarlas a que puedan desprenderse-separarse de estas relaciones. Muchas de ellas podrán ser capaces de realizar un proceso donde se haga la separación física y psíquica, otras solo podrán llegar a la separación psíquica pero, en cualquier caso, el proceso de separación es el mismo. Salir de ese lugar de indiferenciación que caracteriza a muchas relaciones de pareja, y pasar a otro donde esté claramente definido quien eres tú, y quien es el otro.

Para poder realizar ese proceso de separación considero necesaria la reflexión sobre los siguientes temas centrales:

1. Qué lugar ocupa en la conformación de tu subjetividad la necesidad de que te quieran. Especialmente la necesidad de ser querida por una pareja.
2. En qué medida está presente el malentendido de que las relaciones de pareja pueden cubrirte las carencias que tuviste en otras relaciones significativas. Especialmente, las que se dieron en el grupo familiar.
3. Si están identificados o no los miedos que acompañan al proceso de individualización, incluyendo los miedos a la propia autonomía.

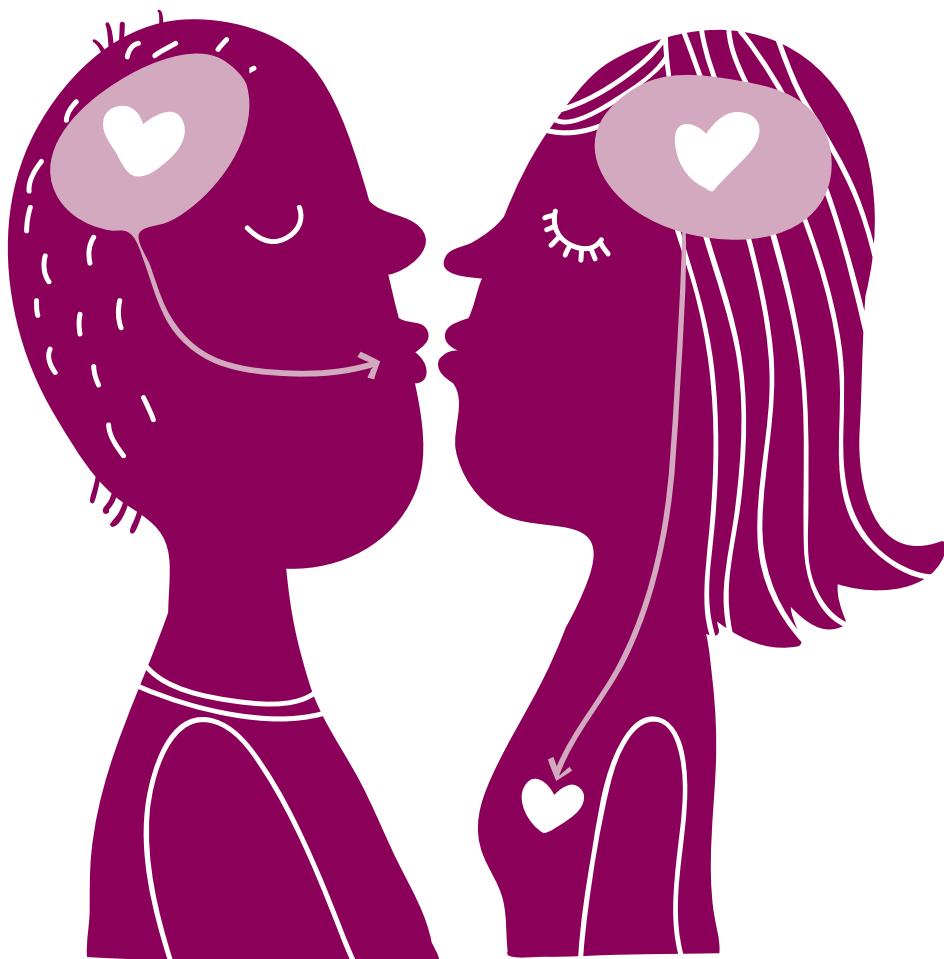
A la par que he ido investigando sobre estos tres temas centrales: la necesidad

de que te quieran, las fantasías sobre lo que te puede dar un hombre y los miedos a construirte como sujeto separado y diferenciado de los demás, he podido ir descubriendo cómo estos elementos estaban actuando en mi vida y en mis relaciones, y tomar conciencia e identificarlos me ha permitido transformar esa necesidad de sentirme querida, elaborar el duelo de la fantasía acerca de lo que te pueden dar los demás, y hacerme cargo de mis miedos al sentirme diferente y separada de los otros.

LA NECESIDAD DE SER QUERIDAS

En relación con la necesidad de ser queridas por una pareja, se produce una articulación "perfecta" entre el sistema social dominante y la conformación alienada del mundo interno de muchas mujeres. Ya que para cubrir las necesidades afectivas de los hombres, se crea en las mujeres la necesidad de ser queridas por ellos como un elemento imprescindible para construir tu identidad como mujer.

Para mí fue central tomar conciencia de que gran parte de esta necesidad de ser querida era una estrategia que utiliza el propio sistema para garantizar que los hombres tengan cubierto lo que ellos necesitan, sin tener que tomar conciencia de que son necesidades propias. Es decir, ellos obtienen cuidados, atención, apoyo, gracias a que muchas mujeres invertimos gran parte de nuestra energía, nuestro tiempo y nuestros recursos en darles lo que necesitan pensando que así vamos a conseguir lo que nosotras queremos: que nos quieran. De forma que, para que no se ponga en entredicho la construcción de su individualidad, de su autosuficiencia y autonomía, el sistema construye en nosotras esa necesidad y así cree tener garantizado un lugar hegemónico para muchos hombres.



Como nos recuerda Anna Jonasdottir (2003) "los hombres pueden continuamente apropiarse de la fuerza vital y la capacidad de las mujeres en una medida significativamente mayor que lo que les devuelven de ellos mismos".

Pude darme cuenta, también por mi propia experiencia, cómo para muchas mujeres la necesidad de ser querida tiene además una función de llave, o de paso necesario para cubrir otras necesidades diferentes. Por ejemplo, necesidades narcisistas. Si te sientes querida te sientes valiosa y viceversa. Igualmente con las necesidades relacionadas con el desarrollo personal, si te sientes querida, sientes que tienes más ganas, más energías para desarrollar proyectos personales fuera del ámbito de la pareja. Lo mismo con las necesidades relacionadas con la seguridad básica.

En relación con la construcción de la fantasía sobre lo que puede darte un hombre, fueron las aportaciones que tuvimos en los grupos de mujeres lo que nos ayudó a poder pensar sobre este aspecto.

Observamos que para entender el tipo de vínculo que las integrantes tenían con sus parejas era necesario analizar lo que las niñas observaron de la relación que existía entre la madre y el padre. Muchas mujeres cuentan en los grupos que sus madres se pasaban todo el día hablando mal de sus maridos y que ellas les planteaban a sus madres que era mejor que los dejaran y pudieran irse, "yo le dije muchas veces a mi madre que era mejor que nos fuéramos y dejáramos a mi padre solo". También cuentan como sus madres estaban continuamente ocupadas o afectadas por los problemas en la relación de pareja y no tenían tiempo ni condiciones para ocuparse de cubrir mínimamente las necesidades afectivas de sus hijas. Las integrantes del grupo hablaban de las continuas peleas y que sin embargo, después, los "escuchaban" por la noche en la habitación. Esta experiencia, la de ver que a pesar de tantas tensiones después los escuchaban en la cama aumentaba en ellas las fantasías de que lo que te da un hombre tiene que

ser tan importante que, a pesar de todo lo que te haga, tú lo vas a elegir a él. Estas situaciones influyen en las niñas en un doble sentido: primero teniendo la experiencia de no sentirse queridas en unos momentos de tu vida que van a ser determinantes para construir la seguridad básica y, segundo, potenciar el malentendido de que la pareja puede darte algo que va a suplir y a reparar lo que no te dieron. Malentendido que dificulta elaborar la situación de pérdida que acompaña al descubrimiento de que somos sujetos separados que interactuamos con otros, y no sujetos pegados a sujetos, que existan solo para cubrir nuestras necesidades y calmar nuestra frustración. Es necesario aceptar que te quisieron lo que pudieron quererte y no más porque, como nos decía Nora Levin-ton (2009), en la medida que aceptes lo que no te dieron dejarás de pensar en las relaciones solo en clave de lo que te dan o no te dan y podrás descubrir nuevos aspectos de las mismas que no estén solo condicionados por la satisfacción de tus necesidades. A su vez hacer el duelo de que lo que no te dieron en esos momentos ya no podrán dártelo, o por lo menos no podrán dártelo de la manera que tú lo hubieses necesitado cuando eras pequeña.

QUEDARNOS SOLAS PARA ENCONTRARNOS

Por último, y en relación con los miedos que acompañan el proceso de individualización, la centralidad en el amor de pareja puede tener un efecto de coartada para no abordar determinados aspectos de la relación contigo misma, especialmente en lo referido a la elaboración de determinados miedos que pueden acompañar con frecuencia el proceso de individualización-separación. Como nos recuerdan diferentes autoras es necesario hacer un desalojo psíquico de los otros, y especialmente de los hombres, para que quede espacio y podamos pensar en otros temas. Hacer un desalojo

psíquico significa que no están ahí para construir nuestros deseos, ni para ser la explicación de nuestras insatisfacciones ni para organizarnos nuestros tiempos. Cuando los otros dejan de tener ese protagonismo, aparece la relación contigo misma, con tus conflictos y ambivalencias y esto a veces nos puede dar mucho miedo.

El miedo a verte sola, sin pareja. Los conflictos relacionados con la envidia y la rivalidad que pueden aparecer con otras mujeres. El miedo a los propios deseos sexuales cuando no coinciden con los imperativos de género. Los sentimientos de culpa cuando vas dejando de ser la mujer que tendrías que ser, cuando vas percibiendo que ya los otros no son tan importantes y empiezas a ponerte a ti en primer lugar. El miedo a no poder regularte, a no tener al otro para que te calme. A su vez, el miedo a sentirte poderosa, a saber que puedes gestionar tu vida, que tienes la responsabilidad de tomar decisiones y que tienes que asumir tus errores.

AQUÍ Y AHORA

Una vez analizados estos tres aspectos, me gustaría finalizar con unas reflexiones sobre lo que significa para mí hoy el amor de pareja.

Creo que todos y todas necesitamos que nos quieran pero ninguna relación se puede hacer a expensas de dejar de ser tú. Cambiaría "que nos quieran" por "que nos reconozcan", para lo que es necesario que cada uno haya realizado su proceso de individualización y separación de los otros.

Un tema clave para mí hoy es el grado de intercambio que se da en la relación de pareja, cuándo doy y cuándo me dan. Ahora no pienso que el amor es algo que te arrastra. Sé que aunque puedas querer a alguien puedes decir que no a esas relaciones si no son buenas para ti. Puedes descubrir que te lo pasas igual de bien saliendo con una amiga, tomando un café, estando de viaje sola y que

nada es mejor ni peor. Que no sientes más cuando estas con un hombre. Que puedes sentir en cualquier lugar.

Que la relación de pareja es una relación más, al lado de otras relaciones y que decir que sí a eso obliga a muchas renuncias. Si te quedas en pareja, tienes que saber negociar, no puedes hacer lo que te apetezca en el momento que quieras, tienes que estar pendiente de que el otro tengas ganas o no. No te vas a poder mover con la libertad que puedes hacerlo si estás sola.

Ahora me he tenido que pensar muy despacio si me interesa o no tener una vida en pareja, he pensado en sus ventajas y desventajas, y me parece que no es la mejor elección, sólo una elección más. Me he visto apuntando en un lado lo bueno y en otro lo malo y con dudas acerca de cómo yo podría vivir mejor con mayor tranquilidad, menos ocupada. ¿Pareja sí?, ¿pareja no?. Puedo ser lo suficientemente libre para poder elegir qué me conviene. Sé que si es sí bien, y que si es no, también.

Antes de este proyecto, toda esa reflexión eso hubiera sido imposible, me habría dejado llevar, por mis necesidades de ser querida y no hubiese pensado en nada más.

Por último, todo este proceso me ha ayudado a entender de otra forma las relaciones con los hombres. Ahora tengo un amigo nuevo, nos acompañamos, tenemos mucha sensualidad en nuestra relación pero no tenemos sexualidad. Somos cariñosos el uno con el otro, nos valoramos, nos cuidamos, compartimos cosas en común. Nunca es un problema decir que no, que no tengo ganas, que no me apetece. No necesitamos vernos cada momento, pero si es importante tener noticias del otro. No me dedico a pensar si le gustaré o no, si me considera valiosa o no. No ocupo mi cabeza en eso. Es la primera relación que tengo con un hombre donde me siento claramente separada y diferenciada y me produce sosiego y tranquilidad.

MUJERES QUE ABUSAN DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS: Mirando sin ver



Eva Bolaños

Psicóloga

Especialista en investigación cualitativa, salud y género

ebgformacion@hotmail.com

"Si proyectamos sobre lo atendido nuestros saberes, nuestros juicios, nuestras imágenes, se formará una capa espesa que no permitirá a esa realidad el manifestarse"

María Zambrano

Entre las realidades invisibles en las que habitan muchas mujeres, el abuso de sustancias es una de las más relevantes, sobre todo por los efectos que esta invisibilidad tiene sobre quienes la sufren.

Los estereotipos, prejuicios y etiquetas acerca del fenómeno de la drogadicción son comunes en una sociedad que práctica el culto a la dicotomía "normal-anormal". Es cierto que estos apriorismos afectan a todas las personas que consumen drogas pero se agravan en el caso de las mujeres, sobre todo porque estas últimas transgreden algunos de los modelos y estándares fundamentales respecto a lo que el orden social considera que debe ser una "buena mujer".

Estadísticamente hay un menor número de mujeres consumidoras de alcohol y sustancias ilegales, ya que la prevalencia entre los hombres es de 2 a 3 veces más elevada, dependiendo



de la sustancia (aunque en las personas más jóvenes empieza a darse una homogeneización entre mujeres y hombres en los patrones de consumo de alcohol). Sin embargo, no se puede decir lo mismo del consumo de drogas institucionalizadas como algunos psicofármacos (sobre todo ansiolíticos y fármacos para dormir). En el caso de estas sustancias, tanto la prescripción por el personal médico como la automedicación son más frecuentes en las

mujeres. Desde mi perspectiva, este aspecto sugiere tantas preguntas e inquietudes que merece una reflexión aparte (aunque profundamente interconectada con la que ahora me ocupa), así que en el presente escrito me voy a centrar en las mujeres que consumen alcohol y drogas no legales (cocaína, heroína, cannabis, éxtasis, anfetaminas y alucinógenos). Sabemos que de manera ponderada a la cantidad de mujeres y hombres



que abusan de sustancias, las mujeres acceden en menor medida a los recursos destinados a la atención, especialmente a las comunidades terapéuticas (p.e. siendo la proporción de hombres con problemas de abuso de alcohol de 2-1 frente a las mujeres, las tasas de hombres en tratamiento cuadruplican a las de mujeres). Los obstáculos que dificultan el acceso, la utilización y el mantenimiento de las mujeres en los recursos destinados a atender los problemas relacionados con el abuso de sustancias son de distinta índole.

Respecto a la salud, y dependiendo de las sustancias que se consuman, estas mujeres tienen un mayor riesgo que los hombres de sufrir daños en el hígado, el cerebro y padecer enfermedades cardiovasculares. También pueden tener alteraciones en el ciclo menstrual, y respecto a la reproducción pueden producirse problemas de fertilidad, abortos espontáneos y daños en el desarrollo del feto. En relación con la dimensión psicológica aparecen, también en mayor medida ansiedad, depresión, baja autoestima, trastornos de la alimentación y conflictos en la relación con el cuerpo.

Otros de los problemas pueden surgir ligados a la ocurrencia de prácticas sexuales de riesgo cuando están bajo los efectos del consumo o por relaciones no consentidas: VIH/ sida, otras ITS, así como embarazos no deseados.

BARRERAS PARA EL TRATAMIENTO

Los estereotipos y mandatos de género imperantes en la sociedad pesan brutalmente sobre las mujeres consumidoras, ya que con su comportamiento se convierten en disidentes del orden hegemónico respecto a algunos de las normas y los mandatos prescritos a las mujeres respecto a la salud, el cuerpo, el riesgo. Ellas cargan, entonces, con una doble discriminación: por ser mujeres y por consumir alcohol y/o drogas ilegales. A veces la segregación es exponencial si se reconocen como lesbianas o han ejercido la prostitución. Estas actitudes constituyen un ejemplo de estigmatización social y se convierten en un impedimento para que las mujeres reciban atención. La vergüenza y el miedo a la desaprobación son determinantes para que los problemas ligados al abuso de sustancias no sean reconocidos por ellas mismas. Además se refuerza así su aislamiento, y se favorece la ocultación del problema, demorándose el momento de solicitar ayuda, hasta el punto en el que las consecuencias sobre su salud o en su vida familiar, social o laboral alcanzan una entidad tal que las hace insostenibles. También la penalización y la censura del entorno inciden negativamente sobre ellas erosionando su autoestima, ya

que contribuye a devaluar la imagen que tienen sobre sí mismas.

Otro de los obstáculos más relevantes es que los programas no suelen enfocarse desde una perspectiva de género, con lo cual difícilmente pueden responder a la complejidad de las situaciones de las mujeres. En segundo lugar, se da una conjunción de aspectos sociales, culturales y psicológicos que se convierten en obstáculos para recibir ayuda.

Incorporar la mirada de género al ámbito de los estudios y las acciones sobre el abuso de sustancias supone ampliar el conocimiento actual sobre las drogodependencias, incluyendo aquellos aspectos que dan cuenta de las diferencias y desigualdades entre hombres y mujeres. Para ello es fundamental contar con información desagregada por sexo sobre la edad de inicio, las sustancias consumidas, el patrón y la historia de consumo, la adherencia al tratamiento, los efectos sobre la salud, así como acerca del acceso y uso de los recursos. Pero junto con esta información de tipo cuantitativo, hay que conocer lo referente a cómo las condiciones de existencia se ligan con el abuso de sustancias y cómo influye la subjetividad, es decir, cuáles son las motivaciones, deseos, preocupaciones y vivencias de mujeres y hombres. Para ello es necesario abrir la observación y la escucha desarrollando estudios cualitativos.

En el momento actual, la mayor parte de las intervenciones en drogodependencias están inspiradas en modelos de prevención y atención a las necesidades de los hombres, lo cual determina que las intervenciones no resulten muchas veces adecuadas para cubrir las necesidades concretas de las usuarias. Las mujeres tienen, en general, una evolución menos favorable que los hombres en los tratamientos de las adicciones. Este fenómeno se relaciona fundamentalmente con el hecho de que los servicios asistenciales plantean exigencias difíciles de seguir para las mujeres (horarios, carencia de recursos para atender a sus hijos e hijas- si los tienen- mientras ellas acuden al tratamiento) o no contemplan las especificidades terapéuticas que presentan éstas (p.e. es infrecuente que se les ofrezca la posibilidad de participar en un grupo de mujeres, a pesar de las ventajas que esta opción puede tener, sobre todo en las primeras etapas del proceso. Tampoco es habitual que se aborden las experiencias de violencia que ha podido haber en sus vidas, como veremos más adelante). También es importante considerar el escaso sostén social y las presiones que reciben del entorno para concluir el tratamiento y asumir las responsabilidades familiares.

Aunque desde una perspectiva teórica se contemple la importancia de los determinantes sociales, en la práctica muchos modelos de intervención se han centrado más en la sustancia o en la relación sujeto-sustancia. Las disciplinas que se ocupan de esta materia son fundamentalmente la Medicina y la Psicología. Por parte de la primera, se ha contribuido al desarrollo de interpretaciones más centradas en la patología, a las que muchas veces han seguido las "correspondientes" respuestas medicalizadoras. Por otro lado, algunas de las corrientes psicológicas hegemónicas

parten de una concepción psicologicista del individuo, que en gran medida se construye despojado de coordenadas políticas y socio-culturales. De estas carencias se desprende que en gran medida las intervenciones sean ciegas al género, como ocurre en otras dimensiones de nuestra existencia. Esta ceguera es un grave inconveniente que es necesario atravesar con programas y formación específica a quienes desempeñan su labor en esta área, ya que la perspectiva de los y las profesionales que trabajan en estos escenarios es crucial. Además de la necesidad de mayor capacitación, es necesario señalar la precariedad de las condiciones laborales (sobrecarga, escasez de tiempo, bajos salarios, temporalidad) en las que trabaja dentro del ámbito de la intervención social. Estas condiciones no facilitan un abordaje más complejo e integral de estas problemáticas.

Otro de los problemas expresados por las mujeres tiene que ver con las carencias de información acerca de los posibles recursos y apoyos destinados a su atención. En relación con este aspecto, las mujeres se quejan de que al solicitar ayuda resulta muy frecuente que se les ofrezca un solo recurso o modalidad de tratamiento y no se les brinda un abanico abierto de alternativas que puedan estar más acordes con sus necesidades, posibilidades y deseos.

Este elemento resulta de especial envergadura en el caso del abuso de alcohol. Muchas de las mujeres que tienen este problema beben a solas y en el espacio de lo doméstico, lo cual no permite la relación con personas que compartan esta situación e impide el acceso a un conocimiento informal sobre las distintas alternativas de apoyo y ayuda. Además, la escasa conciencia y sensibilización sobre estas problemáticas dificulta que el personal sanitario detecte y explore acerca de esta

posibilidad, especialmente si la mujer ofrece una imagen "normalizada" y no responde a un supuesto perfil típico de drogodependiente. De hecho, estas mujeres pueden pasar por los recursos de salud sin que se les ofrezca ayuda y un tratamiento especializado.

PROBLEMAS ESPECÍFICOS DE LAS MUJERES

Las motivaciones y necesidades de las mujeres son complejas y diversas. Voy a apuntar algunas de las que me parecen más relevantes. Para algunas la búsqueda de nuevas experiencias, la curiosidad, el deseo de crecer y dejar la infancia atrás se convierten en motores para probar algunas sustancias pero hay que prestar atención también al papel que juegan otros componentes. En relación con la esfera relacional y afectiva, hay que apuntar la importancia que tiene tanto en el inicio como en el mantenimiento del problema. Siendo el mundo afectivo nuclear en la construcción socio-emocional de la identidad de las mujeres, las frustraciones y fracasos en esta dimensión produce un fuerte impacto sobre su subjetividad. La soledad, las redes sociales empobrecidas, las pérdidas y rupturas no asumidas están presentes en los itinerarios vitales de muchas de estas mujeres.

Las relaciones de pareja emergen como una de las principales causas de malestar, frustración e insatisfacción. El abuso de sustancias se revela entonces como un mecanismo que les ayuda a soportar relaciones insatisfactorias y asimétricas, que ocultan dependencias emocionales y dificultades para romper el vínculo. También en esta dimensión se encuentran algunas barreras para recibir ayuda. Por ejemplo una de las dificultades manifestadas por algunas mujeres para acceder al tratamiento

es la oposición mostrada por su pareja. Algunas mujeres centran el inicio y el mantenimiento del consumo en la relación con una pareja consumidora y, en estos casos, suelen priorizar que su compañero entre en un recurso terapéutico antes de hacerlo ellas.

La maternidad es otra de las experiencias que se revela polivalente y contradictoria. El afrontamiento de embarazos no deseados, los retos en la crianza de los hijos e hijas y el temor a que les retiren la custodia de los mismos son una fuente de angustia y malestar que se convierte en un obstáculo para pedir ayuda y acudir a un tratamiento en régimen residencial, cuando no tienen una red de apoyo que pueda encargarse de su cuidado.

Una de las realidades más graves y silenciadas es la presencia de violencia en las biografías de muchas de estas mujeres, que han sufrido malos tratos por parte de sus parejas, así como abusos sexuales y agresiones en la infancia, adolescencia y en otros momentos de su vida. Por tanto, conviven con las consecuencias de esta violencia: Angustia, ansiedad, estrés post-traumático, sentimientos de baja autoestima, tristeza. Muchas mujeres consumen sustancias para poder soportar la violencia, y las heridas y lesiones que ésta provoca, utilizándolas como estrategia para sobrevivir, calmar la ansiedad y afrontar las situaciones cotidianas de su vida.

Si embargo, a pesar de la vulnerabilidad en la que pueden encontrarse estas mujeres, estas problemáticas no suelen ser detectadas y abordadas en los recursos en los que reciben tratamiento o se abordan como un aspecto secundario. También el abuso de sustancias es un inconveniente para formar parte de programas y recursos dirigidos a mujeres que sufren malos tratos, ya que algunos las excluyen directamente.

Los intentos de suicidio, las fantasías y deseos de muerte cuando la tensión y

el dolor llegan a un punto álgido y difícilmente elaborable por el psiquismo, se encuentran presentes en algunas de estas biografías, relacionadas con el sufrimiento, la desesperanza y los sentimientos de culpa y fracaso.

Por último, la precariedad económica y las dificultades para acceder al mercado de trabajo son un elemento clave, ya que repercute poderosamente en sus posibilidades de recuperación y de desarrollar proyectos vitales. Es frecuente que las mujeres que han padecido agresiones y abusos por parte de su familia de origen se vayan de casa siendo muy jóvenes y abandonen sus estudios, lo cual limita sus oportunidades laborales.

RECURSOS ESPECIALIZADOS

Por último, me centraré en las opiniones hechas por las mujeres sobre los recursos especializados, así como sobre las y los profesionales que prestan asistencia. Para ellas lo primordial es recibir una atención cuyo eje vertebral sea un vínculo de confianza y empatía. El momento de la acogida es muy importante para ellas, así como la confidencialidad y privacidad. Cuando el trato es distante e irrespetuoso hacia sus decisiones y deseos aumentan las posibilidades de abandonar el tratamiento. Las mujeres hacen patente su rechazo hacia los métodos más coercitivos en los que prima el control, la vigilancia y la confrontación directa. De hecho, estos procedimientos son generadores de estrés y ansiedad en las mujeres y una razón fundamental para el abandono.

Sobre su paso por los recursos terapéuticos destacan la posibilidad de reflexionar y tomar conciencia de lo que les ocurre, otorgar significado y sentido a sus vivencias, y realizar aprendizajes que pueden ser de utilidad para su vida

cotidiana y para afrontar su relación con el consumo. Estos procesos pueden ayudarles a hilar un tejido compuesto de sus propias fragilidades, pero también de sus muchas fortalezas.

Un aspecto muy valorado es que los recursos integren la oportunidad de participar en grupos específicos para mujeres, en los cuales poder reflexionar y elaborar necesidades y deseos sobre la sexualidad, el cuerpo, el amor, la autoestima, la maternidad. Además, en estos grupos puede surgir una conciencia crítica y una afectividad entre mujeres que permita aprender otras formas de relacionarse entre sí, tomando conciencia de lo dañino que resulta para ellas continuar marcadas por subjetividades y prácticas patriarcales que cultivan la misoginia.

Como conclusión, conocer las realidades de las mujeres con drogodependencias no sólo pone de manifiesto sus problemáticas, no tan ajenas a las de otras mujeres, sino que nos interrogan acerca de cómo influyen nuestras ideologías y prácticas en las respuestas dadas a muchas de sus necesidades.

BIBLIOGRAFÍA BÁSICA

- Oficina de las Naciones Unidas contra la droga y el delito. Tratamiento del abuso de sustancias y atención a la mujer: Estudios monográficos y experiencia adquirida. Viena. 2004
- Romo N et al. Género y uso de drogas. De la ilegalidad a la legalidad para enfrentar el malestar. *Trastornos Adictivos*. 2006; 8 (4):243-50
- Instituto de la Mujer. Intervención en drogodependencias con enfoque de género. Madrid, 2007.
- Comisionado Regional para la Droga. Necesidades terapéuticas de las mujeres drogodependientes atendidas en los Centros de Tratamiento Ambulatorios y Residenciales de Castilla y León. Junta de Castilla y León. 2010

LA SALUD DE LAS MUJERES INMIGRANTES.
CONSECUENCIAS PSICOLÓGICAS Y EMOCIONALES.

Mujer e inmigrante, Doble presión



Corina Hourcade Bellocq
Psicoterapeuta
corina.bellocq@telefonica.net

*"... la inmigración no es un problema,
es una realidad"*

Alain Touraine

En la vida de una persona, una migración es un CAMBIO de gran magnitud y se caracteriza, fundamentalmente, por las pérdidas a las que está expuesta: familia, amigos/as, vecinos/as, lugares, objetos, idioma, cultura, clima y, en muchos casos, el status social y económico. Y a todo esto están ligados los recuerdos y afectos asociados a la vida de una persona.

Está demostrado que un proceso de migración implica a la persona, desde el punto de vista tanto físico como mental y emocional, un período prolongado de estrés y de máxima exigencia. Veremos cómo ésto repercute y trae consecuencias en la salud psicológica/emocional de muchas mujeres que han llegado a España desde distintos puntos del planeta y en diferentes circunstancias. En muchas historias de migración, ellas son las primeras que inician el proceso, con la consiguiente exigencia y presión que supone y que se agrega al ser mujer e inmigrante.

Mujeres solas y sin hijos tienen más posibilidades de ser expulsadas de las economías rurales. Se dirige primero a centros urbanos de su país, con las consecuencias ya sabidas de superpoblación, desempleo y marginación. Entonces, la última salida puede ser la de migrar a otro país, no importando los riesgos que se corran. En América Latina, en comunidades indígenas, las causas de la migración femenina están estrechamente relacionadas con ruptura o ausencia de vínculos con un varón, la poligamia y la soltería. La migración pasa a ser como una necesidad de escapar del control y de la violencia intrafamiliar.

VIOLENCIA DURANTE EL PROCESO MIGRATORIO

El abuso sexual forma parte a menudo del precio del traslado, y va desde la coacción sexual a la violación. Las mujeres solas y jefas de hogar enfrentan mayores riesgos de violencia sexual. Otra consecuencia es la necesidad de recurrir al trabajo sexual de forma temporal o permanente. Por otra parte, es frecuente la aparición del "compañerismo" como forma de "protección" de la mujer inmigrante.

Es muy importante, en el trabajo y atención de las mujeres inmigrantes, el tema de la violencia, y específicamente la violencia sexual, porque muchas de ellas se encuentran huyendo de esa realidad en su país de origen y durante



la migración vuelven a revivir esas experiencias traumáticas. Todo esto agregado al estrés propio de migrar. Además, otro porcentaje alto de ellas están esclavizadas por mafias de prostitución que las fuerzan al trabajo sexual como modo de pagar su pasaje y de las que luego es muy difícil salir.



TRABAJO

Actualmente en España, en un porcentaje muy elevado, las mujeres en general se ocupan en los sectores laborales que quedan más allá de la frontera del trabajo regulado y, en la mayoría de los casos, con tareas que no son más que la prolongación de las actividades que se esperan de ella, en tanto mujeres. Esta situación se da de igual forma con las emigrantes.

Existen tres sectores bien diferenciados: servicio doméstico, cuidado de personas mayores y enfermas (principalmente mujeres inmigrantes de Sudamérica) y trabajo sexual (la mayoría son mujeres jóvenes del este de Europa que llegan al país reclutadas por redes de explotación sexual que las someten y extorsionan). Todas mantienen jornadas laborales sin límites ni regulación legal.

Según datos oficiales de un estudio del Fondo de Naciones Unidas para la población, España cuenta con un 1.700.000 mujeres inmigrantes, con una media de 34 años de edad, el 80% de ellas empleadas en el servicio doméstico, el comercio y las hostelería. De este gran número de mujeres inmigrantes, un porcentaje muy alto, son muje-

res en edades fértiles. Esto hace que se limite el tema a la salud reproductiva, dejando de lado abordajes tan importantes como la salud mental/emocional o laboral de la mujer.

“VIVIR PARTIDA”

Además de las condiciones de vida y trabajo cotidianas de las mujeres, ellas tienen problemas específicos:

- Cambio de tal magnitud que no sólo pone en evidencia, sino también en riesgo, la identidad de la mujer.
- Vivencia de pérdida masiva, ligada también a recuerdos y afectos.
- Situación de crisis múltiple: numerosos cambios en la realidad externa que repercuten en la realidad interna de las mujeres.
- Período prolongado de máxima exigencia física, mental y emocional.
- Factores estresantes: aislamiento, incertidumbre, inseguridad, sentirse constantemente evaluada, sobrecarga de trabajo, toma de decisiones, trabajo no reconocido, clima social hostil, ambigüedad de rol y muchos otros.
- Toda pérdida va acompañada de un duelo posterior. Para el que se produce tras la muerte de un ser querido, el más típico, hay una validación so-

cial y un tiempo para enfrentarlo que dependerá del tipo de vínculo que lo unía a la persona fallecida como de la persona que lo está viviendo. Pero, los duelos de la migración parecería que no tienen fin, que persisten mientras la persona esté lejos de su lugar y de sus afectos. Las mujeres lo llaman “vivir partida”.

- En muchos casos no hay posibilidad de conectarse con estos sentimientos de pérdida cuando se tiene toda la energía focalizada en sobrevivir y adaptarse al nuevo lugar.

Al ser las primeras del grupo familiar en migrar hace que queden aisladas, solas, soportando estrés, jornadas agotadoras de trabajo, adaptándose a un lugar desconocido, en muchos casos sin hablar el idioma del lugar y muchas han dejado en su país de origen a sus hijas/os. Se encuentran sometidas a una presión muy fuerte, ya que se espera de ellas que conserven los valores y comportamientos tradicionales de su lugar de origen y, a la vez, que se “ajusten” y “adapten” a los valores y comportamientos del lugar de acogida. Esto trae serias consecuencias en su vida emocional y de relaciones, tanto familiares como de nuevos vínculos.

Los relatos de mujeres inmigrantes de los grupos en los que he trabajado, hablan de un sufrimiento que se vive en silencio y que se dispara diariamente, por diversas situaciones relacionadas con sus trabajos: tener que cuidar niños de otros, cuando los propios están lejos, no los ven durante años y que son cuidados por algún familiar; o cuando tienen que cuidar personas mayores, mientras sus propios padres van envejeciendo y ellas están lejos para acompañarlos. Se preguntan si valdrá la pena, si se tomó la decisión adecuada.

EL SÍNDROME DE ULISES

Estas situaciones de estrés, prolongadas en el tiempo, sumadas a síntomas característicos de procesos de duelo también prolongados en el tiempo, bajan el sistema inmunológico y, como consecuencia, quedan más expuestas a enfermedades físicas.

Entre los problemas de salud relatados encontramos dolores osteoarticulares, cefaleas y alteraciones digestivas y hormonales; en definitiva, manifestaciones psicósomáticas del estrés, de la soledad y de la violencia estructural y psicológica que padecen. Desde el punto de vista de la salud mental puede aparecer lo que el Dr. Achotegui, pionero en psiquiatría transcultural, define como Síndrome de Ulises. Cómo, a consecuencia del estrés post-traumático, se presentan cuadros depresivos (sin ideas de suicidio o apatía), ansiedad, irritabilidad, fatiga, miedo. Aumenta la posibilidad de conductas adictivas (comida, alcohol, juego, tabaco, etc.) y se pueden ver afectada la memoria y la concentración.

El Dr. J. Achotegui explica que este síndrome tiene cuatro focos de tensión:

- La soledad: llegan a un país y se encuentran un panorama desolador y no pueden traer a su familia hasta no lograr estabilidad económica.
- El sentimiento de fracaso: piensan que tanto esfuerzo no ha servido porque no pueden conseguir trabajo.
- Lucha por la supervivencia: dónde comer y dónde dormir son sus principales preocupaciones.
- Situaciones de terror: es común que los que llegan en pateras sientan, posteriormente, pavor al agua.

Las mujeres parecen sufrir en mayor medida este síndrome. Aunque hayan sido muy sanas en su país de origen, existe una dificultad por parte de ellas

(y de los/as profesionales de la salud que las atienden), de relacionar sus malestares con las condiciones concretas que los producen. Es decir, se combinan factores que tienen que ver con pautas de socialización femenina, tales como no expresar malestar, aguantar, no pedir ni exigir, cuidar a otros pero autopostergarse, ser proveedora emocional aún a la distancia.

Los síntomas son mensajeros de un sufrimiento silenciado. Éstos pueden aparecer de forma inmediata a la migración, así como también entre 3 y 5 años posteriores a migrar. A través de ellos, las mujeres inmigrantes denuncian y muestran cuáles son, sus necesidades y requerimientos. Sin embargo, la variable de género no es considerada relevante en el momento de evaluar el estado de la mujer, y mucho menos una variable tan importante como es el que sea inmigrante y el estrés que esto significa y cómo afecta su calidad de vida (según la Fundación Española de Psiquiatría, un 20% de las consultas de la atención primaria corresponden a salud mental y esta cifra se eleva al 50% en la población inmigrante).

MÁS PROBLEMAS

Existen diferentes maneras de reaccionar en un proceso migratorio, entre otras podríamos señalar dos: una centrada en el rechazo rotundo a la cultura de origen y otra en el rechazo a la cultura del país de acogida. La primera, es un esfuerzo de sobreadaptación que podría traer como consecuencia cuadros de tipo ansioso y en la segunda, sobre todo, aislamiento e ira, que dificultarán aún más su proceso de integración.

Otro dato a tener en cuenta, es la etapa de vida de la mujer en el momento de su partida. Según el testimonio de una mujer inmigrante de un taller, además

de la angustia que sentía por estar lejos de su familia, decía que ella no se había preparado para esa experiencia. Es decir, lo "natural" o "esperable" era que sus hijos se fueran a vivir fuera del país por trabajo o estudios y no que ella haya tenido que dejar a sus hijos y nietos y empezar de nuevo a su edad.

La precariedad laboral a la que estén sometidas una gran mayoría de mujeres inmigrantes tiene posibles efectos sobre su salud. Por lo tanto, adquiere mayor relevancia para la salud pública la progresiva "feminización" de la migración. La visibilidad social de las mujeres inmigrantes es menor que la de los varones.

Entre las trabajadoras con contratos temporales existe un mayor riesgo de padecer accidentes laborales, mayor deterioro de la salud psicológica, desmotivación e insatisfacción laboral. España es el segundo país de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) en el que más inmigrantes ocupan puestos de trabajo por debajo de su cualificación profesional, según un informe elaborado por este organismo sobre las migraciones internacionales en 2007. El estudio señala que los inmigrantes tienen a menudo un nivel educativo superior al de la sociedad de acogida. En este sentido, apunta que cuanto mayor nivel educativo tiene el inmigrante, más suele estar sobrecalificado para el trabajo que termina por ejercer. Muchas mujeres que están limpiando o cuidando personas ancianas o personas enfermas están sobrecalificadas con respecto a lo que hacen.

La relación entre trabajo informal y salud mental ha permitido constatar la existencia de trastornos como mayor nivel de ansiedad o un elevado pesimismo sobre el futuro. La diferencia entre las mujeres autóctonas y las emigrantes es que éstas últimas muestran peor salud autopercibida.

SISTEMA SANITARIO

La relación con el sistema sanitario es muy compleja. Existe un gran número de personas ilegales que asisten a los centros de atención primaria con la tarjeta de otra persona y sólo en casos de urgencia. Tratan de pasar desapercibidos para el sistema.

Existe una severa desprotección para las mujeres inmigrantes en el caso del maltrato, entre otros temas, ya que no se animan a denunciar por miedo a la expulsión o debido a las condiciones de precariedad laboral en la que se encuentran. Los motivos de consultas y hospitalización son sobre todo ginecológicos y obstétricos.

Surgen graves dificultades a la hora de acceder al sistema sanitario porque, entre otros factores, existen muchos colectivos de mujeres inmigrantes que debido al sistema de valores y creencias de sus comunidades no pueden aceptar ser atendidas por profesionales masculinos. "Se constató que las madres inmigrantes desconocen medidas preventivas, como el estado de vacunación de sus hijos, la necesidad de controles pediátricos o la importancia de la higiene bucal. El miedo de los inmigrantes responde a varias causas: miedo a la pérdida del empleo, a ser identificados y expulsados, a no poder comunicarse cuando necesita asistencia médica, al desconocimiento, etc." apunta un informe de Médicos sin Fronteras.

PROPUESTAS:

Para las mujeres:

- Facilitar espacios de reflexión y de diálogo permitiría disminuir y prevenir la emergencia de síntomas ligados al estrés. Desde la promoción de la salud, el concepto de "peer educators" (educar o informar a través de pares) ha dado excelentes resultados en otros temas. Se puede informar sobre procesos de la migración, etapas, posibles síntomas físicos y psicológicos, información de utilidad con respecto al sistema sanitario,

etc. Todo esto a través de mujeres que han pasado antes por la misma experiencia y luego se convierten en agentes multiplicadores de información.

- Concienciar y visibilizar las consecuencias de una migración permitirá que las mujeres relacionen lo que les pasa, sus síntomas físicos o emocionales, con el hecho de haber dejado su lugar de origen, afectos, red de apoyo, identidad, idioma, tradiciones, etc., y que las que tienen hijos/as con ellas puedan estar atentas a los cambios de conducta o el bajo rendimiento escolar.
- Estimular redes de apoyo previenen la aparición de síntomas. Compartir vivencias e información con mujeres que estén pasando una misma situación o que la han pasado anteriormente, disminuye el aislamiento y la sensación de desamparo. Esto a su vez, favorece la disminución de las consultas a los centros de atención primaria.

Para los/las profesionales:

- Incluir la perspectiva de género al analizar el fenómeno de la migración les dará una herramienta importante para entender y atender los requerimientos de las mujeres consultantes.
 - Tomar conciencia, visibilizar, e informar sobre las consecuencias que tienen en la salud física y emocional de las mujeres el estar expuestas al estrés de la emigración.
 - Contar con interlocutores y con información de las diferentes comunidades que se atienden, permitirá a los/las profesionales tener recursos a la hora de abordar a una paciente que en muchos casos no entiende ni tan siquiera el idioma del médico/a.
- La mujer que migra no sólo ve afectada su salud por la experiencia en sí de la migración, sino también por las xenofobias y prejuicios sociales dirigidos a este colectivo. Los mediadores interculturales, como los trabajadores sociales, son recursos fundamentales a la hora de abordar el tema de la inmigración de forma interdisciplinaria. Gailly, habla de un "des-

ajuste", "ya que las/los agentes de salud no son conscientes que la mayor parte de los enfoques y técnicas que utilizan en la atención sanitaria están basados en las normas y valores de las clases medias y altas de la sociedad occidental."

La salud es un derecho inalienable de las personas, por lo tanto las mujeres, y en este caso las mujeres inmigrantes, deben tener acceso a la información de cómo funciona el sistema sanitario y, a su vez, los/las profesionales deben tener información básica sobre las personas que van a atender, cuales son sus creencias acerca de la salud, enfermedad, el cuerpo y sus mensajes. Si no hay diálogo, no hay posibilidad de establecer un vínculo de equidad entre la consultante y el/la profesional.

BIBLIOGRAFÍA:

- La precariedad laboral y la salud de los inmigrantes en España. ¿qué sabemos y que deberíamos saber?. V. Porth, M Amable, J. Benach. Arch Prev Riesgos Labor 2007; 10 (1): 34-39.
- La precariedad laboral, un nuevo problema de salud pública? A. Amable, J. Benach. Gac Sanit 2000.
- Aspectos epidemiológicos y hermenéuticos de la atención en salud mental a los inmigrantes: retos para los profesionales. Comunicación. 4º Congreso sobre Inmigración en España. Ciudadanía y Participación. Girona: 10-13 noviembre 2001.
- Migration and health. Internacional Migration Review. Evans J. 1987.
- Mujeres Inmigrantes hablando de su salud. Utilización de sus discursos como estrategia para promocionar su salud. Susana Castillo, Lucía Mazarrasa, Belén Sanz. Index de Enfermería (edición digital) 2001, 34.
- IX Conferencia Regional de la Mujer de América Latina y Caribe – México 2004 <http://www.eclac.cl/cgi-bin/getProd.asp?xml=/mujer/noticias/noticias/6/14586/P14586.xml&xsl=/mujer/tpl/p1f.xsl&base=/mujer/tpl/top-bottom.xsl>

reconocidas y premiadas



Foto: María José Hernandez Ortiz



Alegría compartida en el día de la entrega de la Medalla de Honor y Gratitude del Consell de Mallorca a LEONOR TABOADA por "el compromiso con la salud sexual y reproductiva de las mujeres, por la dilatada y prestigiosa trayectoria en el mundo de la salud y el feminismo, por la contribución al movimiento asociativo de las mujeres de Mallorca y, en especial, por la generosidad a la hora de compartir los conocimientos".

Palma, 12 de septiembre de 2010



Ya era hora... Este año se ve que hay una ventanita de reconocimiento a nuestras dos pioneras más queridas...

Han concedido a nuestra CARME VALLS LLOBET un premio de excelencia profesional que otorga cada año el Colegio de Médicos de Barcelona.

Los Premis a l'Excel·lència professional son el reconocimiento público del Colegio de Médicos de Barcelona a médicos y médicas que han destacado

por su actividad profesional de máxima calidad y se otorgan en los ámbitos de medicina hospitalaria, atención primaria, salud pública, mental y atención socio sanitaria, investigación biomédica, educación médica, y humanidades médicas. El día 29 de noviembre será el acto de entrega. Felicidades mil. Estamos de fiesta pero como siempre seguiremos andando juntas y alertas.

IMPLANTES MAMARIOS PELIGROSOS



La AGM (Agencia Española de Medicamento y productos Sanitarios), tras haber sido informada por el Sistema de Vigilancia de Productos Sanitarios de Francia, de la suspensión de comercialización, distribución, exportación y utilización de las prótesis mamarias de gel de silicona POLY IMPLANT, fabricadas por la empresa francesa POLY IMPLANT PROTHESE, emitió una nota informativa al respecto el 31 de marzo pasado. La razón para esta drástica medida del gobierno francés fue que los implantes PIP estaban siendo fabricados con un gel de silicona diferente del declarado y evaluado para la obtención del certificado CE necesario para su comercialización en la UE, lo que ponía en duda las garantías de estas prótesis. Tras haber analizado los implantes, la AGM, en una nota posterior (septiembre) informa de los resultados hallados hace una serie de recomendaciones para las mujeres a las que se los hubieran implantado antes de la suspensión. Según los análisis, aunque la silicona utilizada no produce toxicidad aguda sí es irritante y puede producir inflamación en la mama y, además, presentan un riesgo rotura superior al nivel exigido en los estándares. Las recomendaciones son que las personas portadoras de PIP deben contactar con su médico para comprobar el estado de las mismas y hacer un seguimiento mediante control ecográfico al menos anual. En el caso en que se detecte o sospeche la rotura de las prótesis, debe procederse a su explantación. *Información complementaria a la nota de seguridad sobre prótesis mamarias poly implant (pip)*
Ref.: 014/Septiembre 2010

NUEVOS FÁRMACOS PARA LA DIABETES: NECESIDAD O MERCADO?

La sitagliptina (uno de los nuevos hipoglucemiantes, junto con la vildagliptina, examina y liraglutida) es un ejemplo de la rapidez con que los laboratorios consiguen actualmente, con sus nuevas técnicas de publicidad, lanzar al mercado un producto.

Para empezar, fue aprobada por la FDA en sólo 3,8 años desde su descubrimiento (mientras la media de tiempo para los fármacos aprobados entre 1990 y 1999 era de 14,2 años), a lo que siguió una intensa campaña de presentación a base de foros "educativos", visitantes médicos y comunicados de prensa a través de Internet a miles de profesionales, además de haberse puesto de acuerdo con la Sociedad Americana de Diabetes para elaborar "material educativo". En 8 días ya se había visitado a un 70% de los médicos y ya lo tenían en todas las farmacias de EEUU. Un mes después, la sitagliptina ya estaba presente en el 20% de los fármacos nuevos para la diabetes.

Pero ¿cuáles son los beneficios demostrados y los efectos adversos de estos nuevos hipoglucemiantes?

Por un lado, no se ha podido demostrar que sirvan para prevenir las complicaciones ni la mortalidad de la diabetes (cosa que sí hacen los fármacos tradicionales, como por ejemplo, la metformina); por otro, pueden producir infecciones y reacciones de hipersensibilidad, alteración de la función renal, pancreatitis, trastornos digestivos y hay riesgo de algunos cánceres. Todo lo cual hace adecuado recomendarlos sólo para los pacientes que no respondan adecuadamente al tratamiento de primera línea (metformina). Sin embargo, en los tres años desde su aparición, y gracias a las nuevas técnicas de promoción (marketing) se han convertido en los fármacos más recetados para la diabetes.

Butlletí Groc. Vol. 23, nº 3, juliol-setembre 2010.
www.icf.uab.es



TRATAMIENTOS HORMONALES PARA LA MENOPAUSIA: MÁS CÁNCER DE MAMA, PEOR CÁNCER DE MAMA

Ya sabíamos que los tratamientos hormonales para la menopausia aumentan el riesgo de padecer un cáncer de mama: ahora un estudio demuestra que las mujeres que desarrollaron cáncer de mama habiendo tomado hormonas para la menopausia presentaron más probabilidades de tener ganglios linfáticos cancerosos, un signo de enfermedad más avanzada, y más posibilidades de morir que las que nunca habían tomado hormonas. La nueva información proviene del continuo seguimiento de 12.788 mujeres incluidas en el estudio del "Women's Health Initiative", el mayor estudio financiado con fondos federales en Estados Unidos que compara a mujeres que tomaron hormonas con mujeres tomando placebos. El estudio fue suspendido en 2002, tres años antes de lo previsto, porque los investigadores encontraron que las hormonas causaban significativos riesgos de cáncer de mama, enfermedades cardiovasculares y coágulos en los pulmones.

Para más información: <http://jama.ama-assn.org/cgi/content/extract/304/15/1719>,
http://www.nytimes.com/2010/10/20/health/20hormone.html?sudsredirect=true&page_wanted=print

Subvencionado por:

