

Regina Bayo-Borràs Falcón

BELLA DURMIENTE DESPIERTA
El malestar de no ser consciente



BELLA DURMIENTE DESPIERTA:
El malestar de no ser consciente

Regina Bayo-Borràs Falcón

BELLA DURMIENTE DESPIERTA:
El malestar de no ser consciente



Editorial Digital Feminista Victoria Sau

Barcelona, 2021

Autora: Regina Bayo-Borràs Falcón

Título: Bella durmiente despierta: *El malestar de no ser consciente*

Ilustraciones: Diana Raznovich

Edición: Rosa Marín Ribas

Imagen portada: Rosa Marín Ribas

Usted es libre de:

Copiar, distribuir y comunicar públicamente la obra bajo las siguientes condiciones:

- RECONOCIMIENTO (*attribution*): En cualquier explotación de la obra autorizada por la licencia será necesario reconocer la autoría.
- NO COMERCIAL (*non commercial*):
- La explotación de la obra queda limitada a usos no comerciales.
- SIN OBRAS DERIVADAS (*non derivate works*):
- La autorización por explotar la obra no incluye la transformación para crear una obra derivada.
- Al reutilizar o distribuir la obra, tiene que dejar bien claro los términos de la licencia de esta obra.
- Alguna de estas condiciones puede no aplicarse si se obtiene permiso del titular de los derechos de autora.
- En esta licencia nada se menoscaba o restringe de los derechos morales de la autora. Los derechos derivados de usos legítimos o otras limitaciones reconocidas por ley no se ven afectados por la anterior.

Regina Bayo-Borràs Falcón es psicóloga Clínica y psicoterapeuta psicoanalítica. Actualmente es presidenta de la Comisión de Psicoanálisis del Colegio Oficial de Psicología de Cataluña (COPC), España. Miembro y docente de GRADIVA, Asociación de Estudios Psicoanalíticos, Barcelona. Socia de la Red Estatal de Mujeres de Profesiones Sanitarias, Red CAPS. Es colaboradora de la Revista Intercambios Papeles de Psicoanálisis, y de la Revista Mujeres y Salud (MyS). Realiza formación continuada y supervisión clínica en servicios públicos y privados que trabajan con infancia y mujer.

<http://reginabayoborras.blogspot.com>

Prólogo

Regina y yo nos conocimos hace muchos años en el ámbito del incipiente movimiento feminista en Barcelona, yo aún estudiante en la Facultad de Psicología, participamos en las Primeras Jornadas Catalanas de la Dona en el año 1976 viviendo la intensidad del momento histórico en el Paraninfo de la Universidad de Barcelona. Mas tarde la misma vida y las confluencias entre ambas, nos hicieron encontrarnos y compartir durante años en diferentes espacios profesionales, tales como el “Grupo de Trabajo sobre los efectos emocionales de la reproducción asistida en el COPC”, coincidir como miembros de la red Caps, Jornadas de Psicoanálisis, publicaciones etc. aún más allá de las líneas de trabajo de cada una dentro de la misma área, pero con un denominador común, la preocupación sobre las dificultades para que las mujeres como colectivo se desprendan de obstáculos heredados que les impiden su realización personal como sujetos. Este cuaderno-libro recopilatorio de diversos textos y artículos de su autora, Regina Bayo-Borrás, configura un rico mosaico que refleja su implicación de largo recorrido no solo en la salud mental de las mujeres individualmente, sino como colectivo, ya que muchos de sus malestares psicofísicos se derivan además de factores ligados a su historia personal, a determinados condicionantes socio culturales de cultura patriarcal que vienen de muy lejos históricamente hablando.

Los textos seleccionados muestran su amplia experiencia como Psicoterapeuta y psicoanalista en la atención a mujeres, tanto en el ámbito de la consulta privada como en el servicio público, lo cual dota a la profesional de un campo

de observación diverso en cuanto a diferentes sectores de la población femenina, algo muy relevante en nuestra profesión.

Las diferentes temáticas abordadas pueden clasificarse en estas áreas: El malestar-padecimiento como hilo conductor. En las adolescentes, que se empieza a gestar en su infancia: *Turbulencias adolescentes*; en sus posiciones vitales tales como: los conflictos y violencia en pareja analizando lo que se juega en determinados vínculos afectivos: *Dolor, depresión y violencia*. Cabe resaltar especialmente, los escritos en torno a la depresión, los intentos o actos de suicidio, la somatización tan frecuente, que muestra que el cuerpo de las mujeres posee un lenguaje propio que demanda ser traducido en palabras, palabras que históricamente como señalan autoras tan relevantes como Victoria Sau, han sido silenciadas también colectivamente; la maternidad: *Maternidad hay más de una* en sus diferentes caminos de filiación, tan diversificados en la época actual y las consecuencias derivadas en el plano emocional-afectivo.

Cabe señalar también, como lazo entre estos desarrollos teórico-clínicos, lo que destaca de la gran importancia de la salud mental: *Salud mental y padecimiento psíquico de las mujeres*, y como subraya en su artículo: *No hay salud sin salud mental*, en general, pero muy especialmente en las mujeres, ya que ellas por causas socio culturales, además de determinados factores ligados a sus historias personales, se les ha otorgado el rol de cuidadoras de la humanidad, a costa de ensombrear el sujeto que late en su interior, ocultando sus necesidades personales.

A los gobiernos les cuesta en general invertir en prevención, y concretamente en salud mental, Regina en sus planteamientos aboga por esa inversión prioritaria desde la salud pública a la que puedan tener acceso las mujeres, independientemente de su nivel económico y aporta modelos de estrategias a implementar. No olvidemos que las mujeres son la población más medicada con ansiolíticos y antidepresivos, estadísticamente viven más que los hombres pero en peores condiciones.

Se pone de relieve también en los textos, su posicionamiento profesional partiendo de una línea de trabajo determinada con base psicoanalítica, que da valor a la escucha por medio de la transferencia con las mujeres atendidas, y

que implica no partir de prejuicios apriorísticos, que podrían distorsionar u obstaculizar la dirección del trabajo a seguir para su recuperación. Las mujeres no precisan ser adoctrinadas, sino básicamente escuchadas y orientadas para así facilitar sus procesos de auto conocimiento y elaboración a partir de su subjetividad.

Los acelerados cambios sociales, los avances tecnológicos que se han insertado en la vida cotidiana como las redes sociales, los cambios de paradigma... plantean la necesidad de reflexionar sobre las consecuencias y el abordaje preventivo en la salud psicológica de todas, y especialmente de las niñas y más jóvenes.

Colaborar desde nuestro ejercicio profesional para que las *durmientes* despierten como se refiere el título del presente recopilatorio, es una acertada metáfora y un ético objetivo a conseguir.

Gemma Cánovas Sau

Psicóloga Clínica, Psicoterapeuta, Psicoanalista

Introducción

Pronto se van a cumplir cincuenta años del gran cambio de etapa que vivió nuestro país tras la muerte de Franco (1975). El feminismo de finales de los años 60 y principios de los 70 en España y en Catalunya sobrevivía en la clandestinidad, como todos los demás movimientos en defensa de los derechos humanos. Era un movimiento minoritario, nutrido principalmente por el pensamiento de mujeres intelectuales y algunos hombres que lo apoyaban solidariamente. En su mayor parte eran activistas, militantes de partidos políticos de izquierdas y de movimientos sindicales —prohibidos y severamente perseguidos con penas de cárcel— en aquella época que hoy nos parece tan lejana, casi trasnochada.

Pronto se cumplirán también cincuenta años desde que me licencié en Psicología (1976), que entonces era una “Sección” de la carrera de Filosofía y Letras. Allí, en las aulas de la Universidad de Barcelona, conocí a Victoria Sau¹, las dos sentadas en el mismo banco de madera de los largos pupitres que había en la Universidad Central de Barcelona (UB). Fue en el año 1972, segundo de carrera; asignatura “Historia del Pensamiento Social y Político Contemporáneo”, impartida por el escritor y pensador marxista, Antoni Jutglar.

Victoria y yo congeniamos enseguida. A pesar de la diferencia de edad, yo tenía 18 años y ella 42, la comunicación entre ambas fue espontánea y fluida a pesar de pertenecer a distintas generaciones. Los temas de conversación siempre eran interesantes. Pronto nos dimos cuenta de que compartíamos las mismas preocupaciones por la situación familiar, social, laboral, jurídica, política y

¹https://es.wikipedia.org/wiki/Victoria_Sau

psicológica de las mujeres. Entonces yo estaba involucrada en un pequeño grupo de mujeres que luego sería el Colectivo Feminista, y que más adelante fundó la revista *Vindicación Feminista*² en Barcelona, donde ella publicó numerosos artículos.

Estábamos intentando celebrar el 8 de marzo y dar a conocer la importancia de esa fecha en los barrios obreros. Había más barrios que mujeres dispuestas a dar una charla reivindicativa. La discriminación y explotación de las mujeres era un tema poco conocido y poco valorado en su dimensión política para gran parte de la población general, y era muy arriesgado (multa), incluso peligroso (procesamiento), informar de temas prohibidos por el régimen franquista, como por ejemplo, las reivindicaciones de las mujeres. Recordemos que era delito político hacer difusión y propaganda denunciando su desigualdad con el hombre, la falta de derechos laborales, la discriminación en todas las esferas de su vida personal, familiar y sexual-reproductiva. Hoy, en cambio, el 8 de marzo se celebra en todo el mundo y salen a las calles y en los MMCC cientos de miles de mujeres y hombres, pero entonces nos jugábamos la libertad y nos arriesgábamos a detenciones, interrogatorios, malos tratos policiales, y mucha burla, sorna y desprecio por parte de los agentes del “orden”, y no digamos de la brigada político-social.

Victoria aceptó ir a dar la conferencia sobre el Día Internacional de la Mujer. Y así se consolidó y amplió nuestra relación, más allá de compañeras de carrera, que duró muchos años más, incluso mientras iniciamos nuestra práctica profesional como psicólogas, y a través de ella conocí a su hija Gemma, también psicóloga, con la que he compartido posteriormente diversas colaboraciones profesionales en el área de la psicología clínica y el psicoanálisis.

Victoria Sau era una mujer con una presencia que generaba confianza, y contrastaba con la imagen de las más jóvenes, que intentábamos desafiar los cánones establecidos de indumentaria y comportamiento. Su edad, —estaba ya en la madurez de la vida— como su actitud de calma y escucha atenta en las reuniones, nos daba mucha confianza a las feministas militantes. Nuestro

²Vindicación Feminista: https://es.wikipedia.org/wiki/Vindicaci%C3%B3n_Feminista

grupo fue construyendo los inicios de la organización del movimiento feminista en Barcelona y Madrid, en unas condiciones de cierta clandestinidad, aunque en esos años ya se respiraban aires de apertura intelectual; y así fuimos transmitiendo a otras mujeres el pensamiento feminista.

De hecho no fuimos sólo jóvenes contestatarias las que promovíamos el cambio y la liberación de las mujeres. También se fueron sumando otras no alineadas ideológicamente con los partidos de izquierda, que sin haber sufrido el coste personal de la clandestinidad, ni militado en partidos políticos, ni conocido las cárceles franquistas, fueron acercándose a los “grupos de concienciación feminista”.

Recordemos, además, que la Organización de las Naciones Unidas había declarado el año 1975 como Año Internacional de la Mujer³, y que en 1976 se celebró el inolvidable Tribunal de Crímenes contra la Mujer, en Bruselas⁴, con asistencia de casi mil mujeres de varios continentes. En nuestro país, la situación era muy complicada: el feminismo después de la muerte de Franco ya no era un objetivo principal de persecución política, pero estaba denigrado por los partidos de izquierdas y de derechas. Lo más suave era un ninguneo benevolente, pero lo más habitual era ser objeto de mofa, burla, desprecio, marginación o acoso por parte de la sociedad en general. Mientras tanto en algunos países occidentales —de América del norte y del entorno europeo principalmente— las mujeres feministas se estaban organizando con fuerza y decisión; a través de organizaciones sociales y políticas, defendían y difundían sus reclamaciones y conseguían mejorar sus derechos y libertades. Otro acontecimiento que vino a ampliar y consolidar el incipiente movimiento feminista en Catalunya ese mismo año 1976, fueron las I Jornades Catalanes de la Dona⁵, celebradas precisamente en el Paraninfo de la Universidad Central de Barcelona.

³Año internacional de la Mujer: https://es.wikipedia.org/wiki/A%C3%B1o_Internacional_de_la_Mujer

⁴Tribunal de Crímenes contra la Mujer: https://es.wikipedia.org/wiki/Tribunal_Internacional_de_Cr%C3%ADmenes_contra_las_Mujeres

⁵I Jornades Catalanes de la Dona. 1976: https://es.wikipedia.org/wiki/Jornadas_Catalanas_de_la_Mujer

Todos estos acontecimientos fueron el preámbulo de mi creciente interés profesional en el campo de la psicología de la mujer. Con el inicio de la llamada transición democrática se fueron consiguiendo algunos cambios legales y sociales, considerados desde luego imprescindibles para disminuir la alineación, el sometimiento, la explotación y el sufrimiento psíquico de las mujeres en general, de todas las edades y condición social⁶. Los métodos anticonceptivos, por ejemplo, hasta entonces prohibidos pudieron obtenerse sin receta; la mayoría de edad, establecida a los 21 años para las mujeres, pasó a los 18 años como los varones; se consiguieron derechos civiles, la ley del divorcio, algunas mejoras en el ámbito laboral y familiar. Las mujeres empezaron a emanciparse legal y económicamente de los hombres de la familia, padre, marido, hermano. Todas estas dependencias las dejaban sumidas en un estado de desamparo y vulnerabilidad no sólo subjetivo, sino sobre todo real y efectivo. Ellas no podían ser ellas mismas porque no habían sido nunca libres, se habían sobre adaptado a lo que se podía o no hacer o ser en función de su condición biológica. No podían pensar, decidir y actuar en tanto sujetos de deseos propios, y continuaban —como sus madres y abuelas— a disposición de los varones de la familia en una posición de objeto de uso y abuso.

Determinantes sociales de la salud. No hay salud sin salud mental

La salud mental de la población depende primordialmente de las condiciones de vida, es decir, de las condiciones de la calidad de vida y de trabajo. Son los llamados “indicadores sociales de la salud”⁷, Es de todos conocido el lema de que “No hay salud sin salud mental”, y el de que “La salud mental depende del apoyo y participación del conjunto de la comunidad”. Esta perspectiva social y política de la salud en su conjunto, y de la salud mental en particular, ha sido

⁶Véase *Joyas del Franquismo*.

⁷<https://www.paho.org/es/temas/determinantes-sociales-salud> - La Organización Mundial de la Salud define los determinantes sociales de la salud (DSS) como “las circunstancias en que las personas nacen crecen, trabajan, viven y envejecen, incluido el conjunto más amplio de fuerzas y sistemas que influyen sobre las condiciones de la vida cotidiana”.

uno de los principales fundamentos de mi participación en Asociaciones⁸ y Plataformas⁹ en defensa de la salud mental y de la salud mental de los profesionales de la salud.

Mientras continuaba con mi formación como psicoterapeuta de orientación psicoanalítica, fui participando en diversas etapas del movimiento de profesionales en defensa de una salud mental digna y accesible para el conjunto de la población, y en especial de las mujeres y de los niños. Así pude contribuir en los inicios de la constitución de los Centros de Higiene Mental en Cataluña (CHM), y estuve trabajando como psicoterapeuta de niños, adolescentes y adultos en el CHM Cornellá del Llobregat (Barcelona) entre 1986 y 1999. Allí, junto a varias colegas psicólogas y psiquiatra, constituimos el primer Servicio de Salud Mental para Mujeres¹⁰, que durante 8 años dio atención psicológica y psicoterapéutica a centenares de mujeres pacientes de todas las edades, de manera individual y grupal.

Realizamos un estudio de evaluación de resultados de eficiencia terapéutica que obtuvo un premio otorgado por la Diputación de Barcelona¹¹, y en un artículo publicado por la Revista de la Asociación española de Neuropsiquiatría (AEN)¹².

Y dejamos una experiencia psicoterapéutica singular, que posteriormente grupos de mujeres profesionales de la psicología y la salud mental fueron extendiendo en el territorio de forma desigual y más especializada: servicios de atención en salud sexual y reproductiva; servicios de atención en situaciones de

⁸AEN Catalunya - exvicepresidenta y socia.

⁹Plataforma Profesionales de Salud Mental Barcelona: <https://www.fccsm.net/neix-la-plataforma-per-la-defensa-de-latencio-publica-en-salut-mental-a-catalunya/>

¹⁰Programa de Suport en Salut Mental a la Dona. Centre d'Higiene Mental de Cornellá de Llobregat. Barcelona.

¹¹https://llibreria.diba.cat/es/libro/procediment-per-a-l-avaluacio-d-un-tractament-psicoterapeutic-estudi-del-programa-de-suport-en-salut-mental-a-la-dona-del-centre-d-higiene-mental-de-cornella_44935

¹²https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352002000300004

violencia machista; servicios de atención a mujeres con cáncer; con duelo perinatal; atención a chicas adolescentes con trastornos alimentarios; de trabajadoras objeto de acoso laboral, etc. etc.

Esta práctica asistencial con mujeres, jóvenes, adultas, madres, abuelas, enfermas, emigrantes, con trastornos graves o moderados, en situaciones de crisis vitales o accidentales, aborto, viudedad, divorcio, o con embarazos adolescentes, con familias disfuncionales, víctimas de abusos y agresiones sexuales en la infancia, etc.

Nuestro trabajo siempre fue supervisado por colegas de gran experiencia en el campo de la salud mental, lo que nos animó a escribir un libro¹³, que fue publicado por el Colegio Oficial de Psicología de Cataluña. Toda esta experiencia dio pie a que participara, durante los últimos veinte años, en jornadas y conferencias organizadas por la Red de Mujeres Profesionales de la Salud, y colaborara en la Revista MyS (Mujeres y Salud¹⁴) con numerosos artículos sobre el malestar emocional y padecimiento psíquico de las mujeres¹⁵.

En la edición de este libro se recogen algunos de estos artículos y otros ensayos aparecidos en diversos medios de comunicación escrita: en la revista Intercambios, Papeles de Psicoanálisis¹⁶; en Dossiers de Diario Público¹⁷, en Cuadernos editados por el Instituto de la Mujer (Madrid) y por otras revistas de orientación psicoanalítica^{18 19}.

¹³Mujer y Salud Mental. Reflexiones y Experiencias: <https://arxiu.copc.cat/colegiadoss/biblioteca/678/Dona-i-salut-mental>

¹⁴RedCaps: <https://www.caps.cat/redcaps.html>

¹⁵<https://matriz.net/?s=Regina+Bayo-Borr%C3%A0s>

¹⁶Revista Intercambios: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7449464>

¹⁷Diario Público: <https://especiales.publico.es/opinion/firma/regina-bayo-borras>

¹⁸<https://www.temasdepsicoanalisis.org/2021/07/19/cuentos-sobre-madres-e-hijas-en-cuentros-y-desencuentros/regina-bayo-cuentos-de-madres-e-hijas-2/>

¹⁹https://issuu.com/secretariadelacpp/docs/revista_digital_de_psicoterapia_psicoanal_tica_202

De Caperucita Roja a Caperucita Violeta

En la Creación de la Conciencia Feminista, Gerda Lerner²⁰ plantea que *“el sistemático proceso de marginalización educativo de las mujeres ha afectado a su autopercepción, a su capacidad para conceptualizar su propia situación y a su capacidad para concebir soluciones para mejorarla... las mujeres han vivido en condiciones de ignorancia domesticada, enajenadas por su propia experiencia individual y colectiva.”* (p. 32-33) (El subrayado es mío).

Con el feminismo del siglo XX y XXI ha llegado la hora de revisar (también) la mitología que los cuentos de hadas tradicionales hacen de la condición femenina. La virgen e ingenua caperucita roja ha cambiado el color de su capucha, y se ha vestido toda de violeta para demostrar que no quiere seguir siendo exclusivamente objeto de uso y abuso de varones excitados y desaprensivos. Igualmente, Bella Durmiente está despertando de un letargo inmemorial. El despertar de la conciencia feminista pasa, en primer lugar, por tener conciencia de sí misma como sujeto de deseos y derechos, también por tomar las riendas de la propia vida, más allá de tener una habitación propia. Diría que el despertar de la conciencia feminista es hacerse consciente del malestar que ha permanecido dormido durante siglos y de las propias capacidades para desplegar una vida bien despierta.

Se dice que el cuento de hadas de la Bella Durmiente, de gran tradición popular europea, nos ha llegado por transmisión oral a partir de un texto islandés anónimo escrito hacia finales del S. XIII, pero se conocen poemas indios, grecolatinos, franceses y catalano-occitanos anteriores. Se trata de poemas de culturas muy diferentes y geográficamente muy alejadas, por lo que es precisamente la diversidad de su origen y su prolongación en el tiempo, lo que nos muestra la fuerza del valor alegórico de este relato.

La historia de su protagonista y de los demás personajes masculinos y femeninos que intervienen en la causa y desenlace de su quedar dormida durante cien años, ha tenido varias versiones literarias (Basile, Grimm, Perrault); musical

²⁰Lerner, G. (1993): La creación de la conciencia feminista. Ed. Katakarak Liburuak. Pamplona 2019.

(Tchaikovsky) cinematográfica (Disney); también interpretaciones feministas (H Cixous); psicológicas y psicoanalíticas (B Bettelheim).

¿Por qué recurrir de nuevo, en el siglo XXI, a la universal bella princesa dormida?

He recogido en la edición de este libro varios ensayos sobre el precio psíquico de las mujeres cuando no están despiertas, es decir, cuando no son conscientes de sí mismas. Estar dormida —metáfora de no ser consciente—, significa quedarse atrapada por sueños de ilusiones, fantasías alejadas de la realidad de la vida; anular el paso del tiempo y los duelos correspondientes a cada etapa; evadirse de las frustraciones, aislarse en una burbuja narcisista que no promueve desarrollo ni evolución ninguna, sino estancamiento y alienación subjetiva.

Cuando Bella Durmiente despierta no tiene más remedio que hacerse cargo de ella misma; asumir la responsabilidad de sus actos y de sus decisiones; no dejarse caer en el victimismo; evitar sobre adaptarse a una vida sacrificada entregada a los demás; esforzarse por conocerse mejor, elaborar sus duelos pasados, sobreponerse a las frustraciones que hieren su autoestima; por tanto, desprenderse del malestar y sufrimiento emocional en la medida de lo posible, sin aspirar al espejismo de la “felicidad”.

En buena parte el propósito de este libro va de eso: alertar y tomar conciencia de los riesgos de estar o quedarse dormida, y destacar los beneficios —a corto o largo plazo— de abrir los ojos por una misma sin esperar el señuelo del pseudo-salvador.

Los ensayos que componen la edición de este libro fueron escritos y publicados (véase listado general).

Quiero agradecer a Lola G. Luna, compañera durante los años 70 de aventuras feministas llenas de vida e ilusión, haberme invitado a trabajar en esta edición.

A Gemma Cánovas Sau, por su apoyo para renovar ideas en los artículos seleccionados.

A Silvia López y Dolors Galbany, amigas y colegas, por su atenta lectura de los textos y sus comentarios siempre tan acertados.

A Diana Raznovich, por su generosidad al autorizarme incluir sus viñetas, las cuales siempre me han cautivado por su agudo ingenio y humor, pues además de la perspectiva feminista incluye la dimensión subjetiva de mujeres chamuscadas, enredadas y siempre intentando ser pluscuamperfectas²¹.

A Carme Valls, Margarita López y a Montserrat Cervera, por su confianza y apoyo para que escribiera sobre mujer y salud mental.

A Joana Hernández, Ignacio Rodríguez, Cecilia Lewinthal y Emilia Cerdá, por su acompañamiento en logros y fatigas en el Programa de Atención S.M. para Mujeres del Centro de Higiene Mental de Cornellá, Barcelona.

A Romà Puiggermanal, por haberme transmitido siempre aliento e ilusión durante algunas de las experiencias aquí narradas. Y porque siempre me animó a escribir y publicar.

²¹Raznovich, Diana. Viñetas publicadas en sus libros:

- Sopa de Lunares. Hotel Papel Ediciones. Madrid 2007.
- Mujeres pluscuamperfectas. Hotel papel Ediciones. 2008
- Divinas y Chamuscadas. Hotel Papel Ediciones. Madrid 2010.

Siempre he sido
distráida pero
eso de haberme
dejado
mi vida olvidada
en algún
remoto lugar,
es demasiado.



"Vida olvidada" (Diana Raznovich)

Joyas del franquismo



La Sección Femenina de la Falange, como ofrenda al Caudillo, ha dado a todas sus afiliadas la consigna de que cada una de ellas confeccione una canastilla destinada a las obreras sindicadas y campesinas y demás madres necesitadas.

(Sección Femenina, Archivo de IGF)

A través de toda la vida, la misión de la mujer es servir. Cuando Dios hizo el primer hombre, pensó: «No es bueno que el hombre esté solo». Y formó a la mujer, para su ayuda y compañía, y para que sirviera de madre. La primera idea de Dios fue «el hombre». Pensó en la mujer después, como un complemento necesario, esto es, como algo útil.

(Sección Femenina, Formación Político-Ideológica, primer curso de Bachillerato, 1962)



No hay que tomar el deporte como pretexto para llevar trajes de deporte escandalosos. Podemos lucir nuestra habilidad deportiva, pero no que estas habilidades sirvan para que hagamos exhibiciones indecentes. Tampoco tenemos que tomar el deporte como pretexto para independizarnos de la familia, ni para ninguna libertad, contraria a las buenas costumbres.

(Sección Femenina, Economía doméstica, para Bachillerato, Comercio y Magisterio, 1969)

(Carmen Werner, Convivencia escolar, editado por la S.F. curso 3º, 1955)

fotos



GIMNASIA CASERA

Una mujer que tenga que atender a las faenas domésticas con toda regularidad, tiene ocasión de hacer tanta gimnasia como no lo hará nunca, verdaderamente, si trabajase fuera de su casa. Solamente la limpieza y abrillantado de los pavimentos constituye un ejemplo efficacísimo, y si se piensa en los movimientos que son necesarios para quitar el polvo de los sitios altos, limpiar los cristales, sacudir los trajes, se darán cuenta que se realizan tantos movimientos de cultura física que, aun cuando no tienen como finalidad la estética del cuerpo, son igualmente eficacísimos precisamente para este fin.

(Teresa, revista de la Sección Femenina, marzo de 1961. Reportaje sin firma)

Quando estéis casadas, pondréis en la tarjeta vuestro nombre propio, vuestro primer apellido y después la partícula «de», seguida del apellido de vuestro marido. Así: Carmen García de Marín. En España se dice señora de Durán o de Peláez. Esta fórmula es agradable, puesto que no perdemos la personalidad, sino que somos Carmen García, que pertenece al señor Marín, o sea, Carmen García de Marín.

(Sección Femenina, Economía doméstica, para Bachillerato, Comercio y Magisterio, 1968)

I

Turbulencias adolescentes

Sobre el temor a la pérdida de amor: algunas diferencias psíquicas y sociales entre los sexos

¿Son las niñas, en comparación con los varones de su misma edad, sea ésta la que fuere, más disciplinadas, responsables, ordenadas, cuidadosas con sus objetos, cumplidoras de sus obligaciones, en otras palabras, están mejor adaptadas a las normas familiares, escolares, educativas, sociales y a lo que se espera de ellas?

En los últimos años hemos conocido datos muy significativos que dicen lo mismo de otra manera: en la escuela y las universidades las mujeres obtienen mejores calificaciones que los varones, y además, no plantean tantos problemas como ellos. Por otra parte, en la vida adulta, las mujeres constituyen una abrumadora mayoría en las profesiones que se ocupan de los demás, como son las sanitarias, educativas, de asistencia social, atención a enfermos y ancianos, servicios de limpieza y de alimentación, sin olvidar los variados “servicios” sexuales.

Otras cosas bien distintas se suelen decir de los varones: que son más despistados, menos cuidadosos, más alborotadores e impulsivos, que dejan las cosas para el último momento, y que buscan divertirse antes que ponerse a estudiar. Es bastante unánime la opinión de que en cuanto pueden se escaquean de las tareas domésticas cotidianas como habitual es oír decir a las parejas de padres, dentro y fuera de la consulta, que prefieren las niñas (hijas) porque son cariñosas, se adaptan mejor, son más fáciles de llevar y colaboran en la vida familiar.

Y aunque no lo dicen explícitamente, se sienten más seguros, confían más, en que ellas vayan a atenderles y cuidarles en la vejez y en la enfermedad.

Un artículo reciente se refería a esta cuestión bajo el título “Enfermería para mujeres, informática para hombres”, y resaltaba las diferencias en la vocación y aptitudes profesionales de ambos sexos:

<https://elpais.com/educacion/2023-03-27/enfermeria-para-mujeres-informatica-para-hombres-las-carreras-universitarias-en-espana-no-escapan-de-los-estereotipos.html>

Estas características diferenciales entre niñas y varones (entre mujeres y hombres) son, como se diría coloquialmente, de dominio público. Durante los años que trabajé en las escuelas públicas recuerdo que l@s maestr@s, entonces el setenta por ciento eran mujeres, me consultaban casi siempre por varones, porque eran inquietos, impulsivos, desatentos, agresivos, desobedientes. Cuando consultaban por una niña, el motivo casi nunca se relacionaba con estas conductas, sino por conflictos de relación con las otras niñas del aula, celos, envidias, maldades varias. Así como la mayoría de los trastornos de los varones no siempre eran graves, cuando se trataba de las niñas el conflicto era de envergadura.

Pero, ¿podemos seguir sosteniendo que estas diferencias, de que a las niñas les interesan, importan más las relaciones con las personas y a los varones con los aparatos tecnológicos, o sólo tienen que ver con los estereotipos de género? ¿No será que hay también otros aspectos psicológicos más complejos y profundos que promueven estas diferencias en las conductas y en las relaciones con los demás? ¿Y que estas diferencias psicológicas entre ambos sexos, desde la configuración edípica, promueven elecciones y vocaciones profesionales tan dispares?

El temor a la pérdida de amor

A cada etapa del desarrollo madurativo y psicológico le corresponde una situación de angustia y de temor. S. Freud planteaba que son muchos los

individuos que no pueden superar la angustia ante la pérdida de amor, en especial las mujeres, de manera que no logran suficiente independencia del amor de los demás. La educación de los progenitores influye en los hijos dándole pruebas de amor o, por el contrario, con amenazas que atestiguan la retirada de ese amor. Así es como se va conformando una “angustia realista”, que será la precursora de la posterior conciencia moral, y la formación del Superyó. Entonces nos preguntamos ¿Son las niñas más vulnerables que los varones a las manifestaciones del desamor parental? O dicho de otra manera, ¿Son los varones más inmunes a sus enfados o castigos?

Si tenemos en cuenta las reflexiones freudianas, ¿podríamos entonces considerar que las niñas, mujeres, se sienten más vulnerables, influenciadas que los varones a las manifestaciones y amenazas de desamor de sus figuras parentales o de sus parejas?

¿Se podría pensar que la buena (o mejor) conducta y que el buen (o mejor) seguimiento de las normas familiares y sociales de las niñas (mujeres) tiene que ver con un mayor temor a la pérdida de su amor?

En algún sentido, ¿podríamos inferir que los varones no temen con tanta intensidad la pérdida de amor de los padres ni del Superyó parental? ¿A qué se debería? ¿Es que su narcisismo de base es más consistente, o menos vulnerable?

No cabe duda de que ambos sexos, tanto en la infancia como en la edad adulta, son muy influenciados a las amenazas de pérdida de amor, sin embargo, parece que no lo llevan igual. Es decir, que las niñas (mujeres) ante el temor de perder el amor se entregan a los otros (pareja, hijos, profesiones) en una actitud de ayuda y de sostén emocional, como una manera, quizá, de “hacer activo lo que se ha sufrido pasivamente”, o dicho de otra manera, de resarcirse por lo no recibido. Los varones aunque no sean del todo inmunes, obtienen gratificaciones narcisistas de otra manera, no tanto “entregándose” a los demás. Queda mucho por investigar todavía, más allá de decir que los hombres son de Marte, las mujeres son de Venus y aman demasiado.

Otra tarea imposible

¿Tiene algo que ver en las aptitudes y vocaciones tan disímiles entre niñas (mujeres) y varones la transmisión generacional de los mandatos de género? ¿O son más determinantes las vicisitudes psíquicas específicas en el proceso de narcisización y subjetivación individual?

Con frecuencia se pone en evidencia que las mentalidades son más difíciles de cambiar que las normas y las leyes. En este sentido, desprenderse (ambos sexos) de la transmisión generacional de algunos de los ideales, mitos y tabúes que han conformado la subjetividad femenina y la masculina durante milenios, sobre lo que deben ser o hacer hombres y mujeres, puede que sea una más de las tareas “imposibles”, además de las de educar y psicoanalizar.

Sobre la invulnerabilidad imaginaria de la adolescente en las relaciones sexuales²²

Anticoncepción y subjetividad femenina: un encuentro imprescindible

Sobre los métodos anticonceptivos (más allá de la píldora, que salió al mercado en 1960) las mujeres llevan varias décadas utilizándolos y aconsejándolos. A la gran mayoría de ellas (en los países en los que no están prohibidos o restringidos) les han sido imprescindibles para no quedar atrapadas en embarazos imprevistos, prematuros o tardíos, y por tanto, a tener que sostener hijos no deseados. A otras les han ayudado (en los países donde hay programas de atención a la salud sexual y reproductiva) a planificar mejor una maternidad anhelada, de la cual han podido disfrutar según su disponibilidad interna.

Los métodos anticonceptivos han sido, pues, una ayuda imprescindible para abrir el camino hacia el encuentro con la propia subjetividad, entre otras razones porque las han hecho más libres a la hora de respetar sus deseos genuinos.

A través del ejercicio de estos derechos (allí donde sí son verdaderamente eficaces, que es una parte muy reducida de nuestro mundo global), encontramos que se han deslindado de manera irreversible algunos aspectos de la vida psíquica de las mujeres:

²²Revista Mujeres y Salud, nº 25. Invierno 2008-2009. Pág. 3. Depósito legal: PM 765-1996.

- *Sexualidad y reproducción han quedado escindidas.* Esta obviedad tiene muchas consecuencias positivas que ya conocemos, pero quiero destacar aquí las que atañen a la vida psíquica de las mujeres: han conseguido diferenciar mejor su dimensión subjetiva individual de la de la especie femenina, por un lado. Y por otro, han podido asumir con menos angustia y represión su pulsión sexual, el erotismo en sus múltiples y variadas facetas; las ha hecho por fin dueñas de su propio cuerpo (ese sustento esencial de su propio Self). En este sentido, la maternidad ha dejado de ser un destino inevitable, y ha logrado llegar a ser la consecuencia de una elección personal o de pareja.
- *La “auténtica” identidad femenina ha dejado de estar condicionada al hecho de ser madre.* Aunque ahora nos parezca algo absurdo, hasta hace pocas décadas todavía se cuestionaba la identidad femenina “verdadera” si una mujer no quería tener hijos, o incluso si no los podía tener. Tanto han cambiado las mentalidades que estas afirmaciones estigmatizantes para las mujeres sin hijos actualmente no se sostienen de ninguna manera.

Las mujeres han conseguido, así pues, despegarse de la condición biológica, se han independizado de la “madre” naturaleza, y, al dejar de ser “hijas” de ambas (biología y naturaleza), ahora pueden pensar, decidir cuándo, cómo y por qué traer hijos al mundo. Se ha abierto así, de manera irreversible, una primera gran brecha entre la dimensión biológica y la subjetiva. Entre naturaleza y cultura.

Sin embargo, comprobamos, a nuestro pesar, que la información y el conocimiento sobre anticoncepción, por adecuada y amplia que sea, no es ni de largo bien asumida ni interiorizada por muchas mujeres, en especial por las más jóvenes y por las que se encuentran paradójicamente en una situación de mayor riesgo y vulnerabilidad. Podemos sugerir algunos motivos:

- A causa de la dependencia emocional que establecen con su familia de origen, de la que no han cortado todavía el “cordón umbilical”, y han quedado en un estado de cierta inmadurez psico-afectiva, con la consecuente fantasía adolescente de invulnerabilidad ante la sexualidad

adulta. En su imaginario no consciente, las relaciones coitales siguen siendo un “juego placentero” sin consecuencias reproductivas.

- Por motivos sociales y culturales: efectivamente, todavía hay una generación de jóvenes que se rebelan a seguir las recomendaciones y precauciones necesarias para evitar embarazos y contagios: lo consideran un sometimiento a normas caducas, porque ahora lo que se lleva es el libre, variado y sucesivo cambio de partenaire sexual. Incluso también simultáneo, al estilo más clásico de la sexualidad masculina promiscua, en donde con cada otro partenaire ya no se “hace el amor” sino que se trata de “tener sexo”. Aquí la invulnerabilidad consiste en desestimar la implicación afectiva que pudiera establecerse a través del encuentro sexual; si se desestima esa dimensión de la sexualidad femenina, no resulta tan extraño que la posibilidad de embarazarse quede también desmentida. Dos aspectos disociados del encuentro sexual: el del afecto y el de la reproducción.

Aunque todavía hay mujeres jóvenes que se ven impedidas a ejercer sus derechos sexuales y reproductivos porque han recibido el mandato de género de sus propias madres, y los han interiorizado como propios: cumplir con los roles y tradiciones machistas patriarcales, los cuales se convierten en barreras insalvables para acceder a los métodos anticonceptivos.

Como profesionales agentes de salud, y como mujeres feministas comprometidas, nuestra responsabilidad sigue siendo transmitir, informar, defender derechos; también analizar y evaluar los síntomas, los errores y los fracasos que se están produciendo, con el fin de reconvertir la situación y lograr que el conocimiento y uso de la anticoncepción sea integrado de manera más eficaz en dinámica relacional/sexual de las mujeres de todas las edades.

Jóvenes atolondradas

Nos preocupan las elevadas cifras que cada tanto nos traen las estadísticas oficiales sobre el incremento de embarazos de chicas adolescentes; el elevado

consumo de las pastillas “del día después”; el aumento de los abortos a repetición; la proliferación de las enfermedades de transmisión sexual, en especial durante los últimos diez años, en que, como decía, la promiscuidad sexual se ha instalado como una forma habitual de “consumo de sexo” entre las jóvenes; y también sobre lo que los servicios públicos de atención psicológica reportan acerca del sufrimiento emocional de las jóvenes que son madres de hijos “no deseados”, sumado al de las criaturas que reciben el rechazo y la hostilidad materna.

Las profesionales de la salud, con la experiencia y el tiempo recorrido en este campo de atención, ya sabemos que un aborto “adolescente” es la expresión sintomática de un conjunto variado de desajustes, conflictos internos, fracaso de algunas defensas protectoras, desconocimiento por descuido hacia sí misma, desinterés por la propia salud, actitud omnipotente, negación del paso del tiempo, idealización de la sexualidad como fuente de placer únicamente, etc.

Por un lado la joven anhela sentirse deseada, valorada, salir de la dependencia parental, incrementar la experiencia erótica a través de múltiples encuentros sexuales, traspasar límites, y por consiguiente, no tiene en cuenta que sea preciso poner algún “límite” a esas experiencias tan intensas como estimulantes; y la anticoncepción es un límite, no al placer, sino a sus consecuencias.

Y cuando llega la evidencia del embarazo, se encuentra desesperada, llena de temores, sola ante la responsabilidad de la crianza, no quiere crecer tan deprisa, su criatura la asusta, le aterroriza tener que ocuparse de un ser más vulnerable que ella misma.

Jóvenes embarazadas

Así, que ¿qué hacer? Buscan una “solución” rápida, que se cree inocua, que alivie drásticamente el pánico sobrevenido al imaginar otro latido en su interior. En realidad, probablemente, esta muchacha precipitada, llena de deseos y de temores, que no puede esperar a crecer para entender mejor de qué van los juegos del sexo y del deseo, se ha dejado llevar por sus propios latidos; porque no ha podido hacer suyas las recomendaciones, las informaciones, las

prevenciones que le llegaban a través de folletos, anuncios, vídeos y charlas grupales. Todo eso ha quedado “fuera” de ella. No le atañía, era, como quien dice, “un cuerpo extraño”, y quedaba muy lejos de sus turbulencias vitales. En otras palabras, no había pasado por su subjetividad.

A mi modo de ver, ésta es una consecuencia muy evidente: la de que las buenas y amplias informaciones sobre métodos anticonceptivos, como las que se editan y difunden con tanta dedicación por las administraciones públicas, no calan, no penetran en las jóvenes, no las interpelan en su vida personal ni sexual. Quedan convertidas en meras recetas o consejos que no les abren al camino a la responsabilidad plena de asumir la autoprotección. Son muchachas ávidas de afecto y placer, de nuevas experiencias que han de ir renovando sucesivamente, de manera arriesgada y superficial. Pareciera como si hubieran hecho una sobre adaptación al deseo sexual masculino más inmaduro y sexista.

Jóvenes impermeables

¿Y cómo podemos transmitir la necesidad del auto cuidado sin tanto riesgo de quedar excluido del imaginario de cada una?

¿Cómo lograr que lo que ya está al alcance de muchas, pueda serlo también de las que todavía son “impermeables” a la penetración de los métodos?

Se me ocurre que debemos implicarnos en el proceso de “leer con” ellas algo más allá de la anticoncepción; aquello que concierne a su mundo interno; aquello que colisiona con la sexualidad patriarcal que quiere de las mujeres precisamente que sean accesibles, que estén disponibles, objetos de usar y tirar.

Sería como la diferencia que hay entre leer un texto a solas, o leerlo y comentarlo con alguien que también piensa contigo. Al texto siempre le confieres una dimensión vivencial y lo incluyes en tu propio imaginario, porque si no, se convierte en un texto plano, sin vida, sin significado subjetivo propio. A las mujeres en las que no penetra la información de los métodos, les sucede que no pueden hacer un proceso interno para apropiarse de lo que necesitan (conocer mejor la necesidad y el uso de la auto protección), para no quedar así sometidas al azar de la biología y de la “madre naturaleza”.

Pero ya sabemos que todo embarazo, sea deseado consciente o inconscientemente, siempre nos une y nos separa de la propia madre interna, de la cual a veces no queremos “saber nada”. Tal vez sea, entonces, ese “no querer saber nada” desplazado sobre el propio cuerpo, lo que “impermeabiliza” a algunas mujeres, jóvenes y no tanto, a la asimilación/incorporación del uso de los métodos anticonceptivos. Este sería todo un reto que nos exige una mejor atención a la subjetividad femenina, para leer o escuchar que hay más allá del rechazo u olvido a utilizar la anticoncepción.

Aceptar o no los riesgos en las relaciones sexuales: escucha de la demanda de métodos anticonceptivos²³

El más allá de la contracepción al atender a una mujer que acude a un servicio de atención a la salud con demanda de métodos anticonceptivos abre algunas reflexiones que van más allá de la contracepción en sí misma es precisamente la caída de la omnipotencia infantil la que le posibilita ir a pedir ayuda. Veamos cuántos aspectos de su personalidad se están poniendo en marcha.

Autocuidado

Acudir (por decisión propia) a un servicio para informarse u obtener un método anticonceptivo, ya es en sí mismo un acto “a favor” de la propia salud. Es una posición activa de autocuidado y de no abandonarse a “lo que dios o el azar quiera”.

Responsabilidad por el otro

La consulta por decisión propia implica una actitud interna de prevención: de no poner en riesgo su propia vida ni la salud psicofísica de su hijo. Denota

²³Revista Mujer y Salud, nº 20. Invierno 2006. Pág. 41-42. Depósito legal: PM 435-2000.

responsabilidad activa, pues hay conciencia del propio acto contraceptivo, y sobre todo, a la hora de mantener relaciones sexuales en un ambiente favorable.

Caída de la omnipotencia infantil

Desde la perspectiva psicosexual individual de cada mujer, ella está aceptando la idea de que ya no es una niña ni una púber, sino que la infancia ha concluido, y que con la sexualidad genital no se puede jugar sin consecuencias. Implícitamente se está aceptando la caída de la omnipotencia infantil.

Proyecto de vida

Al poner los medios para no tener un embarazo no buscado, la mujer nos está transmitiendo la idea de que un hijo es un proyecto de vida lo suficientemente importante para ella como para intentar prever cuándo tenerlo, además de sentirse autorizada para gozar de una sexualidad no reproductiva. En otras palabras, es consciente de que ese proyecto vital (tener un hijo) necesita un deseo consciente que lo sostenga.

Vínculo afectivo-sexual

Si hay relaciones sexuales en un ambiente relacional favorable, en un clima de respeto mutuo, de atención a los deseos de la pareja, podremos pensar que hay un buen vínculo amoroso, con suficiente consistencia como para preparar el nido antes de que llegue la criatura. O, por el contrario, para protegerse si todavía no es el momento de ser madre.

Ser o no consciente

¿Sirven para algo los controles e informaciones preventivas? Sí, en tanto punto de referencia, o incluso como norma preventiva, que de no cumplirse tiene sus consecuencias. Pero no para todas las personas, sean hombres o mujeres.

Aquellos que no entienden, o no conocen, o no pueden contener sus deseos o sus excitaciones, es porque les cuesta admitir ni la realidad ni sus implicaciones.

¿Es tan difícil ser consciente de lo que se hace? En algunos casos por lo que se ve, sí. ¿Qué significa ser consciente? ¿Por qué le decimos a una chica adolescente que ha sido “una inconsciente” si ha mantenido relaciones sexuales sin protección? Porque algo de su imaginario onnipotente infantil se ha puesto en acto, y la ha hecho conducirse de esa manera que se suele decir, “a lo loco”. Porque más allá de su atracción por el chico, más allá de su anhelo por sentirse amada y deseada, albergaba otras fantasías de las que no era consciente “del todo”, que la llevaron a no tomar conciencia (tocar de pies en el suelo) y por tanto no aceptaba que se estaba poniendo en riesgo.

Ni tontas ni frescas

Entonces, como decíamos antes, l@s jóvenes (y no tan jóvenes) que no utilizan los métodos de protección o anticonceptivos, desde luego no son ni tontas, ni malas, ni perversas; podríamos decir que en todo caso “no eran del todo conscientes” de lo que hacían; fue “un acto de inconsciencia”, no se pararon a considerar las posibles consecuencias. Una muchacha me decía: “no me di cuenta de que era una mujer hasta que me quedé embarazada, y tuve que abortar”.

Algo más que una consulta

¿Qué puede detectar la profesional de la salud cuando está delante de una mujer que no se entera de lo que hace, en especial cuando se trata de la sexualidad? El principal objetivo de su atención a través de una escucha abierta a otros significados más allá de lo que se dice explícitamente, consiste precisamente en tratar de enterarse más acá de lo que se entera la propia consultante. A través de su pedido pone en evidencia la calidad de sus relaciones afectivo-sexuales.

Pedido o demanda

El desde donde lo pide, si desde la urgencia o desde la prevención; si desde la angustia o desde la búsqueda de información; si desde un sentimiento de impotencia o de adecuación a la realidad de sus posibilidades, por ejemplo, nos permite también entender el por qué, y trabajar con ellas este pedido, para que pueda reconvertirse en una demanda. Y clarificar si su demanda es para ella o porque está poniendo su sexualidad al servicio de la de su pareja sexual.

Reformulación de la demanda

En otras palabras, una demanda conlleva un deseo de saber, de saber más y mejor acerca de sí misma; también una aceptación de la propia responsabilidad en las consecuencias de sus conductas y decisiones: tomar conciencia de lo que le pasa, por qué le pasa y por qué busca aquello que viene a pedir al programa de atención a la salud sexual y reproductiva. Si estas cuestiones no están maduras, será preciso ir trabajando y reformulando la demanda, de manera que se venzan las resistencias y que su consulta sea mejor integrada en su situación vital real.

Del acto fallido al pasaje al acto

Si la equivocación (acto fallido) tiene que ver con el uso inconsistente de los métodos contraceptivos, podemos entenderlo como un síntoma de la dinámica de las relaciones de pareja. Fenómenos como el error, la equivocación, el fallo, el olvido, son indicadores sintomáticos que expresan un deseo inconsciente no aceptado por uno u otro, o por los dos. Por ejemplo, embarazos que se producen en circunstancias muy inconvenientes para la mujer y para la pareja. El pasaje al acto es cuando no ha habido error u olvido sino una precipitación, un impulso que no se ha podido calibrar en las consecuencias negativas que pudiera tener. En muchas ocasiones bajo los efectos de drogas o alcohol.

Ahora bien, no siempre esto es así. Las cifras nos lo demuestran cada día: interrupción voluntaria en el embarazo en la adolescencia y en otras etapas de

la vida de una mujer, píldora postcoital, enfermedades de transmisión sexual, mujeres con abortos de repetición. Algo falla. Aunque hay información de métodos anticonceptivos, hay posibilidades de consultar para prevenir embarazos no deseados, hay atención ginecológica adecuada, todo esto a veces no se utiliza, no se pide, o incluso no se cumple: “A mí no me pasará” (adolescente), “Pensaba que ya no me quedaría embarazada” (mujer menopáusica). La información no basta, y el deseo inconsciente de embarazo puede jugar su baza.

Lo incoercible

¿Qué es lo que falla? ¿Por qué la falta de control? A semejanza de lo que ocurre con las normas de circulación, que están para cumplirlas pero no siempre se cumplen, en especial la de velocidad. Hay descontrol, hay impulsividad, hay confusión, hay riesgo, hay trasgresión, hay repetición. Hay un deseo incoercible de poder hacer, de poder tener relaciones sexuales (o exceso de velocidad) sin límites, sin normas, sin frenos, con la fantasía omnipotente y narcisista de que a mí no me pasará.

La subjetividad versus la información

La persona manejará con mayor eficacia la información de los métodos anticonceptivos y la prevención del embarazo cuanto mejor conozca sus verdaderos deseos (o sus temores reales), y no en función de lo que le hayan explicado acerca de ellos. La información con ser necesaria también es preciso que sea incorporado desde la subjetividad de cada quien. Por consiguiente, es importante ver hasta qué punto se ha asimilado esa información, porque muchas veces resulta insuficiente para que mujer y hombre hagan un uso adecuado de los mismos.

Formas de decir

Cuando el profesional de la salud pueda detectar estos aspectos intra subjetivos, y entender algunos de los problemas que presenta el o la consultante respecto de su vida amorosa y sexual, le escuchará de una manera más global e integrada, propiciando así que ellos mismos hablen, expresen, pongan en palabras lo que hasta ese momento están diciendo (manifestando) a través de sus actos fallidos (olvido de usar los métodos) o mediante actuaciones constantes (abortos de repetición, infecciones de transmisión sexual). Se trata de propiciar el proceso de mentalización de sus deseos/temores para que lo puedan asimilar y canalizar de otra manera más saludable, evitando el sufrimiento emocional.

La actitud de escucha

Como estamos diciendo, a través de una consulta ginecológica pueden aparecer aspectos conflictivos de la subjetividad de la joven que consulta. Con una actitud de disponibilidad desprejuiciada y de escucha abierta para atender sus preguntas, los consultantes ven facilitado el camino para expresarse libremente, de manera más espontánea y genuina. En otras palabras, la relación de transferencia positiva puede ayudarles o aliviarles mucho para una mejor protección contraceptiva.

La hiperfrecuentación

Hay usuarias que acuden con mucha frecuencia, a veces para temas que ya se han tratado anteriormente, otras para situaciones nuevas siempre conflictivas: algo pasa en su mundo interno que ellas no entienden de sí mismas. Estos casos son una oportunidad para que hable de ella misma y conecte con sus verdaderas preocupaciones.

Y ellos, ¿dónde están?

Decíamos que la calidad del vínculo afectivo-sexual determina en buena medida la participación (o desentendimiento) del varón en caso de embarazo. La calidad puede ser buena, mala o negligente, y su participación y acompañamiento de la mujer en este proceso (embarazo o aborto) será igualmente buena, mala o nula. Esta situación a menudo no corresponde con lo que la mujer desearía, y es cuando las fricciones aumentan y los problemas se complican. En algunas ocasiones son ellas las que prefieren la no intromisión de ellos en su decisión; otras, esperan tenerlos cerca, acompañando el proceso. También puede suceder que sea una sorpresa inesperada darse cuenta de que la pareja en verdad no actúa ni siente como tal, sino como un acompañante de cama y diversión más que como un compañero para afrontar situaciones adversas de la vida. En el mejor de los casos, la mujer aprende a ser más precavida con los placeres, con las relaciones sexuales, con la apariencia social de los demás. Despierta a una realidad que estaba nublada por ensueños prepuberales.

Para resumir podemos agregar

Aunque aparentemente hay mucha información y muchos recursos anticonceptivos, sin embargo siguen sin utilizarse eficazmente. Por tanto, el factor repetición (abortos sucesivos) y el factor cronicidad (duelos por las pérdidas no elaboradas) son dos situaciones de enorme valor clínico en las consultas ginecológicas y psicológicas, porque nos pueden ayudar a detectar situaciones de gran vulnerabilidad emocional en la mujer, que se suman a las dificultades en el autocuidado (banalizar los métodos anticonceptivos), y en conectar con su realidad biopsicológica (ya no es una niña o púber).

En la tarea de prevención, entonces, hay que abrir varios apartados, que necesitan profundización continuada:

Hay varios temas a trabajar: Acogida, Demanda, Tipos de demanda, Reformulación de la demanda, Contención emocional, Vínculo, Relación Asistencial, y Diagnóstico situacional de la mujer que consulta.

Redes sociales y salud mental: adolescentes enredadas²⁴

«La distinción entre privado y público es esencial para el buen funcionamiento psíquico»
(S. Tisseron, 2000)

El principal desencadenante de este artículo se basa en un vídeo colgado en Tik Tok²⁵ en enero de 2022. En dicho vídeo, una jovencísima modelo, conocida *influencer* de la moda, muestra a sus seguidoras y espectadoras todo lo que tiene que hacer antes de posar en la sesión de fotos para un anuncio de ropa. Se trata de prendas de tallas grandes, diseñadas para mujeres con sobrepeso. A la modelo se la ve colocándose enormes rellenos de espuma, forrados con un tejido elástico color carne, en zonas específicas de su cuerpo: pechos, abdomen y caderas. Son quince segundos de contorsiones muy precisas: cada relleno debe estar bien colocado y bien sujetado bajo el vestido, de manera que al presentarse con ropa de talla XXL parezca que su cuerpo corresponde a su fisonomía facial.

El propósito de la delgada y joven modelo es denunciar las prácticas abusivas y sin escrúpulos que la industria de la moda impone a sus empleadas. Éstas

²⁴<http://intercanvis.eu/es/redes-sociales-salud-mental-adolescentes-enredadas>

²⁵ *Tik Tok* es una red social de origen chino para compartir vídeos cortos y en formato vertical. Funciona desde 2016. Un *tiktoker* es un creador de contenidos en esta red social, que suele tener gran cantidad de seguidores es un *influencer*.

han sido escogidas según los cánones establecidos y perpetuados a lo largo de los tiempos, para seguir manteniendo los estereotipos de feminidad según los mandatos de género sexistas. En todo caso no debe ser fútil que el *imperio de la moda* (De la Puente-Herrera, I. 2011) se haya consolidado como uno de los mayores nichos de negocio (interesante la palabra nicho) a nivel mundial.

Como todo imperio, los objetivos empresariales son claros: que las futuras compradoras de tallas grandes, sean de la edad que sean, puedan encontrar en el rostro de chica joven y de cuello delgado, aquello que les mueva a comprar el vestido. El aliciente (o falso señuelo) está al servicio de promover la consecución de su anhelo con las prendas anunciadas. El mensaje tramposo incita a considerar algo así como: la mercancía (el vestido) implica juventud, belleza y delgadez. Se podría pensar incluso que si se consiguen tres deseos en uno ¡es toda una ganga!

Pero, de alguna manera, es justamente la *discontinuidad e incongruencia* entre su rostro y su físico lo que a un espectador avezado puede darle la clave del asunto. Sin embargo, las destinatarias son las verdaderas compradoras del engaño: jóvenes que buscan conseguir una imagen *modélica* según los estándares de la moda actual: ser más guapa y más delgada. Este fraude va a satisfacer el deseo de percibirse precisamente lo contrario de lo que son, y, con ello, según sus anhelos narcisistas, lograr ser más deseables ante la mirada masculina, y, por consiguiente, más envidiables para la femenina.

Serge Tisseron (2000: p. 89) lo explica así:

«Toda fotografía de moda impone dos representaciones en una única imagen: la de un *modelo visto* y la de un *sí mismo soñado*. No es el vestido lo que se desea, sino, a través de él, la semejanza con quien lo lleva. De este modo, lo que se supone que la fotografía de moda suscita corresponde no tanto a un deseo de posesión de un objeto (un vestido) como a una alienación especular: creerse (y verse) como el maniquí que lo lleva».

Claro que también hay trampas y engaños en los desfiles de moda presenciales, y más interesantes si cabe cuando son difíciles de percibir. Pero en el

mundo virtual que nos invade parece que el mensaje *fake* va ampliando su dominio, a modo de un auténtico facilitador para engrosar beneficios empresariales, sin manifestar respeto alguno por sus empleadas ni mucho menos por las consumidoras.

Con el artificio virtual se logra el primer efecto del enredo: *ya no seré aquella que aborrezco: conseguiré ser deseada, envidiada*.

El poder de la virtualidad

Muchas de estas cuestiones tienen su asiento, se basan, en un recurso de la tecnología actual, plenamente integrado en nuestra vida diaria, y que puede pasar desapercibido. Efectivamente, el mensaje *fake* (semblante facial que no corresponde con tamaño corporal) sólo es posible mediante un fenómeno tan interesante para el psicoanálisis como es el de la Virtualidad. Pues la llave del extraordinario poder de fascinación que ejercen sobre nosotros los espacios o contenidos llamados “virtuales”, a los que accedemos a través de nuestros ordenadores, tienen que ver con la relación que establecemos con lo virtual en tanto se trata de un componente de la vida psíquica (Tisseron, S., 2012).

Según este autor, el ser humano prefiere ligar sus emociones y sus sentimientos a las representaciones mentales antes que a los objetos concretos, lo cual le evita confrontar al objeto de apego con la realidad: ama tanto sus vídeos mentales que se previene de buscar su actualización a través de encuentros reales: prefiere soñar el mundo antes que confrontarse con la realidad.

No podemos menos que esperar que el negocio alienante de los mensajes virtuales cargados de falsedad tenga un gran futuro, porque alimenta una dimensión subjetiva muy potente del funcionamiento psíquico femenino. Las jóvenes caen atrapadas en mensajes (vídeo externo) que alimentan su *vídeo interno*, con lo que resulta muy fácil confundir lo real con lo deseado, lo imaginado con lo posible. Estas y otras confusiones van *enredando* el psiquismo juvenil, a modo de un hipnotismo alienante, disfrutando y sufriendo, alternativamente, por tener y no tener aquella figura modélica.

Esta dinámica corrupta se encuentra muy bien aceptada en la opinión pública general, y así se ha ido afianzando en la cotidianeidad juvenil, como un *divertimento* en el que las jóvenes se instalan horas y horas de su vida. Podemos pensar que se ha configurado un funcionamiento colusivo, entre el mensaje y los anhelos de muchas adolescentes, que alimenta su alienación subjetiva. Nos preguntamos entonces: ¿la estafa es un delito sólo cuándo tiene que ver con la economía de mercado? y ¿qué importancia se le da a la economía psíquica?

Socialmente estamos mirando hacia otro lado mientras las jóvenes desangran su tiempo y energía psíquica en buscar el ideal femenino ¡a pesar de más de cien años de feminismo! (G Lerner, 2019). Al mismo tiempo la gran mayoría de varones sigue buscando ser héroe en todas las violencias que los videojuegos suministran. Digamos que los instrumentos (tecnológicos, fotográficos, comunicacionales) son más sofisticados, mientras que lo esencial de los contenidos (estereotipos de género) poco ha cambiado.

En esta línea, por ejemplo, se ha manifestado una organización de consumidores, cuando ha pedido la retirada de bikinis para niñas de cinco años confeccionados con relleno en la zona del pecho (FACUA, junio 21). Dicha organización considera *aberrante* esta forma actual de sexualizar a las menores, una tendencia que se está produciendo a una edad cada vez más precoz. También alerta del daño que ocasionan en el estado emocional de las menores, produciendo consecuencias negativas para su autoestima, por ejemplo, considerar que no van a ser aceptadas por no tener el pecho todavía desarrollado.

Esta peligrosa escalada de sexualización prematura de la infancia, con la perpetuación consiguiente del estereotipo que estimula la *feminidad objeto de consumo*, está promovida por las presiones comerciales, con una sospechosa indiferencia por parte de las organizaciones sociales, políticas, educativas, incluso de los Comités de Bioética y de otras organizaciones de protección de la Infancia.

Mentes objeto de consumo

Como he mencionado, los cuerpos (y, desde luego, las mentes), son objeto de todo tipo de manipulaciones, falsedades, usos corruptos y abusos. Estas prácticas que pervierten y distorsionan la integración entre significante y significado consiguen erosionar aquello de lo que últimamente estamos tan carenciados: una dimensión ética básica que pueda conciliar los intereses del negocio con los derechos de las consumidoras.

En lo que concierne al cuerpo de las mujeres, y muy en especial de las más jovencitas, esta práctica abusiva y fake traspasa casi todos los límites de un comercio digno y justo, como se viene a denominar por las organizaciones que defienden un código ético en nuestro sistema liberal-capitalista. El uso (en el peor sentido del término), el abuso y el mercadeo con el cuerpo de la mujer tienen largo recorrido. Hay gran bibliografía sobre esta cuestión (G. Lerner, 2017). Las consecuencias del daño psíquico que ocasiona en las chicas no ha de ser un tema menor según mi opinión, porque las perpetúa en un estatuto de *objeto de*, o de un *objeto para*: ésta es una posición, en el mundo y en la vida, totalmente opuesta a la que se intenta alcanzar, por ejemplo, a través de un proceso psicoanalítico.

Otro devastador efecto del enredo interesado es estimular una *dimensión no pensante* en ellas. Las jóvenes más vulnerables son las primeras que asumen/adoptan/asimilan de manera acrítica —quiero subrayarlo—, los postulados de una moda sin ética. En especial si en su imaginario creen mejorar la autoestima obteniendo el producto o mensaje facilitador de su bienestar.

Efectivamente, sin apenas advertirlo ellas mismas quedan enredadas, atrapadas, confundidas en los excitantes laberintos de las redes sociales y de la realidad virtual, convirtiéndolas en un *objeto-diana* privilegiado para toda clase de manipulaciones. Como el objetivo que sustenta el imperio de la moda es lucrarse, dominar y expandirse, el riesgo de producir en ellas un efecto de *estrago devastador* es cada vez mayor: la voracidad capitalista, en su dinámica vampírica de captar adeptas, incluye prácticas depredadoras muy peligrosas, sobre todo para las chicas púberes, adolescentes que están empezando a transitar un complejo

proceso psíquico de integración de su propia identidad (subjetividad) femenina, mediante la configuración de las identificaciones secundarias sustentadas por la imagen del propio cuerpo y articuladas a la configuración de su verdadero Self. Con el artilugio virtual el riesgo de caer en una suerte de estado hipnótico es muy grande: queda suspendida la capacidad crítica del espectador/a, cuya capacidad pensante y discriminadora se debilita. Esta cuestión tan interesante, la de cómo la realidad virtual afecta a las capacidades cognitivas y representacionales del sujeto psíquico, quizá sea un proyecto para otra ocasión (M. Desmurget, 2022).

El amo tecnológico

Las redes sociales implican un peligro real que los profesionales del teatro y de la política conocen bien. Por eso delegan su utilización a los agentes de comunicación que contratan, de manera que a través de un intermediario, denominado agente de comunicación, que no se deja influir, mantenga la distancia emocional necesaria para responder, defenderse (de las agresiones manipulativas) y para también difundir lo que les interesa.

Al plantear estas cuestiones, surgen preguntas: ¿estamos preparados para enfrentar las contradicciones que las tecnologías nos despiertan?

No cabe duda que éstas nos conectan, nos informan, nos permiten formar parte de una comunidad que sería inaccesible a través de nuestros propios recursos personales. A cambio, el precio es muy alto: estamos controlados, nos imponen sus leyes de funcionamiento, nos alejan de la realidad presente; a veces nos abruma, otras nos llegan a colapsar. Además, se nos hacen imprescindibles para la gestión de la vida cotidiana, y si a veces fallan, nos vemos confrontados a una gran dependencia y vulnerabilidad. Podemos llegar a ser como sus títeres, al tiempo que creemos sentirnos dueños de espacio y tiempo casi ilimitados. Aún así, el *amo tecnológico* nos es desconocido, y esta incógnita afianza el sentimiento de que nos ha convertido en sus muñecos, abducidos por sus principios y valores.

Pareciera como si estos dos grandes imperios, moda y tecnologías de la comunicación, se hubieran coaligado para controlar, dominar, explotar el mercado del consumo, y en especial, a las chicas jóvenes. Si además éstas son púberes o adolescentes en etapa de cambio vital, son más susceptibles de ser manipuladas a través de promesas engañosas, y de correr un gran riesgo de caer en espejismos virtuales y expandir el contagio emocional, tan frecuente en los grupos de adolescentes.

Distorsión, insatisfacción, desengaño

En el mundo de la publicidad y las redes sociales abundan estos mensajes (mandatos) de género que distorsionan el modelo, que confunden a las jóvenes en cómo conseguirlo (por su imposibilidad intrínseca), y que alientan un anhelo finalmente insatisfecho, fomentando entonces insatisfacción personal y daño en la autoestima.

Si de lo que se trata es de ir cohesionando aspectos psicosexuales en esta etapa de cambio vital para ir configurando una mejor y más completa integración del Yo y con ello afianzar lo que llamamos autoestima (consistencia del narcisismo de vida), muchos de los mensajes publicitarios van precisamente en dirección contraria: estimulan la búsqueda de satisfacción a través del engaño, promueven falsas expectativas, defraudan la auto confianza y la capacidad para lograr los propios anhelos. Al no haber código ético en el imperio de la moda (ya no digamos en el de la estética), será difícil transmitir a la población juvenil confianza y seguridad en sí mismas. Desencanto y desengaño se van filtrando sin cesar.

Los efectos en las jóvenes desorientadas son bastante contradictorios, resulta que para sentirse bien consigo mismas (a través del vestido) han de comprar un rostro extraño; se ven obligadas a reconocerse en un espejo deformado, que propicia la disociación, pues no hay coherencia ni integración en un Self que conjugue un par antitético: cara joven delgada, con cuerpo adulto obeso.

Se podría decir que, de forma inevitable, nos encontramos con mensajes antagónicos, que producen daño psíquico (emocional y representacional), además

de confundir y enredar en la cohesión e integración del propio narcisismo pues a las jóvenes se las estimula a desear ser o a tener aquello que les es presentado como modelo, el de un ideal, con el cual identificarse, pero que resulta inalcanzable por imposible, como es el caso del anuncio. Podemos precisar: lo dañino no es tanto que sea inalcanzable, sino que es aberrante en su formulación pues no corresponde el rostro con el cuerpo, ni en tamaño ni en edad.

Claro que incluso podríamos pensar que no se trata de una estafa completa, porque hay una pizca de verdad en el mensaje: Te sentirás mejor contigo misma si compras la estafa que hay en todo el paquete.

Así se incentiva la búsqueda, no de un referente con el cual establecer un vínculo de sostén ante las incertidumbres de los procesos especulares que surgen en la configuración de la subjetividad femenina durante la adolescencia, sino la de aquello que es intrínsecamente imposible.

Si la salud mental llega a ser un estado cohesionado, consistente, es precisamente porque el sujeto recibe “mensajes de verdad”, “mensajes verdaderos” en lo que busca y cuando lo encuentra. Aquí no se trata de ilusiones perdidas, sino de alimentar anhelos a través de la distorsión de la realidad. Lo que me vuelve a recordar a la dimensión “frankensteiniiana” de nuestra época —esa genial metáfora de Shelley: el cuerpo troceado, la instrumentación de tecnologías para “mejorar” lo humano, la mezcla entre ingenuidad, falsedad y aberración.

Algunas consecuencias del uso compulsivo de las redes sociales

Las redes sociales han sustituido, en buena medida, los encuentros presenciales de los jóvenes en parques, calles, plazas, centros recreativos, especialmente en los núcleos urbanos. Ahí lo verdadero y lo falso quedaba más patente, más visible, gracias a la interacción presencial que promueve los vínculos reales. En esos lugares de encuentro no virtual es más difícil disimular el rechazo o el agrado mutuo entre los jóvenes. Lo verdadero y lo falso, en cuanto a apariencia y emociones, se manifiesta de forma más genuina. No hay photoshop ni retoques que valgan. Cada adolescente ha de sostener ante los demás su cuerpo, sus gestos, sus actitudes (a veces dramatizadas, otras reprimidas) que

por lo general suelen ser interpeladas por el resto de miembros del grupo. Esta dinámica relacional presencial se está transformando con el uso compulsivo de las redes sociales: encontramos adolescentes que se esconden incluso de hablar por teléfono directamente con sus amigos, que encuentran en los mensajes de texto un alivio a sus inseguridades, que enviando imágenes fotográficas buscan hacerse ver y lograr ser admirados, al utilizar una virtualidad que les ofrece disfraces al tiempo que les proporciona una cierta protección a sus propias vulnerabilidades (R. Bayo-Borràs, 2022).

Sin embargo, en las redes sociales, donde predomina la realidad virtual, se dan fenómenos paradójales, opuestos y contradictorios, que afectan directamente a la dimensión psíquica del sujeto que los utiliza. Estos fenómenos —ya se ha alertado acerca de la adicción que va en aumento— son difícilmente controlables por el adolescente y por sus padres.

Por ejemplo: A través del teléfono móvil el adolescente puede tener o experimentar una sensación de gran autonomía, incluso de intimidad, cuando se conecta con personas o contenidos censurados (*mis padres no controlan mis preferencias*); pero ésta es una autonomía muy frágil porque, al mismo tiempo que se utiliza, está capturando al joven que siente gran dependencia por encontrar, disfrutar aquello que busca, necesita, desea.

En este sentido mucho se ha hablado de que l@s adolescentes están continuamente evaluando (que no fortaleciendo) su autoestima a partir del número de *likes* que reciben, de la cantidad de fotos y comentarios que les envían, convirtiendo su vida diaria en una colección de imágenes efímeras, o eternas cuando se conservan como fetiches. Exhibirse o no exhibirse, *that's the question*. Pueden ser admiradas, pero también más fácilmente despreciadas sin posibilidad de defensa: entran así en un bucle enredado de argumentos y ataques verbales que sólo puede finalizar bloqueando el contacto. En realidad están solas ante el peligro, creyéndose sin embargo protegidas por un “alias”; un anonimato que no las blindas ante el impacto emocional de las agresiones que reciben.

Paradojas y contradicciones en el uso de las redes sociales

Entonces, algunas preguntas son: ¿dónde están los límites a las prácticas fake, si es que los hay? ¿El fenómeno de la virtualización es un facilitador para estos engaños?

Pues a mi modo de ver, depende de cómo sean utilizadas las tecnologías de la comunicación y dichas redes sociales. Depende de si las adolescentes necesitan evadirse de las exigencias de su vida real cotidiana, o esconderse de los demás (amigos, compañeros, padres, familiares). En ocasiones sirven para agredir y vengarse de injurias recibidas, como forma de paliar el sentimiento de impotencia. Otras veces son el recurso para buscar compañías y complicidades, casi siempre efímeras e inconsistentes, al tiempo que proporcionan la ilusión de no sentirse aislada. Todas estas cuestiones están íntimamente articuladas con sus preocupaciones existenciales y su sentimiento de soledad en tiempos de amor líquido, de manera que manipular un aparato (teléfono, ordenador, tableta) puede llegar a ser para ellas más importante que una relación presencial, en el que se va a poner a prueba su capacidad para vincularse, y soportar las a veces inevitables decepciones del encuentro con los demás. También va a depender de si tienen deseo de crear, aprender y ampliar conocimientos, o por el contrario, de satisfacerse con imágenes que exciten su incipiente pulsionalidad genital. Pornografía, paidofilia, sadomasoquismo violento y cruel con el cuerpo de las mujeres son, en la actualidad, *trending topic* en las redes sociales, buscadas más por los varones que las chicas... Mientras sectores clave de la sociedad (políticas, educativas, sanitarias) no se impliquen en la prevención del daño psíquico que ocasiona el uso y abuso indiscriminado de las tecnologías y, por el contrario, sigan mirando hacia otro lado, y desmintiendo el daño emocional que está causando en la actual generación de jóvenes enredad@s, éstas seguirán atrapadas en lo que perciben como altamente estimulante, pero ante lo que tienen poca capacidad de elaboración y de simbolización.

Algunas situaciones paradójales pueden ilustrar los *enredos* en los que se encuentran, cuando no hay adultos cerca con los que comunicarse:

- Pueden sentirse más protegidas y arropadas por otros “colegas” con apetencias similares, pero en realidad son más vulnerables porque no hay certeza de esa complicidad; son relaciones superficiales, apenas se conocen, y con frecuencia aumenta la inseguridad.
- Se sienten más conectadas por un lado (con el mundo mundial), pero al mismo tiempo están más encerradas en sí mismas y aisladas (siempre en su habitación).
- Creen estar más informadas, pero el riesgo es acabar más engañadas.
- Al tiempo que suponen ser más libres y autónomas, algunas se empiezan a dar cuenta de que cada día dependen más de los aparatos.
- Suponen que están muy acompañadas, pero rehuyen el encuentro presencial, la vinculación con los demás se debilita.
- La búsqueda ansiosa de inmediatez en las respuestas (mensajes, likes, emoticonos, etc.), también erosiona la capacidad de contener frustraciones, esperas, y de tolerar desilusiones.

El verdadero problema, y la sintomatología correspondiente que aparece en el trabajo clínico con adolescentes, es cuando ellos son los objetos usados por las redes sociales. Han quedado enredados en la ilusión de creer que son los sujetos que manipulan/ disfrutan de los contenidos, cuando, en buena medida, han perdido autonomía en un sentido profundo, porque de posición de sujeto se han convertido en objetos de abuso y engaño. Y en este asunto, dada la fuerza del fenómeno de la virtualización en la vida psíquica, parece que cada vez es más difícil revertir su incredulidad.

Referencias bibliográficas

- DESMURGET, M. (2022). La fábrica de cretinos digitales. Ed. Península.
- LERNER, G. (1986): La creación del patriarcado. Katakarak Libruak ediciones. Pamplona, 2017.
- LERNER, G. (1993). La creación de la conciencia feminista. Katakarak Libruak ediciones. Pamplona 2019.
- DE LA PUENTE-HERRERA, I. 2011. El imperio de la moda. Editorial Arcopress. Córdoba.
- RAZNOVICH, D. (2007). Sopa de Lunares. Hotelpapel ediciones. Madrid.
- TISSERON, S. (1996): El misterio de la cámara lúcida. Fotografía e inconsciente. Ediciones Universidad de Salamanca. 2000.
- TISSERON, S. 2012. Rêver, fantasmer, virtualiser. Du virtuel psychique au virtual numérique. Paris. Ed. DUN.

Vídeo-referencias

Vídeo Tik Tok: https://www.huffingtonpost.es/entry/modelo-curvy-xl-relleno-tiktok_es_61f2b2fae4b01d3f2997f90c

BAYO-BORRÀS, R. Entrevista Onda cero (2022): https://www.ondacero.es/emisoras/catalunya/noticies/com-pot-afectar-labus-les-xarxes-socials-nostra-salut-mental_2022020361fb6add334ddc00011e3f7d.html

FACUA pide la retirada de unos bikinis con relleno para niñas de 9 a 14 años (eldiario.es).

<https://www.facua.org/es/noticia.php?Id=8488>

<https://www.publico.es/sociedad/menores-facua-pide-retirada-bikinis-relleno-ninas-cinco-anos.html>

Virtualidad, sexualidad, violencia: niñ@s y adolescentes ante el abismo suicida²⁶

Adicciones sin sustancia y sus consecuencias psíquicas

En los dos últimos años nos han llegado a través de la Revista INFOCOP un gran número de trabajos publicados por equipos de investigadores expertos en salud mental. La temática que aparece con más frecuencia es la situación de alto riesgo en que se encuentra la generación nacida en el siglo veintiuno: niñ@s, adolescentes y jóvenes.

El riesgo va aumentando y el daño psíquico ocasionado es cada vez más evidente. La causa del “mal” se atribuye, mejor dicho, se correlaciona, con el uso constante, cotidiano, irrenunciable, de los dispositivos móviles y de las redes sociales. Efectivamente, gran parte del tiempo de la vida diaria de la población infantil y adolescente se encuentra “okupado” (invadido) por la realidad virtual, una realidad muy atractiva y poderosa, la cual está:

- desplazando paulatinamente la inserción de estos jóvenes y niños en la realidad presencial;
- dificultando, por tanto, una interacción saludable con sus familiares y amigos más cercanos;

²⁶<https://psiaracopc.cat/2022/07/05/virtualidad-sexualidad-violencia-nin-s-y-adolescentes-ante-el-abismo-suicida>

- sustituyendo la conexión con su propio mundo interno, lo más íntimo y singular de cada persona
- e induciéndoles a permanecer en un estado similar al “hipnótico”, donde se encuentran abducidos por las modas, las tendencias y valores imperantes a través de l@s influencers de turno.

Ignacio Morgado, catedrático de psicobiología y neurocientífico, decía (El País 8/8/21) que la tecnología domestica nuestro cerebro, porque nos hace más tontos y sin embargo viajamos a la luna. A su vez, el filósofo surcoreano Byung-Chul Han (El País, 10/09/21) considera que los “smartphones” se han convertido en una herramienta de subyugación digital y los considera como el “oso de peluche digital”.

La constante manipulación de dispositivos tecnológicos ha convertido la realidad virtual en una plataforma imprescindible donde se encuentran vivencias sensoriales intensas; y todo ello está influyendo el funcionamiento psíquico y mental, el desarrollo madurativo, las prioridades vitales, de manera que la “otra” realidad (no virtual) ha llegado a convertirse en un lugar incómodo para vivir y compartir con los demás.

Las consecuencias psicológicas que se producen en niñ@s y jóvenes son muy variadas:

- entre ellas podemos destacar la fascinación “acrítica” de las escenas y mensajes recibidos, en especial los que contienen situaciones eróticas y violentas,
- la imposibilidad de comprensión y elaboración de dichos mensajes y escenas,
- todo lo cual les promueve una singular alienación subjetiva, quedando como en un estado de “borrado del sujeto”.

La sexualidad ha dejado de ser un asunto íntimo y privado

El experto en psicología clínica Alejandro Villena alerta que niños y niñas buscan autoestima sexualizando su cuerpo en TikTok para conseguir “Likes” (El Mundo, 12/10/21) y confirma que se empieza a ver pornografía entre los nueve y los once años. Cada vez está más generalizada la exhibición no sólo de sus cuerpos sino también de escenas sexuales, autoeróticas o sadomasoquistas.

Encontramos también que la explotación sexual de niñas, niños y adolescentes, que no es absoluto un fenómeno nuevo, ha empezado a preocupar a las administraciones públicas. En varios estudios se está demostrando que dicha práctica perversa se halla estrechamente relacionada con el uso generalizado de dispositivos móviles y redes sociales. A tal efecto se ha realizado una “Guía para la actuación ante casos de explotación sexual en la infancia y adolescencia” que se puede encontrar a través d este enlace: http://www.infocop.es/pdf/Guia_ESTIA.pdf.

Como vemos, están poniéndose en marcha estrategias didácticas para la prevención y educación frente a la violencia sexual, pero, sin embargo, por otro lado, tanto los medios de comunicación como la publicidad y las producciones cinematográficas han incorporado masivamente la sobre-erotización de las niñas y los escenarios sexuales con niños, en los que se les utiliza como reclamo de seducción para adultos. En esta situación tan problemática como generalizada, aparece la denominada “nueva pornografía”, cuya característica principal es la de ser de acceso fácil y gratuito desde los dispositivos móviles a cualquier edad.

El abismo suicida: una nueva pandemia

Hemos de reconocer que están proliferando las investigaciones psicosociales sobre esta grave problemática, lo cual puede llegar a saturarnos con informes llenos de cifras, porcentajes, estadísticas, tablas que correlacionan los datos. Así mismo, también nos llega toda suerte de recomendaciones para frenar el aumento imparable de trastornos emocionales en las generaciones más jóvenes, en formato de Guías, Decálogos, Manuales, Estrategias protocolizadas, Programas Educativos, Campañas de prevención. Sin embargo, el autoflagelo, la

ideación suicida y el suicidio consumado entre los más jóvenes no para de crecer, en especial entre las jóvenes que han sufrido abusos sexuales en la infancia, las adolescentes que han padecido violación grupal, los chicos que son objeto de un cruel acoso en redes sociales, l@s hij@s víctimas de la violencia parental, etc. Algunos estudios sobre este tema:

Ideación suicida: https://www.infocop.es/view_article.asp?id=15322

Incremento de suicidio en jóvenes: https://www.infocop.es/view_article.asp?id=15058

El retorno de la banalidad del mal

A casi cien años de la publicación de “El malestar en la cultura” (S. Freud, 1930), la situación actual tiene muy poco que ver con la de entonces. La velocidad y profundidad de las transformaciones sociales dificultan la elaboración de la pérdida de los referentes que parecían estables hasta entonces. Se dice que no estamos en una época de cambios, sino en un cambio de época. Puede que la magnitud de las turbulencias que afectan directamente nuestras vidas esté provocando una banalización de las conductas sexuales y violentas; y, a su vez, una cierta trivialización de las graves consecuencias psíquicas que ocasionan en los más vulnerables, niñ@s y jóvenes de ambos sexos. A esto se añade que la distancia entre generaciones se ha ido ampliando, hasta el punto de que cada vez se comparten menos ideales, valores y estilos de vida. En todo caso, la violencia en sus variadas manifestaciones, sexual, agresiva, destructiva, sexista, familiar, institucional, etc., se ha instalado en nuestro “hábitat”, mental y doméstico, como un telón de fondo cotidiano.

A modo de conclusión

Los profesionales de la psicología clínica y del psicoanálisis estamos muy atentos a los efectos sintomáticos que se desencadenan en niñ@s y jóvenes, por el uso indiscriminado de las tecnologías de la información. Su “fuerza de arrastre”,

es decir, la capacidad de intromisión y manipulación de las TIC en sus vidas, los puede llevar a una “pseudo-vida” en las realidades virtuales, inverosímiles y seductoras, que son siempre tan golosas para las mentes inmaduras; mucho más cuando se han restringido sus actividades lúdicas y sociales durante la pandemia. Pareciera como si los desarrollos tecnológicos estén dando lugar a una suerte de “progreso retrógrado”; efectivamente, la realidad virtual no ofrece el “holding” que necesitan para su estabilidad emocional, y en lugar de propiciar su desarrollo hacia la salud mental, sucede todo lo contrario, pues se está poniendo en riesgo la integración y consolidación de su subjetividad.

Un efecto positivo: la salud mental ya no está tan marginada socialmente, y por primera vez en décadas comienza a ocupar también la atención (y los presupuestos) de los agentes políticos. Confíemos que esta situación sea abordada y atendida con la amplitud y profundidad que requiere.



"Crisis" (Diana Raznovich)

II

Dolor, depresión y violencia

Cuando no hay palabras para decirlo hay un cuerpo para expresarlo²⁷

El dolor de las mujeres, un síntoma (no sólo) social

Las manifestaciones de dolor y fatiga crónica de las mujeres ponen de manifiesto la gran dificultad que hay todavía para integrar los aspectos emocionales en una concepción integral de salud. Una “concepción integral de salud” comportaría, efectivamente, una atención de las mujeres incluida e integrada en el sistema sanitario, principalmente en la Atención Primaria.

¿Integral? Hay que recordar las conclusiones de la OMS en Alma Ata que refieren los aspectos biológicos, psicológicos y sociales como una tríada insoluble. Si bien podemos dar cuenta de algunos factores biológicos a través de los análisis clínicos, y también de los familiares o sociales a causa del desempleo, cargas familiares, trabajos precarios, problemas de vivienda, etc., no podemos olvidar que los aspectos psicológicos (subjetivos) intervienen de manera preponderante en la vivencia y percepción del dolor, que suelen quedar poco visibilizados desde los servicios sanitarios y sociales. Las circunstancias vitales, laborales y relacionales de las mujeres que padecen fatiga intensa y dolor constante, si no son modificadas a tiempo, pueden promover una lenta y progresiva cronificación del malestar general e impedir su recuperación.

²⁷Dossier Fibromialgia: El dolor y el malestar de las mujeres. Revista Mujeres y Salud, nº 10, año 2002. Depósito legal: PM 435-2000. https://matriz.net/mys-10/dossier/doss_10_05.html

El dolor y la fatiga crónica, al ser considerados desde el campo bio-social casi exclusivamente, han llegado a convertirse en un gran problema de salud pública. Al haberse tomado un enfoque parcial (y por tanto insuficiente), no han conseguido evitar la reincidencia; por el contrario, se ha fomentado un consumo de medicamentos excesivo que ha generado gran dependencia farmacológica, porque alivia el cuadro sintomático. ¿Deberíamos considerar la hiperfrecuentación de estas mujeres afectadas un síntoma social? El sistema sanitario no ha encontrado las estrategias terapéuticas de carácter psico-social adecuadas, de manera que el tratamiento biomédico utilizado principalmente no resulta eficaz: está pendiente considerar el dolor y la fatiga crónica como un padecer psíquico, que incluye también los aspectos emocionales individuales de cada paciente.

Y la mujer que consulta, ¿qué quiere, qué pide, qué necesita, qué está dispuesta a hacer por y para sí misma?

Escuchar más allá de la demanda

La experiencia clínica de atención a mujeres nos enseña, día a día, que lo que una persona pide a veces no coincide con lo que quiere, e incluso tampoco con lo que necesita. No resulta fácil darse cuenta de ello en las consultas de tiempo limitado, tan habituales en la Atención Primaria, cuando, precisamente, es tan necesario discriminar estos aspectos para que el tratamiento indicado tenga alguna eficacia.

Por ejemplo: hay pacientes que sólo quieren dejar de tener dolor, y acogerán de buen grado prescripciones de alivio sintomático rápido, estilo medicación, recuperación corporal, grupos de autoayuda. Pero si con ello aún continúa el dolor y el malestar psicósomático, “sigo igual, no avanzo, quiero cambiar, no me gusta seguir así”, etc., están pidiendo otro tipo de escucha/atención a su malestar y a su sufrimiento; pues suele suceder que no se trate de ese dolor concreto, sino de un dolor no específico, que va más allá de una localización concreta, expresado por y a través del cuerpo. En estos casos hace falta un

tipo de intervención en la que haya una escucha más amplia, más atenta y más profunda, que la de su padecer actual.

Se trata de captar lo que la paciente pueda estar planteando, de manera solapada o indirecta, y sin adelantarse a interpretaciones apresuradas, tampoco quedarse rezagada si ella ya está avanzando en el camino de la comprensión de su dolencia. Darle significado y sentido a lo que explican que les sucede, a través de una escucha atenta y selectiva, para conectarlo con aspectos de su vida cotidiana, pero también con acontecimientos traumáticos de su historia vital.

Las múltiples aristas del dolor

Antes, entonces, de ofrecer medicación (analgésica, antiinflamatoria, psicofármacos), hemos de encontrar la oportunidad para que las múltiples aristas del dolor puedan ser transformadas en un relato propio e íntimo; que pueda ser simbolizado (puesto en palabras, expresado a través del lenguaje), condición necesaria para que sea asimilado y elaborado, y de esta manera, lograr “desincrustarlo” del cuerpo. Como me decía una paciente, cuyo tratamiento comento más adelante: que habitaba su cuerpo como si fuera una “urna”, donde estaban su madre y su hermana, fallecidas unos años antes. Una “urna” a modo de caparazón protector.

La tarea de dar sentido y significación al padecer de la mujer que consulta a veces resulta difícil e incluso enigmática. Algunas médicas de familia intervienen ofreciendo este tipo de escucha, y se dan cuenta de que sus consultas siempre están solicitadas: la paciente se siente (quizá incluso por primera vez) tratada como una persona, que las vicisitudes de su vida le importan a su médica, con quien comparte aspectos de su mundo interno que nunca antes había explicado a nadie, y que con su escucha empática se siente comprendida. En esta transferencia positiva se va asentando la confianza y seguridad para profundizar; para tomar conciencia de su fragilidad psíquica, de vulnerabilidad personal; que no es víctima de un destino trágico, y que su sufrimiento puede dejar de ser inevitable. Ambas, médica y paciente, en esta alianza terapéutica, podrán ir abriendo las múltiples significaciones que cubren la verdad sobre las causas de

su dolor y fatiga, aceptando lo que aún no es consciente, e intentando elaborar los duelos todavía pendientes.

En muchas ocasiones podemos darnos cuenta de que los hechos en sí no son lo más importante en la vida de una persona, sino “cómo” los ha vivido. Este “cómo” puede determinar no sólo la magnitud del impacto emocional (la herida), sino, sobre todo, la posibilidad más o menos probable de recuperación psicológica (la curación). La singularidad de cada paciente hace que ambas cuestiones (impacto emocional y elaboración del daño causado) sean siempre diferentes en cada una de ellas. De hecho, lo que se pone en juego en tales circunstancias es la eficacia protectora de sus defensas, de su capacidad de resiliencia, sus posibilidades de elaboración y sublimación para recuperarse del hecho traumático, o, por el contrario, de su desplazamiento al cuerpo o al organismo, a través de somatizaciones diversas. El trauma se desplaza y se transforma en dolor y fatiga.

Por último, quiero referirme a los “sucesos traumáticos”. Por infancia traumatizada me refiero, especialmente, a las situaciones de carencia afectiva, negligencia en la crianza, malos tratos psicológicos, abusos sexuales, trabajo infancia, violencia parental, etc.

Señales previas

Otro de los problemas que hemos de tener en cuenta es la alta prevalencia del dolor y la fatiga crónica de las mujeres en salud pública. Nos preguntamos, ¿dónde ha quedado la prevención? ¿Ha sido imposible detectar las causas de la dolencia? ¿O es que su dolor y fatiga no fueron entendidos como síntomas de algo posiblemente crónico e invalidante?

En muchas ocasiones la mujer que consulta por su dolor en realidad necesita un “desahogo” de sus problemas, y busca una forma para “entrar en relación” con su médica, para tener así la posibilidad de hablar a “alguien de algo propio”; en especial de su cuerpo, de sus dolores y de sus fatigas, algunas antiguas, otras recientes. De esta manera busca que este “alguien” (médico, enfermera) le tenga en cuenta, porque ha consultado ya anteriormente en múltiples ocasiones por

este motivo, pero con una actitud sacrificada, al estilo: “yo me aguanto”, “soy muy sufrida”, “probaré con esto y lo otro”, “intentaré pasar un poco más”, etc., hasta que el síndrome se expande corporal y emocionalmente en toda su amplitud. Y cuando esto sucede, no podemos decir que haya sido sin aviso, consulta y señales previas. Sería interesante investigar los motivos de consulta previos a ser consideradas hiperfrecuentadoras por FM/FC. Esto nos ayudaría a realizar diseños de detección precoz.

Cuando llega la edad de jubilación

Otro dato interesante a tener en cuenta es el de la edad de prevalencia: entre los sesenta y los sesenta y nueve años, como se indica en los informes sanitarios. En las consultas psicológicas nos encontramos frecuentemente con pacientes cuya infancia traumática (que había quedado en un olvido protector) manifiesta su efecto virulento precisamente a la edad en que se puede comenzar a “descansar” (etapa de jubilación, con menos cargas familiares y laborales); es cuando las mujeres vuelven a conectar consigo mismas: o sea, a revisar, repensar, evaluar su vida. Y la gran mayoría se decide a salir de la alienación subjetiva que ha implicado cuidar y ocuparse siempre de los demás.

Otras veces, por el contrario, empeoran. Es cuando además de estar cansadas por toda una vida llena de “fatigas”, les surgen otras responsabilidades familiares añadidas, porque se las reclama para cuidar de los nietos, no hay hermanos varones para atender a los padres ancianos o enfermos. Son las gotas que desbordan el vaso, que ya está lleno de obligaciones, pesares y duelos por elaborar.

Aspectos emocionales y culturales que intervienen en el DC/FC

Cuando se considera el dolor como una “sensación” desagradable, generadora de sufrimiento, que habitualmente acompaña a la enfermedad, o que por sí misma constituye una situación de enfermedad, se apela a la dimensión subjetiva, singular y diferencial de cada persona, e implica que tiene un signifi-

cado particular para cada una. Tanto es así, que como decía antes, la tolerancia y resistencia al dolor depende de variables psicológicas individuales, porque interactúa con el resto de la vida psíquica.

Hay que recordar también la “dimensión cultural” del afecto doloroso, pues juega un papel muy importante en el rango y valor que se le ha otorgado en determinadas épocas. Las actitudes hacia el dolor y el sufrimiento han sido variables a lo largo de la historia de los pueblos y culturas, han encontrado sus raíces en creencias filosóficas o religiosas, y ello les ha proporcionado tradicionalmente un sentido de resistencia frente al dolor, fomentando la admiración y respeto de quien lo sufre estoicamente. En la actualidad, la percepción y expresión del dolor (intensidad y significado) están muy condicionados por factores culturales y situacionales, que tienen a su vez una gran influencia en la modalidad de reacción y respuesta ante el dolor, sea físico o emocional.

El comportamiento ante el dolor, la forma de expresar las quejas y el sufrimiento, es aprendido y desarrollado especialmente durante la infancia y adolescencia. Esta experiencia es modulada por la actitud de padres y educadores; desde la infancia aprendemos a valorar el impacto y las reacciones que nuestras quejas producen en los demás, y el comportamiento que se espera y que se exige de nosotros ante las vivencias de dolor.

Personalidad y estado de ánimo

Otro de los factores que influyen en la percepción y expresividad del dolor es, como venimos diciendo, la propia personalidad de la persona afectada:

- La intensidad del dolor la podemos relacionar con el nivel de ansiedad y angustia que padece en su vida cotidiana.
- Las personas introvertidas tienden a “sentir” el dolor con más intensidad que las extrovertidas, y éstas últimas son más propensas a exteriorizar sus quejas.

El estado de ánimo ejerce también una enorme influencia, como por ejemplo los cambios de humor relacionados con la persistencia del dolor:

- Cambios de humor más habituales: irritabilidad, agresividad, hostilidad.
- Sensación de disminución de la vitalidad, falta de energía.
- Menor interés por las relaciones con familiares, amistades, etc.
- El dolor también aparece como expresión de trastornos emocionales graves.
- El dolor y la fatiga crónica pueden precipitar un cuadro depresivo importante.
- No se debe olvidar el riesgo de suicidio en pacientes con dolor crónico y depresión.

Sobre la atención psicológica

El dolor y la fatiga pueden aparecer también como síntomas de base en problemáticas diferentes, entre las que puedo destacar las siguientes:

1. *Depresión.* Es la causa más frecuente, entendida ahora no como reacción afectiva secundaria, sino como causa responsable de que el dolor aparezca. (Melancolía álgica). Las molestias dolorosas se presentan junto a otros trastornos característicos del síndrome depresivo: insomnio, anorexia, aislamiento social, tristeza, o constituir en sí mismo el síntoma más relevante de la depresión. Los más frecuentes son cefaleas, algias faciales atípicas, lumbalgias, lumbociáticas, parestesias dolorosas, etc.

Ante la sospecha de depresión, hay que valorar los rasgos previos de personalidad, antecedentes de episodios previos, sucesos o acontecimientos significativos, especialmente si suponen algún tipo de pérdida afectiva, separación, muerte ser querido, etc.

En el curso del tratamiento suele mejorar antes el estado de ánimo que las manifestaciones somáticas.

2. *Configuraciones neuróticas.* Valorar la personalidad previa, el significado y el simbolismo que puede tener el síntoma, el uso social y comunicativo

que hace del mismo, beneficios secundarios que suponen sus quejas, y otros.

3. *Episodios de descompensación psicótica*. El dolor puede ser de naturaleza delirante y formar parte de un conjunto de trastornos perceptivos, cognitivos o emocionales. Estas pacientes presentan antecedentes psiquiátricos diversos, con la característica común de una frecuente y significativa asociación entre estrés y dolor.

Síndrome multifactorial

Mi experiencia asistencial con mujeres que padecían dolor crónico y fatiga de larga duración fue muy intensa durante los años en que realicé mi práctica psicoterapéutica en el Servicio de Salud Mental para la Mujer (Cornellá de Llobregat, Barcelona, 1992-2001). Este Servicio de Atención de S.M. para mujeres fue pionero en Cataluña, y de su trayectoria hay algunas publicaciones interesantes.

El trabajo en equipo nos ayudó a diseñar estrategias terapéuticas individuales y grupales, que resultaron muy eficaces para la evolución favorable de las consultantes. La hipótesis de partida fue que la aparición de este “síndrome” está relacionado con la articulación de varios aspectos (biológicos, psicológicos y sociales, tal como señalaba más arriba) que se sobredeterminan entre sí, y que desde una perspectiva psicodinámica se denominan “series complementarias”: un factor o conjunto de factores desencadenantes (externos al sujeto) actúa sobre una “predisposición”, que, a su vez, es el resultado de la integración tanto de la “constitución individual” de cada persona como de las experiencias de su infancia.

Etiología, pues, multifactorial, en la que se combinan aspectos biológicos (constitución), psicológicos (predisposición) y sociales (experiencias vividas). Sin embargo, en muchas ocasiones comprobamos que el factor psicológico suele ser el preponderante en lo que se refiere al nivel de sufrimiento y cronicidad de la dolencia de la persona.

La asistencia psicológica de las pacientes que llegaban a nuestro Servicio enviadas por los médicos de Asistencia Primaria, nos hizo replantearnos el enfoque terapéutico. Lo importante, en estas mujeres, no era tanto hacer consciente lo inconsciente (recordar lo reprimido) sino establecer un espacio de encuentro, en el que “lo terapéutico” era sobre todo la “escucha empática” de la paciente, mediante la cual se le proporcionaba una verdadera contención emocional. De esta manera podíamos propiciar la verbalización, la narración de sus preocupaciones, y conseguir así cierta simbolización (elaboración psíquica) de sus aspectos emocionales negados, disociados o desmentidos (que se hallaban desplazados en el cuerpo). Ir más allá, profundizar en lo traumático masivo de su historia vital, a menudo era imposible, o incluso, contraindicado. Voy a dar algunos ejemplos.

Cuando pueden (o no) hablar de sí mismas

Pudimos observar que un cierto número de mujeres podía hablar del dolor corporal y del cansancio físico, pero apenas de sí mismas como personas, de sus sentimientos, tanto negativos como positivos, ni mucho menos de sus fantasías o emociones más íntimas. Ellas mismas habían “desaparecido” tras la intensidad del dolor y del cansancio: *«He vivido mucho tiempo metida en un caparazón. No me acuerdo de las cosas para nada, no puedo retener, cuando voy a comprar no sé ni el precio de las cosas... Como si me hubiera metido dentro de una urna para que nada me afecte»*.

Si en el caso de esta paciente nos planteamos qué encubre su dolor, y, simultáneamente, qué manifiesta a través de él, la respuesta no sería tanto dónde le duele, sino *qué es* lo que le duele tanto como para protegerse dentro de un caparazón.

«Yo misma me he rodeado de silencio, no me he interesado por nada, siempre he sido distraída, no se me queda nada... Quizá sí necesito ayuda psicológica, pero soy una persona muy reservada, me lo guardo todo... quizá hasta en los huesos. Los últimos años

me encuentro muy mal, he tenido que coger la baja varias veces por el dolor. Quizá es que no exteriorizo los sentimientos, pero ya llevo mucho tiempo así, a veces cuando quiero decir una cosa ya no me acuerdo... »

Una característica del dolor corporal es que es más claramente reconocible que el displacer, el denominado “malestar psicológico”. A raíz del dolor físico corporal se produce una elevada investidura libidinal (en el cuerpo) que no cesa de aumentar, y que, por así decirlo, tiende a vaciar al Yo (Nasio, 1998). En esta paciente, como en muchas otras, el dolor corporal, al quedar disociado de la dimensión subjetiva, encubría y manifestaba el verdadero y deplorable “estado del Yo” de la paciente («*Ya no me acuerdo, no exteriorizo, no se me queda nada, siempre distraída*»). Ella sentía que su cuerpo se había convertido como en un caparazón o urna, verdadero cajón de sastre de duelos y traumas infantiles no elaborados, como pudimos ir viendo a lo largo del proceso de terapia. Quiero destacar que la representación que utilizaba la paciente “urna”, con la que se identificaba, remite, inevitablemente, al recipiente que contiene la ceniza de los muertos... y ella llevaba unos cuantos en su vida y en su cuerpo.

Cuando la transferencia positiva, a través de la “escucha empática” de la terapeuta, les proporcionaba un continente *suficientemente bueno* en el que confiar y abrir la cadena asociativa, hablar de sí mismas, de sus emociones, fantasías, ilusiones, miedos, así como también de su vida actual y pasada, entonces era posible realizar un proceso elaborativo, disolviendo pesares y, consecuentemente, también dolores.

Sin embargo, otro grupo de mujeres enviadas a nuestro servicio no quería, ni podía, ir más allá del relato del dolor físico. Después de una o dos visitas, dejaban de venir.

- Las que manifestamente no querían ser atendidas desde una perspectiva “psi” argumentaban «*yo no estoy loca, se creen que estoy mal del coco y por eso me envían aquí, pero yo con pastillas ya voy mejor*». Ellas estaban identificadas con el prejuicio social de que ser atendidas por profesionales “psi” implicaba una descalificación más, o incluso mayor, que la

invalidez por fibromialgia, y la auto desvalorización les resultaba insoportable; mejor enferma que *loca*, se decían a sí mismas, manifestando su miedo a entrar en contacto con los aspectos emocionales apartados de la conciencia. El dolor, en estos casos, era un buen cajón de sastre donde colocar causas y consecuencias de su padecimiento. No puedo dejar de resaltar el prejuicio social todavía imperante que considera el malestar emocional como problemas del “coco”, y a éste como el gran “Coco”, monstruo malo de las fantasías infantiles.

- Las mujeres que no podían hablar de sí mismas ni de su historia tampoco podían, consecuentemente, sostener la continuidad de las visitas, porque conectaban con otro dolor, el dolor psíquico, y se desbordaban emocionalmente: «*Después, cuando salgo de aquí, me encuentro peor, aunque de otra manera; sólo tengo ganas de llorar y de quedarme en la cama. Ahora ya no puedo arreglar mi vida, es demasiado tarde, qué quiere que le explique, sólo puedo decirle que me encuentro mal*». En estos casos era como abrir la “caja de Pandora”, de la que podían surgir demasiados recuerdos y vivencias traumáticas no elaboradas que las llevaran a sufrir “de otra manera”.

Era el “mal encuentro” consigo misma lo que las asustaba y por lo que preferían *no buscar las palabras para decirlo*. Ponerse a hablar y entrar en un diálogo terapéutico (en el que se descubren velos y se abren nuevos significados) en el que reciben una escucha específica para comprender “su” realidad, tenía el riesgo de ir desvelando la otra realidad que el dolor corporal y la fatiga encubren. Esa “otra realidad”, realidad psíquica censurada, reprimida o cargada de sentimiento de culpabilidad, con la que seguían cargando a cuestas, no sin un enorme coste personal.

Del cajón de sastre a la caja de Pandora

Las pacientes temían abrir la *caja de Pandora* recordando una infancia conflictiva llena de acontecimientos traumáticos sin elaborar, etc., en las que el

cuerpo había quedado como un *cajón de sastre* de emociones desligadas de una representación simbolizante, y preferían recurrir a tratamientos farmacológicos. De hecho, la psicoterapia individual o grupal, para que sea eficaz y se consiga un alivio significativo de los síntomas, requiere de una periodicidad estable y sostenida en el tiempo, para obtener así una mejor comprensión subjetiva del dolor emocional y corporal, cosa que, como decía anteriormente, no siempre puede ofrecerse desde los servicios públicos.

En otras ocasiones, cuando el encuentro terapéutico iba más allá de la descripción del dolor corporal, emergía del olvido una historia infantil que reunía prácticamente todas las vicisitudes traumáticas que se explican en el informe de González de Chávez (González de Chávez, 2002): pérdida temprana de alguna de las figuras parentales, abandono, cesión a otros familiares, malos tratos físicos y psicológicos, abusos sexuales frecuentes, desarraigo, pobreza, migraciones; en definitiva, acontecimientos vitales de difícil elaboración psíquica, no tanto porque no hubiera palabras para decir y expresar el sufrimiento emocional, sino porque tampoco había quien pudiera escucharlas.

Cuando a las pacientes que sí querían analizar la dimensión histórico subjetiva de su dolor y cansancio aceptaban la oportunidad de ser escuchadas en las entrevistas psicológicas, detectábamos rápidamente la estrecha relación entre trauma y dolor emocional, y su gran dificultad para tramitarlo psíquicamente. Si no es demasiado tarde, se puede abrir la posibilidad de la “cura por la palabra”, y se pone en marcha el mecanismo de la asimilación, elaboración, simbolización. En estas ocasiones, la paciente le puede dar sentido a sus vivencias, disuelve emociones intensas desagradables, y se posiciona de una manera más activa y menos sacrificada respecto de su salud y en la relación con los demás.

Símbolos y metáforas

Por último, quiero destacar la violencia intrínseca que el dolor conlleva, y que se puede expresar a través del lenguaje. No en vano se dice: “si no lo digo, estallo”, o “mejor me callo, porque si no la lío”, para citar dos expresiones de las muchas que escuchamos cada día. Por ejemplo, una mujer diagnosticada de

fibromialgia decía así en una sesión de terapia grupal sobre la mala relación con su marido:

«Yo me callo, me callo, aguanto para no enfadarlo; tengo miedo a la separación porque es cuando los maridos matan a las mujeres... ¿a dónde voy a ir?, no tengo ningún sitio para ir... me siento atrofiada... miro al balcón y tengo malas ideas».

¿Qué diría, si no se callara? ¿Qué se aguanta, que lo haría enfadar? ¿De qué está ella tan enfadada? ¿Miedo a ser asesinada, quizá miedo a sus deseos también de matar o matarse? El terror la paraliza, la angustia la desborda, las ideas suicidas parecen la única salida. Su cuerpo dolorido y exhausto expresa la invalidez emocional que la consume. Atrofiada, sin posibilidad de desarrollo y de vida propia, al callar también tapona la *expresión, liberación* de su rabia y de su odio, que sería la posibilidad de aliviarse y recuperarse a sí misma como persona.

J.D. Nasio, en un hermoso e interesante texto acerca “del amor y del dolor” (1998) aporta esta reflexión: «El dolor, físico o psíquico, siempre es un fenómeno límite; el límite impreciso entre el cuerpo y la psique, entre el yo y el otro, o, sobre todo, entre el funcionamiento regulado del psiquismo y sus desarreglos. El dolor, así, lo considero un fenómeno mixto que surge en el límite entre cuerpo y psique».

Y de nuestro alcance terapéutico como analistas de los afectos, dice así: «En sí, el dolor no tiene ningún valor ni significación. Está allí, hecho de carne o de piedra, y sin embargo, para calmarlo, debemos tomarlo como la expresión de otra cosa, despegarlo de lo real, transformándolo en símbolo. Atribuir un valor simbólico a un dolor que es en sí puro real, emoción brutal, hostil y extraña, sigue siendo, finalmente, el único gesto terapéutico que lo haga soportable. Por ende, el psicoanalista es un intermediario que acoge el dolor inasimilable de su paciente y lo transforma en dolor simbolizado».

Consideraciones finales

1. No sólo es importante acertar en el diagnóstico, sino también en el abordaje terapéutico: biomédico combinado con psicosocial. Éste de corto o largo alcance, según características de la demanda y las posibilidades de elaboración psíquica de la paciente.
2. Esta combinación de violencia contenida y dolor emocional precisa de una asistencia terapéutica en la que, como decía más arriba, predomine la escucha a la medicalización, la contención emocional a la interpretación clásica, la empatía a los consejos.
3. Lo que es bueno para la profesional (de la medicina, psicología o trabajo social) no siempre lo es para la paciente. En este sentido, el “ideal terapéutico” no suele coincidir con el “ya me va bien así” de la paciente. Para evitar la cronificación y la iatrogenia es preciso a veces hacer indicaciones menos convencionales y más creativas.
4. Es habitual que el “coco” que asusta a muchas pacientes con dolor no sea reconectar con el duelo no elaborado todavía, sino con el odio negado y la violencia disociada, que las desbordan. En estos casos, no se podrá prescindir del tratamiento farmacológico o con “terapias alternativas”.
5. Es necesario discriminar, desde el ámbito sanitario y psico-social, la magnitud del malestar de muchas mujeres en la sociedad actual, (pues parece que así lo expresan cuando dicen “no me encuentro bien”); sólo tomando conciencia de su mal-estar reunirán las fuerzas necesarias para salir del *caparazón* que les impide pensar, y de las “urnas funerarias” en las que se enclaustran buscando alivio.
6. Creo que esta labor de identificar (diagnóstico integral) y atender adecuadamente (abordajes terapéuticos interdisciplinarios) es responsabilidad, no sólo de las profesionales que estamos concernidas con el padecimiento de estas mujeres, sino ante todo del sector asistencial público, diseñando programas de prevención comunitarios que sean eficaces para evitar la iatrogenia y la cronificación.

Bibliografía

BAYO-BORRÀS, R. (1999) “¿De qué sufren las mujeres?”, *Mujer y Salud Mental*. Reflexiones y experiencias. Edita Colegio Oficial de Psicólogos de Cataluña. Barcelona.

CARDINAL, Marie (2000), *Palabras para decirlo*, Editorial Noguer. Barcelona.

GONZÁLEZ DE CHÁVEZ, M^a A. (2002) “Fibromialgia: estrés y condición actual de las mujeres”. Ponencia presentada en las Primeras Jornadas Europeas: *Roles Sociales, Estrés y Salud*, celebradas en Palacio de Congresos de Las Palmas de Gran Canaria, 26-28 de junio de 2002, organizadas por el Colegio Oficial de Psicólogos de Las Palmas de Gran Canaria, con patrocinio de la OMS.

CHIOZZA, L. (1997), *Del afecto a la afección*, Alianza Editorial Madrid.

Guía de Salud Mental en Atención Primaria de Salud (1985). Ministerio de Sanidad y Consumo (Dirección General de Planificación Sanitaria, Subdirección General de Planificación Territorial). Servicio de Publicaciones del Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid, Colección: Atención Primaria de Salud número 9.

GREEN, A. (1998), *El discurso vivo. Una concepción psicoanalítica del afecto*. Editorial Promolibro. Valencia.

MARTY, P. (1995), *La psicósomática del adulto*, Amorrortu Editorial Buenos Aires.

NASIO, J.D. (1992), *El dolor de la histeria*, Editorial Paidós, Barcelona. (2000) *El libro del dolor y del amor*, Editorial Paidós, Barcelona.

VALLS LLOBET, C. (2002), *El dolor y el malestar de las mujeres: Diagnóstico diferencial*. Ponencia presentada en las IV Jornadas de la Red de Médicas y Profesionales de la Salud, titulada: “La salud de las mujeres”. Celebradas en Madrid, 25 de octubre de 2002.

“Te doy mis ojos”²⁸

(Relato de un vínculo fusional en el que dolor y violencia van unidos)

La violencia, en todas sus expresiones, no es en absoluto un fenómeno contemporáneo, sino el más antiguo e intrínseco del ser humano. Lo que se ha hecho contemporánea es su salida del ámbito privado de las parejas y de las familias, y hoy por hoy es, por fin, objeto de denuncia en el ámbito socio-jurídico; también es, o debería ser, una temática *poliédrica* que debería ser encauzada/contenida en el debate socio-educativo; y sobre todo, necesita seguir siendo investigada desde la psicología y el psicoanálisis, tanto en sus causas, siempre de carácter multifactorial, como en sus consecuencias.

Los efectos de la violencia en la subjetividad de las personas son, efectivamente, muy variados; de nuevo hemos de apelar a las “series complementarias”²⁹ para dar cuenta de las diferentes secuelas que produce en cada persona tanto la violencia sufrida como la violencia ejercida. Por ejemplo, es importante destacar las enormes posibilidades de recuperación del equilibrio emocional que presentan las mujeres (resiliencia³⁰), a pesar del enorme sufrimiento que han

²⁸Revista Intercambios, Papeles de psicoanálisis. Nº 14, Junio 2005. págs. 13-15. Barcelona. Depósito legal: B 35.975 1998. <http://intercanvis.eu/es/producte/te-doy-mis-ojos-relato-de-un-vinculo-fusional-en-el-que-dolor-y-violencia-van-unidos-regin-a-bayo-borras>

²⁹Series complementarias

³⁰Resiliencia

padecido durante muchos años, generalmente en silencio. Y de l@s niñ@s que han sufrido violencia parental.

Al intentar comprender los “fenómenos violentos”, cada uno en su singularidad, es preciso distinguir rasgos diferenciales muy significativos; o dicho de otra manera, no es posible hacer un planteamiento general sobre “violencia” si no es precisando muchos otros aspectos.

Es como hablar de miedos. En las consultas enseguida tratamos de diferenciar aquellos miedos de la primera infancia, considerados habituales y que son normales en el desarrollo psicosexual, de aquellos otros denominados “terrores nocturnos”; y éstos, a su vez, distinguirlos del pánico característico de la crisis psicótica. Por ejemplo, en un adolescente, intentaremos discriminar las fobias de origen arcaico (a caer al vacío, a diluirse, a desaparecer, a ser devorado) del temor al crecimiento y a enfrentar los duelos y ansiedades inherentes a su etapa evolutiva. También en un adulto podemos diferenciar la fobia neurótica, de la inhibición ante los cambios; o la vergüenza que siente ante las personas del otro sexo, no confundirla con el miedo paralizante por un temor al derrumbe narcisista.

En fin, hablo de miedos porque me ayudan a “enfrentarme” a las diferentes maneras violentas que las personas tienen de relacionarse entre sí.

Violencia en la relación de pareja

Cuando la relación de pareja se ha ido degradando, y el amor se transforma en desprecio, odio o indiferencia, uno y otro suelen expresarlo de manera diferente: el hombre, consciente de su fuerza física, recurriendo a ella; y la mujer, en ocasiones, a través de quejas y reproches. Entonces, el hombre se siente débil, necesita demostrar que no lo es, quiere recuperar un lugar de poder en la familia, y su “autoridad” sólo se sostiene por el miedo que provoca.

Así, la violencia física proviene fundamentalmente del miedo a no ser reconocido ni considerado, a ser despreciado, a perder poder o, precisamente, por la certeza de no tenerlo. Estos hombres acumulan un gran monto de desesperación hasta que estallan por dentro y hacia fuera: ofuscados y sin

control, desinhibidos por alcohol o drogas, no son dueños de sí mismos por querer serlo de la mujer a la que antes amaban y ahora odian “a muerte”. Sería mejor un divorcio que el suplicio de aguantarse mutuamente, pero no pueden soportar la separación y prefieren la muerte, real o psicológica, de quien ya está perdida.

La mujer y los hijos que viven esta situación, están paralizados por el terror: sin poder contarle a nadie, con miedo, desprotección, sin saber a dónde acudir. Ello lleva a la resignación y a la desesperanza, a creer que es mejor callar, porque decirlo... ¿a quién?... ¿me van a creer? ¿Se podrá hacer algo?

En este sentido me parece importante pensar la violencia como una manifestación sintomática, como aquello que se “dispara” cuando la frustración y el odio devastador son intolerables para el sujeto que se siente amenazado; cuando el dolor por la injuria narcisista no se puede soportar, y “sólo cabe” la venganza, la humillación o incluso la destrucción de quien ha tenido “el poder” o la capacidad para hacérselo sentir.

La furia desatada la podemos comparar, sin banalizarla, con los ataques de rabia o pataletas de un niño, que al ser frustrado en sus deseos o anhelos más imperiosos, se siente arrebatado por una descarga violenta sin control, y se dedica a destrozarlo todo, incluso lo que más le gusta o lo que más quiere. En estos casos suele ser la madre la figura “mala”, que lo ha desilusionado, y lo ha privado de sentirse “el rey de la casa” o el amo de su amor. O al estilo del niño que golpea y hace daño a su hermano porque no le tiene en cuenta, no le deja sus juguetes, no le incluye en el juego con sus amigos, lo relega, lo rechaza, lo excluye de sus actividades preferidas.

También las agresiones violentas entre bandas de adolescentes quieren probar y demostrar quién es el más fuerte, el más “hombre”, el que domina el barrio, la plaza, la calle, quien tiene el poder.

Es una lucha entre “tú” y “yo”, para que “yo” no me sienta menos que “tú”, para “no verme” indefenso, desamparado, impotente, relegado, excluido, sin importancia; para no sentir mi necesidad de “ti”, mi dependencia, mi inseguridad sin “tu” presencia. Es una lucha para hacerte sentir a “ti” que “tu” eres el dependiente, el impotente, el desamparado, el necesitado de “mi” protección,

de “mi” fuerza”, de “mi” importancia en tu vida. Eres “tu” quien ha de sentir el dolor y la frustración que yo no quiero ni soporto sentir cuando vislumbro cuánto te necesito.

En otras palabras, el maltrato y la violencia se dan en el seno de un vínculo, en el que se juegan múltiples emociones, sentimientos contradictorios, y fantasías conscientes e inconscientes. Un buen ejemplo es el relato cinematográfico de la relación de Pilar y su marido, en la película “Te doy mis ojos”³¹.

Relato cinematográfico sobre un vínculo de pareja en el que dolor y violencia van unidos

El problema que trata la película ¿es el de Antonio, o es el de Pilar? ¿Quién es el o la protagonista? ¿Cuál de los dos se siente mal? ¿Alguno de los dos sufre más que el otro, o más bien sufren de maneras diferentes? ¿Quién depende de quién? ¿Dependencia de qué, sexual, afectiva, de apoyo y sostén?

El primer estallido de violencia de Antonio, incluso antes de ir a buscarla a casa de la hermana y suplicarle y amenazarla para que vuelva con él, aparece en la imagen del cristal roto y la comida estampada en la pared (que el espectador ve retrospectivamente). Es la reacción respuesta a la huida de Pilar con el niño. Es un estallido de furia incontenible; Antonio se rompe emocionalmente, y, como consecuencia de su descompensación, rompe; pero no se siente roto, porque entonces sí podría llorar, quebrarse, gritar su aullido de rabia, soledad e impotencia; lo está (herido, sólo, impotente) pero no lo puede sentir o soportar, de ahí que lo expulse enérgicamente, en un acto que evidencia el desgarró intolerable, la injuria narcisista ante la evidencia de la ausencia: «*Se ha ido en contra de mi voluntad, no quiere estar conmigo*».

La película trata un vínculo de dependencia emocional entre un hombre y una mujer, ambos esperando que el/la otro/a lo/a comprenda, lo/a acepte en su singularidad, lo/a sostenga en sus deseos e inseguridades. Pero el “yo” de Pilar está evolucionando, ya no acepta ser el “pilar” de la autoestima de Antonio, ella

³¹Te doy mis ojos: película de Itziar Bollaín.

busca una salida al encierro en el que se encuentra, a la dependencia obligada, a la sumisión. Su “yo” está creciendo: pide ayuda a la hermana, acepta un trabajo, comienza a relacionarse con amigas, escucha otros relatos, y Antonio ya no es todo (o su único) mundo relacional. Pilar está saliendo de las cuatro paredes doméstico/carcelarias, está desprendiéndose de una relación fusional, y ese desprendimiento interno no va a ser sin consecuencias. Antonio no está emocionalmente dispuesto ni preparado para enfrentarse a una Pilar distinta.

Esta lenta pero progresiva evolución de Pilar descompensa emocionalmente a Antonio. Culpa a los demás de estos cambios, y cada día se ve más sólo, más indefenso sin el contrapunto de la “indefensa” Pilar, y empieza a ser un hombre en situación de riesgo: todavía se ve más desvalido e impotente (lo que le gusta más de ella es “el ruido” que hace, o sea, su presencia, no sentirse solo, desamparado, abandonado). Y paradójicamente, su terror al abandono lo convertirá en un “terrorista”. Porque sólo la relación con Pilar le sostenía una imagen de hombre capaz, que en el estereotipo machista es aquél que es dueño de “su” mujer. (El contrapunto a esta posición estereotipada lo pone el marido de la hermana de Pilar, que puede ocuparse de la vida doméstica y llevar faldas escocesas sin complejos).

Antonio, cuando está cariñoso, la llama “canija”, verdadera proyección de su propio sentimiento de minusvalía. En verdad, es él quien se siente una “mierda” (sólo vende neveras), y su propio hermano se aprovecha de él haciéndole trabajar en la obra de su casa, lo ridiculiza; en el fondo, lo desprecia. Y Antonio descarga en Pilar su resentimiento, como cuando discuten en el coche en el camino de regreso: «*¡Tú también crees que yo soy una mierda!, ¿verdad?*»

¿Qué le pasa a Pilar? ¿Por qué sigue con él, a pesar del maltrato? ¿Qué es lo que los une? Es como si en el fondo ella se identificara con la inseguridad de él. Antonio es como su espejito en el que reconoce muchos de los temores que le asaltan cada vez que quiere salir al mundo y ser ella misma, que en realidad no sabe en qué consiste. Por ejemplo, recuerda con ternura que cuando él se le declaró, ¡le sudaban las manos! O lo justifica ante la hermana y la madre, cuando les reprocha que no la entienden, que la han abandonado a su suerte, que ella se tiene que comer “todos los marrones” de la familia.

En realidad, Antonio y Pilar están unidos por un aspecto común en el que se identifican: se sienten “víctimas” de sus propias familias de origen. Es un resentimiento profundo que comparten, y que, en los días de reconciliación sobre el puente, les hace gritar con despecho: *«¡¡que se vayan a tomar por el culo!!»*. Ahí está lo que les une en lo más profundo de su ser herido, lo que los fusiona en un refugio narcisista mutuo: se sienten unidos ante/por el maltrato del entorno familiar.

Pero la diferencia entre él y ella está en cómo cada uno se hace cargo de sus propias emociones: mientras que Pilar tiene miedo (real), llora y pide ayuda, Antonio descarga e inculca en ella las emociones que no puede sentir. Cada intento de Pilar por ser ella misma genera en Antonio una furia sin palabras (o palabras llenas de furia destructiva) que encubren, pero también revelan, el agudo dolor emocional que no puede tolerar. Se enfurece porque no se entristece, y actúa violentamente porque no puede llorar. No reprime sus emociones, ni las niega; en realidad las escinde de su conciencia, “no quiere saber nada de ellas”.

Así Pilar “se hace cargo” del dolor de Antonio por la afrenta en su autoestima. En realidad él no la ama, sino que la necesita. Le dice: *«tú eres mi sol, sin ti no puedo vivir»*, pero no se relaciona con ella como alguien diferenciado, sino como su doble narcisista. De ahí la escena de cama, en que se dan partes de su cuerpo, como dramatización de la entrega del ser, del cuerpo, de la mente. Y también de los ojos y la manera de mirar y ver el mundo. Pero Pilar no va a seguir mirando el mundo a través de los de Antonio, y va a recuperar su propia mirada, y su capacidad de pensar.

Los celos, que sí siente Antonio, tienen que ver con su inseguridad como varón. En su imaginario celotípico aparece otro hombre, un hombre “de verdad”, que la seducirá. Este rival imaginario es su Ideal del yo, aquél que le gustaría ser y no puede ser, y que como todo Ideal será mejor que él mismo. Antonio está acosado por muchos enemigos virtuales, que lo aterrorizan y lo descontrolan. Es un terror del que no puede ni quiere hacerse cargo, es un terror que inyecta en Pilar, como se pone de manifiesto en el ataque de odio y envidia destructiva la mañana que ella intenta viajar a Madrid con otras compañeras para realizar

un nuevo trabajo. Porque con ese proyecto, Pilar le hace sentir a él que ni tiene compañeros, ni tiene nuevos proyectos, ni capacidad interna suficiente para salir del vínculo torturante que lo mantiene dependiente de ella.

En la lenta pero progresiva evolución, Pilar transita diferentes fases: Al principio, oculta lo que ocurre, niega la evidencia de los golpes. Al silenciarlo, se alía colusivamente con él; parece que se siente demasiado humillada, pero tapando a su marido, también se tapa a ella misma. Todavía son “dos en uno”. Le da vergüenza por él, pero también por ella.

Después, cuando empieza a escuchar a otras mujeres hablar de los hombres, se da cuenta de que no están sometidas a ellos, sino que hay otras opiniones y vivencias. En definitiva, los hombres con los que sus amigas se relacionan son personas sobre las que ellas hablan, no están “dentro” de una misma. No los encubren, sino que “los denuncian”, hablan de sus defectos, toman distancia, incluso se ríen y hacen bromas.

Finalmente, cuando busca entender los vericuetos y entresijos de la relación amorosa, lo hace a través de la visita guiada a una exposición sobre los mitos, y acerca de los diferentes protagonistas de la mitología universal. Ya no se entrega ella misma y todo su ser a Antonio, haciéndole dueño de su vida, sino que explica (a terceros, a los visitantes) cómo eran los amores entre las diosas y los dioses. Ella todavía está muy “con-fundida” con Antonio, (lo que se ilustra cinematográficamente en las escenas de ella “dentro” de la imagen pictórica); pero ya ha empezado su posibilidad de pensar y simbolizar, ya ha empezado su separación interna de él: a través del relato de otros personajes, irá elaborando sus propias dificultades.

Antonio no logra una evolución tan positiva. Los mecanismos de control de los impulsos violentos que el psicólogo intenta enseñarle no son realmente efectivos porque no hay comprensión profunda de los mismos. Es un intento de modificación de conducta sin entender los aspectos inconscientes de su mundo interno que los desencadenan. En algún momento el psicólogo le hace pensar acerca de sus celos, pero la posibilidad de simbolización de Antonio es muy precaria. No tiene “palabras para decirlo”³².

³² Palabras para decirlo. Novela de Marie Cardinal

Ella, como decía, puede salir del “círculo infernal de la violencia” gracias a su hermana, que la sostiene y no la presiona; y se anima a comenzar una vida laboral que le da otras gratificaciones “no sexuales”, sublimadas, de elaboración, que le promueven el deseo de aprender y de resignificar su vida. No es lo mismo que vender neveras y cambiarlas de sitio.

Quiero, desde aquí, agradecer a Iciar Bollaín la oportunidad que nos ha ofrecido al relatar en lenguaje cinematográfico algunos aspectos de la compleja relación vincular que se establece en algunas parejas, incluso durante muchos años en multitud de ocasiones, cuando hay maltrato físico y psicológico. Las noticias de los periódicos sólo nos informan de los trágicos sucesos, y nuestra responsabilidad como psicoanalistas es desenmarañar el drama latente que se ha tejido día a día entre ambos.

A mi modo de ver, sólo tras el análisis y debate interdisciplinar de lo que se cuece tras los bastidores, en el mundo interno de cada uno, podremos empezar a establecer políticas eficaces, preventivas y asistenciales, tanto para las mujeres como para los varones.

Bibliografía

BALIER, C.: "Psychanalyse des comportements violents". Le fil rouge. P.U.F. 4ª edición. 1998.

BAYO-BORRÀS, R.: "Psicología de la violencia". En Debate Feminista, año 13, vol 26, octubre 2002. México D.F.

BERENSTEIN, I. Y Puget, J.: "Psicoanálisis de la pareja matrimonial". Ed. Paidós. Buenos Aires, 1988.

FERREIRA, G.B.: "La mujer maltratada", Ed. Sudamericana. Buenos Aires. 1989.

LIBERMAN, D. y LABOS, E.C.: "Fantasía inconsciente, vínculo y estados psicóticos". Ed. Kargieman. Buenos Aires. 1982.

¿Son más depresivas las mujeres?³³

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.

³³Revista Mujeres y Salud, nº 29. 2010. Pág. 8-II. Depósito legal: PM 765-1996. <https://matriz.net/mys29/img/MYS29.pdf#page=8>

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.) colusionan 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 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 y jóvenes pasan por experiencias de vida 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, pero los más importantes son los duelos de personas queridas. También 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 caracteriales, tal cual nos las relatan las propias pacientes, se encuentran ampliamente ilustradas en las publicaciones científicas: médica, psiquiátrica y psicoanalítica (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.

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 se encuentre ninguna otra salida: es la enorme pérdida de libertad, precisamente en los tiempos de máxima libertad, lo que constituye una paradoja insostenible 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 and 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 dudemos, 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 antidepresiva sólo vamos a seguir distrayendo o entreteniendo 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 *entreteniendo*. 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 apesadumbrada 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 victimismo tan frecuente que 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.

Bibliografía

- 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, Luís (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.

Las mujeres, la muerte y el cuidado de la vida³⁴

Hasta el momento en que perdemos a un ser querido, la muerte ha sido una suerte de ficción. La hemos visto en las películas, la hemos leído en las novelas, nos la han contado en los medios de comunicación. Son muertes ajenas, lejanas, casi exclusivamente virtuales. Pero cuando perdemos a quien amamos, la muerte se hace algo real, presente, y nos recuerda que sólo es cuestión de tiempo. Un tiempo que desconocemos y que nos impulsa a vivir.

Es frecuente que el impulso a vivir no emerja hasta transcurrido un largo período, en el que el duelo ha ido cursando gracias al recogimiento del mundo exterior. Cada cual requiere el suyo, con el que, de manera inevitable, se reviven experiencias anteriores.

La infancia, esa etapa de la vida tan olvidada por los adultos, nos proporciona un sinfín de enseñanzas que no deberíamos desdeñar. Fueron unos años en los que hemos tenido que enfrentar muchos duelos, pues no hay crecimiento ni progreso que no implique pérdidas: hemos perdido la satisfacción inmediata de nuestros deseos de cuando éramos bebés; hemos tenido que aceptar que nuestros papás no son, ni de lejos, como los reyes magos; también nos dimos cuenta de que nuestras limitaciones ponían coto a un sentimiento de omnipotencia infinito.

Y llorábamos. Es rara una infancia sin llanto. Tan rara que puede indicar perturbaciones psíquicas graves. Por eso, diríamos, que podemos alegrarnos

³⁴Revista "Mujeres y Salud". (núm. 39). Febrero 2016. <https://matriz.net/mys39/img/Mujeres-y-Salud-39.pdf#page=3>

de que un niño o una niña llore cuando tiene un disgusto, cuando reclama compañía o necesita consuelo. No ignoremos a los niños que lloran, porque si los atendemos llegarán a ser adultos que conecten con sus emociones y que quieran compartirlas: una actitud imprescindible para que los duelos puedan ser elaborados y no se enquisten.

Pero ya sabemos aquel dicho de que “los hombres no lloran”. Lo cual no es sin consecuencias. Quienes contienen el llanto se alejan de sí mismos, sean hombres o mujeres. Quienes esconden las ganas de llorar, las disimulan o las dislocan con reacciones maníacas, se están haciendo trampa. Y los autoengaños no van bien para vivir. Vivir entrampados nos hace infelices, nos aísla de los demás... O peor todavía, contribuyen a crear relaciones falsas y ficticias, como con una bien importante, la relación con la muerte.

Un típico autoengaño es la reacción automática de *no querer saber nada* adoptando una actitud indiferente, que consiste principalmente en *mirar hacia otro lado* cuando se presenta la enfermedad grave o el riesgo de muerte: la negación. Es por eso que los profesionales que trabajan en los equipos de atención paliativa, y conocen bien esta acérrima defensa de los enfermos terminales y de sus familiares ante la evidencia de un cruel diagnóstico, valoran muy cuidadosamente los tiempos internos del paciente, para ir acompañándolo en las diferentes etapas del proceso en función de su progresiva aceptación de la verdadera realidad.

Pero ¿podríamos afirmar que hombres y mujeres enfrentan de manera diferente a la realidad de la muerte?

Me parece demasiado atrevido plantear que hombres y mujeres, que han sido niños y niñas criados por sus padres en la verdad o en la mentira, tengan actitudes diferentes. No sólo es difícil generalizar en este y también en otros temas, sino que además no es en absoluto conveniente porque perjudica el pensamiento complejo, tan necesario para desentrañar los fenómenos psíquicos. Lo que sí solemos constatar en la atención clínica es que hombres y mujeres afrontan las angustias de separación y de muerte activando defensas muy primarias, como aquellas que se dan en los primeros meses de vida extrauterina: por ejemplo, la desconexión del mundo externo a través del dormir, que permite

un repliegue narcisístico reparador ante angustias intensas de muerte. Pero ya adultos, las más frecuentes son la renegación de la realidad (*sí es cierto, pero no lo es*), o la negación (*no, de ninguna manera puede ser cierto*). No es poco frecuente que, en situaciones de duelo, las mujeres suelen replegarse más en sí mismas, haciendo una intensa retracción libidinal del mundo exterior, mientras que los hombres procesen la pérdida buscando otras satisfacciones sustitutivas de manera más compulsiva y maníaca. En realidad, las reacciones emocionales de las personas están sobre-determinadas por el valor narcisístico del objeto perdido; en otras palabras: la pérdida de la pareja no puede compararse con la pérdida de un hijo.

Las mujeres transitamos experiencias de pérdida específicas en el curso de la vida. Se pueden destacar, sobre todo, las que tienen que ver con nuestro cuerpo real, biológico, como por ejemplo, la menstruación. Toda la mitología a su alrededor es buena prueba de ello. La marca ensangrentada de que hemos perdido la niñez y nos hemos de cuidar de una sexualidad no sin consecuencias nos despierta de la ingenuidad infantil. Así como otra marca biológica, “la pérdida de la pérdida”, la menopausia, constata que ya quedó definitivamente atrás la última oportunidad para tener descendencia.

No menos importante para el sujeto femenino es la pérdida de la juventud y la belleza, que ocasiona daño narcisista (a veces grave e irreparable) en su cuerpo real e imaginario.

Pero quizá sea la pérdida “original” la que más nos influya en nuestro ser como sujetos sociales: el duelo, irremediable, de no pertenecer al primer sexo, de no ser “potentes y completas como los hombres” (según el imaginario social), que nos confiere una posición simbólica devaluada.

Así, la pérdida de la virginidad, de la fertilidad, de la belleza, y la constatación de ser devaluadas en el intercambio social, además del temor manifiesto, y siempre latente, ante la pérdida de ser queridas, es posible, tal vez, que nos acerque a una mejor aceptación de otras pérdidas, las que indefectiblemente conlleva el paso del tiempo, incluida la de la propia vida.

Pues todas ellas son pérdidas no transitorias, sino definitivas, de gran calado e impacto en la subjetividad de cada mujer. Incluso algunas de ellas, al

ser irreparables, llegan a abrir un enorme boquete en el narcisismo femenino. Conocemos, por ejemplo, a mujeres “con la muerte en vida”, que no se aceptan, que no fueron aceptadas, y que por tanto no pueden aceptar los retos de estar vivas. Ellas expresan las diferentes formas de depresión o melancolía en las que pueden caer por sentirse desesperadas, al no encontrar la manera de suturar una hemorragia emocional desencadenada bien por no haber tenido hijos, o bien por entrar en una fase de la vida que las aleja de sentirse deseadas.

Aún con todas esas amenazas al sentimiento de integridad personal y valoración social, por lo general transitamos la vida sin pensar cotidianamente en la muerte. Es preciso desmentir esa dolorosa realidad para invertir nuevos proyectos, para establecer relaciones amorosas y continuar con las luchas diarias. Pues aunque haya períodos en los que estamos más cerca de familiares o amigos en situaciones terminales, logramos sobreponernos al desgarró que nos provoca su situación y renovamos los deseos de vivir.

El cuidado de la vida, en un sentido amplio y profundo, ha estado, y sigue estando, mayoritariamente en manos de mujeres. La mayor parte de nuestro tiempo y esfuerzo se dedica a sostener la vida de los demás. Pero creo que no es sólo una cuestión de tiempo y esfuerzo, sino sobre todo, de interés.

El interés de las mujeres por el cuidado de la vida me hace pensar en los movimientos por la paz, por la búsqueda de familiares desaparecidos, en la lucha contra las guerras y en favor de la cultura, en los que las mujeres son las principales impulsoras.

Nuestro interés por el cuidado de la vida nos lleva, también, a implicarnos en profesiones en las que hasta hace no mucho predominaba la hegemonía masculina. Nos importa la salud, la educación, la investigación, y sobre todo, el desarrollo de todo lo que hace a la mejora de las condiciones de vida de las personas.

Es posible, quizá, que el interés de las mujeres por el cuidado de la vida tenga relación con nuestro singular desarrollo psicosexual, pero desde luego también, con el legado transgeneracional que se ha ido transmitiendo durante siglos entre las mujeres.

Desde Antígona hasta nuestros días las mujeres se han posicionado como guardianas de los seres queridos, protectoras de la familia y del hogar por encima, y por delante, de la ley humana, representada por Creonte. Una ley que más que “humana” todavía sigue siendo principalmente androcéntrica y patriarcal, que invisibiliza las necesidades de las mujeres y de sus hijos, desdeñando los costes del cuidado de la vida que corren sobre sus espaldas. El legado femenino continúa preservando Eros sobre Tánatos, pues es posible que de este último las mujeres sepamos más que los hombres.



"Culpa" (Diana Raznovich)

III

Maternidad hay más de una

En busca del parentesco desconocido. Reproducción Humana Asistida, Bioética y Psicoanálisis³⁵

*«La création d'un enfant résulte de la mise en commun
par deux adultes à la fois de leur capital génétique et
de leurs représentations inconscientes et singulières»*

(M. Bydlowski, 1997)

En este artículo presento algunas de las principales cuestiones que se están debatiendo sobre el derecho de los hijos nacidos por donación de embriones o de gametos, a través de las técnicas de Reproducción Humana Asistida (RHA), a conocer sus orígenes biológicos, que incluyen los datos genéticos.

El debate queda reflejado en las contradicciones que encontramos al leer lo que estipula el Proyecto de Real Decreto (PRD) del Ministerio de Sanidad (2021) cuando establece ³⁶: “El Registro cifrará los datos de identificación de donantes, parejas o mujeres receptoras, [...], de manera que *salvaguarde la confidencialidad y el anonimato de los datos de los donantes...*”³⁷. Estas consideraciones las vamos a contrastar con las Conclusiones establecidas en

³⁵Revista Digital ACPP http://www.gradivabarcelona.org/sites/default/files/en_busca_del_parentesco_desconocido._acpp-_2022.pdf

³⁶Artículo 7, apartado 2.

³⁷La cursiva es mía.

el Informe del Comité de Bioética de España titulado: “Sobre el derecho de los hijos nacidos de las técnicas de reproducción humana asistida a *conocer sus orígenes biológicos*”³⁸.

Es una problemática poco conocida por la opinión pública y que todavía tiene escasa presencia en las publicaciones psicoanalíticas, pero la práctica clínica nos confronta cada día con más consultas de personas (niñ@s, adolescentes, parejas homo y hetero, mujeres sin pareja) involucradas, de un modo u otro, en procesos de donación a partir de RHA.

En efecto, el impacto que la RHA ha tenido en el mundo hasta la fecha se calcula que asciende a más de ocho millones de nacimientos. En España, los nacidos de dichas técnicas ya significan el nueve por ciento del total³⁹. En comparación con los países del entorno europeo, el nuestro es de los que más actividad realiza en RHA, en dos niveles de producción:

- Se sitúa a la cabeza en la obtención de células reproductoras (gametos: óvulos y espermatozoides).
- Se halla en un lugar destacado en lo que se refiere a la posterior distribución (de dichas células reproductoras) entre las diferentes comunidades autónomas, o incluso a otros países con los que se han establecido convenios específicos.

Obtención, almacenamiento o distribución de material genético (células reproductoras y embriones) para la reproducción humana, son actualmente actividades denominadas “prestaciones sanitarias”. Así quedan reflejadas en los documentos legales que las están regulando. Hay que tener en cuenta que dichas “prestaciones sanitarias” están en una cada vez mayor expansión y evolución. Se calcula que en nuestro país existen actualmente más de 400 clínicas y servicios dedicados a la RHA, siendo Cataluña, Madrid y Valencia las CCAA más productivas.

³⁸La cursiva es mía.

³⁹Informaciones recogidas en la Ley y en el Documento del Comité de Bioética, que consta en la bibliografía adjunta.

De la genealogía inventada a la genealogía enigmática

En la llamada “novela familiar del neurótico” (Freud, 1909) cada hijo establece, en un momento determinado de su desarrollo psico-sexual, un relato o novela inventada, en la que sus “verdaderos” padres (imaginarios) tendrían unas características mucho mejores que sus padres (reales) con los que convive. El narcisismo infantil resuelve así las decepciones que inevitablemente le causan sus padres reales.

Esta fantasía universal puede seguir su propia evolución en los tiempos de la reproducción humana asistida. El hijo de donantes, si desconoce parte de la identidad bio-genética por la donación de gametos (un hombre o una mujer desconocidos), va a inventar, fantasear, imaginar sobre ellos; incluso en el caso de que no haya sido informado (de que es hijo de donantes) o incluso de que la información haya sido incompleta o tergiversada: aquí ya no se trata de fantasear lo que supone que sucedió pero que no le han contado como en el caso de la novela del neurótico); sino que los hijos de donantes “saben” que no saben algo importante que les concierne en su concepción y en su identidad aun habiendo sido informados (Kermalvezen, A., 2008; María Sellés Vidal, 2018; Hija de lesbianas, 2019).

¿Cuál sería la diferencia entre la novela del hijo neurótico y la del hijo de donante?

El primero supone o intuye que hay una información acerca de su origen que le han ocultado, y que corresponde a una versión mucho mejor que la que le ha tocado vivir, lo cual no es cierto. El segundo, aunque haya sido informado, supone que le han ocultado, fingido, mentido una información vital para su identidad, lo cual sí es cierto. El hijo de donante al que no se le ha acompañado en el proceso de asimilación respecto de su origen de donante(s) anónimo(s), puede vivir sumido en la incerteza: acerca de la identidad de sus genitores desconocidos, y en la de no saber si confiar en sus madres o padres de crianza: sospecha de su silencio, de su versión incompleta.

Pues, a pesar de los esfuerzos por lograr el mejor parecido físico con su hijo de donante en la selección de los gametos, siempre hay *evidencias especulares*⁴⁰ que desmienten una filiación genética.

Con los hijos de donantes no se trata tanto de inventar a medida de los deseos insatisfechos (unos padres ideales para el neurótico), sino de salir de las tinieblas del desconocimiento y de la desconfianza, (Bayo-Borràs, R. 2002, 2021) y así, quizá, poder empezar a fantasear, para crear una novela (de ciencia ficción) de sus orígenes a través de un imaginario distorsionado de lo ocurrido.

En este sentido, si un sujeto puede “rediseñar” la propia genealogía a través de un relato neurótico inventado, es que se han dado unas condiciones suficientemente buenas para su estabilidad emocional y salud mental. Pero si su genealogía real ha quedado en un registro enigmático y lleno de incertidumbre, el sujeto vive entre tinieblas, a tientas con su mundo interno y dando tropezones en su recorrido vital (Sellés Vidal, M. 2018).

Este sería uno de los peligros más importantes de la aprobación del RD de RHA: que los hijos nacidos de donantes estén insertos en una genealogía desconocida, y que si no se les permite conocer parte de su herencia bio-genética, puedan correr el riesgo de quedar como criaturas “mutiladas” en parte de su identidad psico-sexual, mientras forman parte de una genealogía desmembrada: porque no sabe cuántos hermanos existen, abuelos, y otras personas de su parentesco biogenético: porque es del todo imposible actualmente con el blindaje del anonimato de l@s donantes.

Bancos de embriones sobrantes. El problema del almacenamiento

En lo que se refiere a los embriones sobrantes de los procesos de RHA, en España está legislada la obligatoriedad de conservarlos todos (criopreservación, congelación) después de cada ciclo. Las parejas o mujeres con embriones sobrantes han de decidir cada año (o cada dos, según centro o clínica) qué destino

⁴⁰ Me refiero a lo que atañe al parecido físico, base del sostén especular en las relaciones de objeto primarias.

quieren dar a los que no han sido implantados en la misma mujer ni han sido donados a otras solicitantes.

Aunque no me voy a extender con el tema de los embriones, sí quiero, sin embargo, recoger aquí algunos datos, para posteriormente establecer algunas consideraciones en cuanto a la relación entre Bioética, Psicoanálisis y RHA:

- En 1996, hace veinticinco años, el dieciséis por ciento de los embriones congelados sobrepasaban en España los plazos legales de conservación, estipulados hasta un máximo de diez años.
- En 1996 se daba la cifra de diez mil embriones congelados que no se habían destruido ni habían sido solicitados, o sea, sin destino cierto.
- En fecha actual, 2021, se calcula que hay más de medio millón de embriones congelados en España, a la espera de una decisión. Los plazos se han ampliado: ahora está estipulado un período máximo de cincuenta años antes de proceder a su destrucción, con lo que eso significa en términos de almacenaje.
- Las parejas han de pagar entre trescientos y seiscientos euros anuales por mantener sus embriones sobrantes almacenados en los bancos de vitrificación de cada clínica o centro de RA, mientras no se decidan a utilizarlos o a destruirlos.
- Respecto de la congelación de óvulos, es una práctica estimulada por las grandes corporaciones empresariales de Europa y USA (Google, Amazon, etc.) a mujeres profesionales de entre treinta y treinta y cinco años que aún no son madres, con una tarifa de veinte mil euros por proceso de hormonación, extracción y congelación de óvulos, que asume la propia empresa o que facilitan a través de créditos. Estas prácticas se están aplicando también en algunas empresas de nuestro país, (Koldo Carbonero, 2021).

Esta veloz transformación en la manera de traer seres humanos al mundo se ha impuesto como una realidad cada vez más habitual. Esto implica que cada

año se ha de gestionar un número mayor de embriones y células reproductoras (congelados y almacenados en los bancos respectivos).

El sistema de registro de l@s donantes y de sus donaciones todavía no se ha unificado, (cada centro, clínica y servicio de cada CCAA tiene el suyo). Así lo apunta el título de un artículo publicado en 2015: “Sin registro de donantes de gametos: cerca de treinta años esperando su creación” (García, Y. 2015). Ahora hay que agregar también: esperando registro de donantes de embriones.

Del mundo de ayer al mundo actual: legislar para preservar las estructuras del parentesco

La Unión Europea (Parlamento Europeo y Consejo de Europa) ha requerido al Gobierno español que debe reglamentar, de manera rápida y eficaz, el control y la buena distribución por el espacio europeo de las células reproductoras y de los tejidos embrionarios obtenidos, cuando así sean solicitados.

Así pues, el Gobierno a través del Ministerio de Sanidad ha elaborado un Proyecto de Real Decreto (PRD) para establecer un Registro Nacional de Donantes de Gametos y de Embriones (RNGE), “que consignará los hijos nacidos de cada uno de los donantes, la identidad de las parejas o mujeres receptoras, y la localización original de unos y otros en el momento de la donación y de su utilización”.

Es decir, resulta ya imprescindible conocer las características de l@s donantes, y comprobar “*de manera fehaciente*”⁴¹, las consecuencias de las donaciones anteriores realizadas, en cuanto a la generación de hijos nacidos previamente”. Se pretende así garantizar el cumplimiento de la ley anterior (1988) sobre el número máximo de hij@s generad@s, en la que se establece un máximo de 6 hijos por donante nacidos en España. Mientras no haya un RNGE unificado a nivel europeo, algunos donantes pueden llegar a tener hasta seis hijos en varios países diferentes.

Hasta aquí, lo relativo a las cuestiones del PRD sobre el control y el registro de l@s donantes y de sus donaciones. Como psicoanalistas hemos de valorar

⁴¹La cursiva es mía

positivamente que el Estado, a través de su Gobierno, procure los medios normativos y legales para que donantes (personas), donaciones (material genético), y criaturas nacidas a través de los dos primeros, encuentren “su lugar” en un Registro. Un “lugar” que preserve a cada uno de encontrarse en situaciones (reales) complicadas, como, por ejemplo, relaciones incestuosas de consanguinidad. Sin embargo, se sigue blindando el anonimato de l@s donantes de gametos. Lo que favorece un *registro imaginario*⁴², consciente o inconsciente, acerca de las características e identidad de los donantes.

“Sabemos que tu deseo de ser madre puede con todo” (eslogan de clínica de RA)

Siguiendo con el Real Decreto, en él se establece que cada centro y servicio de RHA ha de dar cuenta del número de técnicas y procedimientos para los que estén autorizados, las *tasas de éxito*⁴³ conseguidas en cada técnica, y “cualquier otro dato que se considere necesario para que usuari@s de las técnicas puedan *valorar la calidad de la atención proporcionada*⁴⁴”.

Me quiero detener en esta cuestión, “valoración de la calidad proporcionada”, que quizá pareciera una cuestión menor en relación con la importancia de todo lo anterior. Aquí es imprescindible recordar que las asociaciones y colectivos de mujeres profesionales sanitarias (enfermería, medicina, ginecología, obstetricia, investigación y docencia universitaria, psicología, psicoterapia, etc.) que se ocupan de acompañar y asesorar a las mujeres usuarias de la RHA, llevan muchos años manifestando su descontento por la desatención emocional y psicológica en que se encuentran aquellas. Así lo confirman también las propias usuarias y donantes a través de los innumerables testimonios que se pueden encontrar en foros y redes sociales, explicando y compartiendo sus experiencias diarias, durante meses y años, dando cuenta de su frágil estado emocional, desestabilizado a partir de los tratamientos de hormonación y extracción de

⁴² La cursiva es mía

⁴³ La cursiva es mía.

⁴⁴ La cursiva es mía

óvulos en el caso de las donantes; y de hormonación e implantación de material genético, en el caso de las receptoras.

En numerosas ocasiones relatan el largo y doloroso proceso que han de seguir para lograr su embarazo, las frecuentes situaciones de pérdida de embrión y/o abortos de repetición, etc. etc. Por tanto, sería también necesario cuantificar y evaluar adecuadamente estas circunstancias que conllevan los procesos tecnoreproductivos (Bayo-Borràs, 1996, 1999, 2005).

Si bien algunos centros y clínicas de RHA disponen de servicios de atención psicológica para las mujeres y parejas, una gran mayoría no considera necesario este acompañamiento de forma sostenida, o bien lo realizan priorizando la obtención de resultados “exitosos”, a costa de malograr el estado emocional de la mujer.

La mejora de la denominada “calidad de la atención” a las mujeres donantes y receptoras, de la que son portavoces las redes sanitarias feministas, se hace más urgente y necesaria cada día. Tener en cuenta su estado emocional es la mejor manera de que sus embarazos a través de TRHA cursen saludablemente, y desde luego, para prevenir embarazos de riesgo, descompensación post parto, duelos estancados, pérdidas no elaboradas, en definitiva, para evitar un sufrimiento psicológico excesivo que, a la postre, pueda resultar inútil.

Por consiguiente, en esta importantísima cuestión de atender adecuadamente la salud mental de las mujeres que transitan los procesos tecnoreproductivos, hemos de confiar que sea efectiva la proposición de la norma: “dar recursos para valorar la calidad de la atención proporcionada”. Más vale tarde que nunca, sobre todo en una población de usuarias tan vulnerable, todas ellas mujeres que están cursando el duelo de la infertilidad, o de la edad media de la vida, y otros tantos a causa de abortos, pérdidas de embarazos avanzados, muerte perinatal del feto, muerte de embriones implantados, sin olvidar los grandes e importantes trastornos causados en su organismo femenino a partir de la intervención hormonal, farmacológica y quirúrgica invasiva durante las diferentes etapas de los procesos. De todo ello sabemos bien l@s psicoanalistas, porque son causa desencadenante de perniciosos daños psíquicos por los que vienen a consultar.

El Real Decreto y la negación de los impactos en la cuestión de Género, sobre la Familia, la Infancia y la Adolescencia

Como todo Real Decreto, éste también incluye un Resumen con el Análisis de Impactos. Por ejemplo, si tiene impacto presupuestario o económico, o con relación a otras normas anteriores, etc. Pues bien, cuando hace referencia, al “Impacto de Género” aparece la respuesta “Nulo” (teniendo en cuenta que hay tres casillas: negativo, nulo y positivo); y al “Impacto sobre la Familia, la Infancia y la Adolescencia”, la respuesta es “estos impactos se prevén Nulos” (aquí no hay tres posibilidades de respuesta).

No dejan de ser impactantes estas respuestas tan resolutivamente negativas.

Afirmar de forma tajante que los procesos tecnoreproductivos no tienen consecuencia alguna en la dimensión psico afectiva y emocional de mujeres y parejas, ni en las criaturas nacidas de donantes, sólo puede deberse a un desconocimiento forzado, pues hay innumerables testimonios que lo desmienten; o por ignorancia interesada, o por negación de la realidad, esa realidad que día a día se hace evidente, como antes hemos mencionado, a través de la experiencia profesional de asociaciones de mujeres sanitarias feministas, que desmienten tal afirmación.

Y en cuanto a que “se prevén nulos” impactos en la vida emocional de hij@s (infantes o adolescentes), todavía es más sorprendente, y preocupante.

¿Desde qué Ministerio, asociación científica, Departamento o Comité de evaluación se hace tal afirmación?

Cuando se quiere garantizar el control de calidad de estas “prestaciones”, ¿dónde se establecen las que atañen al estado emocional de las mujeres, de las parejas, y de las criaturas a lo largo de su desarrollo posterior? La respuesta es nula.

El Real Decreto y el impacto de las ausencias

La siguiente información nos da a entender dónde están puestas las prioridades:

Para la elaboración del Real Decreto, el Ministerio de Sanidad ha recabado informes de seis Sociedades Médicas y Científicas (Ginecología y Obstetricia, Fertilidad, Biología de la Reproducción, Andrología y Medicina reproductiva, Genética Humana), además de la Asociación Nacional de Clínicas de Reproducción Asistida de España (ANACER) y la Sociedad Española de Fertilidad (SEF).

También ha recabado informes de otros estamentos gubernamentales. En concreto, de ocho Ministerios: Sanidad, Presidencia, Relaciones con las Cortes y Memoria Democrática, Hacienda, Defensa, Asuntos Económicos, Política Territorial y Función Pública, así como del Sistema Nacional de Salud (SNS), y de varias Agencias Técnicas, entre ellas la del Departamento de Reproducción Humana Asistida.

Y, como corresponde, de tres Consejos de Colegios Profesionales: de Médicos, de Biólogos y de Enfermería.

Pero ¿Ha llegado al Consejo General de Colegios Profesionales de la Psicología la invitación a formular sus consideraciones, a través de expertos en este campo específico de atención psicológica?

Si no ha llegado, y se trata de un Real Decreto sobre Reproducción HUMANA asistida, ¿Cómo es posible descuidar lo relativo a la dimensión humana en el tema de la procreación?

Si hay algún impacto que señalar, es el de la ausencia. Una ausencia que pareciera un descuido. ¿Por qué se considera la dimensión emocional y de salud mental un aspecto irrelevante o tangencial?

Llama poderosamente la atención que no hayan sido incluidos los Colegios Oficiales de Psicología de nuestro país, ni convocadas ninguna de las numerosas asociaciones profesionales y de psicoterapeutas dedicadas a la atención psicológica de la infancia y la adolescencia (Federación Española de Asociaciones de Psicoterapeutas, FEAP), tampoco la Federación Española de Asociaciones de Terapias de Pareja y Familia (FEATPF), ni hayan sido llamadas a contribuir con su experiencia asistencial diaria ninguna de las Asociaciones de Mujeres Sanitarias Feministas que atienden a las mujeres que transitan los procesos de RHA, el CAPS (Centre d'Anàlisi i Programes Sanitaris), etc.

¿Y dónde están las asociaciones de usuari@s? ¿Importan sus testimonios, vivencias, recorridos, experiencias compartidas?

Podremos compartir y considerar la pertinencia de recabar informes de los organismos gubernamentales mencionados, pero no es de recibo la ausencia de colegios profesionales de psicología, asociaciones de psicoterapia de familia e infancia, entidades y plataformas de usuari@s de las TRHA, donde exponen con toda crudeza sus experiencias personales al transitar por los procesos de RHA.

Del árbol al bosque genealógico. El riesgo de una genealogía desmembrada

La mayoría de los países ha establecido una regla de anonimato a favor de l@s donantes de gametos (esperma y óvulos), y elimina el derecho de las personas concebidas por donación a conocer sus orígenes (Herrero, J. 2020). Sin embargo, en las últimas décadas dicho criterio está cambiando, y se está produciendo un movimiento, según el Comité de Bioética de España (CBE, 2020)” hacia el reconocimiento de un derecho a conocer los orígenes de las criaturas”. A este respecto se toma como punto de anclaje la Convención de la ONU. sobre los Derechos de los Niños (1989). Asimismo, la jurisprudencia del Tribunal Europeo de DDHH incluye el derecho a la información que permita “rastrear las raíces, conocer las circunstancias del nacimiento y tener acceso a la certeza de la filiación de los padres”.

Siguiendo esta línea de reconocimiento de derechos de l@s hij@s de donantes de gametos y de embriones, el Consejo de Europa encargó al Comité de Bioética de España el pasado 2019, un Informe para recabar datos y dar su parecer acerca de la donación anónima de espermatozoides y ovocitos. Así nace el documento titulado: “Informe del Comité de Bioética de España sobre el derecho de los hijos nacidos de las técnicas de reproducción humana asistida a conocer sus orígenes biológicos”. Es importante destacar que dicho Informe del CBE tiene fecha 15 de enero de 2020, o sea, es previo al Proyecto de Real Decreto sobre RHA (de junio 2021). Por tanto, resulta bastante significativo

que el Gobierno no haya tomado en consideración *ninguna de las conclusiones*⁴⁵ del Informe del Comité de Bioética de España.

¿Cuáles son las Conclusiones del Comité de Bioética de España? Tras un elaborado y detallado documento de cincuenta y cuatro páginas, se establecen seis conclusiones principales, a saber:

- Primera. Está de acuerdo con la Recomendación de la Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa sobre una reforma legal que elimine el actual anonimato en la donación de gametos para la RHA.
- Segunda. Considera adecuada la “irretroactividad” del cambio de regulación del anonimato. Con ello, se espera promover un incremento de la conciencia entre estos donantes, y que eliminando el régimen de anonimato se genere una cultura de confianza, lealtad y responsabilidad.
- Tercera. Urge al Gobierno de España a que cumpla con la ley de 1988, en la que se establece la creación de Registros de Donantes de gametos, y “acabe con este lamentable estado de cosas que se prolonga desde hace más de treinta años”.

Y lo considera un instrumento “imprescindible” para un mayor control sobre número de donaciones que puede realizar un mismo donante en diferentes clínicas y en diferentes ciudades, provincias o CCAA, y sobre el uso que hacen las clínicas de los gametos de un mismo donante, minimizando⁴⁶ los problemas de consanguinidad inadvertida en el futuro”.

- Cuarta. El principio del interés superior del menor exige la garantía efectiva de los derechos a la identidad y a conocer el origen biológico nacido de la RHA. Sólo puede *corresponder al hijo de las técnicas decidir si quiere o no conocer*⁴⁷, y en qué medida. La Bioética y el Derecho deben

⁴⁵La cursiva es mía

⁴⁶Sic! No se contempla que pueda eliminarse este riesgo.

⁴⁷la cursiva es mía

atender siempre a la protección de la parte más vulnerable, y en el caso que nos ocupa, es obviamente el hijo.

- Quinta. El Estado debe implementar los medios materiales y personales necesarios para proporcionar a los hijos de TRHA el asesoramiento, apoyo, y acompañamiento para ejercer sus derechos a la identidad y conocer su origen biológico. Dicho apoyo y acompañamiento debe extenderse a los padres y a los propios donantes. El Estado debe velar por el interés superior del menor y por la garantía de los derechos del hijo nacido de las TRHA, a través de un acompañamiento a la propia familia.

Son muchas las cuestiones que nos atañen como psicoanalistas en relación con los aspectos bioéticos de la RHA.

Algunas preguntas sobre la dimensión humana de la Reproducción Humana Asistida. Bioética y Psicoanálisis

Para intentar situar la problemática que nos acecha, pareciera que con mucha más frecuencia que en el mundo de ayer se están formando familias sin parentesco genético, al tiempo que va aumentando el número de parientes genéticos con los que no se forma familia alguna.

Al igual que sexualidad y reproducción quedaron definitivamente separadas a partir de los métodos anticonceptivos, de manera similar se está produciendo una escisión a la manera de una “genealogía desmembrada”, en la que el llamado tronco común del árbol genealógico familiar se abriera a ramificaciones desconocidas (al estilo de los llamados “miembros fantasmas”, que duelen aunque hayan sido amputados, o cuya existencia se intuye pero carecen de realidad alguna).

¿Estas nuevas aperturas a genealogías desconocidas y espacialmente disgregadas,⁴⁸ pueden dar lugar a un “bosque genealógico” (de cada uno de los

⁴⁸padres, hermanos, parientes en países diferentes.

hijos de donantes), en el que los miembros de las fratrías, progenitores y ascendientes formen más parte de una construcción imaginaria que de una relación simbolizante?

En el mundo de ayer se daban certezas fundantes (del psiquismo humano) en las relaciones de parentesco y consanguinidad, a partir de las cuales se constituían los vínculos, las identificaciones, la configuración edípica, así como la complejidad de las relaciones familiares en la vida cotidiana. Todo ello ha contribuido a establecer el linaje y la filiación de sus miembros.

Estos cambios en el mundo de hoy que traen las Técnicas de RHA, en especial con donación anónima de gametos y de embriones, y que las acogemos con aparente naturalidad, en lo íntimo de la subjetividad de cada sujeto concernido con estos procesos, sin embargo, es inevitable que aparezcan interrogantes de raigambre narcisista y edípica de difícil simbolización, aun cuando se haya recibido un relato coherente de los hechos (Bayo-Borràs, R. 2021).

Cuando se dan parentalidades múltiples, parentescos enigmáticos, genealogías desconocidas y fragmentadas, también aparece una extraña y siniestra frondosidad familiar. Cada uno de esta “nueva” genealogía puede sentirse como un “narciso sin espejo”, o como un narciso con el espejo “opaco y fragmentado” (Hija de lesbianas, 2019).

Algunas alegaciones fuera de plazo al Proyecto de Real Decreto de RHA

1. *Sobre la dimensión “Humana” del Real Decreto de RHA*

¿Cómo es que no se contempla ninguna dimensión psicológica ni relacional de lo “humano”, y sólo se contempla la dimensión “biomédica” de estos procesos?

¿Dónde está la distinción entre lo biológico reproductivo y la dimensión humana de la procreación?

¿Puede haber seres humanos que carezcan o renuncien a la dimensión psicológica de su existencia?

¿Qué tipo de ser humano puede ser aquél (o aquella) a quien se considere exclusivamente desde la perspectiva biológica? ¿No sería entonces como un ser “mutilado” de su esencia psicológica vital: emociones, relaciones, deseos, fantasías?

Recomendación: Cuando de lo Humano sólo se tiene en cuenta la dimensión biológica, la salud mental está en peligro.

2. Sobre el impacto “nulo” en la perspectiva de Género

¿Desde qué parámetros (estudios realizados y conclusiones obtenidas) se afirma que no hay impacto de Género, cuando los foros y experiencias de mujeres que ha transitado por los procesos de RA manifiestan abiertamente la situación de estrés, ansiedad y malestar emocional?

¿Qué indicadores se contemplan cuando en el texto se menciona “la calidad de la atención” de los centros y servicios de RA?

Solicitud urgente: evaluar la calidad de la atención de los centros, de los servicios y de la atención recibida por parte de las mujeres y parejas que transitan por los tratamientos de RHA, en la dimensión psicológica y de salud mental.

3. Sobre el blindaje del anonimato de donantes

¿Por qué hay que garantizar el anonimato de los donantes? ¿A quién beneficia? ¿A quién perjudica?

¿Es más legítimo que Centros y Servicios Sanitarios conozcan la identidad de donantes, y que por el contrario los hijos habidos gracias a su donación no tengan el derecho a conocer ese origen?

¿Hay algún seguimiento psicológico de las personas donantes de gametos, a lo largo de los meses o años posteriores a la donación?

4. Sobre la dimensión psicológica de la subjetividad de los hijos nacidos de donantes

¿Desde qué evidencia científica se plantea que los procedimientos tecnoreproductivos no producen efectos adversos en la subjetividad de las criaturas nacidas de embriones congelados y donación de gametos?

¿Para cuándo tener en cuenta la dimensión subjetiva de las personas adultas, de las criaturas y de los jóvenes nacidos a través de los procedimientos tecnoreproductivos? ¿Cuáles son sus derechos? ¿Tienen derechos?

¿Cómo no se ha tenido en cuenta que las preguntas sobre el origen, las características que contribuyen en la conformación de la identidad psicológica de cada persona, se activan, de manera sintomática, durante su desarrollo vital, sobre todo durante la adolescencia?

Ya se vieron los perjuicios causados a los niños adoptados por ocultarles información acerca de su origen, ¿por qué hay que pensar que esta problemática no va a ocurrir con donantes anónimos de gametos y embriones anónimos? ¿Tampoco con los niños nacidos de embriones congelados donados?

¿Se está investigando las consecuencias psicológicas, emocionales, cognitivas, en jóvenes adolescentes por ignorar (ser privado de información) la dimensión (genética) de su identidad?

Recomendación: Hace falta un Comité de seguimiento de las personas nacidas de donantes, junto a un Comité de evaluación de los aspectos más predominantes de su salud mental individual y familiar.

5. Sobre la equiparación entre donación de órganos y donación de células reproductoras y embriones humanos

¿Es asimilable la donación de órganos con la donación de células reproductivas y de embriones humanos?

¿Cómo es que en diversos apartados del Real Decreto no se diferencian “las células” de las “células reproductoras de seres humanos”, ni los “tejidos” de los “embriones de seres humanos”?

Sin la biología, es evidente que no hay vida de ningún tipo, pero, en lo que concierne a las personas, tampoco es posible concebirlas excluyendo su dimensión psicológica humana, es decir, su vida relacional, afectiva, deseante, que siembra y cultiva juegos en la infancia, que estudia y proyecta en la juventud, que tiene ilusiones y alegrías, pero afronta también duelos y conflictos a lo largo de su vida.

Pero, aun así —que la Biología no es lo único que nos constituye como Humanos— el Proyecto de Real Decreto de Reproducción *Humana* Asistida (resalto la adjetivación, pues ya sabemos que la reproducción asistida con humanos tiene sus orígenes en la veterinaria) no contempla la dimensión psicológica de las personas implicadas en los procesos tecnoreproductivos. El deslizamiento de sentido que transita por todo el texto es el de considerar a las personas como “objetos”, o como “cosas”, o como “órganos humanos”.

Es una grave incongruencia denominar a la Reproducción Asistida “Humana” en una ley que sólo contempla la dimensión del cuerpo biológico (vivo, eso sí), desatender la dimensión psicológica, desestimar la vida emocional de las mujeres que transitan dichas prácticas, ignorar los efectos negativos que el anonimato impuesto puede causar en la construcción de la identidad de los hijos nacidos de donantes.

Es un riesgo para la salud mental de las personas implicadas ofrecer una reglamentación que confunde en algunos aspectos la donación de embriones y de células reproductoras de seres humanos con la donación de órganos. Legislar sin haber contemplado la dimensión psíquica de la vida humana de las personas implicadas es peligroso y puede causar graves daños, cuando (desde luego) algunos de ellos pueden ser previsiblemente evitables: así ha sucedido en el caso de adopciones. Sin embargo, estas incongruencias están sucediendo.

Bioética y Psicoanálisis

Desde la perspectiva psicoanalítica se ha estudiado, investigado y tratado clínicamente el profundo daño psicológico de niñ@s huérfan@s o adoptad@s debido al desconocimiento del propio origen. Ha acudido en su auxilio la

normativa⁴⁹ Ley 14/2010 (Anna Mcpherson, 2015), a través de la cual estas personas han logrado obtener una información sobre las circunstancias de su origen, imprescindible para constituir un desarrollo emocional saludable.

Sin embargo, este derecho, fundamental para el psicoanálisis desde que es “fundante” del psiquismo humano y el principal sostén para la constitución de la subjetividad individual, va a estar vetado, negado, prohibido, con la aprobación del mencionado Real Decreto.

Bioética y Psicoanálisis tienen que dialogar sobre esta cuestión que atañe directamente a los derechos imprescindibles para construir una subjetividad humana saludable, de las personas implicadas (progenitores donantes, padres de crianza, criaturas engendradas y nacidas por TRA). De lo contrario, los riesgos en el estado emocional y de salud mental son amplios y variados. De hecho, l@s psicoanalistas ya estamos recibiendo consultas derivadas de esta problemática; me refiero cuando no hay una información veraz sobre características del origen, y cuando se niega la posibilidad de búsqueda de la herencia genética. Ambas cuestiones están imbricadas en la ya bastante compleja tarea psíquica de constituir una identidad propia.

Por tanto, me parece principal dar a conocer las conclusiones del CBE que ponen en valor las contribuciones que el psicoanálisis ha realizado en el conocimiento de la configuración psíquica: en lo relativo al psiquismo temprano, la importancia del narcisismo primario, los procesos identificatorios, la problemática edípica, el establecimiento de las relaciones con los objetos primarios, la crisis de la adolescencia (sexualidad e identidad).

Sobre casi todas estas cuestiones “habla” dicho Informe, eso sí, con otras palabras y utilizando otros términos. A veces no es preciso haber estudiado psicoanálisis para establecer criterios éticos que salvaguarden y protejan a los más vulnerables. En cambio, el Ministerio de Sanidad, y en especial, la Comisión Nacional de Reproducción Asistida, podemos decir que precisa de la asistencia y la colaboración de profesionales del campo de la psicología. También habría de recoger e incorporar las conclusiones elaboradas por el Comité de Bioética de

⁴⁹Ley 14/10, del 27 de mayo. De los derechos y las oportunidades en la infancia y en la adolescencia.

España, sobre todo y, en primer lugar, para establecer las líneas rojas necesarias que eviten más perjuicios a mujeres, parejas, donantes y personas nacidas de las donaciones. En segundo lugar, para no repetir lo que hemos aprendido por cerrar los ojos ante la “banalización del mal”.

Barcelona 7 de septiembre de 2021

Referencias bibliográficas

BAYO-BORRÀS, R., CÁNOVAS, G., CAMPS, N., SENTÍS, M. y ALDA, C. (1996). “Maternidad y Técnicas de reproducción asistida: una perspectiva psicoanalítica”. Ediciones Cátedra. Universitat de Valencia. Colección Feminismos.

BAYO-BORRÀS, R. y CÁNOVAS Sau, G. (1999). “Psicoanálisis y tecno reproducción: Sonia o la Casta de la Ceni-cinta”. Revista Intercambios en Psicoanálisis.

<http://intercanvis.eu/es/psicoanalisis-y-tecnorreproduccion-sonia-o-la-casta-de-la-cenicinta>

BAYO-BORRÀS, R. (2001). “Éxitos y fracasos. Luces y Sombras. Reflexiones en torno a la Reproducción Asistida”. Revista Intercambios en Psicoanálisis.

<http://intercanvis.eu/ca/exits-i-fracassos-llums-i-ombres-reflexions-a-l-voltant-de-la-reproduccio-assistida>

BAYO-BORRÀS, R. (2002). “De dónde vienen los padres. luces y sombras revelación y enigma: Consideraciones en torno al silencio sobre las características del origen en la Reproducción Asistida”. Revista Intercambios en Psicoanálisis.

https://matriz.net/mys-09/dossier/doss_09.html

BAYO-BORRAS, R., CÁNOVAS, G. y SENTÍS, M., (2005). “Aspectos emocionales de las técnicas de reproducción asistida”. Col·legi Oficial de Psicòlegs de Catalunya.

<http://biblioteca.copmadrid.org/bib/2705>

BAYO-BORRÀS, R. (2011). “Sobre la demanda de hij@ a las técnicas de reproducción asistida. Aspectos emocionales en juego”. Revista de Psicopatología y Salud Mental del Niño y del Adolescente. Fundación Orienta.

<https://www.fundacioorienta.com/en/sobre-la-demanda-de-hijo-a-las-tecnicas-de-reproduccion-asistida-aspectos-emocionales-en-juego>

BAYO-BORRÀS, R. (2021). “Edipo Frankenstein”. En: “El laberinto edípico. Madres, padres e hijos en el siglo XXI”. Edición X Jornadas de Intercambio en Psicoanálisis, GRADIVA, Associació d’Estudis Psicoanalítics. Xoroi Edicions. Barcelona.

BYDŁOWSKI, M. (1997). “La dette de vie. Itinéraire psychanalytique de la maternité”. Presses Universitaires de France.

CARBONERO, K. (2021). “No se pierden posibilidades por gestación con embrión u óvulo vitrificado”.

https://www-diariovasco-com.cdn.ampproject.org/c/s/www.diariovasco.com/sociedad/salud/quironsalud/koldo-carbonero-pierden-20210715104208-nt_amp.html

FREUD, S. (1909). “La novela familiar del neurótico”. Amorrortu Editores, 1989, XI.

GARCÍA, Y. (2015). “Sin registro de donantes de gametos: cerca de treinta años esperando su creación”. IUS ET SCIENTIA₁ (1): 41-52.

HERRERO, J. (2020). “Detrás del anonimato en la donación de gametos hay más de dos personas implicadas”.

<https://doctorjulioherrero.com/detras-del-anonimato-en-la-donacion-de-gametos-hay-mas-de-dos-personas-implicadas>

KERMALVEZEN, A. (2008). “Né de spermatozoïde inconnu...” Ed. Presses de la Renaissance. París.

MACPHERSON, Anna (2015): <https://www.lavanguardia.com/vida/20151120/30274090193/derecho-conocer-origenes.html>

”Mujeres y Salud”: Revista de mujeres profesionales sanitarias.

<https://matriz.net/resultados.htm?cx=010950507072193968502%3A-sisdoavxjq&cof=FORID%3A10&ie=UTF-8&q=Reproducci%C3%B3n+asistida&sa=Buscar&siteurl=matriz.net%2F&ref=es.search.yahoo.com%2F&ss=9416j24100056j24>

Testimonios

- “Hija de pareja lesbiana: El otro lado del arco iris”. 2019.

<https://www.youtube.com/watch?v=Fjfy0v9nang>

- Miquel y Zuriñe, (2020).

<https://www.youtube.com/watch?v=HvnUJiPkaoU>

- Sellés Vidal, M. (2018).

<https://www.criar.cat/noticia/579/ser-filla-donant-esperma-suposat-trauma>

<https://www.ccma.cat/324/fills-de-donants-desperma-o-ovuls-volen-saber-qui-son-els-seus-pares-genetics/noticia/2991754>

Textos legales

- Convención sobre los Derechos del Niño (1989).

<https://www.unicef.org/es/convencion-derechos-nino/texto-convencion>

<https://www.un.org/es/events/childrenday/pdf/derechos.pdf>

- Informe del Comité de Bioética de España. Madrid, 15 de enero de 2020.

<http://assets.comitedebioetica.es/files/documentacion/Informe%20del%20CBE%20sobre%20el%20derecho%20de%20los%20hijos%20nacidos%20de%20las%20TRHA.pdf>

- *Ley de Reproducción Asistida*, 35/1988, de 24 de noviembre:

<https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1988-27108>

- *Proyecto de Real Decreto* por el que se regula la organización y funcionamiento de los Registros Nacionales en materia de Reproducción Humana Asistida. Versión 15/06/2021. Ministerio de Sanidad. Gobierno de España.

https://www.msbs.gob.es/normativa/audiencia/docs/PRD_registros_nacionales_en_materia_de_reproduccion_humana_asistida.pdf

Sobre la demanda de hij@ a las Técnicas de Reproducción Asistida: aspectos emocionales en juego⁵⁰

«*Ciencia sin conciencia, es una ruina*»
(Rabelais s.XVI)

Hay vientos de cambio en el campo de las Técnicas de Reproducción Asistida.

En el Simposio de Psicología de la Sociedad Española de Fertilidad⁵¹, la principal cuestión entre convocantes y participantes fue plantear que las emociones de los usuarios tienen un papel fundamental en el proceso de las TRA. Se debatieron también otros temas de no menor importancia, por ejemplo, cómo perciben los médicos la labor realizada por los profesionales de la psicología. Para ilustrar la tarea que llevamos a cabo con estos pacientes, algunos profesionales invitados explicamos el modelo de atención de nuestra práctica asistencial, la manera “de actuar” en la labor clínica.

Esta breve introducción es para destacar que durante los últimos veinte años la implementación de las TRA ha tenido de forma muy excepcional un

⁵⁰Revista Orienta: <https://www.fundacioorienta.com/sobre-la-demanda-de-hijo-a-las-tecnicas-de-reproduccion-asistida-aspectos-emocionales-en-juego>

⁵¹Campus SEF Formación Continuada. “¿Qué aporta la psicología a la medicina reproductiva?” Madrid, 22 octubre 2009.

acompañamiento psicológico, tanto de las usuarias y usuarios como de los profesionales (médicos, biólogos, ginecólogos, andrólogos, etc.), pero actualmente se considera imprescindible incluir el asesoramiento y la implicación del profesional de la psicología en los servicios de TRA. La labor pionera y sostenida de algunos servicios asistenciales en este campo ha ido dejando su huella, y cada vez son más los equipos multidisciplinares de reproducción asistida que ya cuentan con el profesional “psi” entre sus miembros.

A un nivel general se plantea la ayuda psicológica con la finalidad de reducir la presión emocional a la que se encuentran las mujeres, sin embargo, creo que no debería ser éste su único objetivo. Si bien la asistencia psicológica es necesaria para sostener, aliviar y contener emocionalmente a las parejas durante el proceso tecnoreproductivo, no siempre es conveniente –para su salud mental– tratar de conseguir que continúen con los procesos médicos tras fracasar repetidamente en la consecución del embarazo.

Según datos de la SEF, la mitad de las parejas abandona de manera “prematura” dichos programas, debido a la sobrecarga y al estrés psicológico que conllevan, pues dichos programas de reproducción asistida suelen caracterizarse por una sucesión de intentos fallidos.

Éxitos, fracasos y obsesión procreadora

Los fracasos, las desilusiones, las expectativas defraudadas, el esfuerzo psíquico, el coste emocional y la crisis narcisista por lo que no llega a realizarse pueden causar estragos en las mujeres ya debilitadas por el diagnóstico de infertilidad. Si la satisfacción de esa demanda de *hij@* se dilata en el tiempo, sucede entonces que cuanto más empeño se pone, menos resultado se obtiene, hasta llegar, en algunas ocasiones, al límite de la resistencia emocional. Sólo cuando cede la presión médica, o familiar, o cuando la mujer ya se siente liberada de cumplir con el *mandato de género o mandato transgeneracional* de tener descendencia, sólo entonces sucede lo no esperado, o sea, el embarazo espontáneo.

En muchas ocasiones “sentirse liberada” de cumplir con el mandato de género o mandato transgeneracional, tiene que ver con decir “basta” a la sucesión

de pruebas, análisis, ecografías, controles, pinchazos, hormonaciones, revisiones, medicaciones, etc. Y cuando decide, o deciden ambos miembros de la pareja, acabar con los tratamientos médicos, y darse un tiempo para recuperarse y reflexionar, sucede que el embarazo es posible. Al contrario, precisamente, de lo que se les propone en algunos servicios de tecnoreproducción.

Frente a todos estos fenómenos, nos hacemos muchas preguntas sobre este encuentro tan singular en el que ciencia y tecnología se alían en la aventura de la reproducción. También se las hacemos a los profesionales que aplican las técnicas, y que diagnostican la ausencia de embarazo como una “enfermedad” que hay que “curar”. Es bastante comprensible que la conciencia (los procesos conscientes) no pueda dar cuenta de los deseos y fantasmas inconscientes implicados en esta aventura, pero *algo de conciencia* sí debería ayudar a *que la obsesión procreadora reencontrara la razón y el sentido común*.

Así se expresaba hace ya más de diez años, en 1999, Alex Kahn, genetista francés, ante el frenético desarrollo de la asistencia médica a la procreación. Con estas palabras hacía referencia a las “derivaciones inquietantes” de las técnicas, en especial a “las tasas de prematuros, de gemelos, o de enfermedad cerebral” que pueden ocasionar, sin mencionar también el posible riesgo de infertilidad de los niños habidos por reproducción asistida. Por eso mismo, J. F. Mattei⁵², ministro francés de Salud, con el soporte del presidente del Comité Consultivo Nacional de Ética (CCNE), consideraba que era “urgente evaluar las consecuencias de estas técnicas médicas a medio y largo plazo”. Y en concreto, pedían a las parejas y a los médicos que fueran “más sensatos”.

Los servicios que realizan tratamientos de reproducción asistida seguramente llevan a cabo estudios de evaluación a medio y largo plazo. Nuestra pregunta es si en estos estudios se incluyen también aspectos relevantes sobre los procesos emocionales que afectan a las mujeres en particular, antes, durante y después de los procesos tecnoreproductivos.

Como decía, desde una perspectiva psicoanalítica, tenemos muchas preguntas que plantear, cuestiones que delimitar, y nuevos interrogantes para seguir pensando sobre los efectos que estas técnicas pueden implicar en las usuarias.

⁵²Mattei, J. F., “L’acharnement procréatif”, *Le Monde*, 22 de enero de 2003.

La pregunta inicial es averiguar en qué consiste la sensatez. Tal vez puede consistir en saber decir “no” cuando ya no se puede más. O, por el contrario, ¿hay que llegar hasta el límite? Pero, al límite de qué, ¿de la edad? (pero, ¿está definido ese límite?); ¿o de los sucesivos intentos que promueve la tecnoreproducción?, ¿o de la capacidad de resistencia psíquica de las mujeres implicadas?

Otra cuestión que es preciso plantear: ¿Cuándo y qué se considera un éxito; cuándo y qué se considera un fracaso? Lo que puede ser considerado un logro para la técnica reproductiva, puede conllevar una alegría inmediata para algunas parejas; pero después, cuando se convierten en padres, no se sienten seguros de qué significa asumir la crianza como tales. No estamos hablando de la mayoría de las situaciones, pero sí de una amplia casuística en la que, con los años ya transcurridos y los miles de niños nacidos a través de las técnicas, asistimos en las consultas de servicios públicos y privados⁵³.

Me refiero a situaciones personales de quienes padecen un elevado grado de malestar, que bien se podrían denominar “crisis narcisistas”, sobre todo después de haber iniciado, o haber prolongado, los tratamientos tecnoreproductivos. En la intimidad de las consultas podemos escuchar los efectos en el sujeto (hombre o mujer) del tránsito por las TRA cuando no ha habido cierta “sensatez”. En lugar de darse un encuentro, vemos el desencuentro, y la consiguiente ruina psíquica que ha ocasionado en la pareja o en alguno de sus miembros. Un boquete en el narcisismo y un desmoronamiento del Ideal del Yo.

A continuación ilustro con algunas viñetas clínicas cómo se expresan los usuarios de las técnicas que no han logrado conseguir su demanda de hijo. Situaciones límite en las que se abre la grieta de la crisis narcisista:

- *Cuando se llega al límite de la edad*: cada persona considera ese límite de manera diferente, pueden ser los 45, o los 50 o los 55 para la mujer; para el varón el límite no está tan claramente establecido, lo cual puede implicar que se establezca una diferencia de edad con sus propios hijos

⁵³Cánovas, G., “Els fills per reproducció assistida: objectes o subjectes?”, en La adopción y otras filiaciones: un fenómeno contemporáneo, publicación de la Sección de Psicología Clínica y de la Salud del COPC, Documento Tres, Barcelona, mayo del 2003.

de manera tal que trascienda el lapso de tiempo de una (o a veces más de una) generación; por eso en ocasiones se dice que parecen más sus nietos que sus hijos.

- *Llegar al límite de los intentos*: también cada pareja y cada persona resuelve continuar o no con los procesos tecnoreproductivos según expectativas, desilusiones, o capacidad económica para afrontarlas; incluso hay quienes se hipotecan y se endeudan, traspasando todos los límites de un cierto contacto con su capacidad real.
- *Llegar al límite de la resistencia psíquica del sujeto*: ésta es una cuestión delicada, especialmente cuando se argumenta que vale la pena continuar porque el “resultado” final compensará de todos los sufrimientos habidos.

Entonces, ante la cuestión de cuál ha de ser la función y posición ética del profesional “psi” en los equipos asistenciales de reproducción asistida, creo que es necesario mantener una posición lo más clara y definida posible. Las opiniones son variadas: desde que la ayuda psicológica se precisa para soportar la sobrecarga emocional durante los procesos médicos, hasta que hay que ayudar a continuar con los intentos de fecundación asistida.

Mi opinión es que los profesionales “psi” tenemos una importante responsabilidad: hemos de ofrecer una atención cuidadosa a las pacientes, priorizando las características particulares de su subjetividad. Cada caso tiene su complejidad situacional y personal; por lo tanto, se requiere un criterio diagnóstico, y una cierta valoración pronóstica, respecto de la evolución que la pareja, y en particular la madre, puede tener durante el embarazo mediante las técnicas, y, posteriormente, en el proceso de la crianza. Es la mejor manera de cuidarlos y preservarlos de las situaciones llamadas “límite”.

Subjetividad, demanda de hij@ y funciones parentales en las TRA

La experiencia clínica individual y con parejas que acuden a la reproducción asistida nos muestra que las características de su subjetividad condicionan, de

manera muy significativa, tanto el *éxito* (logro de embarazo) como el *fracaso* (la pérdida del embarazo). Las características de su mundo interno influyen también de manera decisiva en las consecuencias posteriores: en cómo será su reacción emocional frente a la pérdida del proyecto de hijo; o ante la consecución del embarazo (especialmente si es gemelar o múltiple). Por consiguiente, no tener en cuenta los aspectos emocionales de los usuarios de las TRA, o dicho de otra manera, mantener la dimensión subjetiva *invisibilizada*, tiene consecuencias. Algunas de estas cuestiones pudimos recogerlas en una publicación realizada hace unos años por el Colegio Oficial de Psicólogos de Cataluña⁵⁴.

En el mencionado documento expusimos, desde un enfoque psicoanalítico, que la utilización de las TRA introduce modificaciones muy importantes en la configuración de las funciones parentales. Hasta la llegada de las TRA, la parentalidad no podía concebirse sin relaciones sexuales, aunque pudiera decidirse, con mayor o menor garantía de éxito, el momento de tener un hijo deseado, gracias a los métodos anticonceptivos. Esta condición *sine qua non* hasta finales del siglo pasado ha dejado de tener su razón de ser. El acceso de una pareja, o de una mujer “sola”, a las funciones parentales puede conseguirse precisamente alterando su premisa inicial, e incluyendo terceros (donantes), en lo que hasta entonces había sido exclusivamente una “escena íntima”.

Tal es así que “gracias” a las técnicas de reproducción asistida es posible ser padres:

- sin la intervención de relaciones sexuales en la pareja,
- con la intervención de terceros conocidos (médico, biólogo, etc.), y
- con la participación de terceros desconocidos (donantes), en algunas ocasiones.

⁵⁴Bayo-Borràs, Regina, Cánovas i Sau, Gemma, y Sentís, Margarita: “Aspectos emocionales de las Técnicas de Reproducción Asistida”. Col.legi Oficial de Psicòlegs de Catalunya. Barcelona 2005.

Estos factores que “intervienen” de manera decisiva en la procreación van a influir en aspectos muy diversos del proceso de filiación, siempre complejo, pero sobre todo de manera especialmente particular en las siguientes cuestiones:

- en la adopción del propio hijo biológico, en especial si no tiene herencia genética, por venir de donante de gametos;
- en la delicada cuestión de la comunicación o “revelación” al hijo/a sobre las características de la concepción y de la herencia genética⁵⁵.
- En la asimetría de los miembros de la pareja, en especial cuando sólo uno de los dos es infértil⁵⁶.

Partimos de la consideración de que, como muy claramente expone Silvia Tubert⁵⁷, la infertilidad funcional o inespecífica no puede reducirse a una problemática orgánica, y de que no puede aislarse o disociarse de otros factores que influyen en ella y la sobredeterminan. En concreto nos referimos a factores de orden subjetivo, de una gran complejidad psíquica, entre los cuales es preciso destacar los más importantes:

- Las características de los vínculos tempranos,
- Los aspectos biográficos que dejaron huella traumática,
- La configuración de la identidad psicosexual de cada uno de los miembros de la pareja, y
- La representación imaginaria y la función simbólica que tiene el “hijo por venir”.

⁵⁵Bayo-Borràs, Regina: “Éxitos y fracasos, luces y sombras: reflexiones en torno a la reproducción asistida”. En Revista Intercanvis/Intercambios nº 6, Mayo 2001. Barcelona.

⁵⁶Camps, Núria: “Las funciones parentales frente al siglo XXI. Efectos emocionales de las nuevas técnicas de reproducción asistida”. En Mujer y Salud Mental. Reflexiones y experiencias. CHMC y COPC. Barcelona 1999.

⁵⁷Tubert, Silvia: “Mujeres sin sombra. Maternidad y Tecnología”. Ed. Siglo XXI, 1991.

Cada uno de estos factores requeriría una amplia explicación, que no voy a desarrollar aquí. Sin embargo, a través del material de entrevistas, las parejas que consultan van revelando en que se basa su demanda de hijo a los procesos tecnoreproductivos y, a través del material discursivo, se va desvelando la fantasía inconsciente que la sustenta⁵⁸. Hay frases bastante ilustrativas de pacientes que han consultado durante los procesos tecnoreproductivos:

- *«Nos gustaría poder formar una familia... en realidad lo que pasa es que mi padre ya es muy mayor y le encantaría tener un nieto».*
- *«Quiero tener un hijo con mi pareja, él es veinte años mayor que yo y me da miedo quedarme sola en la vejez».*
- *«Siempre he deseado tener una hija, porque me va hacer mucha compañía, aunque al principio me va a dar mucho trabajo».*

No es difícil ver diferencias muy significativas en estos tres planteamientos. En el primero planea un mandato transgeneracional, de componente edípico, del cual se hace cargo la mujer, cuya posición subjetiva es todavía la de “hija”. En el segundo, aparece una demanda manifiesta de deseo de hijo, pero cuyo trasfondo parece más bien un desplazamiento de objeto edípico amoroso. En la tercera, la ambivalencia cubre y descubre una demanda, en la que la necesidad parece ser más intensa que el deseo.

En el “deseo de hijo” confluye una variada multiplicidad de componentes narcisísticos y edípicos, cualitativamente diferentes en la mujer y en el hombre. Como bien mostró Freud en varias de sus obras, el amor parental no es más que una resurrección del narcisismo de los padres (amor hacia sí mismo), sólo que ahora es un objeto (el niño), quien ocupa el lugar anteriormente reservado para el propio Yo. En otras palabras, el amor parental es una transformación del amor narcisista al propio Yo, en amor de objeto.

El enfoque psicoanalítico nos permite, pues, comprender algo más sobre *qué clase de objeto interno* viene a representar el hijo que se demanda a las

⁵⁸R. Bayo-Borràs y G. Cánovas i Sau, (1999) “Psicoanálisis y tecnoreproducción: Sonia o la “casta de la cenicienta”. Revista Intercanvis. Papers de Psicoanàlisi, nº 3. Barcelona.

técnicas, teniendo en cuenta que se obtiene, precisamente, con intervención de terceros conocidos (equipo médico) o gracias a la donación de gametos de terceros desconocidos. Si bien el hijo como objeto de deseo de la madre no es, evidentemente, exclusivo de quienes se acercan a las técnicas reproductivas, esto se hace mucho más explícito durante el proceso tecnológico, porque se desencadenan múltiples temores y fantasías al respecto. En todo caso, de lo que se trataría sería evitar que la oferta de las TRA entrara en franca colusión con la fantasmática subjetiva de cada uno de los futuros padres. Es decir, que la tecnoreproducción colaborara en la “adjudicación” de un hijo que viene con los “datos cargados”: para hacer compañía, para dar un nieto a los abuelos, para sustituir a la propia pareja durante la vejez, como objeto de uso.

Para el psicoanálisis, el advenimiento psicológico de la maternidad y de la paternidad es un proceso subjetivo que requiere su tiempo, y haber atravesado diversas etapas evolutivas, así como haber elaborado duelos y conflictos internos; no es tanto así para la “mirada médica”: la formulación “quiero un hijo” es entendida exclusivamente como una demanda que hay que satisfacer. Pero, como decía antes, lo principal no es tanto cumplir con los protocolos médicos, sino que fluyan los tiempos internos de cada uno de los sujetos, hombre y mujer, en su devenir padres.

Este “dar tiempo” a la pareja para que fluyan sus tiempos internos puede ayudar precisamente a restaurar en parte el narcisismo herido por la infertilidad (funcional, o inespecífica), y también dañado por tener que acudir a las técnicas. Asimismo, ir descubriendo qué “categoría de objeto”⁵⁹ viene a ocupar o sustituir el hijo pedido a las técnicas puede ser de gran ayuda para comprender las características del duelo concomitante al “fracaso”, o los temores que han aparecido una vez se ha logrado el embarazo. En relación a esto, se pueden

⁵⁹Levin, Esteban: “La función del hijo. Espejos y laberintos de la infancia”. Ed. Nueva Visión. Buenos Aires 2000.

plantear algunas vicisitudes libidinales y narcisísticas del “objeto hijo”⁶⁰ pedido a la TRA:

- Como un objeto que niega la falta de fertilidad.
- Como un objeto que desmiente la ausencia de descendencia biológica o genética.
- Como un objeto que repara las carencias en el vínculo de pareja.
- Como un objeto que proporciona seguridad y “normalidad” en el entorno familiar y social.
- Como un objeto que sustituye o consuela por algún otro objeto perdido (abortos, embarazos fallidos).
- Como un objeto que tiene la función/misión imaginaria de unir a la pareja.
- Como un objeto que va a restituir el daño narcisístico de uno o los miembros de la pareja.

Crisis narcisista en el encuentro con las TRA

*«La avidez destruye el sentido moral. Hemos pasado de la
gran admiración a la ciencia al miedo y al sentido crítico;
pues la medicina ha curado muchas enfermedades,
pero la codicia, no»*
(M. Broggi)

Para muchas parejas, las TRA son consideradas como la última oportunidad para tener un hijo biológico; pero, paradójicamente, al mismo tiempo son también una manera de confirmar su impotencia, vivida como un intenso y

⁶⁰Bayo-Borràs, R.; Cánovas, G.; Sentís, M.; Camps, N.; Alda, C.; Sentís, E. “Maternidad y técnicas de reproducción asistida: una perspectiva psicoanalítica”, en Figuras de la madre, Editorial Silvia Tubert i Editorial Cátedra, 1996.

humillante fracaso ante sí mismos, familiares y amigos. Se dirigen, pues, a la medicina tecnoreproductiva, que en el imaginario social ocupa un lugar idealizado y, hasta hace poco, omnipotente. Esta idealización, sin embargo, encubre otra cara oscura, la de la persecución. Por eso es frecuente que, después de haber depositado enormes expectativas en ellas, al cabo de uno o varios fracasos, las TRA se conviertan para estas parejas en un “método para sufrir”, un “martirio físico y psíquico”, como me decía una joven paciente después de cinco años de tratamientos.

Con frecuencia escuchamos también otros fenómenos sociales que indican hasta qué punto puede darse una búsqueda “sin límites” o “sin fronteras”, tras el objeto de deseo (o de necesidad) hijo, que vendrá a colmar, reparar, satisfacer o sustituir alguna carencia, herida, falta o privación antigua e interna. Es cuando nos encontramos con el “nomadismo médico”: si no logran el éxito rápido, quieren empezar de nuevo en otra ciudad, o en otro país (como por ejemplo, España), y los médicos vuelven a ensayar “para que no pierdan su última oportunidad”.

¿No parece esto una huida hacia delante, intentando evitar maníacamente una crisis o descompensación narcisista?

El riesgo, creo, es que los “fracasos” puedan llegar confirmar intensos temores persecutorios, pesimistas y negativos, de la fantasía inconsciente de la mujer, o de ambos miembros de la pareja. Algunos de estos aspectos emocionales cargados de sufrimiento y ambivalencia los podemos escuchar en la manifestación espontánea de las pacientes que consultan:

- En torno al sentimiento de culpabilidad inconsciente, una mujer me decía: *«Yo quiero un hijo, pero creo que no me lo merezco... la prueba es que no me quedo embarazada»*.
- En torno a la necesidad de castigo: ante el fracaso y la consiguiente desilusión, una paciente decía que “la derrota” se veía “anunciada, merecida”.
- En torno a una posición melancólica de fatalismo y mala suerte: *«Si no llega el embarazo es que no ha de venir, en realidad me temo que no sería buena madre»*.

Ante reacciones emocionales como las expuestas, hemos de seguir haciéndonos preguntas y planteando riesgos de posible colusión con “la necesidad de castigo” de algunas pacientes. Para que las Técnicas de Reproducción Asistida sean unos procesos que ayuden a las parejas a tener descendencia cuando hay dificultades, sin añadir riesgos en salud mental durante su aplicación, hemos de estar muy atentos a la singularidad del “caso por caso”. En concreto quiero plantear: en los Servicios de Reproducción Asistida ¿hay una cuidadosa escucha del estado en que se encuentra el sujeto cuando se le propone/indica el uso de las técnicas, o estamos ante una especie de “sacralización” del deseo de los adultos?

El estado confusional que viven las parejas durante el tránsito por los procesos médicos hace necesario un verdadero trabajo de discriminación, que les ayude en la elaboración del duelo por la infertilidad, y también de otros duelos que “despiertan” precisamente en ese momento vital. Así es como una crisis, que en un inicio está unida a una fractura en la autoestima que hay que superar, puede llegar ser una oportunidad para realizar un cambio interno.

Cuando hablo de crisis en este contexto, me refiero a una perturbación psíquica, en la que se ha perdido el equilibrio interno. Entonces suelen aparecer en la mujer que quiere ser madre mecanismos defensivos intensos, con los que tratará de recuperar el equilibrio emocional, porque se encuentra invadida por el dolor y la angustia ante la pérdida del proyecto de una maternidad “natural”, la cual le otorgaría un status de mujer normal ante la sociedad, siendo éste un auténtico y verdadero proyecto del Ideal del Yo.

Pero también surge la del miedo y un cierto sentimiento de persecución por lo nuevo, por lo desconocido que está por venir, vivido de manera disruptiva: tanto puede ser un embarazo múltiple, como un niño defectuoso, como un hijo “superespabilado” (fruto del donante), como decía una mujer, ante la propuesta de donación de óvulos y espermatozoides.

Superar el estado confusional y de crisis narcisista en que se encuentran las parejas, durante los procesos tecnoreproductivos es algo muy difícil. Los foros, chats y coloquios en internet dan cuenta de la intensidad del sufrimiento que padecen, y la enorme necesidad que tienen, sobre todo las mujeres, de explicar

y compartir sus vivencias, sus dudas, temores y ambivalencias. En realidad, la mayoría de las personas y de las parejas que se acercan a las TRA suelen estar atravesando otras crisis:

- *De vida*: suelen estar en, o cerca de, la edad media de la vida. Ya intuyen que la decisión de incluir un hijo en su proyecto de vida en común puede venir a desestabilizar un vínculo narcisista de años de consolidación, sin hijos.
- *Accidentales*: como la de conocer su infertilidad, la imposibilidad de procrear de forma natural.

Algunas viñetas clínicas de pacientes en diferentes posiciones

La atención clínica de pacientes es siempre un referente de base, porque nos hace afrontar permanentemente nuevos interrogantes sobre las transformaciones que las TRA pueden provocar en la vida sexual y emocional, de las parejas, así como en la reconfiguración de su identidad. Entre las manifestaciones de sufrimiento psíquico más frecuentes podemos destacar especialmente:

- Los sentimientos de duda e incertidumbre que producen ansiedad (temores obsesivos), especialmente ante algunas etapas del proceso tecnoreproductivo, en que se decide la extracción, la inseminación, o la implantación de embriones.
- Los sentimientos de culpabilidad conscientes e inconscientes (remordimientos) si alguna parte del proceso no ha ido bien, o ha habido pérdida espontánea del embarazo.
- Los sentimientos reales o imaginarios sobre los resultados de las inseminaciones o técnicas in vitro (fantasías catastróficas).
- El dolor psíquico por lo que no se tiene o por lo que se ha perdido (tristeza, desmotivación).
- La inestabilidad de la autoestima (vergüenza, humillación).

- El sentimiento de deuda con respecto del otro miembro de la pareja que es fértil.
- Sentimientos ambivalentes respecto del donante de gametos, tanto de envidia como de gratitud.

A continuación quiero presentar algunos fragmentos clínicos, que pueden dar cuenta de la complejidad vital emocional por la que pasan los usuarios de las técnicas.

1. Es el caso de un varón, de cuarenta años, casado desde hace quince con una mujer a la que desprecia, subestima y no desea sexualmente. Viene a consulta por una impotencia sexual persistente. Después de varios años sin relaciones sexuales, los dos deciden ir a buscar un hijo a través de las TRA, porque, según sus propias palabras, se sienten muy “violentos” ante los comentarios de parientes y amigos sobre su falta de descendencia. Durante el proceso de pruebas diagnósticas se descubre que mi paciente tiene un seminograma “deficiente”, pocos espermatozoides y de escasa movilidad. A su impotencia sexual se añade la infertilidad, lo que le ocasiona una crisis de angustia y de culpa muy intensa: *«Yo quiero que sea natural (el embarazo), es por mi culpa que mi mujer ha de hacer tantas pruebas, pinchazos, yo quiero que sea como todo el mundo, pero no puedo, no puedo...»*, rompe a llorar, a gritar, se agita en el diván. Yo me pregunto qué más puede estar pasando para que esté tan descompensado. Espero un poco más, y entonces dice: *»¿Y si me salen cuatro hijos?, y si me salen mal?!»*.

2. Una mujer de treinta y nueve años, que acude con su pareja cinco años menor, me plantea temores conscientes una vez le han recomendado la necesidad de donación de óvulos: *«La cuestión de los donantes es como un shock para mí... yo soy la cuestionada porque se necesita donación de ovocitos... en la clínica dicen que hay confidencialidad, que en general nadie lo sabe, pero no conocemos a nadie nacido de donante... no sabemos si es conveniente decirlo (al niño y a los familiares), pero si no lo decimos es vivir en un engaño... además, tengo miedo de que salga superespabilado y nos diga, ¡pero si no sabéis! (cuidar o criar niños)»*.

3. Un varón de treinta y tres años, que acude a consultar por insomnio, consumo de droga, vida promiscua con hombres y mujeres, angustia generali-

zada, relata a las pocas entrevistas que unos amigos de otros amigos le pidieron donación de esperma y aceptó. *«Lo hice por solidaridad masculina, es como sembrar un árbol, o sea, transmitir sin ser responsable, y al mismo tiempo, ¡el deber ya está cumplido!... mientras lo hacía (la masturbación) me preguntaba, ¿esto qué es, un moco o un hijo? Ahora me parece que hay diferencia entre un descendiente y un hijo, y yo ya he cumplido con el deber “natural”. Algo curioso que me pasó fue que el primer día que fui a la clínica me dijeron que me hiciera una paja allí mismo, en el despacho del médico, con el crucifijo y la foto de su familia, y no podía, no podía; al final lo que salió (el semen) no fue bueno... debe ser que la biología “sabe” (ja, ja). Luego sí salió bien (el seminograma), pero ya pude hacerlo (la masturbación) en una habitación con revistas de esas, y el ambientecillo era mucho mejor. En fin, no estoy preparado para criar y educar, pero ayudo a que lo hagan otros».*

4. Una mujer de 42 años decía: *«Era una obsesión continua (los procesos médicos), sólo vivíamos para aquello, puse toda mi energía, hacía todo lo que me proponían, caí en un círculo infernal; los fracasos son la cosa más dura, te sientes muy sola... lo he dado todo, me había entregado completamente, para no tener remordimientos. Pero he debido sobrepasar mis límites, no he escuchado a mi cuerpo».*

5. Una mujer de 45 años: *«Después de cuatro años de esperanza, este fracaso era inimaginable. Lloré durante días enteros. Me sentía perdida. Acababa diciéndome que yo no era normal y que estaba a punto de destrozar mi vida. Mi marido se refugió en el trabajo». Después de un tercer fracaso, la pareja decide hacer una pausa. » Sólo pensábamos en eso. Yo estaba muy cansada. De momento —acaba diciendo—, esperamos todavía el “milagro” del bebé hecho bajo las sábanas».*

Para terminar, quiero recordar la necesidad y el sentido de una “ciencia con conciencia”, aquella que en definitiva pueda, precisamente, contemplar la dimensión ética del ser humano, proporcionándole la contención emocional que pueda precisar.

Hace unos años hubo una encendida polémica sobre otro de los temas que van surgiendo en el contexto de la tecnoreproducción: la elección del sexo

del hijo, en la que el debate incluía argumentos muy dispares, unos a favor y otros en contra. Marcel Cano Soler, en un artículo de prensa⁶¹, planteaba lo siguiente: «*Tener hijos no es optar por un objeto modelable según nuestros deseos, sino traer al mundo sujetos llenos de derechos*». Pero parece realmente muy difícil plantear esta perspectiva ética en un contexto de avances biotecnológicos imparables, en el que se laboratorios e industria farmacéutica invierten grandes sumas económicas. A continuación decía: «*Uno de los principales motores del consumo se basa en la habilidad para transformar caprichos en necesidades*», y se cuestionaba muy irónicamente “el sentir social” al que apelan (cínicamente) los planteamientos científico-técnicos. Concluía el artículo así: «*en demasiadas ocasiones los datos científicos pueden enmascarar intereses que deberían serles ajenos*». A mi modo de ver, no se puede ser más explícito.

⁶¹Cano Soler, M., “Dudas sobre la selección del sexo de los hijos”, El País, 19 de abril de 2003.

Bibliografía

ATHEA, N.: “Nouvelles techniques de procréation: Quelques réflexions d’une gynécologue sur la médicalisation et la psychologisation du désir d’enfant”, dins *Revue Française de Psychanalyse*, 6. *Maternité, Feminité*, PUF, París, 1987.

AUGÉ, M., DAVID-MENARD M., GRANOFF, W., LANG, J. L. y MANNONI, O.: “El objeto en psicoanálisis. El fetiche, el cuerpo, el niño, la ciencia”. Ed. Gedisa. Barcelona 2002.

AUGLANIER, P.: “Quel désir, pour quel enfant?”, en “Quels droits pour la psyche?”, *Topique. Revue Freudienne*, 44, Dunod, setembre de 1989.

BARANGER, W. et al.: “Aportaciones al concepto de objeto en psicoanálisis”. Ed. Amorrortu. Buenos Aires, 1980.

BAUDOUIN, J. y LABRUSSE, Riou C.: “Les techniques de procréation artificielle”, PUF, París, 1987.

BAYO-BORRÀS, R., CÁNOVAS, G., SENTÍS, M., CAMPS, N., ALDA, C. y SENTÍS, E.: “Maternidad y técnicas de reproducción asistida: una perspectiva psicoanalítica”, en *Figuras de la madre*, Editorial Silvia Tubert i Editorial Cátedra, 1996.

BAYO-BORRÀS, R.: “Atención a las demandas de Reproducción Asistida”. Pòster presentado en el Setzè Congrés de Metges i Biòlegs de Llengua Catalana. Barcelona, 28-31 octubre del 2000. Edición en colaboración con el Col·legi Oficial de Metges de Barcelona.

BAYO-BORRÀS, R. y G. CÁNOVAS I SAU, (1999): “Psicoanálisis y tecnoreproducción: Sonia o la “casta de la cenicienta”. Revista Intercanvis. Papers de Psicoanàlisi, nº 3. Barcelona.

BAYO-BORRÀS, R. (2001): “Éxitos y Fracasos – Luces y Sombras; Reflexiones en torno a la Reproducción Asistida” Revista Intercanvis. Papers de Psicoanàlisi nº 6. Barcelona.

CAMPS I BELLONCH, N.: “Las funciones parentales frente al siglo XXI. Efectos emocionales de las nuevas técnicas de reproducción asistida”, en *Mujer y salud mental. Reflexiones y experiencias* (compilación). Coedición del Centre d’Higiene Mental de Cornellà y el Col·legi Oficial de Psicòlegs de Catalunya, Barcelona, 1999.

CAMPS I BELLONCH, N.: “La pareja en proceso de reproducción asistida. Aspectos psicoemocionales y éticos”, ponencia en las Jornadas sobre Consideraciones Ético-clínicas del abordaje asistencial de la infertilidad humana, Pamplona, octubre de 1999.

CAMPS I BELLONCH, N.: “Técnicas de reproducción asistida: inquietud y privilegio de las parejas”, en *La adopción y otras filiaciones: un fenómeno contemporáneo*, publicación de la Sección de Psicología Clínica y de la Salud del COPC, documento tres, Barcelona, mayo del 2003.

CASTORIADIS, C.: “El mundo fragmentado”. Editorial Altamira, Montevideo, 1993.

CLAVREUL, Jean: “El orden médico”. Ed. Argot, 1983.

DEPARTAMENT DE SANITAT I SEGURETAT SOCIAL. GENERALITAT DE CATALUNYA. “Jornada de presentació de les activitats de reproducció assistida a Catalunya”, Direcció General de Recursos Sanitaris, Barcelona, 25 novembre de 1996.

FREUD, S. Obras Completas. Ed. Amorrortu.

LAPLANCHE, J. y PONTALIS, J. B.: “Fantasía originaria, fantasía de los orígenes, orígenes de la fantasía”, Editorial Gedisa, Buenos Aires, 1986.

LECLAIRE, S.: “Le critère de vérité biologique: un appui bancal”, en *Quels droits pour la psyche?*, Topique. Revue freudienne, 44, Dunod, septiembre de 1989.

MELER, I.: “Nuevas tecnologías reproductivas: su impacto en las representaciones y prácticas acerca de la parentalidad”, en *Género y familia. Poder, amor y*

sexualidad en la construcción de la subjetividad, en col-laboració amb M. Burin. Editorial Paidós, Buenos Aires, 1998.

NICHOLSON, R., MAFFIA, D. e INDART, J. C.: “Fertilización asistida: un debate sobre los tiempos que corren”. Mesa Redonda Club de Cultura Socialista José Aricó. Coordinación de Alicia Azubel, Buenos Aires, noviembre del 1991.

SCHNEIDER, M.: “L'enfant de la Science”, en *Revue du Collège de Psychanalystes*, número spécial. Colloque Vivants et Mortels. Psychanalyse et Tecno sciences. París, octubre de 1988.

SELDES, R.: “La fertilización asistida”, en *Comentarios del seminario inexistente*, Editorial Manantial, Buenos Aires.

SOMMER, S. E. (comp.): “Procreación: nuevas tecnologías. Un enfoque interdisciplinario”, Impresiones Sudamérica, Atuel, Buenos Aires, 1996.

SOULÉ, M.: “La inseminación artificial”, en *Tratado de psiquiatría del niño y del adolescente*, tomo VI, Editorial Biblioteca Nueva, Madrid, 1993.

TENDLARZ, S. E.: “El psicoanálisis frente a la reproducción asistida”, Editores Contemporáneos, Buenos Aires, 1999.

TORT, M.: “L'espèce Psychanalytique”, en *Revue du Collège de Psychanalystes*, número spécial, Colloque Vivants et Mortels. Psychanalyse et Tecno sciences, París, octubre del 1988.

TORT, M.: “L'inconcevable”, en *Revue du Collège de Psychanalystes*, número spécial, Colloque Vivants et Mortels. Psychanalyse et Tecno sciences, París, octubre del 1988.

TORT, M.: “El deseo frío. Procreación artificial y crisis de las referencias simbólicas”, Editorial Nueva Visión, Buenos Aires, 1994.

TUBERT, S.: “La sexualidad femenina y su construcción imaginaria”, Ediciones El Arquero, Madrid, 1988.

TUBERT, S.: “Mujeres sin sombra. Maternidad y tecnología”, Editorial siglo XXI, Madrid, 1991.

Donantes, anonimato, secreto

- BAYO-BORRÁS, R.: “¿De dónde vienen los padres?”, en *Mujer y Salud*, nº 9.
- BAYO-BORRÀS, R.: “Luces y sombras. Revelación y enigma: consideraciones en torno al sistema “silencio, secreto, mentira” sobre las características del origen en la reproducción asistida”, en *La adopción y otras filiaciones: un fenómeno contemporáneo*, publicación de la Sección de Psicología Clínica y de la Salud del COPC, documento tres, Barcelona, mayo del 2003.
- BERTRAND-SERVAIS, M., RAOUL-DUVAL, A. y FRYDMAN, R.: “Les échecs de fécondation in vitro. Aspects psychologiques”, en *Contraception, fertilité, sexualité*, vol. 18, n. 7-8, 1990.
- BYDŁOWSKY, M.: “Procréation médicalement assistée par don d’ovocytes. Les motivations de 37 donneuses volontaires”, en *La dette de vie*. Itinéraire psychanalytique de la maternité. PUF, Le fil rouge, París, 2000.
- CASADO, M. y EGOZCUE, J. (coord.): “Documento sobre donación de ovocitos”, Observatori de Bioètica i Dret, Parc Científic de Barcelona, Barcelona, abril del 2001
- CASADO, M. y EGOZCUE, J. (coord.): “Documento sobre la congelación de ovocitos para la reproducción humana”. Observatori de Bioètica i Dret, Parc Científic de Barcelona, Barcelona, abril del 2002.
- FARIAS, G.: “Cuando los progenitores son anónimos”, en Sommer S E (comp.), *Procreación: nuevas tecnologías. Un enfoque interdisciplinario*, Impresiones Sudamérica, Atuel, Buenos Aires, 1996.
- LÓPEZ CARRILLO, M.: “Las donantes de óvulos: Los riesgos que nadie les cuenta”, en *Mujer y Salud*, 9.
- MISÈS, R., SEMENOV, G. y HUERRE, P.: “Problemas psicológicos asociados a la inseminación artificial por donante”, en *Confrontaciones psiquiátricas*, nº 16, 1978.

Filiación

- BAYO-BORRÀS, R.: “Los niños en juego”, ponencia presentada en Espai Obert de Treball Psicoanalític, Barcelona, 1 de març de 1994.
- CÁNOVAS, G.: “Els fills per reproducció assistida: objectes o subjectes?”, en *La adopción y otras filiaciones: un fenómeno contemporáneo*, publicación de la Sección de Psicología Clínica y de la Salud del COPC, Documento Tres, Barcelona, mayo del 2003.
- DOLTÓ, F.: “Los niños y su derecho a la verdad”, Editorial Atlántida, Buenos Aires, 1988.
- GIBERTI, E., BARROS, G. y PACHUK, C.: “Los hijos de la fertilización asistida”, Editorial Sudamericana, Buenos Aires, 2001.
- LEBOVICI, S.: “La transmisión transgeneracional (TTG) o algunas consideraciones sobre la utilidad del estudio del árbol vital en las consultas terapéuticas padres/bebé”, en *Las relaciones precoces entre padres e hijos y sus trastornos*, Juan Manzano (ed.), colección Infancia y desarrollo, NECODISNE, Madrid, 2001.
- LEVIN, Esteban: “La función del hijo. Espejos y laberintos de la infancia”. Ed. Nueva Visión. Buenos Aires, 2000.
- Bureau Régional de l’OMS pour l’Europe. “Consultation on the place of in vitro fertilization in Infertility Care”, Copenhagen, 18 al 22 de junio de 1990.
- PORTA, R.: “Seguiment dels nens nascuts després de tècniques de reproducció assistida”, en el libro de ponencias del Setzè Congrés de Metges i Biòlegs de Llengua Catalana, Barcelona, 2000.
- ROSOLATO, G.: “La filiation: ses implications psychanalytiques et ses ruptures”, en “Quels droits pour la psyche?”, *Topique. Revue Freudienne*, 44, Dunod, septiembre de 1989.
- SCHNAITH, N.: “La ambigüedad del origen”, en *La adopción y otras filiaciones: un fenómeno contemporáneo*, publicación de la Sección de

Psicología Clínica y de la Salud del COPC, Documento Tres, Barcelona, mayo del 2003.

- SOULÉ, M.: “Reflexiones sobre la parentalidad y la filiación”, conferencia inaugural en *La adopción y otras filiaciones: un fenómeno contemporáneo*, publicación de la Sección de Psicología Clínica y de la Salud del COPC, Document Tres, Barcelona, mayo del 2003.
- RAOUL-DUVAL, A., LETUR-KONIRSCH, H. y FRYDMAN, R.: “Les enfants du don”, comunicación presentada a *les Cinquenes Jornades de Periconceptologia*, 7-9 de mayo de 1990 y publicada en *Contraception, fertilité, sexualité*, vol.18, n. 7-8, p. 526-527, 1990.
- RAOUL-DUVAL, A., BERTRAND-SERVAIS, M. y FRYDMAN, R.: “Etude prospective et comparative du devenir des enfants nés par fécondation in vitro et de leur mère”, en *Contraception-fertilité-sexualité*, vol 18, no 7-8, 1990.
- REVAULT D'ALLONNES, C.: “Être, faire, avoir un enfant”, Editions Payot, París, 1994.

NOTA: Este artículo fue publicado en Revista de Psicopatología y Salud Mental del niño y del adolescente, (2011).

NOTA: Este artículo fue publicado en Revista de Psicopatología y Salud “Sobre la demanda de hij@s a las Técnicas de Reproducción Asistida: aspectos emocionales en juego”. Revista de Psicopatología y Salud Mental del niño y del adolescente, nº 17. Abril de 2011. Pág. 75-82. ISSN: 1695-8691. Depósito legal: 13716/2003.

Cuentos sobre madres e hijas. ENCuentros y desencuentros⁶²

Así como no hay una subjetividad aislada de la vida social y cultural de su tiempo, la dinámica vincular y relacional entre madres e hijas también ha estado sacudida por los avatares de cada época, los mandatos de género según la ideología imperante y los prejuicios religiosos. Los relatos escogidos en la edición de Laura Freixas (1996) están escritos por mujeres nacidas en diversos puntos de la geografía española durante la primera mitad del siglo XX, y en ellos se refleja una época que muchas podemos recordar a través del relato oral de nuestras madres y abuelas, sobre cómo habían de vivir las mujeres, cuando fueron hijas y cuando fueron madres. Un ser “madre” totalmente condicionado por tener marido o no tenerlo, por tener vida propia o no disponer de ella, por ser independiente o, por el contrario, depender de la propia madre. Un ser “hija” que, sin llegar a ser todavía consciente de haber sido concebida con o sin deseo, con o sin amor, con o sin padre, o incluso por una madre desdichada, no por eso dejaba de buscar ventanas y salidas al claustro materno y, también, al encierro patriarcal en el que se hallaba su propia madre.

Han pasado casi cincuenta años desde el cambio de un régimen franquista a otro de carácter democrático, y en estas últimas cinco décadas la situación vital y social de madres e hijas han dado la vuelta como un guante. Las autoras de estos relatos hacen un análisis profundo de una etapa de la vida de nuestro

⁶² Revista Digital SEP: <https://www.temasdepsicoanalisis.org/wp-content/uploads/2021/07/Regina-Bayo.-Cuentos-de-madres-e-hijas.-1.pdf>

país, con sus formas de vida familiar y privada tan específicas, algunas de las cuales probablemente no podrán reencontrarse ya nunca más. Y, desde luego, también sacan a relucir, como quien le saca brillo a un objeto muy apreciado, aquello tan íntimo y delicado: lo que hace a las expectativas, ilusiones, amores y desamores, sentimientos de fracaso y frustraciones, esas emociones que habitan consustancialmente entre madres e hijas. El gran aporte de estos cuentos, además de su valor literario, se halla en la claridad y la franqueza con que las autoras explican sus vivencias y recuerdos. Escriben con palabras verdaderas, o ¿cómo decirlo?, metáforas universales, “estar en la ventana”, “tener o no tener alas”, “espejismos” (que confunden la realidad), “pasar cuentas” (para contar lo inefable), y muchas otras, tal es la riqueza literaria de sus cuentos.

Como dice Laura Freixas en su Prólogo *«en los libros buscamos ver reflejadas nuestras propias vivencias, incluidas las más particulares, porque deseamos ver representadas e interpretadas las circunstancias que compartimos con ellas»*. Estos anhelos de las lectoras cuando se disponen a leer un relato sobre madres e hijas son muy parecidos a los de niños y niñas al escuchar cuentos, historias y vidas de otras personas. Son espacios transicionales en donde nos refugiamos, para habitar un mundo imaginario en el que nos identificamos con lo escuchado y nos sentimos estrechamente vinculados con su narradora o narrador. En ese espacio de relato, juego es donde encontramos mensajes con los que ir integrando aspectos propios y, también, reparando dolores y pérdidas.

Mi deseo es que con el siguiente “relato de relatos”, a través de los catorce cuentos recogidos en esta edición de L. Freixas, podáis, lectoras y lectores, intuir la riqueza y la profundidad del encuentro, desencuentro entre madres e hijas, siendo niñas, adolescentes o ya adultas.

Encuentros

Carmen Laforet (1970) en su cuento “Al colegio” nos acerca a la escena móvil de un presente que la autora describe con un estilo sencillo de uso cotidiano. De esta manera nos hace sentir que también vamos con ellas, madre e hija cogidas de la mano, por la mañana, hacia el colegio por primera vez. Para tan ilusionante

acontecimiento, la madre ha preparado a su hijita: *«Cuando salgo de casa con la niña tengo la sensación de que emprendo un viaje muy largo»*, tan intensas serán las vivencias que van a compartir. La narración discurre como si fuera el retazo de una conversación con una amiga y le explicara la emoción y la alegría de esa experiencia junto a la niña: *«me parece divertido ver la chispa alegre que se le enciende a ella en los ojos... me gusta infinitamente salir con mi hijita mayor y oírla charlar»*. En apenas tres páginas, Laforet nos hace sentir también con ella un placer muy conocido: el de la conversación libre y juguetona con quien nos acompaña de la mano. Así lo describe: *«la llevaré de paseo... Le iré enseñando los nombres de las flores... jugaré con ella, nos reiremos, compraremos barquillos, los comeremos alegremente. (...) Voy andando casi arrastrada por ella, por su increíble energía»*.

Hay una espontánea naturalidad en la manera cómo transmite su placer por el contacto físico: *«yo me he quitado el guante para sentir la mano de la niña en mi mano... me es infinitamente tierno ese contacto, tan agradable, tan amical, que la estrecho un poco emocionada»*. Y también en cómo expresa la entrañable complicidad entre ambas: *«con el rabillo del ojo me sonrío, sabe que estoy con ella y que somos más amigas hoy que otro día cualquiera»*. Una comunicación que va más allá de la mirada y del apretón de manos: *«el colegio que le he buscado le gustará, porque me gusta a mí... que Dios pueda explicar el porqué de esta sensación de orgullo que nos lleva y nos iguala durante todo el camino»*.

La lectura de estas páginas es un canto de alegría al crecimiento de su hijita y a la adquisición de nuevos conocimientos: *«lo que aprenda, lo que la vaya separando de mí, trabajo, amigos, ilusiones nuevas, la irá acercando de tal modo a mi alma, que al fin no sabré dónde termina mi espíritu ni dónde empieza el suyo»*. Y así se siente ese “alter ego” de Carmen Laforet, al saber que su hijita también aprenderá a escribir. Ilusión de recobrar aspectos de la fusionalidad perdida a través, paradójicamente, del proceso de individuación de su amada hija.

En una línea similar discurre este corto relato de Cristina Peri Rossi (1996) lleno de inteligencia e ironía. La autora narra en primera persona, de manera

deliciosa y divertida, cómo surge en una niña el primer y verdadero amor por su madre. Se trata de un amor intenso, directo, tierno, puro, sin ambivalencias. Como dice la pequeña protagonista, *«mi madre y yo éramos una pareja perfecta... teníamos los mismos gustos, compartíamos los juegos, las emociones, las alegrías y los temores... siempre que surgía un conflicto sabíamos negociar... siempre me escuchaba muy atentamente, como debe hacerse con los niños»*.

A los tres años ya se da cuenta de que su madre es muy desdichada con su marido, y que necesitaba *«ser amada tiernamente, respetada, admirada... y comprendí que todos esos sentimientos, más un fuerte deseo de reparación, yo se los ofrecía de manera generosa y desprendida, como una trovadora medieval»*. Cuando se le preguntaba sobre qué haría cuando fuera mayor, ella siempre respondía *«me casaré con mi madre»*; y así fue creciendo, con ese obsesivo deseo que conforma un proyecto de vida, el de tener *«un amor eterno, delicado, fiel y cortés»*. No pudo llevarse a cabo el matrimonio (sic!), por lo que la madre, en la última etapa de su vida, le recordaba, e incluso insistía, en el viejo proyecto de vivir juntas, como un claro ejemplo de que en numerosas ocasiones, entre madre e hija, el final de la historia puede volver al principio. Porque si lo infantil perdura más allá de la infancia, quien se ocupó de cuidarla, y de desilusionarla —con delicadeza, de sus aspiraciones matrimoniales—, en la vejez se convierte a su vez en una chiquilla. Un cambio de lugar al que la vida las lleva, mientras ambas se siguen mirando en el mismo espejo, sólo que pasado el tiempo, la que fue pequeña ya lo puede hacer de frente, y la que es anciana lo hace en su reverso. ¡Qué manera más traviesa y divertida de transmitir una historia de amor infantil entre madre e hija!

Desencuentros

Bien distinto es el argumento de la narración de Paloma Díaz (1996). La protagonista (una niña con alas, al igual que su madre) recuerda el cuento que le contara ésta cuando era niña: se trataba de una época en que los hombres no tenían alas y no habían adquirido aún la capacidad de volar. A ella le gustaban mucho esas historias y le pedía que se las repitiese una y otra vez, de esa manera

tan conocida de los niños por volver a encontrar la emoción (sin encontrar todavía un significado preciso) de aquello que les ilusiona o les asusta. Así era también para la niña, una manera *«de sentir como propia la carencia de alas... sin saber que el mito de los hombres mutilados acabaría habitando junto a mí»*. Efectivamente, la niña crece, y siendo mujer comprende que ser madre no es ninguna obligación, y renuncia a tener hijos cuando, entonces, ¡vaya!... se queda embarazada.

Así como en los dos cuentos anteriores es evidente el deseo y el placer de compartir juntas experiencias de vida, éste por el contrario, presenta una relación teñida de cierta amargura, disfrazada de amor sensual y de entrega desinteresada de la protagonista hacia su hija recién llegada. *«Amaba a aquella niña desconocida aún a sabiendas de que sería un lastre para toda mi vida: aquella criatura mutilada llegaba llena de ganas de vivir»*.

La niña fue el centro de su vida. Y como había nacido sin alas, le echaba los brazos y se sentían cuerpo a cuerpo. *«La familia me decía que volase, que hiciera vida normal, que saliese más a la calle, que me estaba enterrando en vida. Pero yo era completamente feliz»*. Desde entonces, la madre convirtió a su hijita en el centro de su vida, en una entrega sacrificada de su capacidad para volar. *«Y poco a poco me acostumbé a no volar»*. Tanto es así que la madre pierde el trabajo, luego el marido, la familia se aleja, los amigos también. Pero la madre, antes niña que se sentía identificada con los hombres sin alas, sigue contenta con lo que hace, porque *«la obligación de una madre es sacrificarse por su hija»*. Esta actitud sacrificada hacia una hija diferente, por la que se renuncia a una vida propia y con la que se acaba encerrando en un vínculo fusional de carácter mortífero, no es ya tan frecuente en nuestra época actual. Alguien la habría alertado de que la renuncia a vivir una vida propia no le daría alegría a su hijita, y que ambas podían aspirar a una vida más saludable, con menos entrega y sacrificio. Esta anulación de una vida propia sabemos que también va a comportar la amputación de la subjetividad de su hija. Pero no todos los cuentos son amables, y en éste la autora da buena cuenta de que cuando en una mujer habita en ella el mito de “hombres mutilados (sin alas)”, y sustituye su

propia capacidad de volar por entregarse a una hija, lo único que obtiene en ese intercambio es el empobrecimiento psíquico de ambas.

Rosa Chacel (1951) también aborda esta cuestión, desde otra perspectiva. Su cuento de poco más de ocho páginas, de lectura densa y algo críptica, nos deja una sensación de inquietud y enigma que, al dejarla reposar unos días, renueva el deseo de otra lectura, e incluso de una tercera. Tiene la cadencia como de un poema escrito en prosa, y aunque sitúa la trama y los personajes desde el principio, el enredo entre ellos se nos hace cada vez más misterioso. Es una narración en primera persona, de un hombre que habla de su amor por Chinina, y que al oírla cantar piensa: *«¿quién como yo por aquel aria llegó a sentir tan violentas contracciones barométricas? ¡Ser hilo, algo leve que ella arrastrase y envolviese! ¡Ser lámina, donde su suave onda rebotase!»*. Todo en él se ubica en su amada, una pasión que le hace confundirse en tiempo y espacio. Dice: *«Lo que más de ella quería escapar, era lo que yo sujetaba. Mi mirada se enlazaba a la suya aprisionándola, arrancando de todo lo circundante las mínimas divergencias que me mermasen su posesión»*.

Como tantas veces en la vida de las mujeres, el espacio que su esposo le da es una imposición que la anula, *«quería asomarme a ella, absorbo en absorberla... Me decían, la tienes ahogada, la estás matando... yo la sacaba de sus límites para darle mi espacio»*. Y la consecuencia fue que Chinina dejó de cantar: *«mi voz como una mano dura había cerrado su boca...»*. Aquí no se pierden las alas, sino voz y la palabra.

Al nacer la hija de ambos, algo —o mucho—, de esa pasión absorbente y mortífera se pone en evidencia de forma dramática. Porque aunque la hija de ambos *«fue el apacible punto de excursión adonde escapábamos de nosotros mismos... su “grave silencio” era “la más directa herencia de nuestra hija, lo único que nos abrumaba»*. Efectivamente, la hija, como frecuentemente podemos observar en nuestra clínica con niños, expresaba a través de su silencio sintomático el dolor de la madre por renunciar a cantar: *«Chinina, que era toda notas, se contenía en su silencio. Los dos temblábamos por nuestra hija, viéndola prescindir de su palabra. Temíamos que se anulase algo en ella, como un miembro*

que no se usa». Esta situación desencadena un final trágico, porque el alma de Chinina «*se disipaba... huía de sí misma por todas sus raíces*».

La originalidad de este retrato intimista radica en que quien nos habla es un hombre enamorado que, través de su mirada, de su intensa pasión por una mujer a la que acaba por arrebatarse la voz, su canto, su expresión de vida, nos incluye también en el triángulo con la hija silente. Ésta expresa, a su vez, de manera simbólica todo lo que la madre ha tenido que mutilarse, de manera tal que el sufrimiento materno ha quedado reflejado a través del silencio de su hija. Ella no habla, pero, aun así, desvela el amor y el resentimiento que la alberga, en una identificación masiva con su madre. Una mujer, madre, que se dejó arrebatar —o no pudo proteger ni defender suficientemente—, su caudal de vida propia.

Encuentros tardíos

Cuán distinta y llena de vida es Celestina, la niña protagonista del cuento de Ana M^a Matute (1963), que va escribiendo en un cuaderno de rayas su experiencia de vida cuando, al fin, años más tarde, conoce a su madre. No era infrecuente que algunos hij@s fueran separad@s de sus familias en la España rural de la posguerra, tras ser arrebatados de sus madres porque éstas habían perdido su *virtud femenina*, a causa de un inesperado y violento *arrebato* sexual del amo de la finca.

No debe ser ingenuo llamar “Celestina” a la menuda y vivaz protagonista del relato, en el cual ella es la heroína de las aventuras y desventuras domésticas que escribe en su cuaderno. Con un lenguaje entre ingenuo y cínico, entre infantil y maduro, lleno de expresiones espontáneas propias de la jerga con la que se hablaba entre sartenes y limpiezas, Matute hace un despiadado retrato de cómo se las gastaban los caciques con las mujeres que habían tenido una criatura muy a su pesar. Y de cómo el patriarca utilizaba a sabiendas su impunidad: «*Como a las moscas, dice Celestina, a ésta quiero, a ésta la espachurro*».

Y ¿qué pasa cuando madre e hija no se conocen? A Celestina la crió su tía materna, pero al fallecer ésta se queda literalmente al raso, huérfana y sin techo.

La envían de vuelta con su madre, que ha pasado a ser para el resto de su vida la sirvienta estigmatizada del amo violador. Por eso quizá lo más entrañable del relato sea el reencuentro de estas dos mujercitas, cada una con su cruz de ilegítima. Y aunque han de compartir un cuarto *«sin luz, sucio y con escobas»* —toda una alegoría de su situación vital—, cada una cuida por la otra. *«Si no te portas bien, te van a llevar al hospicio»*, le advierte su madre. *«¿Por qué no nos vamos de aquí si nadie nos quiere?»*, le replica Celestina. Sin familia, sin protección alguna, rodeadas de enemigas (la esposa y las hijas legítimas del amo), son objeto de desprecios y envidias, que se alternan sin piedad.

Que Ana M^a Matute nos hable de la inocencia y de la crueldad de su época a través de las experiencias vitales de una niña sin madre —y de una madre que no ha podido disfrutar de su hijita—, convierte este relato casi como en una reliquia, por recordarnos de dónde venimos y de lo que hemos conseguido como derecho consustancial con el de estar vivas: que madres e hijas puedan sobrevivir juntas, sin haber de “pasar cuentas” ante una sociedad machista y patriarcal... Aunque Matute sí pasa cuentas, ¡Gracias Ana!

Encuentros creativos

En “De su ventana a la mía” Carmen Martín Gaité (1987) nos abre sus ventanales llenos de metáforas y recuerdos sobre su infancia. Narrado en primera persona, se refiere a un período de su vida en el que sí ha podido disfrutar de una convivencia creativa junto a su madre. Mientras ésta cosía, Carmen se sentaba con sus cuadernos llenos de deberes. Y la miraba a ella fugarse a través de los cristales: *«...adonde ponen proa los ojos de todas las mujeres del mundo cuando miran por una ventana y la convierten en punto de embarque, en andén, en alfombra mágica desde donde se hacen invisibles para fugarse»*.

Pero aunque pudiera parecer que esta vocación materna la habría alejado de ella, la autora nos transmite que, bien al contrario, siempre hubo una íntima y secreta comunicación entre las dos. El sueño con el que abre el relato se refiere precisamente a un juego de escritura en espejo que le enseñó su madre, a través

de luces y reflejos. Este código *«era un juego secretamente enseñado por ella y que nadie más que nosotras dos podía compartir»*.

La magia de este cuento radica precisamente en esa capacidad creativa (como auténtico espacio transicional), entre madre e hija, *«Y en aquel silencio que caía con la tarde sobre su labor y mis cuadernos, de tanto envidiarla, aprendí no sé cómo a fugarme yo también»*. Así seguramente surgió la capacidad de narrar y de soñar de Carmen Martín Gaité, así, al menos, lo fantaseamos las lectoras. Esa capacidad imaginativa inspirada por las ventanas, surgió, se desarrolló y fructificó: *«En todos los claustros, cocinas, estrados y gabinetes de la literatura universal donde viven mujeres existe una ventana fundamental para la narración...»*.

El juego de espejos y de códigos secretos, de luces y sombras a través de las ventanas, nos acerca a ese mundo íntimo y femenino de complicidad, ensañación, metáfora. Casi todos son recuerdos encubridores del nacimiento del amor por la escritura. Son anhelos de libertad por la ventana, como única salida del claustro patriarcal. *«Nadie puede enjaular los ojos de una mujer que se acerca a una ventana»*.

Desencuentros liberadores

En el relato de Luisa Castro (1996) la ventana tiene otro significado. Los recuerdos de infancia llevan a la autora a una escena de su madre en la ventana, que sólo años más tarde podría entender. Quizá sea ese el motivo de su dedicatoria: *«a mi madre, por todos los malentendidos»*.

El recuerdo tiene que ver con la imagen de su madre en la ventana de su casa, mirando cómo su marido está construyendo un garaje en el jardín. Mientras tanto, la hija, la protagonista de la historia, no hace más que alborotar y meterse en líos con los demás niños del vecindario, de manera tal que en alguno de ellos hubiera podido incluso ocasionar algún percance grave. Y su madre, mientras observaba las escenas desde la ventana, parece decirle a su hija revoltosa: “apáñatelas”. A ese primer abandono, pues así lo siente la niña, siguieron otros. Cada vez que siendo ya adolescente también se complicaba la vida y acudía a

su madre esperando encontrar justificación o consuelo, *«hallaba una mujer extraña que se lavaba las manos y que me dejaba perpleja con su imparcialidad»*.

La ventana de este cuento, a diferencia del anterior en que es un espacio abierto para evadirse y soñar, aquí es un lugar desde donde mirar las cosas que pasan, poner distancia, reflexionar y no sucumbir a los ingenuos chantajes emocionales con los que a veces las niñas ponen a prueba la fidelidad de su madre.

Como dice la autora: *«No era indiferencia lo que me demostraba mi madre... era como si aquellos abandonos fueran nuestra verdadera complicidad, y, a la vez, la condición de mi heroicidad y de su grandeza»*. Pero a esta conclusión se llega, la mayoría de las veces, cuando han transcurrido varios decenios de vida, cuando la lista de reproches y de agravios puede ser resignificada desde una posición interna de mujer adulta. Entonces es cuando sucede algo insospechado, llegar a la conclusión de que *«nunca le agradecí tanto su abandono»*.

Encuentros asfixiantes

Clara Sánchez (1996) presenta una historia que narra una situación totalmente opuesta entre madre e hija. Se trata de una historia de amor y amistad entre dos adolescentes que se conocen desde niños. Ella tiene catorce años, es hija única, se llama Cari, y acaba de fallecer su padre. Su joven amigo es quien explica los recuerdos de aquellos años juntos. Resulta muy interesante la mirada retrospectiva que hace sobre la pasada adolescencia de los dos, en especial cómo evoluciona la relación entre Cari y su madre al quedar ésta viuda. *«Cari siempre miraba más que hablaba... no podía razonar con ellos, pero sí comunicar la verdad. Su madre ocupaba sus pupilas por completo, y por tanto ocupaba su preocupación y por tanto ocupaba su amor»*.

Su amigo siente miedo por Cari: *«A veces miraba a su madre con pena. Me aterró aquella pena porque nada podía competir con ella, ni el odio, ni la envidia, ni siquiera el amor»*. El joven amigo le insistía en que no se preocupara tanto porque su madre tenía una vida y ella otra aunque vivieran en la misma casa, pero era inútil, porque *«una cosa es lo que piensas, otra lo que sientes y otra lo*

que haces». En definitiva, Cari estaba sumida *«en un infierno sutil que le había sido dado como a otros les es dada una enfermedad o una gracia»*.

A pesar de los esfuerzos del amigo por librar a Cari del peso que le causaba la tristeza y el desalimiento de su madre, se da cuenta de que está pretendiendo algo imposible. Aunque ella tenga una bicicleta roja, siempre pensará que *«es una parte de la madre, no es un ser independiente, siempre será una parte de lo que opine su madre»*. Una posición bien diferente de la de aquella madre que promueve el desprendimiento de su hija. El muchacho pierde toda esperanza de recuperar a Cari: *«Tenía la certeza de que la madre no podría sobrevivir sin la hija, y que ésta nunca podría escapar de la madre»*. Porque a Cari le había cambiado el mundo al perder a su padre y quedar sola con su madre deprimida. Una madre que pone el peso y la responsabilidad de su existencia en su propia hija: *«Mi hija es una persona fuerte, como me hubiera gustado ser a mí. Sin ella no podría vivir»*. Con estas palabras, está todo dicho... y sentenciado.

Encuentros resignificados

Mercedes Soriano (1996) se ocupa de otra de las experiencias vitales más importantes para una madre, el denominado “nido vacío”, cuando la hija se emancipa definitivamente, transformando la vida de ambas. *«Ella se fue, y se quedaron los pájaros cantando y encogido mi corazón, por el repentino hueco de su ausencia»*. De esta forma tan poética la autora reflexiona acerca de lo que ha compartido con su hija hasta ese momento, haciéndose inevitables las preguntas sobre lo dado y lo recibido, más allá de los encuentros y desencuentros propios de la convivencia. Y se plantea: *«¿Tal vez es que ella es un espejo que nos devuelve la imagen más relevante de cada yo? Ella ve tonos que nosotros no vemos, ella saca a relucir estridencias que nuestra falsa seguridad ha convertido en imperceptibles»*.

A diferencia de Chichina, que renuncia a ella misma y a su voz para entregarse a su hijita; al contrario de la madre de Cari, que tras quedarse viuda siente que sin su hija no podría vivir, Mercedes Soriano nos presenta otra mujer madre que puede desprenderse de su hija y recoger mucho de todo lo que ésta le

ha ofrecido con su existencia. *«Sosegarse en el privilegio de sentir el crecimiento de una criatura nueva, dejarse sorprender por sus explicaciones y preguntas y ocurrencias, invadirse de otredad... el juego de acercarse y distanciarse, el juego de agobiarse y distenderse...»*.

Como decía, a diferencia de la madre de Cari, que no puede vivir sin su hija, aquí la protagonista se prepara internamente y evita las recriminaciones para no transmitir culpabilidad. *«Ella se fue y quise yo prepararme desde el principio para que se fuera, para que no creyera nunca que su madre fuera a retenerla, qué estupidez, cuando lo que yo más quería era tenerla entre mis brazos esa noche...»*. Se trata de una situación paradójal en la que ella misma, la madre, sí siente remordimientos por no haberse entregado más: *«Y llega ese arrepentimiento que llega tan tarde que no sirve para nada, porque no fui capaz de dominarme, porque le negué a ella la risa y la sonrisa y la paciencia y la alegría...»*. ¿Será ese pasar cuentas con una misma algo inevitable cuando se acabó la infancia de los hijos? Lo justifica diciendo: *«Tanto miedo a la ternura le tenemos, cuánto cuidado en mantener nuestro lado de piedra, como si al sentirnos o tocarnos nos deshiciéramos...»*.

Este es un relato que va más allá de la relación madre hija porque se adentra en las esencias de la relación amorosa. Mercedes Soriano hace una revisión a fondo de lo que ha dado y de lo que ha recibido. *«¿Acaso no es lo que se llama amor también un asedio? Cuando su interés pasa por ti, cuando quiere estar contigo, cuando exige con premura tu participación, ¿por qué negársela?... ¿Por qué inventar discursos sobre autonomía, independencia y todo eso?»*. No queda duda de que hay mucho bueno entre lo que ha recibido. No ha sido cómodo ni siempre agradable, desde luego. Lo expresa claramente: *«Lo más duro de vivir con ella es que continuamente me muestra quién soy, parecen más densas las horas sin su presencia... qué ganas ya de ir a su encuentro, espíritu zumbador, algarabía, incordio, pequeña fiera»*.

Encuentros desencontrados

Precisamente de un encuentro muy especial y revelador entre madre e hija trata el relato de Josefina R. Aldecoa (1996). Situada la narración en el contexto de unos días de vacaciones en la casa de la playa, el argumento se desarrolla a través de pensamientos y diálogos entre ellas dos: la primera está ya jubilada, y la segunda es madre de tres hijos, dedicada a la vida familiar.

En un viaje inesperado, Blanca y su marido van a visitar a los padres de ella, en lo que pareciera son unos días de descanso. A medida que pasan las horas, la autora nos va acercando al verdadero motivo de la visita. Mientras tanto, una y otra toman el sol y comparten tareas domésticas como si nada especial les fuera a suceder. «*Habían hablado poco, embargadas por el placer de estar juntas*». Esta agradable convivencia se nutría de pocas palabras, pero muchos pensamientos. Sobre todo de la madre: «*Siempre será mi niña, todavía es mi niña*».

El título del relato “espejismos” hace alusión a esas expectativas que, una vez pasados los años, se miran y se entienden retrospectivamente, de una manera bien diferente a la inicial. Blanca, la madre, se da cuenta de que la ilusión de su vida con su marido no fue más que un espejismo, y que las cosas ya no pueden cambiar a estas alturas de la vida. Su hija, en cambio, puede ver a tiempo la posibilidad de reconducir su camino, volver a trabajar y no dejarse atrapar por un tipo de vida sin perspectivas de crecimiento personal. En este entretejido de ilusiones perdidas y otras por recuperar, cada una tiene la sensación que la vida de la otra es mejor y ha logrado tener lo que quería. Tal vez sea ese también un frecuente malentendido de base entre madres e hijas aunque haya mucha complicidad entre ellas, y de ahí el acertado título de este cuento.

Desencuentros recalcitrantes

Pero hay relaciones que no permiten ni siquiera el acercamiento y la comunicación que Blanca y su madre intentan restaurar en ese encuentro vacacional. Y puede que sea únicamente a través de una larga carta que la hija puede decirle

todo lo que piensa a su madre, sin tapujos ni medias tintas. En el relato de Esther Tusquets (1996) la protagonista se emplea a fondo, dando cuenta de lo que ha sido su infancia con una madre inaccesible, que no ha sido capaz *«de establecer ningún vínculo de afecto importante con ninguna otra mujer, ni con tu madre, ni con tu nieta»*. Una madre que siempre ha ejercido el papel de mujer perfecta, *«tu convicción de que eras la mejor, lo hacías todo mejor, eras superior a todos los mortales»*, exhibiendo un narcisismo recalcitrante, *«tu indeclinable vocación de divinidad»*, apoyado y alimentado por un marido que *«había abdicado de cualquier presunción de poder y hasta de opinión, en el ámbito de la vida doméstica»*.

Al tiempo que alaba sus cualidades, *«eras la más lista, la más divertida e ingeniosa»*, no olvida las maldades encubiertas, como cuando *«tu mirada centelleante y terrible nos podía dejar petrificados, y tú lo sabías y te gustaba»*. Esta “gran señora”, una gran seductora por su esbelta figura, ropa impecable y elegantes modales, era también sin embargo admirada por sus malas artes, siempre cortejada por su marido, *«papá siempre dispuesto a convertirme en un mito»*. Una mujer mito que aun disponiendo de tantas cualidades la convertían en una mujer que no era *«ni medianamente feliz»*.

En cierto modo algo similar explica Almudena Grandes (1996) en su largo relato titulado “La buena hija”. No tiene el estilo epistolar de Ester Tusquets en el que se enumeran los múltiples reproches y decepciones causados por una madre distante y ensimismada; bien al contrario, Almudena Grandes retrata una mujer quejosa, doliente, llena de reclamaciones de atención “ruido histérico” pero que no puede dar casi nada a cambio.

La narradora es una hija que le gustaría cambiar de madre, sobre todo desde que Piedad fue su mamá, o sea, quien la cuidó, se ocupó de ella con afecto y siempre la tuvo en cuenta. *«Ella sí me pellizcaba, jugando, para hacerme rabiar, pero luego me besaba, me daba cientos, miles de besos... besos sonoros... besos breves y ligeros... nadie nunca me ha besado tanto como Piedad»*. Le gustaría cambiar de madre porque la sentía *«tan estrechamente ajena a la esencia de mi vida, le daba exactamente igual lo que tenía que ver conmigo»*. El desinterés materno explicado por Almudena Grandes y por Esther Tusquets es muy explícito en

sus relatos. Ambas autoras desactivan el arquetipo de la maternidad como aquel que conlleva un caudal de afecto natural y espontáneo por su criatura, y que toda mujer concibe y profesa incluso antes de quedarse embarazada.

Encuentros angustiantes, desencuentros tenebrosos

El siniestro encuentro entre madre e hija, de madrugada, bajo la luz lechosa de las farolas, en una esquina cualquiera, esperando un taxi al salir de la sala de juego que acaba de cerrar, sitúa el escenario de desolación e incomunicación entre ambas. La hija no se atreve a decirle a la madre que no va a estar cada noche pendiente de recogerla en un taxi para llevarla a casa, y en esa indecisión surgen los hirientes recuerdos del abismo emocional que ha marcado sus vidas. La lectura del relato nos hace pensar en los cuentos góticos de terror, en la “madre muerta” de A. Green, en las angustias primitivas de D.W. Winnicott, en la función de la mirada como sostén del vínculo materno primario.

Efectivamente, todas las descripciones que su hija hace sobre el impacto emocional que le causa la mirada de su madre, provocan como un estremecimiento moribundo de frío y soledad. «*La mirada airada*»... «*una mirada que desearía evitar*»... «*que la siente de repente clavada en mitad del estómago momentáneamente convertido en órgano de la memoria indeseada*»... «*ese desafío destellante de ojos, esa descarga de chispas electrizantes que paralizan a quien las recibe*». Las reflexiones suceden sin cesar en un instante que se hace casi eterno mientras la hija (“la observadora nocturna”) se hace preguntas mudas sobre la «*desolada absurdidad*» y «*la mirada angustiada*» de su madre, como si fuera una desconocida demasiado familiar. Ana M^a Moix nos confronta en este cuento poético con el desencuentro más radical entre dos mujeres que sólo se encuentran unidas por las vivencias del desasosiego, el desagrado y la insatisfacción. Así: «*la sonrisa es como una herida en el rostro transparente, como un cosido de hilo rosa a punto de romperse*». Todo un poema melancólico ese rostro materno, del cual la hija quiere huir «*segura de no poder soportar la terrible imagen del dolor de la incomprensión*».

El último encuentro

El largo viaje en tren para ir a despedirse de su madre en el lecho de muerte, le sirve a Soledad Puértolas (1996) introducirse en los pensamientos de la protagonista, la “hija predilecta”. *«He sido su hija predilecta, la que vino cuando nadie me esperaba... y todos supieron que sería la hija más querida por mi madre... fui el último milagro de su vida»*. Esta circunstancia promueve entre ambas una complicidad especial: *«Nos mirábamos, cada una desde nuestro lado, solas, pensativas... sin que nadie se diera cuenta, sin que mis hermanas supieran que mi madre y yo nos habíamos ido a otra parte»*.

Es precisamente ese estatuto de lugar especial en el corazón de su madre lo que intensifica sus remordimientos. Sentimientos de culpa que la invaden al recordar que ninguna de las hijas, incluida ella misma, quiso hacerse cargo cuando, ya desvalida, se puso enferma. *«Huí de todas las sombras, los silencios... me asustó quedarme y borraré las horas tristes y monótonas de esa infancia que habían querido robarme...»*.

Culpa y remordimiento por no haber unido su vida a la de su madre, por la precipitada huida que revive como un abandono imperdonable, por no haber estado donde su madre esperaba que estuviera, a su lado. Y durante el viaje en tren que la vuelve a llevar junto a ella, en su recorrido también la acerca a los autoreproches, a través de las palabras dichas y no dichas, por las expectativas no satisfechas, por la sensación de haberla decepcionado. *«¿Cómo no pensar que tal vez estoy jugando a ser la madre que tú no fuiste conmigo, refugiada en tu mundo de sombras y silencio?»*. Decepciones mutuas a pesar de haberse sentido ambas tan especiales la una para la otra.

Porque el encuentro inicial, que colmó de alegría a la madre por recibir aquella criatura inesperada y devino en una intensa relación de complicidad entre ambas a través de miradas y silencios, sería, sin embargo, también, la encerrona de la que la protagonista necesita fugarse, aunque sea para caer en brazos de amores prohibidos... *«porque no quiero recluirme en las sombras que acosaron a mi madre»*.

Soledad Puértolas recoge de nuevo ese ímpetu por la vida, narcisismo de vida, de la generación siguiente a la de la que sufrió la guerra. Un impulso vital por no enredarse en las tristezas y melancolías de los años de la posguerra, de las mujeres que habían perdido marido, hijos, hermanos, y muchas esperanzas de un futuro más justo y más libre. Su madre, como tantas otras mujeres, y sobre todo si eran madres, tuvo que dar por finalizada su vida como sujeto social.

Este relato de relatos me lleva a la primera página del libro que descansa en mi biblioteca desde el 7 de marzo de 1996, en donde leo la dedicatoria de Laura Freixas: «*En recuerdo de las muchas horas empleadas en hablar del tema...*». Veinticinco años después, la relectura de estos cuentos, gracias a las magníficas escritoras que seleccionó Laura Freixas, me han ayudado a entender algo más sobre lo que entonces tuve el placer de leer.

Referencias bibliográficas

- R. ALDECOA, J. (1996): “Espejismos”, en Freixas L (Ed. 1996) *Madres e hijas*. Editorial Anagrama.
- CASTRO, L. (1996): “Mi madre en la ventana”, en Freixas L (Ed. 1996) *Madres e hijas*. Editorial Anagrama.
- CHACEL, R. (1951): “Chinina Migote”, en Freixas L (Ed. 1996) *Madres e hijas*. Editorial Anagrama.
- DÍAZ-MAS, P. (1996): “La niña sin alas”, en Freixas, L (Ed. 1996) *Madres e hijas*. Editorial Anagrama.
- FREIXAS, L. (Ed. 1996), *Madres e hijas*. Editorial Anagrama.
- GRANDES, A. (1976): “La buena hija”, en Freixas L (Ed. 1996) *Madres e hijas*. Editorial Anagrama.
- LAFORET, C. (1970): “Al Colegio”, en Freixas L (Ed. 1996) *Madres e hijas*. Editorial Anagrama.
- MARTÍN GAITE, C. (1987): “De su ventana a la mía”, en Freixas L (Ed. 1996) *Madres e hijas*. Editorial Anagrama.
- MATUTE A. M. (1963): “Cuaderno para cuentas”, en Freixas L (Ed. 1996) *Madres e hijas*. Editorial Anagrama.
- MOIX, A. M. (1996): “Ronda de noche”, en Freixas L (Ed. 1996), *Madres e hijas*. Editorial Anagrama.
- PERI ROSSI, C. (1996): “Primer Amor”, en Freixas L (Ed. 1996), *Madres e hijas*. Editorial Anagrama.
- PUÉRTOLAS, S. (1976): “La hija predilecta”, en Freixas L (Ed. 1996), *Madres e hijas*. Editorial Anagrama.
- SÁNCHEZ, C. (1996): “Cari junto a una motocicleta roja”, en Freixas L (Ed. 1996), *Madres e hijas*. Editorial Anagrama.

SORIANO, M. (1996): “Ella se fue”, en Freixas L (Ed. 1996), *Madres e hijas*. Editorial Anagrama.

TUSQUETS, E. (1996): “Carta a la madre”, en Freixas L (Ed. 1996), *Madres e hijas*. Editorial Anagrama.



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

"Espíritu de sacrificio" (Diana Raznovich)

IV

Malestar emocional

Estrategias de prevención del padecimiento psíquico de las mujeres⁶³

La noción de prevención ha estado principalmente focalizada en los aspectos corporales y biológicos de las personas. Pero a finales del siglo XIX surge el concepto de “educación para la salud”, y con él, aparecen los llamados “agentes de salud”, destinados a promover esta educación.

Posteriormente, con la necesaria evolución del pensamiento psiquiátrico, psicológico y psicoanalítico, el concepto de “prevención” se fue incorporando al de salud mental, con el objetivo de desarrollar un abordaje preventivo de la “salud integral”, tomando las distintas áreas que la determinan: la biológica, la psicológica individual, y la familiar e institucional. Los respectivos impactos de estas áreas tienen, a su vez, una influencia en la esfera comunitaria, más o menos exitosa.

La OMS (2004) señala que “los problemas mentales, sociales y de conducta pueden interactuar en forma tal que intensifiquen sus efectos sobre la conducta y el bienestar”. En especial hace hincapié en lo referente al “abuso de sustancias, la violencia y los abusos de mujeres y niños, y los problemas de salud como enfermedad cardíaca, depresión y ansiedad”. Este organismo internacional recalca que los problemas de salud “tienen mayor prevalencia y son más difíciles de afrontar cuando existen condiciones de altos niveles de desempleo, bajos

⁶³Género y salud, IX Jornadas de la Red de Mujeres Profesionales de la Salud, nº 49. Madrid, 2008. Pág. 28-41. Depósito legal: M-57478-2008.

ingresos, educación limitada, condiciones estresantes de trabajo, *discriminación de género*⁶⁴ estilo de vida no saludable y violaciones de los derechos humanos”.

Si nos fijamos bien, las mujeres se hallan de pleno en cada uno de las situaciones señaladas: mayor desocupación, menor remuneración, discriminación persistente en determinadas esferas sociales y profesionales, además de la siempre estresante no conciliación de la vida laboral con la familiar. Por tanto, las mujeres en nuestra sociedad contemporánea constituyen una *población vulnerable* de padecer sufrimiento psíquico, como también los hijos que están a su cargo.

De hecho, los documentos oficiales de los organismos internacionales⁶⁵ recogen estas nociones de manera expresa: “Para el desarrollo de un modelo de comprensión de la salud y el trastorno mental se han introducido elementos conceptuales como *vulnerabilidad y estrés*, al que se vincula también la consideración de *factores de riesgo y de protección* para la salud mental”. Como su nombre indica:

- los llamados factores de riesgo se “asocian a un incremento en la *probabilidad de inicio*⁶⁶ de problemas importantes de salud, así como a una gravedad y duración mayores de estos problemas”.
- por otra parte, los llamados factores de protección son los “aspectos que mejoran la resistencia de las personas frente a los factores de riesgo y frente a las propias enfermedades; son los factores que modifican, alivian o alteran la respuesta de una persona frente a los diversos riesgos” que puede encontrarse a lo largo de la vida.

Resulta, pues, necesario detectar las situaciones de riesgo en salud mental en que se encuentran determinados grupos poblacionales de mujeres, y, por otro lado, resaltar los factores de protección con los que pueden contar ante

⁶⁴La cursiva es mía

⁶⁵Revista AEN, “Consenso sobre promoción de la salud, prevención del trastorno mental y disminución del estigma”. Cuadernos Técnicos nº 8. Madrid 2008.

⁶⁶La cursiva es mía

las adversidades. Para detectarlos mejor, es imprescindible tener en cuenta cuáles pueden ser las *circunstancias situacionales y subjetivas* de cada mujer, que puedan propiciar el inicio o el agravamiento de un trastorno psicológico. Quiero resaltar lo de “circunstancia situacional” o “circunstancia subjetiva”, pues ambas frecuentemente se acompañan e influye la una en la otra. Aún así, es preciso diferenciarlas, para poder hacer un abordaje más comunitario —en caso de que sean circunstancias situacionales (desempleo, pocos recursos, familias monomarentales, emigración, etc.)— o con un enfoque más individualizado, en el que cada mujer pueda sentirse atendida según su especificidad personal, como cuando hay riesgo de depresión posparto, abortos a repetición, secuelas por malos tratos, experiencias de abusos sexuales, etc.

En este sentido, resulta cada vez más claro que los problemas del sufrimiento psíquico y la enfermedad mental se van resituando desde el campo exclusivamente médico de la enfermedad hacia el contexto social, de manera que nos permite vincular dichos problemas con las condiciones generales de existencia propias y de los grupos humanos. Por tanto, hay que dar preferencia a la tarea de *observar y detectar* las *condiciones relacionales* de la mujer, tanto en su familia de origen, como en la que constituye; también, identificar su lugar y rol social en la comunidad que habita, y en los grupos sociales donde desarrolla su práctica de estudio, trabajo o participación.

Desde esta perspectiva, los problemas de integración social, y de participación de las mujeres en la vida comunitaria y en los intercambios económicos y simbólicos, se están (¡por fin!) considerando como los principales valores a tener en cuenta, pues ya hemos constatado que son determinantes en la producción de salud mental⁶⁷.

La prevención: sus perspectivas

A continuación me propongo destacar los factores de riesgo prevalentes según tres perspectivas: la elaborada por la OMS, la perspectiva psicoanalítica y

⁶⁷ Bayo-Borràs, R.: “¿De qué sufren las mujeres?”. En *Mujer y Salud Mental*. COPC. Barcelona, 1999.

la perspectiva de género. Veremos que las tres tienen puntos en común, pero cada una de ellas considera los factores de riesgo desde un punto de vista diferente: la OMS, según los problemas *manifiestos*; la psicoanalítica, “escuchando” los problemas *latentes*, y la perspectiva de género, destacando lo desestimado o invisibilizado para la sociedad patriarcal. En cualquier caso, no creo que sean excluyentes.

I.- Perspectiva de organismos internacionales (OMS): los problemas manifiestos

Actualmente se tienen conocimientos científicos sobre los factores de riesgo y de protección en el ámbito de la salud mental, derivados de un importante número de investigaciones, las cuales destacan –para las mujeres- los siguientes factores de riesgo⁶⁸:

Desde el punto de vista biológico:

- Complicaciones perinatales
- Dolor crónico
- Embarazo prematuro
- Enfermedades médicas
- Insomnio crónico

En esta relación de factores de riesgo debemos destacar aquellas circunstancias del período de embarazo, lactancia y crianza del bebé. Por otro lado, aunque el dolor y el insomnio estén incluidos en el campo somático/biológico, no podemos perder de vista que se hallan intensamente condicionados por factores sociales y de orden subjetivo. También quiero comentar que si bien el factor denominado “enfermedades médicas” es excesivamente amplio, podemos incluir en él todas aquellas dolencias que en los estudios epidemiológicos (de cada zona o comunidad) puedan resaltar las que padecen específicamente las

⁶⁸Revista AEN, op. Cit.

mujeres, en especial durante la segunda parte de la vida, en que aumenta su vulnerabilidad física y psicológica.

Factores de riesgo desde el punto de vista psicológico (que también pueden ser atribuidas a las mujeres):

- Alteraciones de la comunicación
- Déficit de atención
- Dificultades de lectura
- Discapacidades sensoriales
- Falta de habilidades sociales
- Fracaso escolar y desmoralización en la escuela
- Habilidades y hábitos laborales poco desarrollados
- Inmadurez y descontrol emocional
- Soledad
- Uso excesivo de sustancias

Vemos que en esta relación de factores psicológicos predominan aquellos relacionados con las funciones cognitivas, de atención y aprendizaje. No en vano muchos programas dirigidos a la población femenina se basan todavía de manera predominante en favorecer y aumentar el desarrollo de sus conocimientos (generales y específicos) para facilitar su mejor inserción social y laboral, ya que las posibilidades de autonomía y pensamiento propio de las mujeres se apoyan necesariamente en estas capacidades cognitivas: de comunicación, de trabajo y de aprendizaje.

En este sentido, el factor “inmadurez y descontrol emocional” tiene un papel fundamental como factor de riesgo, ya que sólo si la afectividad y la inteligencia se van dando de manera integrada en el desarrollo subjetivo de cada persona, pueden ambos dar sus frutos. Es alentador comprobar que cada vez hay más iniciativas para ayudar y proteger a las mujeres en el ámbito educativo y de formación profesional, pero si no se implementan estrategias

de promoción y prevención en la línea de la “contención emocional” o de la “inteligencia emocional”, de manera específica, entonces los otros proyectos educativos/formación profesional suelen ser poco efectivos o incluso ineficaces.

Respecto de los factores “soledad” y “uso excesivo de sustancias”, no es difícil advertir que ambos casi siempre están relacionados. Numerosos estudios⁶⁹⁷⁰ destacan la íntima conexión entre el consumo, por ejemplo, de psicofármacos con las condiciones de vida de las mujeres.

Quiero precisar aquí una cuestión que a veces pasa desapercibida. Cuando se habla de “condiciones de vida” considero que deben tenerse en cuenta tanto los aspectos generales del presente de la vida de cada mujer, como *las condiciones en que ha pasado su vida*. Efectivamente, los acontecimientos vividos, la experiencia (positiva o negativa) durante su infancia y juventud, conforman la base (biológica, cognitiva y emocional) sobre la que se sustentan las características de su vida actual, y también conformarán los aspectos fundamentales de su salud futura.

Es por ello que cualquier abordaje preventivo debería realizarse en las etapas más tempranas del desarrollo emocional, y, también, en aquellos momentos vitales llamados “críticos” (adolescencia, nacimiento del primer hijo, edad media de la vida), en que se juega el futuro de la siguiente etapa evolutiva.

Por tanto sigue siendo crucial para la vida de una mujer y del buen desarrollo emocional de sus hijos, que la maternidad pueda ser escogida y no *impuesta*, por ejemplo, por mandatos de género o por “fallos” en la anticoncepción⁷¹. Así mismo, que durante la etapa de constitución de un vínculo amoroso la mujer no se halle en un período de “descontrol emocional”, indicador fiable de *inmadurez* psicológica. Son comentarios a modo de ejemplo de algunas decisiones que pueden tomarse sin la suficiente “conciencia” de las repercusiones que pueden

⁶⁹Bayo-Borràs, R. et al.: “Procedimiento para la evaluación de un tratamiento psicoterapéutico. Estudio Coste-efectividad del Programa de Atención a la Mujer”. Premio Ferrán Salsas i Roig. Diputación de Barcelona. 2000.

⁷⁰Bayo-Borràs, R.: “Mujer y Calidad de Vida”. Revista AEN, nº 83. Madrid 2002.

⁷¹Bayo-Borràs, R.: “Dos cuerpos, dos imaginarios”, Revista Mujer y Salud. Nº 20. Barcelona 2006.

llegar a tener, tanto para la vida emocional (y por tanto, laboral y social) de una mujer, como de la de sus hijos.

En otros artículos me he referido al importante papel como *agente de contención emocional* que la mujer realiza en su familia, a la que atiende y de la que se ocupa, realizando múltiples tareas como cuidadora⁷². No estoy planteando que esta función deba ser “naturalizada”, sino constatar el dato: la mayoría de niños, maridos, ancianos y enfermos son cuidados y atendidos por sus madres, esposas, hijas y nueras, con escasos medios para conciliar su vida laboral (si es que la tienen) con la familiar y doméstica. Pero, además, este planteamiento general (la mujer como agente de contención emocional de los miembros de su familia), no evita que también pueda ser considerada en el aspecto negativo: la mujer puede ser también *factor de riesgo* para los más vulnerables, en especial para sus hijos durante la primera infancia y durante la adolescencia, si su padecimiento psíquico le impide disfrutar de los vínculos (dolor, depresión, angustia, somatizaciones frecuentes, etc.) o desempeñar su vida laboral.

Destacar estos aspectos positivos y negativos de la influencia que sobre algunos miembros de su entorno puede tener su estado emocional tiene el objetivo de llamar la atención sobre la importancia de cada estrategia preventiva que se dirija hacia los diferentes sectores poblacionales (mujer emigrante, madre primeriza, que sufre dolor o fatiga crónica, hiperfrecuentadora de servicios médicos, con trastornos alimentarios, etc.). Cualquier esfuerzo en esta línea será siempre recompensado en cuanto a la repercusión que tendrá sobre cada mujer en singular, y también sobre los que, –afortunada o desafortunadamente, dependen emocionalmente de ella.

De hecho los llamados “factores de riesgo psicológicos” son más específicos en los estudios de género. Más adelante me referiré a ellos, pero quería incluir en este trabajo los que la investigación científica actual (sin sesgo de género) señala como los más prevalentes. Y volvemos a encontrar que en su gran mayoría hacen referencia a conflictos, trastornos y situaciones que si de alguna población son específicas lo son de la mujer.

⁷² Bayo-Borràs, R.: “Salud mental de mujeres amas de casa. Grupos terapéuticos”. En Género y Salud, Revista nº 30. Instituto de la Mujer. Madrid 2000.

Veamos, por ejemplo, los “factores de riesgo sociales”⁷³ que atañen a la mujer:

- Acontecimientos vitales estresantes
- Conflictos familiares o desorganización familiar
- Exposición a la agresión, la violencia y los traumatismos
- Necesidad de cuidar a pacientes con enfermedades crónicas o demencia
- Padecimiento de enfermedad mental por parte de los padres
- Pérdida de personas queridas, duelo
- Pertenencia a una clase social baja
- Uso de sustancias durante el embarazo.

En esta relación de circunstancias que son *tóxicas* para la salud mental de las mujeres, aparecen mezcladas las que son de carácter externo o interno, las sociales con las subjetivas. Los conflictos familiares (relación de pareja o de padres e hijos) no tienen tanto que ver con cuestiones sociales sino con aspectos de carácter vincular y psicológico, por lo que tienen una prevalencia muy grande en cuanto a *toxicidad emocional* y productora de síntomas psicósomáticos.

Como decía al principio de este apartado, la combinación de componentes biológicos, psicológicos y sociales que influyen negativamente en la salud emocional y el bienestar de las mujeres, expuestos por los organismos oficiales internacionales, hacen referencia a las *condiciones manifiestas y observables de las conductas*: Hay o no hay agresión, violencia, pérdida de seres queridos; hay o no hay embarazo prematuro, insomnio, dolor crónico; hay o no hay fracaso escolar, soledad, etc. Sin embargo, lo que también nos importa (y mucho) es “cómo se viven” cada una de estas circunstancias, cómo cada mujer puede enfrentar dichas circunstancias con sus propios recursos personales, y si puede elaborar y tramitar psíquicamente el impacto emocional correspondiente. Por eso la perspectiva psicoanalítica nos puede ser muy útil porque aporta la dimensión subjetiva individual de cada persona.

⁷³Revista AEN, op. Cit.

II. Perspectiva Psicoanalítica: la subjetividad y sus fracturas

Algunos estudios⁷⁴ realizados a partir de una perspectiva psicoanalítica recogen los factores de riesgo bajo otra óptica, en la que *la subjetividad es el eje central*. Estos estudios aunque también plantean que determinadas condiciones de vida aumentan la vulnerabilidad de las personas, tanto físicas como mentales y sociales, su enfoque toma *la calidad de los vínculos interpersonales* como el aspecto privilegiado para calibrar la situación de riesgo de fractura psíquica de un sujeto, sea hombre o mujer. Por eso, señalan que hay que tener en cuenta:

- En primer lugar, las situaciones de *ausencia de vínculos significativos*: Situación de desamparo (sin pareja, sin padres, sin fratría).
- En segundo lugar, *si los vínculos no han podido mantenerse*: pérdida de lazos sociales de solidaridad (expulsión del entorno).
- En tercer lugar, *si las relaciones familiares se han roto*: disgregación de la familia o de los grupos de pertenencia (separaciones traumatizantes).
- En cuarto, *si no hay base educativa o sostén económico*: desamparo en cuanto a las necesidades de empleo e ingreso mínimo vital (desempleo, falta de educación laboral, etc.)

La perspectiva psicoanalítica tiene mucho que aportar en la prevención de fracturas subjetivas, a causa de las llamadas violencias sociales. Como señala Cecile Moise, esta mirada consiste, precisamente, en realizar una labor incesante y sistemática, cuyo objetivo primordial es conseguir que “la población afectada o vulnerable (en situación de riesgo) pueda cooperar en la transformación de una situación generadora de malestar”.

Esta participación en la transformación de la situación y la implicación comprometida de cada persona para producir el cambio necesario es la mejor manera de que se pueda evitar la cronificación del malestar, y reducir o amortiguar la violencia que suele producir, iatrogénicamente, el sistema asistencial. En

⁷⁴Moise, C.: “Psicoanálisis y Prevención. Propuestas en Salud Comunitaria. Ed. Paidós. Buenos Aires. 1998”.

otras palabras, está en manos de quienes sufren la posibilidad de protagonizar y liderar la transición necesaria, y ello es todavía más imprescindible por cuanto que la *violencia institucional* siembra más burocracia e iatrogenia que posibilita espacios de contención y elaboración del malestar.

Desde esta perspectiva es, por tanto, primordial asegurarse la participación de las personas implicadas, en nuestro caso las mujeres, para que a través de su propia iniciativa puedan surgir proyectos “interiorizados”; por ejemplo, la creación de espacios adecuados para la elaboración conjunta de su sufrimiento, que facilite así el despliegue de una imaginación creadora de nuevos proyectos de vida. Pero este proceso transformador, tanto de las propias mujeres como de su medio más próximo, requiere de un trabajo en profundidad sobre aquellos aspectos de la subjetividad que tienden a repetir los estereotipos del sometimiento y la resignación.

Además de priorizar los aspectos emocionales y las fracturas subjetivas como campo de atención preventiva, y después de señalar que sólo a través de la cooperación e integración de los propios sujetos implicados puede llevarse a cabo alguna transformación (interna o externa) de las condiciones tóxicas, la perspectiva psicoanalítica también considera muy importante evitar (en la medida de lo posible) aquellas situaciones traumáticas, que por sí mismas, o por no haber podido ser elaboradas, puedan desencadenar mayor sufrimiento o patología posterior.

Con esto se plantea que no es posible prevenir la aparición de un síntoma psíquico o de una enfermedad mental. Pero lo que sí son previsibles son las consecuencias —a corto, medio o incluso largo plazo (a nivel transgeneracional)— que una situación específica puede ocasionar en determinado psiquismo⁷⁵⁷⁶. Entonces, cuando aparece un inquietante despliegue de violencias diversas sobre y en torno a las mujeres, muchas de ellas no pueden responder de otra manera sino con fracturas subjetivas: depresión, crisis de ansiedad, descom-

⁷⁵Tisseron, S: “El psiquismo ante la prueba de las generaciones”. Ed. Amorrortu, Buenos Aires, 1997.

⁷⁶Bayo-Borràs, R.: “Duelo y recuerdo”, en publicación sobre Memoria Histórica. Fundació Congrés Català de Salut Mental. Barcelona, 2008.

pensación psíquica, somatizaciones graves, consumo de sustancias, repliegue narcisístico, incapacidad laboral, etc.

La perspectiva psicoanalítica, como hemos comentado, focaliza los objetivos principales de la tarea preventiva en cuidar la calidad de los vínculos interpersonales y en proteger lo que atañe a la dimensión subjetiva de la mujer. A partir de ahí, promueve un modelo de intervención comunitaria cuya finalidad es identificar lo mejor posible las diversas situaciones (sociales y familiares) que originan malestar o enfermedad. Y este “desvelamiento” de situaciones favorecedoras de malestar humano y de género, permitirá, a su vez, contribuir a la toma de conciencia de los responsables del diseño de políticas públicas.

Por eso esta perspectiva considera absolutamente necesario establecer criterios preventivos en la propia labor médica, lo que, a su vez, implica proveer al equipo asistencial de una completa formación e información respecto de las reacciones emocionales esperables o no en las pacientes, usuarias y familiares más directos.

El equipo asistencial debería contar con una amplia orientación respecto del manejo de las diversas situaciones que se presentan, incluyendo asimismo, la reflexión en torno a la propia tolerancia y la capacidad de contención emocional frente a las diversas problemáticas, tanto las que provienen directamente de las usuarias, como de su entorno.

C. Moise lo plantea claramente⁷⁷:

«Es sobre las condiciones de vida que *la participación comunitaria* resulta esencial, ya que en definitiva se trata de potenciar las capacidades de las personas para enfrentar estas condiciones y actuar sobre ellas. La noción de prevención ha cambiado, más que consistir en consignas trasladadas a acciones en salud mental, su sentido actual está ligado a las estrategias de atención primaria de salud. Muchas veces, bajo criterios de acción preventiva se “bajan” programas hacia la comunidad, gestionados por diversos profesionales, que establecen por sí mismos las necesidades a cubrir y

⁷⁷Op. Cit.

los modos correctos de hacerlo. Todo esto deja afuera a los individuos para la percepción de sus necesidades y de la elaboración de los criterios para satisfacerlas. En este sentido resulta valioso el “análisis de la participación”: para ello es necesaria la racionalidad en la construcción, aplicación, y gestión de este tipo de programas comunitarios. Porque sólo la participación comunitaria puede asegurar la construcción conjunta de los diagnósticos de situación, la evaluación de necesidades y los financiamientos para las acciones necesarias. Así, también será garantía de poder cuestionar las rigideces burocráticas y los planteos autoritarios. En definitiva, *la participación es lo único que puede asegurar una distribución del poder y una apertura a lo creativo y al desarrollo de la capacidad sublimatoria del sujeto*».

Premisas para pensar la prevención

A continuación, recojo algunas consideraciones imprescindibles para realizar estrategias de prevención en salud mental y para tratar de evitar el malestar psicosocial de las mujeres. Son premisas de las que se parte para pensar estrategias de prevención⁷⁸:

1. *La subjetividad* es considerada como una construcción, permeable a cambios y reconstrucciones, donde la incidencia de lo social es parte constitutiva. La pregunta que deberíamos formularnos es: ¿qué tipo de subjetividades están siendo construidas en esta época, bajo las leyes del mercado?

2. Los *campos posibles de intervención* para investigar la producción subjetiva serán siempre aquellos vinculados a lo social-comunitario, las instituciones y las diferentes formas de familia, en las que la mujer tiene una posición estratégica, tanto como agente de prevención, como funcionando como *factor de riesgo*.

3. Se pueden aportar tres *posibles estrategias* para orientar la acción preventiva comunitaria:

⁷⁸Moise, C., op Cit.

a) La primera, de gran importancia, estimulando los *espacios de reflexión* donde se puedan explicitar y elaborar colectivamente los conflictos.

b) A continuación, rescatando el uso que ha tenido y tiene el concepto de *participación* en el campo preventivo, como factor determinante en la eficacia de las prácticas. Abrir, entonces, el juego a la problemática de la exclusión y la marginación, tan propio de las mujeres. Aquí lo importante es el desarrollo de las personas más que el de los bienes.

c) La tercera estrategia en el trabajo preventivo con la comunidad consiste en incluir el concepto de *memoria colectiva*, tan necesaria de reconstruir en un país que ha estado expuesto al silencio, la represión, la represalia, en definitiva, a su deterioro, fundamental para evitar el puro registro de la repetición.

En definitiva, de lo que se trata *no es tanto abordar el campo de las necesidades básicas insatisfechas*, concepto tradicional de la salud pública, sino la “Existencia de Necesidades No Materiales”, vinculadas al orden de lo subjetivo. Y en este campo, ¡las mujeres seguimos siendo unas verdaderas expertas!

III. Perspectiva Feminista: hacer visibles las desigualdades

No por estar en tercer lugar es menos importante. En absoluto. De hecho la perspectiva feminista incluye gran parte de las aportaciones recogidas por las otras perspectivas ya mencionadas⁷⁹⁸⁰, que apuntan algunos de estos factores de riesgo, pero afinan mejor respecto de las características de las condiciones de vida de las mujeres. El lema principal de este enfoque advierte de que *la morbilidad femenina diferencial está invisibilizada*, y este planteamiento aparece en los informes en que hemos participado las socias del DSQV del CAPS⁸¹ y colaboradoras de MyS⁸².

⁷⁹Burín, M. et al.: “El malestar de las mujeres. La tranquilidad recetada”. Ed. Paidós. México, 2000.

⁸⁰Bayo-Borràs, R. et al.: “El bienestar psicosocial de les dones: un repte per a una atenció de qualitat”.

⁸¹DSQV: Dona, Salut i Qualitat de Vida, y CAPS, Centro de Análisis y Programas Sanitarios.

⁸²MyS: Revista de la Red de profesionales sanitarias: Mujer y Salud.

Esta premisa de la invisibilización de la morbilidad femenina, tanto en el campo de la asistencia biomédica como en el de la investigación de la salud de las mujeres, en realidad ha sufrido lo que se podría denominar una *desviación inconsciente*:

Las mujeres han estado excluidas, consciente e inconscientemente, de numerosas cohortes en los estudios de investigación. A modo de ejemplos: no se han creado metodologías específicas para investigar su morbilidad; y las revisiones médicas laborales han sido androcéntricas, pues se han basado en la morbilidad predominante entre el sexo masculino para evaluar la sintomatología y la salud de las mujeres.

No es una perogrullada pensar que seguimos siendo “la costilla de Adán”, por lo que dicha invisibilización y exclusión “inconsciente” recae, precisamente, ¡sobre las costillas de muchas de nosotras!

He aquí, pues, un importante factor de riesgo para la salud mental de las mujeres que impide mejorar sus condiciones de vida: la invisibilización del malestar de las mujeres, esta vez sí, por razones del género masculino.

Esta “ceguera” u “olvido”, que son cosas bien distintas aunque de efectos parecidos, debe hacernos pensar acerca de la importancia de participar en los estudios epidemiológicos, de investigación y de evaluación, de los programas de atención a la mujer, *para no contribuir en esa exclusión, ni de manera consciente ni inconsciente*⁸³.

Otro factor de riesgo que merece un profundo análisis es el enorme desequilibrio entre las exigencias y las demandas sociales que recibe una gran población femenina, que ha de realizar doble jornada laboral, mientras que los recursos de que dispone para llevarla a cabo son ampliamente insuficientes, cuando no antagónicos con sus necesidades. Aquí volvemos a aludir a la discriminación

⁸³ Bayo-Borràs, R. et al.: “Es posible evaluar un tratamiento psicoterapéutico? (Análisis del Programa de Atención en Salud Mental para la Mujer del Centro de Higiene Mental de Cornellà.)/Revista Quadern CAPS, nº 29. Barcelona. Año 2000.

laboral, a la dificultad para la inserción laboral y la precariedad en ese ámbito, la realización de trabajos devaluados, la escasa corresponsabilidad en el ámbito doméstico, la falta de servicios públicos para sostener el cuidado a los miembros dependientes de la familia, etc. En definitiva, no hacer visibles las enormes desigualdades y cuyo “precio psíquico” promueve malestar y sintomatología diversa.

Por otro lado, también hay un enorme desequilibrio entre las exigencias que las propias mujeres tienen consigo mismas, en donde se combina el modelo antiguo de feminidad (sumisa, sacrificada, pasiva y dependiente) con el de *superwoman*, que ha venido a ser caricaturizado en el sarcasmo: “cómo ser una mujer y no morir en el intento” de C. Rico-Godoy. Quizá este esfuerzo por superar cualquier dificultad y abarcar todo tipo de tareas (domésticas, maternas, y profesionales a la vez) se puede entender como un manera de salir del narcisismo devaluado que, por un lado suele marcar a la mujer; y por otro lado, intentar evitar la feminidad como sinónimo de “castrada”, en el inconsciente de ambos sexos: esta teoría sexual infantil prevalece desde “la noche de los tiempos”, y aunque estamos en la era de la luz, a veces cegadora, no por ello se ve mejor en qué consiste la diferencia entre ambos. A veces, incluso, abogar exclusivamente por la igualdad entre los dos sexos no hace más que perjudicar la necesaria atención a las diferencias de las mujeres en cuanto sujeto social.

¿No es precisamente esa “orejera hacia la igualdad a toda costa entre los sexos” la que nos ha llevado a la situación actual?

Ya en el documento mencionado⁸⁴ se proponían las siguientes medidas:

- Mayor consideración a los factores que afectan la salud de las mujeres, no sólo a los biológicos, sino también a los sociales, económicos, culturales, ambientales, familiares, ocupacionales y políticos.
- Mayor atención a los roles de las mujeres, más allá de la consideración tradicional de los papeles de madre y esposa.

⁸⁴“El bienestar psicosocial... Op. Cit.

- Mayor atención a las desigualdades entre hombres y mujeres.
- Mayor implicación de los hombres en el proceso de cambio.
- Medidas para asegurar la voz de las mujeres en la identificación de problemas de salud, en la investigación, planificación, ejecución y desarrollo de programas.

Como se ve en esta pequeña pero intensa relación de medidas propuestas para favorecer la salud de las mujeres y reducir su malestar en general, las medidas tienen tanto que ver con aspectos políticos, como sociales, laborales y familiares. Es decir, desde la perspectiva de género la prevención y la atención de calidad no puede llevarse a cabo si no es de forma transversal, incluyendo propuestas a varios niveles de participación y de ejecución. Sólo así dichas medidas pueden llegar a ser eficaces, en caso contrario, pueden quedar en parches sin congruencia. Un ejemplo muy claro es propiciar jornada flexible para las mujeres pero no propiciarla para los hombres. Entonces, ¿cómo se va a conciliar la vida laboral con la familiar, y poder ocuparse verdaderamente de los hijos, sin que queden “relegados” ante los imperativos del mundo laboral?⁸⁵

Factores de riesgo desde la perspectiva feminista

Antes de enumerar los factores de riesgo deberíamos tener en cuenta los aspectos que predisponen e influyen negativamente en la salud mental de la mujer. Me refiero, por ejemplo, a las experiencias de abuso (sexual y emocional) durante la infancia, situaciones de abandono afectivo, *experiencias traumáticas*, y otras⁸⁶. También es imprescindible tener en cuenta aquellas situaciones de

⁸⁵Bayo-Borràs, R.: “La crianza de los hijos en la familia contemporánea: un reto de final de siglo”, en *El món laboral, la vida domèstica i la criança dels fills*. Ed. Institut de Ciències de l'Educació. Universitat de Lleida. Col. Àgora. 1999.

⁸⁶Bayo-Borràs, R.: “Pobreza y explotación infantil. Análisis psicológico”. En *Explotación y Protección Jurídica de la Infancia*. Coord. Carlos Villagrana. Cedecs editorial. Barcelona, 1998.

violencia personal, social e institucional que afectan a las niñas en varias esferas de su vida emocional⁸⁷.

Por otro lado, las mujeres se enfrentan a lo largo de su vida a diferentes *crisis o circunstancias de vida* que si bien son necesarias para su proyección personal y social, pueden ocasionar sufrimiento o malestar emocional de intensidad variable. Durante la pubertad y adolescencia, en el período de embarazo y posparto, en la etapa de crianza de los hijos pequeños, a lo largo de la edad media de la vida, o cuando “el nido se vacía”, son etapas de duelos más o menos intensos, que requieren una elaboración suficiente para evitar posteriormente estados depresivos.

Además de los duelos por crisis vitales, no debemos perder de vista aquellos que se cruzan por el camino de la vida: la separación o el divorcio, la pérdida de un embarazo, la muerte de un ser querido, la enfermedad grave, el desarraigo por motivos económico o sociales, la pérdida de referentes culturales, los malos tratos, etc. Estas crisis, denominadas *accidentales*, pueden propiciar el resurgimiento de aspectos subjetivos dañados con anterioridad, o no bien constituidos, agravando el sufrimiento psíquico o descompensando emocionalmente el equilibrio psicofísico.

En cuanto a las condiciones de vida de la mujer, hay estudios que plantean versiones diferentes sobre si desempeñan un auténtico factor de protección o, por el contrario, constituyen un factor de “alto” riesgo. Es así que en la mujer casada con hijos pequeños y enfermos a su cargo, el trabajo fuera del hogar incrementa más que disminuye la morbilidad psíquica. Sin embargo, cuando la maternidad está valorada por el medio sociocultural, la crianza de los hijos es un factor de protección, pues la mujer se siente útil y recompensada afectivamente.

Las situaciones de crisis son momentos de transformación de la situación habitual, que han de ser objetivo primordial en los proyectos preventivos. Tanto es así que en la atención psicosocial de las mujeres comprobamos frecuentemente cómo su malestar emocional tiene que ver con cambios importantes, a veces imprevistos, durante una etapa de la vida en la que no pudieron atender o

⁸⁷Aldea, Elena de la: “La violencia, las violencias. Reflexiones, experiencias e intervenciones.”. Sangría Editores. Santiago de Chile, 2008.

atenderse adecuadamente. Entonces, las crisis mal resueltas acabaron propiciando descompensaciones psicopatológicas (fobias intensas, duelos congelados, dolor crónico⁸⁸, somatizaciones graves, etc).

Según los estudios epidemiológicos elaborados por Mabel Burin⁸⁹ los factores de riesgo para la salud mental de las mujeres son los siguientes:

- El matrimonio
- El trabajo de ama de casa
- Cuidar a tres o más niños pequeños
- La falta de comunicación en la pareja

Estas situaciones personales, sin embargo, creo que no pueden generalizarse. Es evidente que el matrimonio por sí mismo no puede incidir negativamente en el estado emocional de una mujer a no ser que haya conflictos en la relación, y que el trabajo doméstico tiene una valoración personal muy diferente según las condiciones culturales y sociales de cada mujer.

Otros estudios y la continuada experiencia en la atención psicológica revelan que los factores que pueden aumentar el estrés emocional son:

- Embarazos adolescentes o hijos no deseados
- Clase social desfavorecida
- Bajo nivel educativo
- Ausencia de trabajo remunerado
- Ausencia de apoyo social y laboral
- Pareja con patología grave
- Tener a su cargo ancianos y enfermos

⁸⁸Bayo-Borràs, R.: “Si no hay palabras para decirlo hay un cuerpo para expresarlo”. En *La Salud de las mujeres*, Revista nº 39, Instituto de la Mujer, Madrid, 2003.

⁸⁹Burin, M.: “Estudios sobre la subjetividad femenina. Mujeres y Salud Mental.”. Grupo Editor Latinoamericano. Buenos Aires, 1987.

- Ser la única responsable de la familia
- Padecer enfermedades de larga evolución.

Pero no sólo hay factores de riesgo personales o sociales, también las mujeres suelen desempeñar mayoritariamente profesiones con un alto grado de responsabilidad en la atención y cuidado de menores, enfermos, ancianos. Cuidar a los y las que cuidan es ya un lema en el campo de los servicios sociales, que deberían conseguir los espacios de supervisión y formación continuada que tanto necesitan para no “intoxicarse” emocionalmente con las complejas dinámicas de su tarea profesional diaria. Estas actividades desempeñadas en su gran mayoría por mujeres, componen lo que podría denominarse “profesiones de alto estrés emocional”, en el desempeño de las cuales no es fácil mantener la distancia afectiva necesaria y suficiente para realizarla sin desconectarse emocionalmente o sin desmotivarse. Estamos hablando de trabajadoras familiares, enfermeras, puericultoras, maestras, asistentes sociales, médicas, auxiliar de enfermería, especialistas en geriatría, etc.

Otros grupos de riesgo lo componen aquellas mujeres que por su dolencia específica o por la situación familiar tienen que soportar largos períodos de incapacitación: mujeres con cáncer, con sida, madres de deficientes, mujeres anoréxicas, mujeres maltratadas, madres de enfermos mentales, etc.

Por eso decía anteriormente que la mujer suele tener que desempeñar un rol de contención emocional y cuidado de los más vulnerables. Su posición estratégica en el medio familiar la convierte en la piedra angular sobre la cual se sostiene otros miembros del núcleo familiar. No hace falta recordar quien acompaña al médico, concierta las visitas de las revisiones periódicas, y tiene en su agenda la relación de gestiones necesarias para resolver los contratiempos habituales. Por tanto, puede ser “agente de contención emocional” —y por tanto, de prevención de los riesgos de contraer dolencias. La mujer es la punta del iceberg de una familia sana o enferma, por lo que su bienestar psicológico debería ser tenido especialmente en cuenta. Porque esta atención y cuidado hacia los familiares más vulnerables tiene un alto valor, pero también un coste que acaba pagándolo ella con su propia salud. Es un alto precio el que paga

cuando se quiebra en el llamado “síndrome del burn out”. A modo de ejemplo podemos recoger el síndrome de fatiga crónica, o modalidades de “fibromialgia”, entre otras.

A modo de conclusiones

El sufrimiento no se puede evitar

No nos vamos a engañar con el título: no hay estrictamente hablando “estrategias de prevención del padecimiento psíquico” de las mujeres, si por prevención se entiende aplicar fórmulas, métodos, intervenciones eficaces (estilo vacunación y demás) que eviten, del todo y para siempre, el sufrimiento psíquico, el dolor emocional, y supriman las alteraciones sintomáticas psíquicas.

¿Qué quiero decir con esto? Que a lo largo de la vida de una mujer aparecen múltiples situaciones personales y familiares, causantes de dolor psíquico, preocupación, y “estrés emocional”, de las cuales no va a haber forma de zafarse; por ejemplo, es imposible no sufrir tras una ruptura amorosa, o por el fallecimiento de un ser querido, o por no haberse sentido reconocida en sus capacidades profesionales. Tampoco es posible dejar de preocuparse cuando la carencia económica y el tema laboral no está resuelto. En todo caso la cuestión clave es el “grado o intensidad” del sufrimiento, y las alteraciones psíquicas y somáticas que puede acarrear.

En determinadas circunstancias, de vida o accidentales, hay padecimiento psíquico inevitable (tenemos que decir, incluso, que es adecuado y conveniente que lo haya); éste padecimiento psíquico constituye, es, el “afecto-señal”, y gracias a ésta señal producida por la angustia o el sufrimiento emocional la persona puede “enterarse” de lo que le está ocurriendo, y del significado que adquiere en su vida, “se entera” quiere decir que ella se implica emocionalmente en lo sucedido: ha perdido una relación importante, o un trabajo, o ha roto con la familia. Todo ello la conmueve y no podrá sustraerse a tal malestar. Evidentemente hay más situaciones sociales y personales que pueden generar

padecimiento psíquico a una mujer, aquí presento algunos ejemplos para seguir con la argumentación.

Hay estrategias para no pasarlo mal

Entonces, decía, no hay maneras realmente eficaces de evitar el padecimiento cuando “ha de haberlo”. Incluso, no es conveniente realizar variadas estrategias como la negación (“¡pero si a mí no me pasa nada!”), o la racionalización (“¡todo lo que me pasa es porque no me entienden!”).

Es cuando sí hay “estrategias” para dejar de pasarlo mal: estrategias que denomino de “distracción continuada” (“he de salir más de fiesta, necesito alguna copa, etc.”) o de “ocupación excesiva” con todo tipo de asuntos familiares y laborales. También abundan en determinados sectores poblacionales las “estrategias” de hiperfrecuentación de consultas médicas o de medicalización abusiva. Estas estrategias las utilizan las mujeres para ser atendidas, pero con ello no enfrentan el conflicto subyacente a su sufrimiento emocional.

Evidentemente, con esto no quiero decir que haya que pasárselo mal.

Cuando hacer prevención

La cuestión entonces, para poder realizar prevención, es: cuándo una mujer, que ya está sufriendo por algo que inevitablemente la hace sufrir, comienza a “sufrir demasiado”, o “lleva demasiado tiempo sufriendo”, o, “lo que le hace sufrir está alterando también otros aspectos de su salud”.

A menudo oímos, a familiares y amigas, comentarios del estilo: “se pasa el día llorando”, “todo el tiempo se está quejando”, “siempre le pasa algo, siempre se encuentra mal”, “no hay manera de que levante cabeza”, “creo que a veces distorsiona las cosas”, etc.

Y aquí volvemos a comprobar (médicas, trabajadoras sociales, cuidadoras, psicólogas y psicoanalistas) que eso depende de cada mujer. Que cada una, mayor o joven, con pareja o sin pareja, con hijos o sin hijos, de una u otra clase social, independientemente de las características de su vida, incluso de su entorno, si no es especialmente nocivo, “puede sufrir” de diferente manera.

La verdadera prevención ha de comenzar cuando aumenta la intensidad del sufrimiento, y, sobre todo, se alarga la duración del mismo.

Es decir, una ruptura amorosa puede embargar de sufrimiento a una mujer, pero las consecuencias de esa ruptura hay que verlas con más detalle: ¿dejó también de interesarse por otros asuntos?, ¿tuvo que coger la baja?, además, ¿perdió a sus amigos/as?, ¿se enfermó repetidamente?, etc.

Qué podemos hacer en el campo sanitario

Las estrategias de prevención del malestar y padecimiento psíquico de las mujeres habrían de darse en varios campos de intervención, pues en todos es importante y altamente significativa: en el educativo, laboral, social y en el sanitario.

Entonces, aquí viene alguna respuesta a la pregunta de qué podemos hacer, desde el campo sanitario, como tarea de prevención:

1. Podemos evitar alargar el sufrimiento, y evitar que se cronifique.
2. También podemos intentar evitar que ese sufrimiento comporte mayor sufrimiento aún: que invalide a la persona en sus capacidades personales en sus recursos intelectuales y de relación. Evitar que se intensifique.
3. Podemos intentar que “hayan más complicaciones”: evitar “otras complicaciones”: somatizaciones, actuaciones peligrosas (hay quien se evade buscando velocidad, riesgo, y otras adicciones, para “matar” el aburrimiento”), o actuaciones (abortos a repetición) como manera de salir del pozo.

Las dificultades

Pero para llevar a cabo esta prevención de un “daño mayor” tenemos bastantes dificultades:

- estructurales (no hay programas en las instituciones),
- de recursos humanos (no hay profesionales adecuadamente formados para realizarla),

- de las propias usuarias de los servicios, a los que acuden más que para aliviarse, para reafirmar que están enfermas y que nadie las atiende adecuadamente. Son verdaderas resistencias internas de las personas que padecen; diríamos que es una manera de “mantener el padecimiento”, aún cuando ni ellas ni nosotras entendamos los motivos, pues nunca son conscientes.

Esta es una de las dificultades más importantes con la que nos encontramos para hacer programas de prevención: les pedimos a las mujeres que acudan, (al centro barrial, a la consulta para hacerse revisiones, a las entrevistas posteriores para hacer la evaluación del servicio asistencial, a la casa de acogida en casos de maltrato, etc), y, o no acuden, o cuando lo hacen, al poco tiempo lo abandonan.

Ellas no son culpables de ello, ni “malas” por hacerlo. Es una compleja dinámica interna que se puso en marcha y no hay manera de evitarla. Quieren pero no quieren, piden pero no aceptan, consultan pero no se tratan. Con todo, muchas otras pacientes o/usuarias sí pueden beneficiarse de los programas de prevención: de hecho son aquellas cuyo sufrimiento no las ha invalidado ni cronificado tanto, y que *su deseo de mejorar y de vivir* es más fuerte que la dolencia que padecen.

Bien, entonces, cuando podemos hacer algo con las mujeres que sufren psíquicamente, y *voluntariamente* se acercan a los espacios adecuados, entonces podemos hacer Prevención, y podemos pensar, con ellas, estrategias para aliviar su sufrimiento: para que no se intensifique, para que no se cronifique, para que no las invalide en sus capacidades y sus recursos personales.

El valor de la escucha

La labor preventiva consiste fundamentalmente en una de de aquellas funciones que el médico, enfermera, maestra, cuidador, trabajador social, policía de barrio, farmacéutico, realiza sin pensar demasiado en ello: es decir, lo que diríamos, *a través de su sentido común: escuchar* a la gente, y proponerle lo más directo, accesible, cómodo y eficaz a su pedido.

El gran beneficio que proporciona una escucha atenta, no involucrada emocionalmente, y empática con el mensaje de quien consulta es el de proporcionar *contención emocional*⁹⁰. Entre los profesionales de la salud conocemos los enormes beneficios de esta función terapéutica, tan necesaria en la tarea de prevención, porque ayuda a evitar la descompensación emocional.

⁹⁰Fernández, R. (coord.): “La contención”. Edita Asociación Española de neuropsiquiatría. Madrid. 1990.

Bibliografía sobre prevención padecimiento psíquico de mujeres

Revista AEN, “Consenso sobre promoción de la salud, prevención del trastorno mental y disminución del estigma”. Cuadernos Técnicos nº 8. Madrid 2008.

ALDEA, Elena de la: “La violencia, las violencias. Reflexiones, experiencias e intervenciones.”. Sangría Editores. Santiago de Chile, 2008.

BAYO-BORRÀS, R.: “Pobreza y explotación infantil. Análisis psicológico”. En *Explotación y Protección Jurídica de la Infancia*. Coord. Carlos Villagrasa. Cedecs editorial. Barcelona, 1998.

Id: “La crianza de los hijos en la familia contemporánea: un reto de final de siglo”. En *El món laboral, la vida domèstica i la crianza dels fills*. Ed. Àgora. Universitat de Lleida, 1999.

Id: “¿De qué sufren las mujeres?”, en *Mujer y Salud Mental*. Reflexiones y Experiencias. Edita Colegio Oficial de Psicólogos de Cataluña. Barcelona 1999.

Id. et al.: “Procedimiento para la evaluación de un tratamiento psicoterapéutico. Estudio Coste-efectividad del Programa de Atención a la Mujer”. Premio Ferrán Salsas i Roig. Diputación de Barcelona. 2000.

Id. et al.: “Es posible evaluar un tratamiento psicoterapéutico? (Análisis del Programa de Atención en Salud Mental para la Mujer del Centro de Higiene Mental de Cornellá.) Revista Quadern CAPS, nº 29. Barcelona. Año 2000.

Id: “Salud Mental de mujeres amas de casa. Grupos Terapéuticos.”. En *Género y Salud*. I Jornadas de la Red de Médicas y Profesionales de la salud. 1999. nº 30. Instituto de la Mujer. Madrid 2001.

Id: “Mujer y Calidad de Vida”, Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, (AEN) Año XXII. Julio, Septiembre 2002. nº 83.pp. 37-62.

Id: et al.: “El bienestar psicosocial de les dones: un repte per a una atenció de qualitat”. Reflexions en Femení nº 13. Diputació de Barcelona. Oficina Técnica del plà d'Igualtat. Barcelona, 2002.

Id.: "Si no hay palabras para decirlo hay un cuerpo para expresarlo". En *La Salud de las mujeres*, Revista nº 39, Instituto de la Mujer, Madrid, 2003.

Id.: "Dos cuerpos, dos imaginarios", Revista Mujer y Salud. Nº 20. Barcelona 2006.

Id.: "Duelo, recuerdo y culpa", en publicación sobre Memoria Histórica. Fundació Congrés Català de Salut Mental. Barcelona, 2008.

BURIN, M.: "Estudios sobre la subjetividad femenina. Mujeres y Salud Mental.". Grupo Editor Latinoamericano. Buenos Aires, 1987.

Id.: "El malestar de las mujeres. La tranquilidad recetada". Ed. Paidós. 2000.

FERNÁNDEZ, R. (coord.): "La contención". Edita Asociación Española de neuropsiquiatría. Madrid. 1990.

GALENDE, E.: "Sexo y Amor". Ed. Paidós. 2001.

GARCÍA MORATALLA, B.: "Prevención y Promoción de Salud Mental". En Revista de la A.E.N., año XXVII, 2007, nº 100. pp. 355 y ss.

MOISE, C.: "Psicoanálisis y Prevención. Propuestas en salud comunitaria." Ed. Paidós. Buenos Aires. 1998.

PROY Imhpa: Implementing Mental Health Promotion Action (Implementación de Acciones de Promoción de Salud Mental). Este proyecto está financiado por la Unión Europea (Salud Pública, Programa de Promoción de la Salud), el Ministerio de Salud holandés i el Ministerio de Bienestar Social y Salud de Finlandia.

TISSERON, S.: "El psiquismo ante la prueba de las generaciones". Ed. Amorrortu, Buenos Aires, 1997.

TIZÓN, J. L., SAN JOSÉ, J. y NADAL, D.: "Prevención en Salud mental: el Programa de actividades preventivas y promoción de la salud (mental) de la SEMFYC". Revista A.E.N., 1994. nº 47-48. pp. 43-64.

TIZÓN, J. L.: "Protocolos y Programas elementales para la atención primaria a la salud mental". Tomos I y II. Ed. Herder. Barcelona 1997.

Id.: “Componentes psicológicos de la práctica médica”. Ed. Biblária. 1996.

TUBERT, S.: “Morbilidad femenina diferencial”. En Salud mental y Género. Aspectos psicosociales diferenciales en la salud de las mujeres. Revista nº 29. Instituto de la Mujer. Madrid, 2000.

VÁZQUEZ-BARQUERO, J. L. et al: “La salud mental de la mujer en España”. En La mujer y la salud en España. Informe básico. Volumen 3. nº 29. Edita Instituto de la Mujer. Madrid, 1992.

¿Qué hacemos con el malestar emocional en Atención Primaria?

De la pluri a la interdisciplinariedad⁹¹

¿Por qué es tan importante la Atención Primaria para la salud mental?

La Atención Primaria es el primer contacto con el equipo sanitario de aquellas personas que “van al médico” buscando ayuda afectadas por una sintomatología o un trastorno del cual, en ocasiones, creen saber la causa pero en otra muchas no. Corresponde, pues, al médico o medica de familia rastrearla y encontrar un diagnóstico.

Sin embrago, la cosa se complica cuando, al poco tiempo disponible para ello (una o dos visitas de diez minutos) se añade que la demanda de ayuda venga cargada de un intenso malestar emocional, ya que, no lo olvidemos, lo orgánico y lo emocional correlacionan entre sí. Esta carga emocional se expresa a veces de manera elocuente cuando la persona necesita narrar todo tipo de pérdidas, agravios o acontecimientos en los que la adversidad ha sido la nota predominante, o todo lo contrario, cuando alguien responde sólo con monosílabos, o elude las respuestas de manera indiferente o con marcada turbación.

En realidad lo complicado en sí mismo no es lo que le pueda suceder al consultante, aunque lo parezca debido principalmente a su dificultad en ex-

⁹¹Mujeres y Salud, 2017 - https://www.caps.cat/images/stories/Regina_salud_mental_ap.pdf

plicarse o en hacerse entender. Lo sencillo o complicado de una problemática emocional depende, como en todas las disciplinas que tienen que ver con las personas, del conocimiento que se tenga de las dinámicas de la subjetividad humana y de sus vaivenes relacionales. El personal sanitario, aun contando con una amplia experiencia de trato con personas que sufren patologías más o menos severas de todo tipo, y de procedencia, extracción social y situación vital muy variadas, se encuentra, por lo general, con escasos recursos para entender, registrar y reconducir aquello tan sutil —o tan grosero a veces. Lo que suele venir a buscar quien consulta, sea más o menos consciente de esta necesidad, es aliviar la angustia, contener el desborde emocional, encontrar perspectivas de alivio sintomático; en otras palabras, reducir el malestar psíquico y somático que suele contribuir al bucle del pesimismo.

Estas consultas médicas complicadas, difíciles de manejar con el paciente, e incluso a veces “bizarras” que se dan en las consultas de atención primaria, no son casos aislados ni se trata de problemáticas marginales o de “enfermedades raras”.

¿Qué demandas de salud mental llegan a Atención Primaria?

En España, los estudios realizados indican que más de dos de cada tres personas con problemas emocionales acuden, en primera instancia, a su Centro de Salud. Estas personas llegan con manifestaciones muy diversas de estrés psicosocial; estrés postraumático; depresión (de leve a severa), angustia, crisis de pánico, un variado abanico de fobias, dolor psíquico o corporal, somatizaciones más o menos invalidantes (migrañas, gastritis, úlceras, dolor, fatiga crónica, ingesta compulsiva, adicciones alcohol, tabaco, drogas, etc.).

¿De qué sufren las mujeres?

Estos estudios nos dicen que dos de cada tres pacientes con estas problemáticas son mujeres, que el consumo de psicofármacos es el doble en mujeres que

en hombres, y que éste aumenta con la edad pero disminuye cuanto mayor es el nivel cultural.

Las investigaciones realizadas coinciden en que la *depresión* es el trastorno emocional predominante en las mujeres, el que causa mayor discapacidad, en especial en el ámbito laboral; que suele aparecer en la década de los 20 años y que las mujeres en su conjunto lo desarrollan el doble que los hombres. También sufren el doble de trastornos de ansiedad que los hombres, además de trastornos alimentarios, problemas sexuales (falta de deseo, anorgasmia, dolor en el coito), trastornos del sueño, y variada sintomatología por estrés postraumático debido a abusos sexuales, malos tratos, agresiones y violencia familiar (pareja, hijos, padres). En lo que respecta al suicidio, en las mujeres se da mayor prevalencia de intentos que en los hombres (aunque ellos las superan en cuanto a suicidios efectivos).

A quienes estamos interesadas y comprometidas con las dolencias femeninas estos datos no nos sorprenden porque conocemos bien la correlación entre condiciones de vida estresantes y mala calidad de salud, pero nos preocupan. Se trata de una realidad incontestable en todos aquellos países en los que también se han realizado estudios epidemiológicos sobre este tema. Es como una epidemia que padece más de la mitad de la población mundial.

¿En qué problemáticas se igualan mujeres y hombres?

En el llamado trastorno bipolar y en los cuadros obsesivo compulsivos no hay grandes diferencias entre ambos sexos. Los hombres sólo superan a las mujeres en problemas de drogas y alcohol. En cualquier caso, lo que importa destacar es que la situación va empeorando, como indican las estadísticas españolas y de todos los países en los que se realizan estudios poblacionales de salud mental.

¿Podemos sacar algunas conclusiones?

En primer lugar, que hay casi tantos problemas de mala salud mental *como todos los problemas de salud juntos*. Así lo sintetizan los informes realizados por el Consejo General de Colegios de Psicología de España.

En segundo, que las mujeres son más vulnerables (según su percepción subjetiva) al malestar emocional que los hombres (pero no más que los niños hasta los seis años, según se desprende del aumento de consultas a pediatría y a centros de atención precoz y SM infanto juvenil).

Y en tercer lugar, se requiere de un abordaje especializado en Salud, sobre el malestar psicosocial femenino, lo que, a su vez, implicaría desarrollar investigación específica en este campo.

Actualmente, sin embargo, esta *investigación* adolece de los recursos humanos y económicos necesarios. Y mientras esto no mejore, seguiremos sufriendo las consecuencias de esta carencia, o sea: profesionales no suficientemente formados para dar la perspectiva adecuada al padecer femenino. Las consecuencias de esto siguen a la vista:

- Las mujeres son las que mayor hiperfrecuentación de consultas médico sanitarias realizan.
- Las que reciben más medicación para sobrellevar sus problemas psicosociales.
- Y las que, debido a la escasa e inadecuada atención médica, padecen a la larga la cronificación insidiosa de su malestar emocional.

Este panorama explicado de forma generalista puede resultar algo catastrófico. Pero ¿puede ser de otra manera si en la mayoría de las consultas la reducción de síntomas resulta ineficaz?

¿Qué pueden hacer los profesionales de la Atención Primaria?

Como decía, el riesgo de esta situación asistencial es que las o los profesionales estén dando una atención deficiente, y a veces incluso contraria a los

beneficios que pretenden, pues acaban implementando una respuesta casi exclusivamente medicalizada a las pacientes y adjudicando etiquetas diagnósticas a enfermedades que (todavía) no lo son. Además, como la presión asistencial ha aumentado desde los inicios de la crisis económica, las o los profesionales se encuentran con que han de responder a unas demandas cada vez más complejas (por variedad y pluralidad sintomática) con menos recursos.

Nos encontramos, por ejemplo, con que el abordaje asistencial del estrés psicosocial y del malestar emocional en su conjunto —que requiere una formación y entrenamiento específicos— suelen entenderse como problemáticas “banales”, y se gestionan con algunas palabras de consuelo y prescripción de tranquilizantes o antidepresivos. Es imprescindible pues:

- Una mayor conciencia de los problemas de salud mental y del malestar emocional en su conjunto.
- Mayor apoyo a los profesionales de Atención Primaria para atender a estas pacientes plurisintomáticas. Apoyo que ya están dando equipos de psicología clínica en las Áreas Básicas de Salud de localidades de gran presión asistencial.
- Mayor tiempo de consulta.
- Más formación continuada. La formación y la supervisión de casos han sido las primeras víctimas en la época de recortes. Esto ha ocasionado una verdadera mutilación de recursos y está afectando la calidad asistencial a pesar del esfuerzo y dedicación de los profesionales.

La importancia de la entrevista médica

La falta de formación en las técnicas de la entrevista lleva con frecuencia al profesional a adoptar actitudes de inhibición o de evitación con la persona que consulta, y le empuja a actuaciones inadecuadas, como por ejemplo su derivación sistemática e inmediata a servicios especializados de salud mental sin que realmente sea necesario. El ejercicio continuado de práctica asistencial es un

buen campo para este aprendizaje. Tanto quien consulta como el personal sanitario albergan —de forma asimétrica— esperanzas y temores en cada encuentro médico. Si la o el profesional conociera mejor los diferentes tipos de paciente, los motivos de consulta debido a trastornos psíquicos camuflados y el abanico de patologías con base emocional, seguramente tendría menos prevención a la hora de manejar sus propias emociones, sentimientos y fantasías que, por otra parte, se dan en TODA relación asistencial.

Se sentiría con menor prevención y con mayor soltura para conversar con la paciente sobre su malestar emocional y la sintomatología psíquica que padece. Sin embargo, si la profesional desconoce estos procesos, que en gran parte son inconscientes, al ignorarlos o negarlos, “se le escapan de las manos” y pueden alterar la buena marcha de la consulta y del tratamiento.

Los grupos Balint

Desde su creación en 1950, han sido siempre unos espacios excelentes para entrar en contacto con esos aspectos emocionales de la relación entre médico y paciente, que en ocasiones resultan tan inesperados como sorprendentes, cuando no angustiosos o incluso deprimentes. El grupo Balint consiste en un grupo de médicas y médicos coordinados por una o un profesional de la salud mental, en el que se reflexiona conjuntamente sobre la experiencia de la subjetividad en su tarea cotidiana. Son una metodología muy útil para analizar las emociones y los sentimientos de los profesionales sanitarios. En ellos encuentran mejor conocimiento sobre las variables psicológicas de los pacientes que interfieren en su trabajo.

A través de la puesta en común de las experiencias clínicas con usuarias o usuarios, el personal sanitario va encontrando la mejor manera de evitar algunas actitudes nocivas como, por ejemplo, la del médico o médica que se siente psicoterapeuta, o la del que favorece la catarsis pero luego no tiene tiempo de recoger ni de acompañar en la elaboración de las emociones y los afectos que se han destapado. En otras ocasiones también se puede dar, por parte del médico, una actitud fraccionadora, disociadora, sin entender la problemática

integral de las circunstancias de vida del paciente, (es decir, en lo que se refiere la calidad de los vínculos, el impacto emocional de las pérdidas de seres queridos, el daño psíquico debido a traumatismos durante la infancia, la vulnerabilidad durante la etapa adolescente, etc.). Estas actitudes y otras como la más activista (lanzarse a tomar decisiones cuando el paciente todavía no lo ve claro ni está decidido), o la directiva paternalista (ponerse a dar consejos y recomendaciones, generando todavía más dependencia con el médico) pueden ilustrar maneras de hacer muy inconvenientes para el progreso y recuperación de quien consulta.

La relación asistencial como instrumento terapéutico

Mucho se ha escrito y estudiado sobre la importancia de la relación asistencial y de los beneficios que comporta para el paciente (¡y por supuesto para las profesionales sanitarias!) manejarse bien (cómodamente, con seguridad, sin ambivalencias) durante el encuentro de la consulta. Pero como por cuestiones de espacio no puedo aportar aquí más elementos sobre el tema, quiero recomendaros alguna bibliografía que considero indispensable para las que tengáis interés por ampliar y profundizar en este campo.

Por supuesto que implica un gran esfuerzo personal conocer y profundizar sobre del malestar emocional y sus efectos en la salud; también en lo que se refiere a la dinámica relacional específica que se da en la consulta médica. Pero conlleva muchos réditos positivos. Los beneficios son tantos, para las médicas y sus pacientes, que sería larguísimo explicarlos. Me conformaré con resaltar tres cuestiones inherentes a la función de curar y sanar, que por más obvias que parezcan, me parece se recuerdan poco:

- Los fármacos y la cirugía no son las únicas terapéuticas médicas. Lo terapéutico va más allá de lo que a veces podemos constatar en la consulta; implica también cambios en la forma de vida y replanteamiento de valores o prioridades que hasta ese momento se habían mantenido inalterables.
- El valor terapéutico de la palabra en el contexto transferencial médico paciente tiene un gran peso específico, que en la dosis adecuada y ma-

nejando los tiempos de comprensión del consultante, proporciona más alivio de lo que a veces se puede prever.

- La salud (mental) del propio profesional no hay que descuidarla. Es el principal recurso para seguir trabajando, y por supuesto, para seguir viviendo sin enfermar.

Bibliografía

BALINT, Enid y Michael (1960): “El médico, su paciente y la enfermedad”. Ed. Libros Básicos. 1961.

BAYO-BORRÀS FALCÓN, Regina [1999?]: “¿De qué sufren las mujeres?” en *Mujer y Salud mental. Reflexiones y experiencias*. Editado por COPC, Barcelona 1999.

FERNÁNDEZ DE SANMAMED, M^a J. y otros autores: (2016): “Atenció a les persones amb malestar emocional. Relacionat amb condicionants socials a l’Atenció primària de Salut.” Fòrum Català d’Atenció Primària. Maig 2016.

FREEMAN, Daniel & Jason (2013): “The stressed sex”. Oxford University Press. 2015

GARCÍA DAUDER, S. y PÉREZ SEDEÑO, Eulalia: (2017) “Las mentiras científicas de las mujeres”. Ed. Catarata. Madrid. 2017.

ROSSELL POCH, Teresa y RODRIGUEZ MOLINET, Pepita (2017): “La entrevista en el Trabajo social”. Ed. Herder. Barcelona. 2017.

SALZBERGER-WITTENBERG, Isca (1970): “La relación asistencial”. Amorrortu, Buenos Aires, 1988.

TIZÓN GARCÍA, J. L. (1996): Componentes psicológicos de la práctica médica. Una perspectiva desde la atención primaria”. Ed. Biblària. Barcelona 1966.

Mujeres y niñ@s primero. Del modelo biomédico al modelo psicosocial de salud mental⁹²

Ustedes pensarán, ¿primero atender las mujeres y los niños? ¿Acaso no necesitan también una buena atención en S.M. los varones de todas las edades? Pues desde luego, quién lo puede negar. Hemos de defender por todos los medios que hombres, mujeres, niños, jóvenes y mayores, reciban la atención que precisan cuando así lo necesiten, incluso antes de que estalle la crisis emocional porque se descompensado su frágil equilibrio interno.

Sin embargo, es preciso distinguir lo que es necesario de lo que es prioritario.

Como los recursos en Salud Mental siempre han sido escasos e insuficientes para asumir las necesidades de la población en su conjunto (<https://elmedicointeractivo.com/el-compromiso-de-la-inversion-en-salud-mental-en-espana-no-se-ha-cumplido-concluye-el-foro-de-bruselas>), se impone establecer distinciones básicas sobre cuál ha de ser la población “diana” en la que hemos de concentrar nuestros esfuerzos y a la que queremos llegar de manera efectiva, en función de su posición estratégica en las familias y en el ciclo de la vida: las mujeres y l@s niñ@s se hallan en ese lugar.

La infancia es el período del desarrollo humano que presenta la máxima dependencia y vulnerabilidad, y en la que se constituyen aspectos básicos de nuestra personalidad. Hay un consenso general de que niñ@s de 0 a 6 años han

⁹² Espacio Público. Diario Público. 18 enero 2020. <https://espacio-publico.com/intervencion/del-modelo-biomedico-al-modelo-psicosocial-de-salud-mental-mujeres-y-nins-primero>

de contar con recursos de atención pediátrico/psicológica de manera integral e integrada. Sin embargo, nuestro país todavía carece de la especialidad de psiquiatría infantil, y de psicología clínica infantojuvenil: <https://www.redaccionmedica.com/secciones/psiquiatria/europa-reclama-a-espana-la-especialidad-de-psiquiatria-infantil-7298>. Además está a la cola en cuanto a ofrecer atención psicológica en los servicios de Atención Primaria de Salud (<https://www.elmundo.es/comunidad-valenciana/castellon/2019/02/25/5c73c378fdddf29158b45e4.html>).

Estas importantes carencias afectan gravemente a las mujeres, en especial a las que son madres y tienen hijos a su cargo, las que viven en condiciones sociales muy precarias, y son las únicas cuidadoras de familiares mayores y en situación de dependencia por enfermedades invalidantes (<https://elmedicointeractivo.com/el-89-de-las-cuidadoras-en-espana-son-mujeres>).

Por tanto, y sin descuidar a los varones en situación de riesgo, las mujeres y la primera infancia deberían estar situadas en la primera línea de las políticas públicas de S.M.: deberían incluirse en las estrategias de prevención de la APS, en la asistencia secundaria especializada (Salud Mental), y en los proyectos de prevención y de educación para la salud.

Es preciso dejar constancia una vez más que con la salud mental de las personas no se pueden hacer recortes ni apañes presupuestarios que comprometan la calidad de la atención psico-social. Tampoco conviene tomar atajos como medicalizaciones abusivas (http://www.infocop.es/view_article.asp?id=5977&cat=50) que generan adicción a los psicofármacos y a los hipnosedantes; o considerar que es adecuado visitar cada tres meses a pacientes de alto riesgo, durante media hora. No considerar la importancia que tiene la salud emocional de mujeres para el conjunto de la comunidad, ni de la infancia, ese bien demográfico que tanto escasea, es como la política del avestruz: sólo genera más problemas, más cronicidad, menos reinserción social y mucho más gasto sanitario en su conjunto.

Porque la salud mental de las mujeres o bien se ha estigmatizado con diagnósticos médicos- psiquiátricos muy inadecuados que dañan su propia autoestima frente a su entorno, o en el mejor de los casos, ha quedado en-

maskarada por la excesiva medicalización de sus malestares cotidianos (<https://www.mujerysaludmental.org>).

Hay motivos urgentes y contrastados que recomiendan redirigir la escucha y la mirada clínica hacia “mujeres y niños primero”, como cuando hay un naufragio y hay que asignar botes salvavidas:

- Porque constituyen el mayor porcentaje de consultas en atención primaria de salud. Bien ilustrado está el paisaje sintomático en *The stressed Sex* (<https://www.nyjournalofbooks.com/book-review/stressed-sex-uncovering-truth-about-men-women-and-mental-health>).
- Porque numerosos estudios alertan de que la sobrecarga de cuidados y las situaciones de violencia sexista a la que están sometidas son los motivos principales de que las mujeres consuman más tranquilizantes que los hombres (<https://www.lavanguardia.com/vivo/20181010/452276252292/peor-salud-mental-mujeres-hombres-dia.html>).
- Porque se convierten en hiperfrecuentadoras de los servicios de salud por motivos psicológicos expresados mayoritariamente a través del cuerpo (http://www.infocop.es/view_article.asp?id=8234&cat=44).

Así, todo lo que se invierta y se dedique a la atención de las problemáticas emocionales de mujeres y niños obtendrá de vuelta un gran beneficio personal que sin duda repercutirá positivamente en el ámbito familiar, y por consiguiente, en el conjunto de su vida educativa, social, laboral y comunitaria.

¿Y cómo pasar del modelo biomédico al psicosocial? ¿Hay otros recursos terapéuticos más allá de la prescripción de psicofármacos? ¿Son éstos siempre necesarios? ¿No implica sobremedicar algunos malestares de la vida cotidiana? Ya se está dando la voz de alarma en este sentido por parte de los expertos que diseñaron el DSM (Manual de Diagnóstico y Estadístico), https://elpais.com/sociedad/2014/09/26/actualidad/1411730295_336861.html.

Hay un riesgo de acallar la voz del padecimiento de mujeres y de los niños cuando se utiliza (como primera y única opción) el modelo biomédico, que no

reduce, sino incrementa, el estigma y la discriminación. El Consejo Superior de Salud de Bélgica desaconseja el uso de categorías DSM, y recomienda escuchar con atención las experiencias subjetivas (http://www.infocop.es/view_article.asp?id=8460&cat=44).

Por tanto, aunemos esfuerzos para completar la transición del modelo biomédico al modelo psicosocial de salud mental, objetivo prioritario de la Estrategia Europea de Salud Mental. El modelo psicosocial debe utilizarse como el principio general y orientador y debe integrarse en todas partes, es decir, ¡en todas las políticas! Y Los usuarios deben ser consultados en el diseño, implementación y evaluación.

¿Para cuándo preguntar y escuchar a mujeres y niñ@s sobre su estado emocional?

¿NADIE Sabe cómo puedo dejar
de ser yo por unos instantes?



"Agobiada" (Diana Raznovich)

Índice general

Prólogo	9
Introducción	13
Determinantes sociales de la salud. No hay salud sin salud mental .	16
De Caperucita Roja a Caperucita Violeta	19
Joyas del franquismo	23
 I Turbulencias adolescentes	 29
Sobre el temor a la pérdida de amor: algunas diferencias psíquicas y sociales	
entre los sexos	31
El temor a la pérdida de amor	32
Otra tarea imposible	34
 Sobre la invulnerabilidad imaginaria de la adolescente en las relaciones	
sexuales	35
Anticoncepción y subjetividad femenina: un encuentro imprescindible	35
Jóvenes atolondradas	37
Jóvenes embarazadas	38
Jóvenes impermeables	39

Aceptar o no los riesgos en las relaciones sexuales: escucha de la demanda	
de métodos anticonceptivos	41
Autocuidado	41
Responsabilidad por el otro	41
Caída de la omnipotencia infantil	42
Proyecto de vida	42
Vínculo afectivo-sexual	42
Ser o no consciente	42
Ni tontas ni frescas	43
Algo más que una consulta	43
Pedido o demanda	44
Reformulación de la demanda	44
Del acto fallido al pasaje al acto	44
Lo incoercible	45
La subjetividad versus la información	45
Formas de decir	46
La actitud de escucha	46
La hiperfrecuentación	46
Y ellos, ¿dónde están?	47
Para resumir podemos agregar	47
Redes sociales y salud mental: adolescentes enredadas	49
El poder de la virtualidad	51
Mentes objeto de consumo	53
El amo tecnológico	54
Distorsión, insatisfacción, desengaño	55
Algunas consecuencias del uso compulsivo de las redes sociales	56
Paradojas y contradicciones en el uso de las redes sociales	58
Referencias bibliográficas	60
Vídeo-referencias	60

Virtualidad, sexualidad, violencia: niñ@s y adolescentes ante el abismo suicida	61
Adicciones sin sustancia y sus consecuencias psíquicas	61
La sexualidad ha dejado de ser un asunto íntimo y privado	63
El abismo suicida: una nueva pandemia	63
El retorno de la banalidad del mal	64
A modo de conclusión	64
 II Dolor, depresión y violencia	 69
Cuando no hay palabras para decirlo hay un cuerpo para expresarlo	71
El dolor de las mujeres, un síntoma (no sólo) social	71
Escuchar más allá de la demanda	72
Las múltiples aristas del dolor	73
Señales previas	74
Cuando llega la edad de jubilación	75
Aspectos emocionales y culturales que intervienen en el DC/FC .	75
Personalidad y estado de ánimo	76
Sobre la atención psicológica	77
Síndrome multifactorial	78
Cuando pueden (o no) hablar de sí mismas	79
Del cajón de sastre a la caja de Pandora	81
Símbolos y metáforas	82
Consideraciones finales	84
Bibliografía	85
 “Te doy mis ojos” (Relato de un vínculo fusional en el que dolor y violencia van unidos)	 87
Violencia en la relación de pareja	88
Relato cinematográfico sobre un vínculo de pareja en el que dolor y violencia van unidos	90

Bibliografía	95
¿Son más depresivas las mujeres?	97
Los mercurios	98
Las metamorfosis	99
Sanguijuelas y camaleones	100
Caleidoscopio depresivo	100
Seguir pedaleando...	101
El bienestar químico	102
Los ejes de su carreta	103
Ser recibida, ser acogida, ser reconocida	104
Bibliografía	106
Las mujeres, la muerte y el cuidado de la vida	107
 III Maternidad hay más de una	 115
En busca del parentesco desconocido. Reproducción Humana Asistida,	
Bioética y Psicoanálisis	117
De la genealogía inventada a la genealogía enigmática	119
Bancos de embriones sobrantes. El problema del almacenamiento	120
Del mundo de ayer al mundo actual: legislar para preservar las es-	
tructuras del parentesco	122
“Sabemos que tu deseo de ser madre puede con todo” (eslogan de	
clínica de RA)	123
El Real Decreto y la negación de los impactos en la cuestión de	
Género, sobre la Familia, la Infancia y la Adolescencia	125
El Real Decreto y el impacto de las ausencias	125
Del árbol al bosque genealógico. El riesgo de una genealogía des-	
membrada	127
Algunas preguntas sobre la dimensión humana de la Reproducción	
Humana Asistida. Bioética y Psicoanálisis	129

Algunas alegaciones fuera de plazo al Proyecto de Real Decreto de	
RHA	130
1. Sobre la dimensión “Humana” del Real Decreto de RHA	130
2. Sobre el impacto “nulo” en la perspectiva de Género	131
3. Sobre el blindaje del anonimato de donantes	131
4. Sobre la dimensión psicológica de la subjetividad de los hijos	
nacidos de donantes	132
5. Sobre la equiparación entre donación de órganos y donación	
de células reproductoras y embriones humanos	132
Bioética y Psicoanálisis	133
Referencias bibliográficas	136
Testimonios	137
Textos legales	138
 Sobre la demanda de hij@ a las Técnicas de Reproducción Asistida: aspectos	
emocionales en juego	139
Éxitos, fracasos y obsesión procreadora	140
Subjetividad, demanda de hij@ y funciones parentales en las TRA	143
Crisis narcisista en el encuentro con las TRA	148
Algunas viñetas clínicas de pacientes en diferentes posiciones	151
Bibliografía	155
Donantes/anonimato/secreto	158
Filiación	159
 Cuentos sobre madres e hijas. ENCUENTROS y desencuentros	161
Encuentros	162
Desencuentros	164
Encuentros tardíos	167
Encuentros creativos	168
Desencuentros liberadores	169
Encuentros asfixiantes	170
Encuentros resignificados	171

Encuentros desencontrados	173
Desencuentros recalcitrantes	173
Encuentros angustiantes, desencuentros tenebrosos	175
El último encuentro	176
Referencias bibliográficas	178
 IV Malestar emocional	 183
Estrategias de prevención del padecimiento psíquico de las mujeres	185
La prevención: sus perspectivas	187
I.- Perspectiva de organismos internacionales (OMS): los pro- blemas manifiestos	188
II. Perspectiva Psicoanalítica: la subjetividad y sus fracturas	193
III. Perspectiva Feminista: hacer visibles las desigualdades	197
Factores de riesgo desde la perspectiva feminista	200
A modo de conclusiones	204
El sufrimiento no se puede evitar	204
Hay estrategias para no pasarlo mal	205
Cuando hacer prevención	205
Qué podemos hacer en el campo sanitario	206
Las dificultades	206
El valor de la escucha	207
Bibliografía sobre prevención padecimiento psíquico de mujeres	209
 ¿Qué hacemos con el malestar emocional en Atención Primaria? De la pluri a la interdisciplinariedad	 213
¿Por qué es tan importante la Atención Primaria para la salud mental?	213
¿Qué demandas de salud mental llegan a Atención Primaria?	214
¿De qué sufren las mujeres?	214
¿En qué problemáticas se igualan mujeres y hombres?	215
¿Podemos sacar algunas conclusiones?	216

¿Qué pueden hacer los profesionales de la Atención Primaria? . . .	216
La importancia de la entrevista médica	217
Los grupos Balint	218
La relación asistencial como instrumento terapéutico	219
Bibliografía	221
Mujeres y niñ@s primero. Del modelo biomédico al modelo psicosocial de salud mental	223