

SUBJETIVIDAD, DESIGUALDAD SOCIAL Y MALESTARES DE GÉNERO: UNA RELECTURA DEL DSM-V

MARGOT PUJAL I LLOMBART
Universidad Autónoma Barcelona
margot.pujal@uab.cat

ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0002-4823-2949>

MARINA CALATAYUD
Universidad Autónoma Barcelona
marinacalatayud@gmail.com

ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0002-9127-0940>

PATRICIA AMIGOT
Universidad Pública de Navarra
patricia.amigot@unavarra.es

ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0003-0764-4784>

Cómo citar este artículo / Citation: Pujal i Llobart, M., M. Calatayud y P. Amigot. 2020. "Subjetividad, desigualdad social y malestares de género: una relectura del DSM-V". *Revista Internacional de Sociología* 78(2): e155. <https://doi.org/10.3989/ris.2020.78.2.18.113>

RESUMEN

Este artículo presenta un análisis crítico del DSM-V (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) y una propuesta de comprensión del malestar psicológico desde una perspectiva de género y psicosocial. A partir de las diferencias por prevalencia de sexo expuestas en el DSM-V, analizamos la relación entre los mandatos normativos de género y la emergencia de malestares. Frente al paradigma biomédico que construye "trastornos" a partir de síntomas descontextualizados, indagamos en el impacto subjetivo del sistema de género, entendido como dispositivo de poder. Articulamos una estrategia metodológica que parte de los niveles informativos y textuales y se desplaza a los contextuales e interpretativos del análisis del discurso. Destacamos que las diferencias y la desigualdad en el malestar entre varones y mujeres se corresponden con los ejes actividad-pasividad y poder-subordinación que caracterizan la construcción social de la masculinidad y de la feminidad. En este sentido, vinculamos los malestares con las vulnerabilidades y privilegios derivados de tal construcción y proponemos la noción de *malestares de género* para esclarecerlos.

PALABRAS CLAVE

Poder; Psiquiatría; Salud; Sexo; Teoría Feminista.

SUBJECTIVITY, SOCIAL INEQUALITY AND GENDER MALAISE. RE-READING THE DSM-V

Copyright: © 2020 CSIC. Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la licencia de uso y distribución Creative Commons Reconocimiento 4.0 Internacional (CC BY 4.0).

Recibido: 20/07/2018. **Aceptado:** 19/07/2019.

Publicado online: 22/06/2020

ABSTRACT

This article presents a critical analysis of DSM-V (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) and proposes comprehending psychological malaise from a gender and a psychosocial approach. Based on sex-prevalence differences based on DSM-V, we analyzed the relationship between normative gender mandates and the emergence of psychological malaises. In front of the biomedical paradigm that constructs disorders from decontextualized symptoms, we investigate the subjective impact of gender, understood as a device of power, and the adaptation to its regulations. We articulate a methodological strategy that starts from the informational/textual levels and moves to the contextual and interpretative levels of discourse analysis. We emphasize that differences and inequalities in malaises between men and women correspond to the activity/passivity and power/subordination axes that characterize the social construction of masculinity and femininity. In this sense, we link malaises with vulnerabilities and privileges derived from such constructions and propose the concept gender malaise to clarify them.

KEYWORDS

Feminist Theory; Health; Power; Psychiatry; Sex.

INTRODUCCIÓN

Destacadas autoras feministas como Rhoda Unger (1978) Sandra Bem (1993) o Celia Kitzinger (1994) han considerado que la psicología se ha apropiado de la crítica del feminismo y de los estudios de género y los ha despolitizado a través de su insistencia en la investigación de las *diferencias de género* como variable independiente (Unger 1978). En este entramado, en general, se ha omitido la teorización del género como una esfera de relaciones de poder, como subjetiva y culturalmente situado, e incluso, se ha utilizado erróneamente para hablar de *sexo*. Estas son algunas de las críticas realizadas a la perversión de los estudios sobre género y a la fetichización y obsesión por las diferencias (García-Dauder 2010). El objetivo de este estudio se enmarca en lo que se ha denominado *estudios feministas de las mujeres y de género* y va orientado a profundizar la introducción de esta perspectiva crítica. Dicha perspectiva toma en cuenta a la epistemología feminista como forma de democratización del conocimiento y, al mismo tiempo, vigila la invisibilización de las mujeres tras el término 'género', que puede llevar a concebir, erróneamente, una equidad entre los sexos (Butler 2006; Tubert 2003; Bonder 1998).

La Organización Mundial de la Salud (OMS), en su *Informe Anual sobre la Salud* del año 2000, concluyó que no se prestaba atención a los determinantes específicos que protegen la salud mental en las mujeres, haciendo un llamamiento a la investigación en la recogida de datos de prevalencia y causas de los problemas de salud mental de las mujeres. Muchas investigaciones respaldan la idea de que la calidad de vida y la salud psicológica, real y percibida, de las mujeres es peor que la de los varones, que estas acuden más a los servicios sanitarios y que consumen más psicofármacos (Albiñana, Costa y Soler 2006; García-Calvente 2004; Borrell y Benach 2003; Artacoz *et al.* 2001). Por hablar en términos de la psicología *mainstream*, parece que las mujeres duplican a los varones en los denominados trastornos mentales comunes (TMC) como la depresión —que, se predice, será la principal causa de discapacidad en el 2020 (OMS 2009)—, la ansiedad y las quejas somáticas (Velasco 2009), con grandes implicaciones en la vida cotidiana y que experimentan una de cada tres personas (OMS 2006).

En este contexto, las teorías feministas de la salud hacen hincapié en este *malestar de las mujeres* y lo relacionan con el sistema *sexo/género* moderno, propio de las sociedades occidentalizadas y capitalistas, que dispone una organización social —material y simbólica— desigualitaria entre los sexos (Fraser 1997). Y creen necesario:

señalar un posicionamiento teórico e ideológico que se pregunte por los efectos que produce el lugar históricamente construido para las mujeres y que indague cómo los modelos de socialización,

los roles familiares, las obligaciones, las posibilidades de expectativa laboral, etc., producen situaciones de sobrecarga física y emocional que acaban siendo factores de riesgo para la salud (Barberá y Benlloch 2004: 303).

En el presente artículo nos alejamos de la concepción *biologicista* y *psicologicista* del malestar psicológico, de la psicopatologización y de la medicalización de la vida y del sufrimiento y, por ende, de la medicina, la psiquiatría y la psicología hegemónicas. Desarrollamos una línea cercana al trabajo de Martínez-Hernández (2006), cuyo análisis del DSM-IV (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) muestra el ideal del determinismo biológico y la ilusión de clasificaciones ateóricas, asociales y aculturales en salud mental, tendencia denominada *neokraepelismo*. En nuestro caso, añadimos a este estudio la crítica específica de la perspectiva de género. Realizamos una aproximación crítica del DSM-V —la "biblia" de la psiquiatría y la psicología clínica *mainstream*— y analizamos cualitativamente el impacto de las desigualdades de género en la subjetividad o malestar psicológico, desde el *enfoque de género en salud* (Velasco 2009).

Partiendo de las diferencias de prevalencia por sexo expuestas en el manual, hemos recogido los "trastornos mentales" más frecuentes en mujeres y en varones para realizar un análisis del discurso e interpretarlos aplicando una perspectiva crítica de género, en la que se considera el género como un dispositivo de poder (Amigot y Pujal 2009) que afecta la salud de las mujeres y los varones de manera diferente y desigual (Valls 2002). En este proceso, articulamos una estrategia metodológica que parte de los niveles informativos y textuales del análisis de contenido y se desplaza a los contextuales e interpretativos del análisis del discurso (Conde 2009; Ruiz 2009). La finalidad del análisis del discurso es la de contextualizar la producción textual en el entramado de relaciones de poder de género.

La perspectiva de género en salud desde la que desarrollamos nuestro estudio combina la perspectiva de la salud de las mujeres con la de la salud comparada de mujeres y varones y, sobre todo, la de los determinantes sociales de la salud, que incluye el análisis de los procesos subjetivos en su contexto (Velasco 2009).

CONTEXTO HISTÓRICO: LA PSIQUIATRÍA Y LA SALUD MENTAL DE LAS MUJERES

La institucionalización en Occidente del método científico como forma productora de Verdad con mayúsculas (Ibáñez 2001; Foucault 1991) supuso que la psiquiatría, en su afán de ser considerada una ciencia exacta y rigurosa, buscara equiparar la enfermedad mental a la física. Debía tener una causa biológica, un curso determinado y un tratamiento cuyo blanco residiera en el propio cuerpo, desde el sistema nervioso al hormonal, pasando por la neuro-

cirugía. Estos presupuestos psiquiátricos se explican bajo el denominado 'modelo biomédico', que históricamente ha recurrido al internamiento psiquiátrico y, en la actualidad, a la industria psicofarmacológica.

El respaldo de la ciencia médica ha permitido a la psiquiatría, a lo largo de la historia, jugar un excelente papel en el proceso de contención de movimientos emancipadores de las mujeres y de reafianzamiento de los esquemas tradicionales.

La presencia reactualizada de la tradición psiquiátrica, ciertamente preocupante, puede apreciarse en el amplio campo de investigación sobre los denominados *Reproductive Related Disorders* (RRD) o trastornos relacionados con la edad reproductiva de las mujeres (TRER) (Halbreich 2009). A partir de datos estadísticos que exponen que la tasa de prevalencia de los trastornos depresivos y ansiosos en las mujeres duplica la de los hombres, junto a que ciertas investigaciones afirman que estos son mayores durante la vida reproductiva de las mujeres, desde el modelo biomédico se concluye que los niveles de estrógenos y otras hormonas gonadales son los causantes principales de estas cifras (Flores y Ontiveros 2008) y no otros factores psicosociales, y se acuñan trastornos como el síndrome disfórico premenstrual (incluido en el DSM-V) y los síndromes depresivos en el postparto, la menopausia y perimenopausia.

El hecho de que en un manual psiquiátrico de tal envergadura el malestar psicológico de las mujeres constituya un "trastorno mental" nos transporta a una concepción esencialista y biologicista del género femenino, y es el reflejo de que sigue existiendo en la ciencia médica, revitalizada en la última década, una visión de la sexualidad y los genitales femeninos como fuente de irracionalidad e inferioridad, a través de lo que parece un proceso sutil de rebiologización de la mente y renaturalización de la desigualdad.

EL PARADIGMA BIOMÉDICO Y EL DSM-V

La concepción de la salud actualmente aceptada como paradigma viene dada por el modelo biomédico. Como hemos mencionado, la psiquiatría se esfuerza por buscar un indicador anatomofisiológico del padecimiento mental y, cuando este no ha podido identificarse, se han creado clasificaciones como el CIE-10 (Clasificación Internacional de Enfermedades) o el DSM (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales). Editado por la Asociación Americana de Psiquiatría (APA), y ahora en su quinta edición (DSM-V), es considerado la "jurisdicción clínica" de la Psiquiatría (Crowe 2000; Wilson 1993):

Una clasificación de trastornos mentales con criterios asociados que se diseñó para facilitar un diagnóstico más fiable de esos trastornos (...) una referencia habitual para la práctica clínica en el campo de la salud mental (...) una guía práctica funcional y flexible para organizar la información que pueda ayudar en el

diagnóstico preciso y el tratamiento de los trastornos mentales (...) Es un instrumento para los clínicos, una fuente educativa fundamental para los estudiantes y una referencia para los investigadores en este campo (American Psychiatric Association 2013: 14).

Es el texto con mayor autoridad académica y profesional en las sociedades occidentales en lo que respecta a la promulgación, clasificación y diagnóstico de trastornos mentales (Íñiguez y Martínez-Guzmán 2010). En él, se conceptualiza el trastorno mental como:

un síndrome caracterizado por una alteración clínicamente significativa del estado cognitivo, la regulación emocional o el comportamiento del individuo, que refleja una disfunción de los procesos psicológicos, biológicos o del desarrollo que subyacen en su función mental (APA, 2013: 20).

Se expone así que, *per se*, síndrome es un análogo de "conjunto de síntomas". De esta forma, se considera trastorno mental (equivalente a enfermedad mental) un conjunto de síntomas que no tienen una explicación biológica pero que, sin embargo, se tratan como tal mediante la prescripción de fármacos.

En relación con esto, son interesantes las aportaciones de Michel Foucault sobre que la posesión de la *Verdad* está relacionada con un estatus de poder y que el poder goza de una especie de desarrollo autosustentable (Foucault 2005; 1991). El autor francés plantea que las disciplinas *Psí*, en la producción de sus discursos y de su objeto de estudio, generan las condiciones de posibilidad de sí mismas. De forma que el poder produce y transmite efectos de Verdad.

Además, es necesario señalar que el paradigma biomédico no introduce la perspectiva de género y que confunde sexo y género. Entiende el sexo como una variable independiente, que se refiere a su naturaleza biológica (sexo genético, cromosómico, hormonal) y el género como una variable respuesta (que se manifiesta en la conducta) con respecto al sexo (Unger [1978] 2010). Esto implica una concepción errónea de que el sexo *hembra* o *macho* constituye el mismo evento que ser *mujer* u *hombre* (identidad de género), al tiempo que ser mujer u hombre es inherente a la *feminidad* y la *masculinidad* (expresión de género), en una especie de concatenación irreversible.

En el DSM-V se exponen las diferencias por "género" en la prevalencia o sintomatología de los trastornos mentales sin contemplar que el género es una construcción psicosocial. De forma que, además de no contemplar la desigualdad, se exponen "diferencias por género" cuando realmente se tratan diferencias por sexo:

Las diferencias por género son las variaciones que resultan tanto del sexo biológico como de la auto representación del individuo, incluidas las consecuencias sociales, conductuales y psicológicas del género percibido en uno mismo (...) El género puede determinar exclusivamente si el individuo está en situación de padecer determinado trastorno, por ejemplo, el trastorno disfórico premenstrual (APA 2013: 15).

Sobre la influencia de los determinantes sociales en el malestar psicológico, a menudo encontramos en estudios de la psicología clínica convencional que la raza, etnia o clase se conceptualizan como *factores de riesgo*. Se considera que ser pobre o mujer implica una mayor predisposición para el padecimiento de depresión, pero no se abre un debate sobre la desigualdad de género o de clase porque se supone, erróneamente, que constituyen la realidad “individual” de una persona.

Si bien en los estudios sobre salud con perspectiva de género se contempla la concepción de la salud y del sujeto como un *sistema dinámico biopsicosocial*, en la práctica clínica se trata el malestar psicológico y el sufrimiento desde una perspectiva biológica e individual, ignorando la influencia que las desigualdades sociales, las estructuras de poder y la cultura tienen en la salud (Martínez-Hernández 2009).

FEMINISMOS Y SALUD MENTAL DE LAS MUJERES

Ya en los años 60 comenzaron a gestarse estudios sobre género y malestar psicológico que tuvieron un fuerte desarrollo a partir de los 80, concluyendo que la propia concepción de la categoría social ‘mujer’ vehicula violencia simbólica y material que tiene un impacto negativo en la experiencia subjetiva de las mujeres. Betty Friedan (1963) planteaba en *La mística de la feminidad* que quedar relegada al ámbito doméstico y del cuidado, cumpliendo con el estándar de “mujer y madre perfecta” asociado a la felicidad y a la realización personal, tenía, no obstante, un gran impacto en el malestar psicológico de las mujeres: sufrían a menudo una profunda tristeza que, lejos de solucionarse en la consulta del psiquiatra, requería un proceso subjetivo de ruptura con el modelo de feminidad propuesto en la época. Además, Smith-Rosenberg (1972) planteaba que este modelo de feminidad entrañaba difíciles contradicciones en el intento por conciliar el rol de “mujer verdadera” (emocional, dependiente, gentil) y el de “madre ideal” (fuerte, protectora, cuidadora eficiente) que derivaban en tensión y sufrimiento emocional, además de impedir una subjetividad agente, particular y heterogénea. En ese contexto, y acerca de la concepción de la enfermedad mental desde el paradigma biomédico, son muy interesantes las aportaciones de Phyllis Chesler en lo que denomina el “doble estándar” de la salud mental de las mujeres. Dado que los parámetros de una persona mentalmente sana coincidían con los de la masculinidad (independencia, autonomía, objetividad) y no eran los parámetros de una mujer mentalmente sana (sumisión, dependencia, sentimentalismo), las mujeres podían ser consideradas “locas” tanto si aceptaban como si rechazaban aspectos del rol femenino (Chesler 1972, cit. en Ruiz y Jiménez 2003).

Si bien la psicología ha sido para muchas estudiosas feministas “poco más que sexismo disfrazado de ciencia” (Herman 1995: 279), en tanto ha contribuido a la construcción y reificación de la feminidad, también, no obstante, proveyó de elementos conceptuales a la nueva ola del feminismo que se valió de tales aportes para explicar los aspectos subjetivos —no solo los materiales— de la opresión patriarcal (Herman 1995). Desde ese marco, se han desarrollado estudios que exponen, por ejemplo, que la adhesión de los varones al rol de género masculino se relaciona con rasgos de personalidad desadaptativos (Bem 1981) como violencia y propiedad hacia la mujer (Mosher 1991), que los parámetros que definen la feminidad guardan similitudes con los síntomas de la depresión (Dio Bleichmar 1999) y que el matrimonio es un factor de riesgo para la salud mental de las mujeres y de protección para los varones (Valls 2002).

En línea con nuestro estudio, Ester Barberá e Isabel Martínez Benlloch, en su libro *Psicología y Género* (2004), hacen un análisis de los trastornos mentales del DSM-IV y su sintomatología y prevalencia por sexos. Concluyen que existe una estrecha relación entre el sistema sexo/género y el malestar psicológico o los trastornos mentales, lo que puede explicar la peor salud mental de las mujeres. Proponen además que, en la sintomatología de ciertos trastornos, se observan diferencias acordes con los modelos de masculinidad y feminidad (como en el trastorno de la personalidad histriónica, en que ellas se muestran como “seductoras” y ellos tratan de reforzar su masculinidad con un comportamiento “macho”).

SUBJETIVIDADES, GÉNERO Y PODER

La comprensión del malestar psicológico como sintomatología vinculada a la desigualdad, por tanto, requiere del análisis de la operatividad del sistema de género y de su impacto en la subjetividad. Las formas subjetivas (Foucault 1984a) son sociohistóricas, dependen en alto grado de las prácticas y de los discursos de sus contextos de emergencia. Los procesos subjetivos —en interacción constante con el medio y subordinados a los sistemas simbólicos que dotan de inteligibilidad a la experiencia— están radicalmente atravesados por relaciones de poder. Los individuos se conforman en espacios compartidos por los que son afectados, dada la precariedad existencial que nos hace interiorizar normas en un proceso simultáneo de configuración identitaria y de adecuación subjetiva (López-Gil 2014; Butler 2001). Los sujetos son parcialmente producidos por los dispositivos de poder que operan en el cuerpo social. En este sentido, la subjetivación implica sujeción, así como *prácticas de sí* (Foucault 1984a; [1984b] 1999), tanto para cumplir los mandatos normativos como para resistirlos y transformarlos.

La noción de ‘dispositivo’² (Foucault, 1994, p. 299) esclarece estos conjuntos heterogéneos de elementos que dan forma a una realidad determinada y a los individuos en ella insertos. Son los operadores de regímenes de poder que, a partir de la modernidad, han adquirido formas cada vez más invasivas de control social y psicológico (Foucault 2007; Dews 2006), capturando a través de la disciplina los cuerpos, normalizando y gobernando poblaciones e intensificando las formas de control y autocontrol subjetivo. La norma es un elemento fundamental, tanto en los dispositivos disciplinarios que impactan sobre el cuerpo como en el ejercicio del biopoder y la *gubernamentalidad* que regula poblaciones y configura lógicas de gobierno y control.

La dimensión productiva de la diferencia y desigualdad del sistema de género nos permite interpretarlo, precisamente, como un dispositivo de poder (Amigot y Pujal 2009) cuyos mandatos operan como normas modeladoras de identidades y relaciones (Butler 2001). En la identificación y el cumplimiento de las normas, aunque sea imperfecto, se juega el reconocimiento social y subjetivo de los individuos. Las dinámicas implicadas en este ajuste incluyen, por tanto, esas operaciones que un individuo realiza sobre sí para adecuarse a un modelo. En este sentido, estas prácticas de sí constituyen procesos especialmente relevantes para la comprensión del malestar psicológico de las mujeres.

En efecto, en el caso de la feminidad normativa, además de inducirse un esfuerzo por adaptarse a estándares estereotipados, como sucede también con la masculinidad, la intensidad y el contenido de esta demanda hacen particularmente vulnerables a las mujeres. Por un lado, porque los patrones dominantes de valoración son androcéntricos, lo cual deriva en una *mayor presión del estereotipo* y en una *más limitada obtención de valoración social* —o más restringida a ámbitos específicos, como el amor (Illouz 2012)—. Por otro, porque parte de los mandatos normativos consisten, precisamente, en una exigencia de *adaptación* a los otros. Como consecuencia, el autocontrol y la autovigilancia se intensifican, *fragilizando* la posición femenina y pudiendo generar inseguridad o un sentido disminuido de su valía (O’Grady 2004).

Los mandatos normativos de feminidad (corporales, emocionales-relacionales y de rol femenino) predisponen a una disciplina corporal (Bordo 1993) y a una tensión compleja entre la centralidad de una misma y la de los otros. Esto favorece la dependencia y las sensaciones de inadecuación, vergüenza o culpa (Bartky 1999), muy próximas a la experiencia de malestar depresivo, por ejemplo.

Además de analizar la interiorización de tales mandatos sociales, la emergencia del malestar en las mujeres tiene que situarse también en relación con las prácticas y con las interacciones, reguladas

por las pautas de género que jerarquizan las posiciones de hombres y de mujeres. Por ejemplo, la experiencia continuada de déficit de reconocimiento (Honneth 2010; Fraser y Honneth 2006), tanto en el discurso social como en las relaciones directas, tiene un impacto negativo. Este déficit de reconocimiento de lo femenino y de las mujeres está en el origen de lo que Fraser denomina “autodislocación interna” (2015: 198): una autodepreciación que emerge de los patrones androcéntricos simbólicos e interactivos, institucionalizados, sean o no conscientes. Estos patrones y normas relacionales de género regulan experiencias repetidas: *se concede menos autoridad y credibilidad a las mujeres, son más juzgadas, se utilizan dobles estándares, se subordina la valoración al cumplimiento de algunos mandatos estereotipados* —como los referidos a la belleza o al éxito amoroso— y, a veces, *contradictorios con otras demandas*.

Además, en la actualidad, la combinación de la normativa de género —explícita e implícita— con la demanda de singularidad y exacerbación de una autonomía idealizada, permanentemente movilizada, añade una gran complejidad a la experiencia subjetiva. Por un lado, las lógicas neoliberales apelan a una individualidad supuestamente libre y autodeterminada, algo que invisibiliza los condicionantes sociales de la experiencia; por otro, y de manera simultánea, este llamado a la singularización —*sé tú misma*— coexiste con renovados discursos estereotipados sobre la feminidad. Como resultado, observamos una rearticulación de los mandatos de género que reestabiliza las relaciones de poder concediendo agencia —sobre todo sexual y amorosa— a las mujeres, para subordinarlas después (McRobbie 2007).

MÉTODO

Las epistemologías feministas constituyen un enfoque fundamental para el estudio y la comprensión de los procesos de salud y enfermedad desigual y diferente de las mujeres y los varones (Velasco 2009; Burín 1991). Los presupuestos epistemológicos y teóricos desde los que partimos encuentran sus bases en los feminismos postestructuralistas y en los métodos propuestos por las epistemologías feministas (Haraway 1996; Harding 1996).

Dentro de los márgenes de la metodología cualitativa, y con una estrategia metodológica flexible adaptada al objeto de investigación (Gordo y Serrano 2008), nuestro objetivo reside en la comprensión de tal objeto y no en su explicación, considerando nuestra posición como investigadoras y entendiendo que el conocimiento se construye en la interacción entre quien investiga, los datos y la teoría, en la línea de lo que Donna Haraway (1996) define como ‘conocimientos situados’, cuestionando las pretendidas neutralidad y objetividad positivistas.

Partiendo de la consideración foucaultiana de que los discursos forman sistemáticamente los objetos de los que hablan, y que tal elaboración discursiva se inserta en dispositivos de poder (Foucault [1969] 2009; Foucault [1971] 1999), hemos problematizado simultáneamente la reificación de los “trastornos” psicológicos que realiza el DSM-V y la naturalización de la prevalencia de tales trastornos en función del sexo. En este proceso, articulamos una estrategia metodológica que parte de los niveles informativos y textuales y se desplaza a los contextuales e interpretativos del análisis del discurso (Conde 2009; Ruiz 2009) para desvelar las condiciones sociales relacionadas con la experiencia desigual de malestar y con la posterior codificación en clave psicológica por el discurso experto. En nuestro caso, el análisis del discurso en su nivel sociológico interpretativo (Ruiz 2009) contextualiza la producción textual en el entramado de relaciones de poder de género, de las que el discurso psiquiátrico es tanto producto como herramienta de reproducción. Este planteamiento, por tanto, concibe el discurso como una práctica social, cuestiona su consideración como práctica descriptiva o representativa (Potter y Wetherell 1987) y tiene como objetivo la especificación de posiciones de poder determinadas (Íñiguez 2005).

La recogida de información se realizó mediante una técnica indirecta, no interactiva, una revisión documental sistemática del manual a lo largo de varias sesiones. El criterio de inclusión de los trastornos mentales con los que se trabajó fue que figurara en el texto del manual una diferencia por sexo en la prevalencia del mismo, que entendemos se construye, a su vez, mediatizada por el dispositivo de género. La información seleccionada para el análisis la constituyen, para cada trastorno: los criterios diagnósticos, las condiciones bajo las que se produce, las posibles causas, la sintomatología asociada y las diferencias entre mujeres y varones en la edad de inicio, el desarrollo o el curso. Todo ello incluido en el manual.

Una vez establecido el corpus textual, se procedió a un análisis de contenido circunscrito a la materialidad del texto, a partir de su sistematización en función de dos categorías principales —trastornos mentales más frecuentes entre mujeres, por un lado, y entre hombres, por otro— y de subcategorías emergentes compuestas por trastornos con características comunes —ansiedad y relacionados, estado de ánimo, traumas y estrés, trastornos alimentarios, personalidad, conducta, adicciones, parafilias, personalidad—.

La sistematización del plano objetivo y material del texto nos sirve de soporte para desplazar el eje del análisis al contexto social —en este caso, atendiendo específicamente a la operatividad del sistema de género— e intensificar la dimensión interpretativa del análisis de discurso (Alonso 1998). Dada la consideración del género como dispositivo de poder,

hemos sistematizado su expresión normativa especificando sus mandatos y procediendo al análisis de la interacción entre tales *mandatos normativos*, sus consecuencias en términos de *malestar* y el *diagnóstico en la codificación psiquiátrica*.

La concreción de estos mandatos de género normativo femenino y masculino se construyó a partir de un análisis resultante de la combinación de los modelos históricos de género: *tradicional, en transición* y *contemporáneo* desarrollados por Velasco (2009) y de una recopilación de material procedente de tres manuales especializados: *Psicología y género* (Barberá y Martínez Benlloch 2004), *Psicología de la mujer: la otra mitad de la experiencia humana* (Hyde 1995) y *Sexos, género y salud* (Velasco 2009) (ver tabla 2).

ANÁLISIS Y RESULTADOS

En la tabla 1, resultado del análisis sistemático de los datos recogidos del manual, se muestra una distribución de los trastornos mentales más frecuentes entre mujeres y entre varones, según los construye el texto del DSM-V. Esta tabla recoge aquellos trastornos del manual en los que se señala *explícitamente* la existencia de una diferencia de prevalencia cuantitativa por sexo.

Una vez conocida la distribución diferencial por sexos del malestar psicológico, según categorías diagnósticas psiquiátricas distintas, nos planteamos la pregunta de su relación, confluyente o no, con los mandatos del sistema sexo/género que circulan en las sociedades occidentales. El objetivo es examinar el efecto en la salud de una *performatividad* “obediente” a dichos mandatos.

A partir de los resultados expuestos en la tabla 1, realizamos un análisis interpretativo de los mismos desde la teoría crítica de género, con una base teórica previamente elaborada sobre los mandatos sociales y subjetivos del sistema sexo/género (tabla 2) (Pujal y Amigot 2010; Velasco 2009; Barberá y Martínez-Benlloch 2004; Hyde 1995), en el que, como anteriormente mencionamos, se considera el género como un dispositivo de poder. Esta consideración viene dada por la dimensión productiva y reguladora del género en relación con tres grandes aspectos: la construcción simbólica y psíquica binaria de la subjetividad, la división sexual del trabajo, tanto en lo mercantil como en lo no mercantil, y las relaciones de desigualdad entre los sexos.

En este análisis interpretativo observamos una estrecha correspondencia entre dos discursos (tablas 3 y 4): el del manual —la sintomatología a nivel psicológico (experiencia subjetiva y psíquica)— y el de los aspectos simbólico-culturales de los mandatos normativos de género, estudiados por la teoría crítica de género.

Tabla 1.
Clasificación de los trastornos mentales del DSM-V según prevalencia cuantitativa por sexo

CATEGORÍA	MUJERES	VARONES
Trastornos del desarrollo neurológico		-TDAH. -Trastorno específico del aprendizaje. -Trastorno del desarrollo de la coordinación. -Trastorno de TICS nerviosos.
Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos	-Trastorno psicótico breve. -Trastorno esquizoafectivo.	-Trastorno delirante 'celotípico'
Trastornos depresivos	-Trastorno de depresión mayor.	-Trastorno de desregulación disruptiva del estado del ánimo.
Trastornos de ansiedad	-Trastorno de ansiedad por separación. -Fobia específica. -Trastorno de ansiedad social (fobia social). -Trastorno de pánico. -Agorafobia. -Trastorno de ansiedad generalizada.	
Trastornos obsesivos y relacionados	-Trastorno dismórfico corporal. -Trastorno obsesivo compulsivo. -Tricotilomanía. -Trastorno de excoiación.	
Trastornos de traumas y estrés	-Trastorno por estrés postraumático. -Trastorno de estrés agudo.	
Trastornos somáticos	-Trastorno de síntomas somáticos. -Trastorno de conversión.	
Trastornos alimentarios	-Anorexia nerviosa. -Bulimia nerviosa. -Trastorno por atracón.	
Trastornos del sueño, la vigilia y parasomnias	-Trastorno por pesadillas. -Trastorno de insomnio. -Síndrome de las piernas inquietas.	-Apnea e hipoapnea obstructiva del sueño. -Apnea central del sueño.
Trastornos destructivos, del control de los impulsos y la conducta	-Cleptomanía.	-Trastorno negativista desafiante. -Trastorno explosivo intermitente. -Trastorno de la conducta. -Piromanía.
Trastornos de sustancias y adictivos	-Trastorno por consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos.	-Trastorno por consumo de alcohol -Trastorno por consumo de cannabis. -Trastorno por consumo de alucinógenos. -Trastorno por consumo de inhalantes. -Trastorno por consumo de opiáceos. -Juego patológico.
Trastornos de personalidad	-Trastorno de personalidad límite. -Trastorno de personalidad histriónica. -Trastorno de personalidad dependiente.	-Trastorno de personalidad antisocial. -Trastorno de personalidad narcisista. -Trastorno de personalidad esquizoide. -Trastorno de personalidad esquizotípica.
Trastornos parafilicos		-Voyeurismo -Exhibicionismo -Frotteurismo -Masoquismo -Pedofilia -Fetichismo
Disfunciones sexuales	-Trastorno orgásmico femenino. -Trastorno del interés/excitación sexual femenino. -Trastorno del dolor génito-pélvico/ penetración.	-Trastorno de eyaculación retardada. -Trastorno eréctil. -Trastorno del deseo sexual hipoactivo en el varón. -Eyaculación prematura.

Tabla 2.
Mandatos sociales y subjetivos del sistema sexo/género y efectos performativos

Características “neutras” asociadas a las mujeres**	Consecuencias de la representación simbólica de la feminidad normativa en relación con el género binario	Características “neutras” asociadas a los varones**	Consecuencias de la representación simbólica de la masculinidad normativa en relación con el género binario
- Delicadeza.	- Débil, frágil.	- Brusquedad.	- Brusco, agresivo.
- Emocionalidad.	- Poco racional, subjetiva.	- Racionalidad.	- Objetivo, real, veraz.
- Precaución y discreción.	- Miedosa, víctima.	- Valentía.	- Resolutivo, defensor.
- Flexibilidad, capacidad de comprensión.	- Dócil.	- Firmeza, decisión.	- Autoridad.
- Dulzura, voluntad de agradar.	- Complaciente, dificultad en la toma de decisiones.	- Autodeterminación, centralidad en sí.	- Líder, autónomo y toma de decisiones.
- Bondad, generosidad.	- Sumisa.	- Ambición.	- Poderoso.
- Esbeltez, buena presencia.	- Belleza cosificada.	- Fortaleza corporal, cuerpo expansivo.	- Fuerte.
- Humildad.	- Insegura, infravaloración, baja autoestima.	- Asertividad.	- Seguro, alta autoestima, buena consideración.
- Orientación al cuidado, cuidadosa.	- Dependiente, sin proyecto propio, orientación a la esfera privada.	- Protector, caballeroso, orientación al logro.	- Proyecto propio, esfera pública, sustentador.
Pasividad y dependencia.	Vigilancia de una misma y atención a los y las otras para adecuación.	Actividad y control.	Vigilancia de las y los demás.
Eje transversal a los mandatos		Eje transversal a los mandatos	

** Características neutras asociadas a hombres y mujeres, hacen referencia a que son características que, fuera del sistema de género binario y disimétrico, no tendrían por qué generar sufrimiento o malestar.

En la tabla 3 podemos observar que los mandatos normativos de género que interpelan a las mujeres les otorgan una identificación y una posición en las relaciones sociales distintas de los valores dominantes en Occidente, a través de la construcción de una identidad “devaluada” y de una forma de interacción específica con base en esta.

Las características normativas y estereotipadas como la emocionalidad, la empatía, la disposición a cuidar, a comunicar, la vulnerabilidad o la dependencia, entre otras, se relacionan con una identidad relacional, en palabras de Almudena Hernando (2017), una identidad de adscripción al grupo, pero que, en el marco de la desigualdad de género occidental, sitúa a las mujeres en una posición subalterna o de subordinación.

En los trastornos mentales definidos como más prevalentes entre las mujeres se da una estrecha relación entre los dos discursos mencionados (el del manual y su sintomatología y el de los mandatos normativos de género), por ejemplo, en la dependencia o la dificultad para tomar decisiones (trastorno de depresión), en la emocionalidad excesiva (trastornos de personalidad) o en la preocupación u obsesión por el cuerpo (trastornos alimentarios). Entendemos, en este sentido, que tales condiciones guardan una relación con la representación simbólica de las mujeres como emocionales, dulces y tier-

nas; con la prohibición social de la rabia (Barberá y Martínez-Benlloch 2004; Hyde 1995), y con la dependencia en relación con la figura masculina para la toma de decisiones, sobre todo en el modelo de género tradicional; o bien, con el ideal de belleza del cuerpo delgado del modelo contemporáneo (Velasco 2009). Además, según el texto del manual, el malestar psicológico relacionado con traumas y estrés en las mujeres tiene su causa principal en episodios de maltrato, abuso sexual o violencia de cualquier tipo (APA 2013), consecuencia de un sistema patriarcal en el que una de cada tres mujeres ha sufrido a lo largo de su vida violencia física, psicológica o sexual (Organización de Naciones Unidas 2017).

Por otra parte, como observamos en la tabla 4, los mandatos normativos de masculinidad otorgan a los varones una posición de supremacía en las relaciones sociales y una identificación con los valores dominantes occidentales: autonomía, racionalidad, individualidad y desconexión emocional, miedo o rechazo al vínculo, fortaleza, poder, etc. Este proceso hunde sus raíces en la construcción de una identidad moderna occidental, pretendidamente universal y sin género que, en realidad, podemos interpretar como una identidad androcéntrica y colonial. Como dice Almudena Hernando (2017), una identidad individualizada, asociada a una desconexión emocional del mundo, actitud que solo aparece cuando se tiene la sensación de controlar parte de este.

Tabla 3.

Relación entre categorías diagnósticas clínicas, experiencias sintomáticas definidas para las mujeres y mandatos normativos de feminidad

Trastornos más prevalentes en mujeres	Aspectos subjetivos diagnósticos (texto del manual)	Mandatos normativos de género - feminidad
Ansiedad y trastornos relacionados	<ul style="list-style-type: none"> - Miedo - Preocupación - Inseguridad - Sumisión “excesiva” - Aislamiento social - Autolesiones 	<ul style="list-style-type: none"> - Delicada - Emocional - Precavida - Comprensiva, flexible - Dulce - Cariñosa, atenta - Obediente, buena - Cuerpo delgado, mona - Humilde - Cuidadora
Trastornos del estado de ánimo	<ul style="list-style-type: none"> - Tristeza - Fatiga - Apatía - Sentimientos de inutilidad - Sentimientos de culpa - Baja autoestima - Dificultad para tomar decisiones 	
Trastornos alimentarios	<ul style="list-style-type: none"> - Delgadez extrema - Debilidad - Control sobre el cuerpo 	
Trastornos traumáticos y de estrés	<ul style="list-style-type: none"> - Miedo - Rememoración de sucesos traumáticos 	
Trastornos de personalidad:		
- Dependiente	<ul style="list-style-type: none"> - Necesidad excesiva del cuidado de otra persona - Comportamiento sumiso, de apego exagerado - Miedo a la separación - Dificultad para tomar decisiones sin consejo - Dificultad para expresar desacuerdo - Miedo a ser más competente o a que lo parezca 	
- Histriónica	<ul style="list-style-type: none"> - Emotividad “excesiva” o “inapropiada” - Comportamiento seductor “inapropiado” - Tiempo excesivo para el arreglo personal 	
- Límite	<ul style="list-style-type: none"> - Inestabilidad en las relaciones interpersonales, la autoimagen y los afectos - Esfuerzos desesperados para evitar el desamparo o el abandono - Inestabilidad afectiva 	

La agresividad, la violencia o la ruptura de las normas en los trastornos disruptivos, más frecuentes entre varones, así como la individualidad llevada al extremo en los trastornos de personalidad antisocial o narcisismo, guardan relación con un ideal de masculinidad normativa asociado a la fuerza física, la supremacía, la valentía y la sensación de “invencibilidad”, que lleva al consumo excesivo de sustancias estimulantes o a la transgresión de normas (Barberá y Martínez-Benlloch 2004). Por su parte, la conceptualización de las parafilias, como el voyeurismo o la pedofilia, como “trastornos mentales” aleja a la persona de la asunción de responsabilidad por sus actos y desvía el foco de atención de las consecuencias del sistema sexo/género en la violación de los derechos de las personas, principalmente niñas, niños y mujeres. En este sentido, Wendy Hollway (1984) habla de la “falacia de la hipersexualidad masculina”, extendi-

da creencia de que los varones poseerían de manera innata “un deseo sexual irrefrenable que no pueden parar”. Esta concepción de la sexualidad masculina como “animal” o “incontrolable” se ha llegado a utilizar, respaldada además por manuales como el DSM-V, para justificar relaciones sexuales no deseadas, esto es, violencia sexual.

Con la intención de dar un paso más en la visibilidad de la relación entre la organización social del sistema sexo/género y la producción de malestar de orden psicológico, nos preguntamos sobre el impacto de la organización social y su regulación de las relaciones sociales de género en la producción de síntomas psicoemocionales. Podemos comprender estos síntomas como la expresión de conflictos relacionales y subjetivos que experimentan las mujeres —a un nivel más o menos consciente— y que se

Tabla 4.

Relación entre categorías diagnósticas clínicas, experiencias sintomáticas definidas para los varones y mandatos normativos de masculinidad

Trastornos más prevalentes en varones	Aspectos subjetivos diagnósticos (texto del manual)	Mandatos normativos de género – masculinidad
Trastornos nerviosos, disruptivos, del control de los impulsos y de la conducta	<ul style="list-style-type: none"> - Impulsividad. - Poca inhibición conductual. - Agresividad. - Actitud desafiante. - Acciones vengativas. - Vulneración de derechos de los demás. - Engaño, robo. - Ataques de ira. - Ruptura de las normas. - Posibilidad de dañar a otro o a sus propiedades. - Actitud desafiante. 	<ul style="list-style-type: none"> - “Bruto” - Racional - Valiente - Decidido, firme - Autodeterminado - Ambicioso - Cuerpo fornido, alto, apuesto - Protector, caballeroso
Trastornos de adicciones a sustancias y conductas	<ul style="list-style-type: none"> - Ilusión de invencibilidad. - Comportamiento de riesgo. - Evasión del conflicto. - Dificultad para pedir ayuda. - Posibilidad de ejercer violencia. 	
Trastornos parafílicos	<ul style="list-style-type: none"> - Obsesión. - Deseo sexual “irrefrenable”. - Asociación del dolor con el placer. - Relaciones sexuales sin consentimiento. - Invasión del espacio ajeno. 	
Trastornos de personalidad		
- Esquizoide y esquizotípico	<ul style="list-style-type: none"> - Desinterés por los vínculos afectivos. - Ideas de referencia (delirios, alucinaciones) en el esquizotípico. 	
- Antisocial	<ul style="list-style-type: none"> - Impulsividad. - Agresividad. - Ruptura de las normas sociales. - Satisfacción de los deseos propios. - Indiferencia o racionalización al realizar actos violentos. - Ausencia de sentimiento de culpa. - Concepción elevada de uno mismo. - Irresponsabilidad y explotación en las relaciones sexuales y de pareja. 	
- Narcisista	<ul style="list-style-type: none"> - Sentimientos de grandeza. - Necesidad de admiración y reconocimiento. - Falta de empatía. - Fantasías de poder y éxito. - Supremacía. 	

acaban enquistando hasta enfermar, por permanecer invisibles e ininteligibles en su dimensión de género y, por tanto, sin opción de poder ser abordados desde dicha perspectiva.

Para ello, se presenta la tabla 5, que relaciona los ideales de la feminidad normativa con las prácticas sociales según los roles y las normas de género, diferenciando entre la injusticia cultural y simbólica y la injusticia socioeconómica o material del sistema de género (Fraser 1997). Esta tabla nos muestra claramente que sí hay coincidencia entre los síntomas y

las experiencias subjetivas conflictivas y dolorosas vividas por las mujeres (vulnerabilidad de género) con los roles, normas, expectativas y estatus de una interacción social que está regulada por el sistema de género desigualitario.

Al trazar este mapa del malestar psicológico en mujeres y en varones, vemos que se da de forma desigual en términos *sociales* y *subjetivos*. Esta desigualdad puede apreciarse si observamos la intersección de algunos ejes de análisis en relación con las características de los trastornos. En primer lugar,

Tabla 5.

Organización del sistema sexo/género: mandatos normativos de feminidad, vulnerabilización, experiencia conflictiva no simbolizada (sintomática) y captura psicopatologizadora en las mujeres

Sistema sexo/género (diferentes modelos, tradicional, en transición, contemporáneo, Velasco 2009)			Experiencia conflictiva de género no simbolizada	Categorías clínicas del discurso biomédico
Dimensión simbólica y cultural	Dimensión material y organizativa	Vulnerabilidad de género	Sintomatología	“Trastorno mental” DSM-V
Sumisión Obediencia Ternura	<ul style="list-style-type: none"> - Relegación al espacio privado. - Cuidado, crianza. - Tareas del hogar. - Maternidad. - Ausencia de espacio íntimo. (Modelo tradicional)	<ul style="list-style-type: none"> - Ausencia de proyecto propio. - Desvalorización. - Ausencia de reconocimiento social. - Dependencia económica. - Subordinación. - Violencia machista. - Abuso sexual. 	<ul style="list-style-type: none"> - Tristeza - Apatía. - Sentimientos de inutilidad. - Sentimientos de culpa. - Baja autoestima. - Dificultad para tomar decisiones. - Miedo. - Rememoración de sucesos traumáticos. 	<ul style="list-style-type: none"> - Depresión mayor. - Traumas, TEPT.
Pasividad Emocionalidad	<ul style="list-style-type: none"> - Incorporación a la vida profesional. - Dificultad de conciliación de los roles “supermujer”. - Espacio privado+público. (Modelo en transición)	<ul style="list-style-type: none"> - Sobrecarga de roles. - Doble/triple jornada laboral. 	<ul style="list-style-type: none"> - Miedo. - Preocupación. - Angustia. - Inseguridad. - Autolesiones. 	<ul style="list-style-type: none"> - Trastornos de ansiedad. - Trastornos del sueño (insomnio, pesadillas). - Trastornos psicósomáticos.
Comprensión Flexibilidad Prohibición social de la agresividad y la rabia Dependencia	<ul style="list-style-type: none"> - Cosificación del binarismo de género: ideal del cuerpo delgado, inerte, belleza como virtud frente a cuerpo fuerte, musculado, etc. - Mandato de perfección. - Doble vínculo en las relaciones afectivas. (Modelo contemporáneo)	<ul style="list-style-type: none"> - Cuerpo instrumentalizado. - Cuerpo como virtud. - Dependencia emocional corporeizada. 	<ul style="list-style-type: none"> - Delgadez extrema, control sobre el cuerpo. - Dependencia y emotividad excesivas o inapropiadas. - Necesidad del vínculo afectivo. - Dificultad para tomar decisiones sola. - Miedo a la pérdida. 	<ul style="list-style-type: none"> - Trastornos alimentarios. - Trastornos de personalidad dependiente, histriónica y límite.

podemos considerar *el eje poder-subordinación*, en estrecha relación con el que denominamos *actividad-pasividad*, ambos relacionados con las posiciones subjetivas vinculadas al malestar psicológico. En relación con el primer eje, podemos señalar que en los trastornos más acusados entre mujeres, la posición de estas es de subordinación; de hecho, no figura en el manual ningún trastorno en el que se dé una vulneración de derechos ajenos o una situación de dominación frente a otra persona. En este sentido, en los trastornos más acusados entre varones, estos se sitúan en una posición de poder y supremacía, involucrando directamente a otras personas con el

fin de satisfacer sus propias voluntades (trastorno de la personalidad antisocial, narcisismo o, parafilias), transgrediendo con frecuencia normas sociales o ejerciendo violencia (trastornos de la conducta, trastornos por consumo de sustancias). En este sentido, el análisis muestra de forma clara una *posición social desigual de poder o subordinación* en relación con el malestar psicológico.

En relación con el segundo eje, en lo referente a la dimensión subjetiva relacionada con la *agencia activa o pasiva* frente al malestar psicológico, también observamos diferencias en el dominio, gestión y expresión del propio sufrimiento. Por ejemplo, en los trastornos

del control de los impulsos es el sujeto quien ejerce la acción, frente a la pasividad ante el sufrimiento en los trastornos de ansiedad o los ataques de pánico, que consisten en una “aparición súbita de miedo intenso” (APA 2013: 208). Además, se da una *internalización* del sufrimiento en las mujeres (podríamos decir que no se traduce en una conducta) en malestares como la ansiedad, la depresión o las quejas somáticas, que constituyen una canalización del sufrimiento “hacia dentro” y en la relación de las mujeres consigo mismas. La *externalización* en el caso de los varones implica que existe una atribución de causa y canalización del sufrimiento propio hacia afuera, conformando una conducta que va más allá de ellos mismos y tiene que ver con las relaciones con el otro o la otra, como en los trastornos del control de los impulsos.

Además, prosiguiendo el análisis, en los trastornos alimentarios y otros como el trastorno de la personalidad histriónica, la mujer ocupa una posición de *objeto* deseable y seductor, bien a través del control de su propio cuerpo o ejerciendo una “seducción excesiva o inapropiada”. Por su parte, en los trastornos parafílicos, todos más frecuentes entre varones, este ocupa una posición de *sujeto*, que desea, en su mayoría sin consentimiento por parte de la persona “deseada” (pedofilia, voyerismo, froteurismo). Por último, observamos en los trastornos de personalidad el reflejo de la dicotomía simbólica de género entre razón y emoción. En este sentido, los trastornos más prevalentes entre las mujeres surgen de una excesiva o inapropiada o descontrolada gestión de las emociones, que reconstruye un imaginario de más apego a la naturaleza que a la cultura y racionalidad (valores que socialmente se han atribuido al éxito, a la objetividad); mientras que, en los varones, los trastornos de personalidad surgen de la ausencia de la emoción (con excepción de la rabia, socialmente lícita en el imaginario de la masculinidad normativa), con el atributo común del individualismo, el deseo propio por encima de los demás y de la consecución de las metas a todo coste, lo que puede relacionarse con la “razón” y, por tanto, con una tradición cultural patriarcal en la que ser racional, resuelto, autónomo e independiente constituyen atributos deseables para el varón y de éxito en general.

Estas propiedades comunes pueden configurar un sistema de dicotomías de los malestares de género, en que se reproduce el binarismo del sistema sexo/género: poder-subordinación, actividad-pasividad, expresión del sufrimiento *externalizante-internalizante*, sujeto-objeto, razón-emoción. En este sentido, proponemos el concepto de las *dicotomías del malestar de género* (tabla 6), integrando las diferentes dimensiones analíticas relevantes para la comprensión del vínculo entre la operatividad del sistema sexo/género y la emergencia de malestares subjetivos, malestares que hemos denominado ‘de género’, dada la relación mostrada entre la sintomatología y los mandatos normativos de género.

Tabla 6.
Las dicotomías del malestar de género

VARONES	MUJERES
Poder	Subordinación
Actividad	Pasividad
Sufrimiento externalizado en relación a la otra persona, percibida como su causante	Sufrimiento internalizado hacia una misma, percibida como culpable
Sujeto “que desea”	Objeto “deseable”, seductor
Problematización de la emoción	Problematización de la razón

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

De los datos obtenidos tras el análisis del manual, la primera conclusión es que las mujeres y los varones experimentan en términos mayoritarios malestares psicológicos diferentes y desiguales, y que tal diferencia guarda una estrecha relación con la feminidad y la masculinidad normativas del sistema sexo/género.

Esta desigualdad se da, por una parte, en términos cuantitativos. En los denominados ‘trastornos mentales comunes’ (TMC: ansiedad, depresión, somatización), que sufre un 25 % de la población, la tasa de incidencia en las mujeres duplica la de los varones. En este sentido, la propia OMS ha declarado que, en el año 2020, la depresión será la segunda causa de discapacidad en el mundo (OMS 2009), aunque lo ha hecho poniendo en el centro a un *sujeto de apariencia neutra, sin género* (ni etnia, ni posición social alguna). Dicha mirada se adscribe al *paradigma de la invisibilidad* de las mujeres en medicina, el cual oscila entre el androcentrismo y la diferencia, pero sin romper el binarismo (Valls 2009). Podemos señalar que el sufrimiento de las mujeres es más extenso y crónico que el de los varones.

Por otra parte, en términos cualitativos, la desigualdad se comprende desde una noción del género conceptualizado como *dispositivo de poder*. Los patrones dominantes de valoración son androcéntricos y la feminidad normativa conlleva —implícita y explícitamente— prácticas de cuidado del otro. Analizar la subjetividad en términos de malestar psicológico desde una visión crítica feminista nos ha permitido llegar a las dicotomías del malestar de género expuestas más arriba. El malestar en las mujeres (caracterizado por la subordinación, pasividad, internalización del sufrimiento, objeto deseable, problematización de la razón) surge de una interacción social regulada que lleva a postergar las propias necesidades y a centrarse en las de otras personas, lo que implica cierta “violencia hacia sí”; mientras que el malestar en los varones (poder, actividad, externalización del sufrimiento, sujeto que desea, problematización de la emoción) proyecta mayoritariamente una violencia hacia la

otra persona, al concentrarse principalmente en las necesidades propias y desconectarse emocionalmente del resto, lo que genera a menudo dificultades en la otra persona (por ejemplo, en los casos de hostilidad, ira, impulsividad, pedofilia, etc.). En este sentido, se abre una nueva línea de investigación sobre cómo la masculinidad normativa imprime, en este caso, no vulnerabilidades sino “privilegios” de género que vulneran a otra persona.

Esta lectura del malestar psicológico sigue la línea de investigación de los determinantes de género en salud que se inició ya en los años 80 y 90, siendo una de las pioneras más reconocidas Mabel Burín (1991; 1987), que incorpora el género como categoría de análisis de las condiciones sociales y de las vivencias de relaciones entre mujeres y hombres y, en consecuencia, de las formas de vivir y enfermar. En este sentido, se entiende que las condiciones de género constituyen contextos de vulnerabilidad y riesgo para el sufrimiento y el malestar psicológico (Velasco 2009).

La segunda conclusión de la investigación se refiere a la concepción del malestar psicológico desde el paradigma biomédico hegemónico. En el DSM-V se conceptualiza este malestar desde una perspectiva biologicista, individualista, ahistórica y descontextualizada. En la misma construcción del concepto de “síndrome”, definido como “conjunto de síntomas”, puede observarse que el modelo biomédico, a pesar de sostenerse a partir de “evidencias científicas”, no necesita de las mismas para el tratamiento del malestar psicológico. No obstante, si no puede determinarse la etiología biológica de los malestares psicológicos, entendemos que estos funcionan de tal manera que solo una concepción de la salud como sistema dinámico biopsicosocial puede comprender una concepción en la que se incluyen como factores de influencia las condiciones económicas, sociales y los estilos de vida. Sin embargo, paradójicamente, los aspectos psicosociales no se consideran dignos de estudio para la intervención en la atención psicosanitaria. La construcción de la *enfermedad* a partir de los *síntomas* y su posterior perpetuación y reconstrucción a través del discurso del manual DSM-V parece ser suficiente para que la prescripción de psicofármacos o la intervención psicológica sin perspectiva de género se constituyan como la más legitimada de las alternativas en la atención psicológica y médica. En este sentido, la psiquiatría y la psicología *mainstream* han conseguido establecer una especie de círculo autosustentable:

- Síntomas → síndrome → constitución del trastorno mental en el DSM-V
- Persona con síntomas → consulta del DSM-V → diagnóstico clínico → psicofármacos o intervención psicológica sin perspectiva de género, estigmatización, etiqueta... (psicopatologización)

El papel del discurso psiquiátrico como lógica de poder-saber se aprecia en los procesos que implica: descontextualización e individualización de tales malestares en una operación de reificación y de atribución de causalidad biológica y psicológica desconectada de sus condiciones de emergencia. Por tanto, reforzadora de la desigualdad. La absoluta falta de perspectiva de género y la omisión de las relaciones de poder desigualitarias entre mujeres y varones, unido a la errónea conceptualización de que *sexo*, *género* y *feminidad/masculinidad* constituyen un mismo concepto, reafirman la necesidad de introducir, de manera certera, la concepción de la salud como un sistema dinámico biopsicosocial y de género, en que el sistema sexo/género tenga cabida en la investigación, la praxis médica y la formación.

En tercer lugar, concluimos que la estrecha relación que surge entre mandatos normativos de feminidad y masculinidad y los malestares analizados viene a mostrar que el paradigma biomédico, además de psicopatologizar la desidentificación y desobediencia a dichos mandatos (como en la transexualidad y el transgénero o la homosexualidad), invisibiliza el malestar psicológico relacionado con la feminidad y masculinidad *normativas*. En este sentido, la experiencia subjetiva derivada de ajustarse a la feminidad y a la masculinidad normativas se traduce en lo que proponemos denominar *malestar de género*, para cuya identificación hemos propuesto una metodología específica³ (Pujal y Mora 2017; 2013).

El sistema sexo/género resulta un proceso psicosocial de psicopatologización en sí mismo, un callejón sin salida en que no tiene cabida un sistema socio-cultural abierto a la diversidad y al desarrollo integral y no binario de las personas. Esta conclusión guarda relación con las ya conocidas investigaciones que muestran que la androginia es un factor de protección para la salud psicológica, y que la identidad de género normativa constituye un factor de riesgo para la salud psicológica (Dean y Tate 2017; Mosher 1991; Bem 1993; 1981). No obstante, el propio constructo ha sido cuestionado por sus teóricas⁴ (Lott 1994; Bem 1993).

Recuperando el concepto de *mecanismos psíquicos del poder* utilizado por Butler (2001), podría entenderse que las posibilidades de simbolización nos colocan en un punto de tensión entre *agencia* y *sujeción*. Una mayor obediencia, consciente o pseudoconsciente, a los mandatos de género normativos —más sujeción, menos agencia— puede desembocar en cierto malestar psicológico o emocional que, en términos clínicos, se conceptualiza como un ‘enfermar’, un diagnóstico y su posterior tratamiento psicofarmacológico y, en términos de sus implicaciones sociales, se traduce en un *desempoderamiento*. Por su parte, mantenerse en un punto de mayor desobediencia, consciente o pseudoconsciente, hacia los mandatos de género normativos —menos sujeción, más agencia— puede también desembocar en un

malestar psicológico o emocional que en términos biomédicos se conceptualiza también como un enfermar, un diagnóstico, pero que, en términos sociales, abre la posibilidad de crear nuevas posiciones subjetivas y una crítica social al binarismo, promoviendo el empoderamiento y la diversidad. Así sucede, por ejemplo, en los diversos feminismos y transfeminismos y en las posiciones sociopolíticas que luchan por una perspectiva no patologizante de la transexualidad.

Como conclusión, y por todo lo desarrollado, la propuesta de este artículo es desplazar el concep-

to de *trastorno psicológico* “sin más” y, en su lugar, plantear el concepto de *malestar de género*⁵, entendido como *experiencia subjetiva de sufrimiento en relación con el sistema de género*, sobre todo en las mujeres, por ser en ellas más intenso y extenso, pero también en los varones —aunque haya sido menos estudiado hasta el momento—. El objetivo final es profundizar en una *ciencia más inclusiva, igualitaria y de la diversidad*, que sea realmente interdisciplinar y dé cuenta de la complejidad de su objeto, la subjetividad; o, dicho de otra manera, en una *psicología no androcéntrica ni patriarcal*.

NOTAS

- [1] Las *prácticas de sí* son formas y modalidades de la relación consigo mismo por las que un individuo se constituye y se reconoce como sujeto, opera sobre sí, y pueden cumplir normas o resistirlas recreando posibilidades.
- [2] Un dispositivo de poder como “conjunto decididamente heterogéneo, que comprende discursos, instituciones, instalaciones arquitectónicas, decisiones reglamentarias, leyes, medidas administrativas, enunciados científicos, proposiciones filosóficas, morales, filantrópicas, etc.”.
- [3] Malestares de género identificados mediante la metodología cualitativa del *diagnóstico psicosocial de género*, de corte biográfico y narrativo, orientada a iden-

tificar experiencias de malestar ligadas al género, que estén articuladas con el diagnóstico clínico, centrado en síntomas corporales o emocionales.

- [4] La *androginia* ha sido uno de los constructos psicológicos más popularizados, trascendiendo la psicología dominante. No obstante, sus principales teóricas, Sandra Bem y Bernice Lott, se han distanciado críticamente de dicho término, que reproducía de nuevo la dualidad.
- [5] Aunque aquí se propone ese desplazamiento solo para un espectro de trastornos, se podría problematizar el concepto mismo de trastorno, cuestión en la que no entramos por razones de espacio.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Albiñana, A., P. Costa y F. Soler. 2006. *Calidad de vida y mujer de mediana edad. Guía de apoyo a los talleres de educación grupal*. Valencia: Conselleria de Sanitat.
- Alonso, L. E. 1998. *La mirada cualitativa en Sociología*. Madrid: Fundamentos.
- American Psychiatric Association. 2013. *DSM-5. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th Edition)*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Amigot, P. y M. Pujal. 2009. “Una lectura del género como dispositivo de poder”. *Revista Sociológica* 24 (70): 115-152.
- Artacoz, L., C. Borrell, I. Rohlf, C. Beni, A. Moncada y J. Benach. 2001. “Trabajo doméstico, género y salud en población ocupada”. *Gaceta Sanitaria* 15: 150-153. [https://doi.org/10.1016/S0213-9111\(01\)71534-8](https://doi.org/10.1016/S0213-9111(01)71534-8).
- Barberá, E. e I. Martínez Benlloch (Coords.). 2004. *Psicología y Género*. Madrid: Prentice Hall.
- Bartky, S.L. 1999. “La pedagogía de la vergüenza”. Pp. 212-224 en *Feminismos y pedagogías de la vida cotidiana*, editado por C. Luke. Madrid: Morata.
- Bem, S. 1981. “Gender Schema Theory. A cognitive account for sex typing”. *Psychological Review* 88: 354-364. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.88.4.354>
- Bem, S. 1993. *The lenses of gender*. New Haven: Yale Univ. Press.
- Bonder, G. 1998. “Género y subjetividades, avatares de una relación no evidente. Género y Epistemología: Mujeres y disciplina”. Ponencia presentada en el Programa Interdisciplinario de Estudios de Género (PIEG), Universidad de Chile.
- Bordo, S. 1993. “Feminism, Foucault and the politics of the body”. Pp. 179-201 en *Up against Foucault. Explorations of some tensions between Foucault and Feminism*, editado por C. Ramazanoglu. Londres-Nueva York: Routledge.
- Borrell, C. y J. Benach. 2003. *Les desigualtats en la salut a Catalunya. Informe CAPS*. Barcelona: Mediterránea.
- Burín, M. 1987. *Estudios sobre la subjetividad femenina. Mujeres y salud mental*. Buenos Aires: Grupo Editor Latinoamericano.
- Burín, M. 1991. *El malestar de las mujeres. La tranquilidad recetada*. México: Paidós.
- Butler, J. 2001. *Mecanismos psíquicos del poder: teorías sobre la sujeción*. Madrid: Cátedra.
- Butler, J. 2006. *Deshacer el género*. Barcelona: Paidós.
- Chesler, P. [1972] 2005. *Women and Madness*. Nueva York: Palgrave MacMillan.
- Conde, F. (2009). *Análisis sociológico del sistema de discursos*. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas.
- Crowe, M. 2000. “Constructing normality: a discourse analysis of the DSM-IV”. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 7, 69-77. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2850.2000.00261.x>.
- Dean, M. L. y C. C. Tate. 2017. “Extending the legacy of Sandra Bem: psychological androgyny as a touchstone conceptual advance for the study of gender in psychological science”. *Sex Roles* 76: 643-654. <https://doi.org/10.1007/s11199-016-0713-z>.
- Dews, P. 2006. *Logics of Desintegration*. London: Verso.

- Dio Bleichmar, E. 1999. *La depresión en la mujer*. Madrid: Temas de hoy.
- Flores, M. y M. Ontiveros. 2008. "Hormonas gonadales y depresión en la perimenopausia". *Revista Colombiana de Psiquiatría* 37(2): 236-46.
- Foucault, M. [1969] 2009. *Arqueología del saber*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Foucault, M. [1971] 1999. *El orden del discurso*. Barcelona: Tusquets.
- Foucault, M. 1984a. *Histoire de la sexualité, II: L'usage des plaisirs*. Paris: Gallimard.
- Foucault, M. [1984b] 1999. "La ética del cuidado de sí como práctica de la libertad." Pp. 393-415 en *Estética, ética y hermenéutica. Obras escogidas. Tomo III*, editado por M. Foucault. Barcelona: Paidós.
- Foucault, M. 1991. *Saber y verdad*. Madrid: La Piqueta.
- Foucault, M. 1994. "Le jeu de Michel Foucault (1977)". Pp. 298-329 en *Dits et écrits. Vol. III*, editado por D. Defert y F. Ewald. Paris: Gallimard.
- Foucault, M. 2005. *El poder psiquiátrico*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Foucault, M. 2007. *Nacimiento de la biopolítica*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Fraser, N. 1997. "Redistribución y reconocimiento." Pp. 17-94 en *Iusticia Interrupta. Reflexiones críticas desde la posición 'postsocialista'*. Colombia: Siglo del Hombre Editores.
- Fraser, N. y A. Honneth. 2006. *¿Redistribución o reconocimiento? Un debate político-filosófico*. Madrid: Morata.
- Fraser, N. 2015. *Fortunas del Feminismo. Del capitalismo gestionado por el Estado a la crisis neoliberal*. Madrid: Traficantes de Sueños.
- Friedan, B. 1963. *The Feminine Mystic*. Nueva York: Norton & Company.
- García-Calvente, M. M. 2004. "El sistema informal de cuidados en clave de desigualdad". *Gaceta Sanitaria* 18 (1): 132-139.
- García-Dauder, D. 2010. "Las relaciones entre la Psicología y el Feminismo en 'tiempos de igualdad'". *Quaderns de Psicologia* 12(2): 47-64.
- Gordo, A. y A. Serrano. (2008). *Estrategias y prácticas cualitativas de investigación social*. Madrid: Pearson Education.
- Halbreich, U. 2009. "Women's Reproductive Related Disorders (RRDs)". *Journal of Affective Disorders* 122 (1-2): 10-13.
- Haraway, D. J. 1996. *Ciencia, cyborgs y mujeres*. Madrid: Cátedra.
- Harding, S. 1996. *Ciencia y feminismo*. Madrid: Morata.
- Herman, E. 1995. *The romance of American Psychology*. Berkeley: University of California Press.
- Hernando, A. 2017. "Más mujeres en el poder no acaba con el orden patriarcal. Entrevista de Bárbara Schijman a Almudena Hernando". *Página/12*, 7 de julio de 2017.
- Hollway, W. 1984. "Gender difference and the production of subjectivity". Pp. 227-263 en *Changing the subject: psychology, social regulation and subjectivity*, editado por J. Henriques, W. Hollway, C. Venn y V. Walkerdine. London: Methuen.
- Honneth, A. 2010. *Reconocimiento y menosprecio. Sobre la fundamentación normativa de una teoría social*. Barcelona: Katz-CCCB.
- Hyde, J. S. 1995. *Psicología de la mujer: la otra mitad de la experiencia humana*. Madrid: Morata.
- Ibáñez, T. 2001. *Municipiones para disidentes. Realidad-Verdad-Política*. Barcelona: Gedisa.
- Illouz, E. 2012. *Por qué duele el amor. Una explicación sociológica*. Madrid: Katz.
- Íñiguez, L. 2005. "Nuevos debates, nuevas ideas y nuevas prácticas en la psicología social de la era 'post-construccionista'". *Athenea Digital* 8: 1-7.
- Íñiguez, L. y A. Martínez-Guzmán. 2010. "La fabricación del Trastorno de Identidad Sexual". *Discurso & Sociedad* 4(1): 30-51.
- Kitzinger, C. 1994. "Should psychologists study sex differences?". *Feminism & Psychology* 4(4): 501-506. <https://doi.org/10.1177/0959353594044003>.
- López Gil, S. 2014. "Ontología de la precariedad en Judith Butler. Repensar la vida en común". *ENDOXIA. Series filosóficas* 34: 287-302.
- Lott, B. 1994. "Naturalezas duales o conducta aprendida: el desafío de la psicología feminista". Pp. 87-128 en *Marcar la diferencia. Psicología y construcción de los sexos*, editado por R. T. Hare-Mustin y J. Marecek. Barcelona: Herder.
- Martínez-Hernández, A. 2006. "Cuando las hormigas corretean por el cerebro: retos y realidades de la psiquiatría cultural". *Saúde Pública* 22(11), 2269-2280.
- Martínez-Hernández, A. 2009. "Más allá de la rehabilitación psicosocial. Metáforas de exclusión y tareas de inclusión". *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental* 1: 1-12.
- McRobbie, A. 2007. "¿Las chicas arriba? Las mujeres jóvenes y el contrato sexual postfeminista". *Debate Feminista* 41: 113-135.
- Mosher, D. 1991. "Macho men, machismo and sexuality". Pp. 199-247 en *Annual Review of Sex Research* 2, editado por J. Bancroft.
- O'Grady, H. 2004. *Woman's Relationship with Herself: Gender, Foucault and Therapy*. London-New York: Routledge.
- Organización Mundial de la Salud. 2000. *Informe sobre la salud en el mundo*. Ginebra: OMS.
- Organización Mundial de la Salud. 2006. *Gender disparities in mental health*. Ginebra: OMS.
- Organización Mundial de la Salud. 2009. *Women and Health: today's evidence, tomorrow's agenda*. Ginebra: OMS.
- Organización Naciones Unidas. 2017. *Informe anual ONU Mujeres*. Nueva York: ONU Mujeres.
- Potter, J. y M. Wetherell. 1987. *Discourse and Social Psychology: Beyond Attitudes and Behaviour*. London: Sage Publications Ltd.
- Pujal, M. y P. Amigot. 2010. "El binarismo de género como dispositivo de poder social, corporal y subjetivo". *Quaderns de Psicologia* 12(2): 131-148.
- Pujal, M. y E. Mora. 2013 "Trabajo, dolor y su diagnóstico psicosocial de género. Un ejemplo". *Universitas Psychologica* 12(4): 1181-1193.
- Pujal, M. y E. Mora. 2017. "Contextualizar la vulnerabilidad: el diagnóstico psicosocial de género. El caso de la fibromialgia". Pp 159-189 en *La Fibromialgia. compartiendo experiencias y unificando los ámbitos "bio-psico-" y social*, coordinado por P. Montesó-Curtó y L. Roselló Aubach. Tarragona: Publicacions Universitat Rovira i Virgili.
- Ruiz Ruiz, J. 2009. "Análisis sociológico del discurso: métodos y lógicas". *FQS Forum: Qualitative Social Research* 10(2). <https://doi.org/10.17169/fqs-10.2.1298>
- Ruiz, M. J. y L. Jiménez. 2003. "Género, mujeres y psiquiatría: una aproximación crítica". *Frenia* 3(1): 7-29.
- Smith-Rosenberg, C. 1972. "The hysterical woman: Sex, roles and role conflict in 19th Century America". *Social Research* 39(4): 652-678.

- Tubert, S. 2003. *Del sexo al género. Los equívocos de un concepto*. Madrid: Cátedra.
- Unger, R. [1978] 2010. "Lo que buscamos es lo que encontramos". *Quaderns de Psicologia* 12(2): 21-33.
- Valls, C. 2002. "El dolor y el malestar de las mujeres: diagnóstico diferencial". *Mujer y Salud* 42: 2-7.
- Valls, C. 2009. *Mujeres, salud y poder*. Madrid: Ediciones Cátedra.
- Velasco, S. 2009. *Sexos, género y salud*. Madrid: Minerva.
- Wilson, M. 1993. "DSM-III and the transformation of American psychiatry: a history". *American Journal of Psychiatry* 150: 399-410. <https://doi.org/10.1176/ajp.150.3.399>.

MARGOT PUJAL I LLOMBART es doctora en el Departamento de Psicología Social (U.A.B Barcelona) y profesora, activista e investigadora en Psicología Social y Estudios de Género. Actualmente, coordina el Centro Joan Rivière de Psicología i Gènere; la Unitat Psicogènere, de los Servicios de Psicología y Logopedia (SPL) de la U.A.B., y el Grupo de Investigación Des-Subjectant. GESPGI, perteneciente a la UAB y al IIEDG. Líneas de investigación actuales: salud, subjetividad, corporalidad, gubernamentalidad y género; violencias de género y salud, y epistemología feminista. Algunos títulos de sus últimas publicaciones son: *El cuidado: más allá del trabajo doméstico y Apuntes para una salud mental inclusiva: duelo a la identidad de género*.

MARINA CALATAYUD es graduada en Psicología por la Universidad de Murcia y máster en Investigación e Intervención Psicosocial por la Universidad Autónoma de Barcelona. Activista e investigadora feminista, ha colaborado con diversas asociaciones feministas en la lucha por la erradicación de las violencias de género y la igualdad. Actualmente ejerce como formadora y psicóloga de atención de mujeres, hijas e hijos víctimas de violencia machista en el ámbito de la pareja, y en intervención psicosocial sobre violencias contra personas LGTBI.

PATRICIA AMIGOT es doctora en Psicología Social y profesora en el Dpto. de Sociología y Trabajo Social de la Universidad Pública de Navarra. Sus líneas de investigación comprenden, por un lado, el análisis de las relaciones de poder dentro de los estudios sobre *gubernamentalidad* y los procesos de subjetivación vinculados a discursos y prácticas del contexto neoliberal, fundamentalmente a las tecnologías de gestión del trabajo; por otro, teoría feminista e imaginarios sociales de género, configuración de identidades y relaciones de género, y violencia contra las mujeres, ámbitos en los que ha realizado publicaciones académicas y desarrollado proyectos de investigación.