

LOS ESTEREOTIPOS DE GÉNERO EN LA CONSTRUCCIÓN DE LA ENFERMEDAD MENTAL: UN ESTUDIO INTRODUCTORIO

AMALIA VIJANDE MARTÍNEZ

Departamento de Filosofía, Universidad de Oviedo¹

vijandeamalia@uniovi.es

Resumen: Este artículo, que se enmarca dentro del campo de estudios de ciencia y género, utiliza algunos de los últimos trabajos de Ian Hacking sobre la enfermedad mental, que tratan de descubrir las configuraciones de ideas que dan pie a la aparición de enfermedades mentales, con el objetivo de sentar las bases que permitan un estudio posterior más profundo sobre cómo los estereotipos de género, las ideas preconcebidas sobre cuál debería ser la conducta correcta de hombres y mujeres, y su diferente situación en la sociedad, influyen en la aparición y el diagnóstico de enfermedades mentales denominadas “femeninas” o en las que se considera que el género es una variable fundamental.

INTRODUCCIÓN: LAS ENFERMEDADES MENTALES PASAJERAS

En 1886 el joven médico Philippe Tissié visitó a Jean-Albert Dadas, un joven de 25 años en Burdeos. Su historia había comenzado cuando, a la edad de doce años, desapareció de la fábrica donde trabajaba como aprendiz. Su hermano lo encontró en una ciudad cercana trabajando como vendedor de paraguas. Cuando le hizo una seña en el hombro, Albert reaccionó como si estuviera despertando de un profundo sueño, y sin saber dónde estaba ni por qué. Este esquema de sucesos se repitió en muchas ocasiones durante el resto de su vida: salía de casa para hacer algún encargo de trabajo, y se despertaba en un tren de camino, por ejemplo, a París. Sin saber por qué ni cómo, llegó a Marsella, a Argelia, y, tras alistarse en el ejército, a Bélgica, Holanda, Alemania, e incluso a Moscú. La mayoría de

¹ Este artículo se ha realizado con financiación del Ministerio de Ciencia y Tecnología, a través del proyecto BFF02-01102.

las veces encontraba la embajada francesa o algún compatriota amistoso que le ayudaba a volver a casa. En otras ocasiones el viaje de vuelta era más accidentado. Cuando Tissié examinó su caso, inauguró un nuevo diagnóstico para describirlo: determinismo ambulatorio. Albert fue el primero de toda una epidemia de casos en Francia y Alemania. Después de 1910 no volvió a registrarse ningún caso (Hacking, 1998, 21 ss.).

En enero de 1885, en París, Jules Voisin describió el caso de un paciente llamado Louis Vivet. Su caso era un ejemplo perfecto de *grande hystérie*, el tipo de histeria definido, generalmente en mujeres, por Jean-Martin Charcot en el hospital de la Salpêtrière. El hecho de ser un hombre fue lo que en principio atrajo a Vivet, que presentó su caso como un prototipo de histeria con desdoblamiento de la personalidad. Meses después en Rochefort, Vivet pasó al cuidado de los doctores Bourru y Burot. En julio de 1885, Bourru introdujo un nuevo diagnóstico en la historia de la psiquiatría: había descubierto en Vivet ocho estados de personalidad distintos, que se asociaban con diferentes manifestaciones de su histeria (un tipo diferente de parálisis y anestesia se asociaba con cada uno de los estados de personalidad, y también un conjunto de recuerdos distintos). Había nacido el trastorno de personalidad múltiple (hoy recogido como trastorno de identidad disociativa). Vivet, en 1885, es claramente el primer caso de personalidad múltiple registrado. Antes no había habido ninguno, y después el trastorno permaneció latente hasta que en la década de 1980 se desató en Estados Unidos lo que muchos han denominado una "epidemia" de personalidad múltiple. Aunque estemos muy lejos de ese país, la inevitable "colonización" cultural a la que nos somete, por ejemplo mediante el cine, nos ha familiarizado con esta enfermedad, que se ha hecho un hueco ya en nuestro imaginario cultural, aunque, de hecho, siga sin ser un diagnóstico habitual en el continente europeo. (Hacking, 1995, 171 ss.).

También hay otras historias bien conocidas de enfermedades mentales que ya no existen: en el siglo XIX muchas mujeres sufrieron terribles ataques, parálisis, y toda una gama de síntomas motores y sensoriales que dejaron perplejos a los médicos de su época, y que ahora nos resultan chocantes y extravagantes. La histeria, entidad médica difusa a la que correspondían estos síntomas, adquirió cifras epidémicas hace dos siglos, y desde entonces ha sido uno de los principales objetos de estudio de los historiadores de la psiquiatría y, según algunos autores, la fuente de una de las más fructíferas ramas de la reflexión feminista (Showalter, 1993). Seguramente no resulta casual que tanto la personalidad múltiple como el determinismo ambulatorio hayan sido enfermedades muy ligadas a la histeria,

hasta el punto de que la segunda, el determinismo ambulatorio, desapareció exactamente cuando desapareció la histeria como enfermedad.

Los dos primeros ejemplos están tomados de dos obras del filósofo de la ciencia Ian Hacking, *Rewriting the Soul*, de 1995, y *Mad Travelers*, de 1998, en las que analiza diversos aspectos de las enfermedades mentales, como sus causas, su grado de realidad, la importancia del contexto social y de la relación médico-paciente, etcétera, valiéndose de un concepto clave, el de “enfermedad mental pasajera”. El determinismo ambulatorio y, tal vez (el tiempo lo dirá), la personalidad múltiple, son los ejemplos que Hacking usa para definir estas enfermedades: se trata de trastornos que aparecen en un momento y lugar determinado, y luego se devanecen, aunque pueden aparecer en algún otro lugar o en algún otro momento. Generalmente están asociadas a una clase social y a un género determinado. Además de la personalidad múltiple, pasajera al menos en tanto que podemos definir un momento y lugar muy determinado en el que surge (1885, en París) y una fase epidémica apenas sin antecedentes (a partir de los años 80 del siglo XX en Estados Unidos), y el determinismo ambulatorio (o “fuga disociativa”, según el diagnóstico que todavía se recoge en el DSM-IV –cuarta edición del *Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders*, editado por la American Psychiatric Association–), podemos citar como prototipo también a la ya citada *grande hystérie* de Charcot, o a candidatos contemporáneos como el ya conocido como “síndrome premenstrual” o la hiperactividad, por citar sólo dos ejemplos.

Comencemos analizando la personalidad múltiple, para centrar el debate que nos ocupará en estas páginas. La personalidad múltiple tiene una historia compleja, que no comienza con su inclusión en el DSM-III en 1980. Como hemos comentado, el primer diagnóstico data de 1885, aunque es posible rastrear sus antecedentes en los casos de “doble personalidad” del siglo XIX, y sus raíces se hunden en toda la tradición de la histeria desde la antigüedad. Pero esta inclusión en el DSM recoge uno de los fenómenos más llamativos en la historia de la psiquiatría, que es precisamente el que llama la atención de Hacking en *Rewriting the Soul*: el estallido de una epidemia de personalidad múltiple a partir de los años 70, y sobre todo en los 80, muy localizada espacialmente: sólo se diagnostican casos de este trastorno en Estados Unidos y en Holanda (donde casualmente hay una importante escuela de psiquiatras formados en Estados Unidos).

En el DSM-III, aparecen los siguientes criterios asociados a la personalidad múltiple:

- a) La existencia de dos o más personalidades que dominan en diferentes momentos;
- b) la personalidad dominante en un determinado momento determina el comportamiento en ese momento;
- c) cada personalidad es compleja y tiene su propio comportamiento y relaciones sociales.

En el DSM-III-R de 1987 se elimina el criterio (c). En el ICD-10 (décima revisión del *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*, conocido en español como CIE-10), editado en Europa por la Organización Mundial de la Salud, y que es el manual por el que se guían en su mayor parte los psiquiatras europeos, no está clasificada como trastorno la personalidad múltiple.

Entre 1980 y 1994 el nombre oficial de la enfermedad era “Trastorno de Personalidad Múltiple”, pero en el DSM-IV de 1994 se cambia por el de “Trastorno de identidad disociativa”, se deja de hacer énfasis en las personalidades, y se comienza a hablar en su lugar de “elementos dispares de la memoria, la identidad y la conciencia”. Con el cambio de denominación, cambiaron también el nombre de la sociedad internacional que estudia la enfermedad, y los criterios de diagnóstico asociados con ella.

Un aspecto fundamental de la personalidad múltiple, que favorece su elección como caso de estudio de enfermedades mentales modeladas socialmente, es que ha dado origen a todo un “movimiento” en los Estados Unidos, con sus asociaciones, reuniones, vocabulario, cultura, expresiones literarias, una enorme presencia en los medios de comunicación, el cine... por lo que además de explorar la dinámica médico-paciente, o la situación social de los enfermos, o la cultura de la enfermedad de un determinado momento, permite explorar elementos más amplios de la dinámica social y cultural. El ingrediente principal que era necesario para el florecimiento de la enfermedad (hasta alcanzar el grado de epidemia), y de todo el movimiento de la personalidad múltiple, fue la ola de terror al abuso sexual de menores que se desató en Estados Unidos a partir de los años 70. Toda enfermedad mental, afirma Hacking, es como un parásito que necesita un huésped del que se alimenta para prosperar. El abuso infantil es ese huésped para la personalidad múltiple. El abuso de menores permitió establecer una base teórica causal que explicara la aparición del trastorno, y que abriera las puertas de ese modo a su manejo por parte de los expertos, a su tratamiento y cura. De este modo, se creó toda una corriente teórica que consideraba que las diferentes personalidades son formas de lidiar con

el terror y el dolor asociados a las experiencias de abuso sexual en niños. Considerar el abuso sexual infantil como el catalizador de la explosión de multiplicidad de los años 80 permite explicar por qué la enfermedad, a pesar de haberse descrito ya en 1885, no adquirió protagonismo hasta los años 70. Hasta entonces no era posible hablar de abuso infantil, porque, aunque tuvieran lugar hechos como los que ahora colocaríamos bajo ese rótulo, fue necesario acuñar la descripción que los abarcara, crear un lenguaje y un clima de opinión. Y cuando se crearon este lenguaje y este clima, se produjo en consecuencia una gran agitación social que sirvió de trampolín al movimiento. Siguiendo a Judith Herman en su obra *Trauma and Recovery*, Hacking argumenta que siempre que se ha tomado en serio algún tipo de traumas, ha sido en afiliación con un movimiento político (en concreto, identifica tres formas particulares de trauma psicológico, que han aflorado en la conciencia pública en los siglos XIX y XX, cada una afiliada con un movimiento político: la histeria se asoció con el movimiento republicano y anticlerical francés del XIX; la neurosis de guerra –*shell shock*– con el nacimiento del movimiento antibelicista, y la violencia sexual y doméstica con el feminismo). Cuando se comenzó a asociar el desorden de personalidad múltiple con el abuso infantil, se suscitaron importantes cuestiones de carácter moral e institucional: surgían interrogantes sobre la familia, el patriarcado, la violencia y el abuso de las mujeres.

El “determinismo ambulatorio”, por su parte, está también recogido en el DSM y en el ICD como diagnóstico bajo el término “fuga disociativa”, pero hace casi un siglo que no se describen casos. Este trastorno entra con mucha más facilidad en la definición de Hacking, puesto que es posible delimitar el principio y el fin exactos de la supuesta epidemia. En concreto, como hemos dicho, Hacking sitúa el principio de la epidemia en el caso de Albert Dadas, descrito por Tissié en 1886, y su final en torno a 1915. Y no es casual, como comentamos al principio, que esta enfermedad dejara de existir en ese momento, precisamente cuando se extingue también la otra enfermedad mental pasajera paradigmática, la histeria. De hecho, la tesis que mantiene Hacking, y que encontramos en otras historias de la psiquiatría también (Shorter, 1992, 1997), es que el determinismo ambulatorio se desarrolló como trastorno asociado a las dos enfermedades mentales por excelencia del siglo XIX: la histeria y la epilepsia.

Esta conexión entre determinismo ambulatorio e histeria nos permite también dar cuenta de un período en la historia de la personalidad múltiple que habíamos dejado desatendido, el de sus primeros años después de su definición en 1885, puesto que entonces se consideraba que también,

como el determinismo ambulatorio, se trataba de un caso particular de histeria (como lo eran los casos de desdoblamiento de la personalidad que se dieron en Francia durante el siglo XIX, antecedentes directos del trastorno de personalidad múltiple).

El término francés para los afectados de "determinismo ambulatorio" o "fuga disociativa" era "fugueurs". Albert Dada inaugura en Burdeos una epidemia de "fugueurs" que tuvo un corto pero intenso recorrido en la historia de la psiquiatría francesa. La oleada de fugas llega en 1888 a París y en 1898 a Alemania, y a diferencia de la personalidad múltiple, no se extendió a Gran Bretaña o Estados Unidos. Las dos enfermedades mentales estrellas de la psiquiatría mundial del siglo XIX eran la epilepsia y la histeria. En Burdeos el determinismo ambulatorio se estudia como un caso de histeria, en París como un caso de epilepsia (que incluía no sólo ataques, sino también cambios bruscos de humor o comportamiento). Ambas enfermedades se consideraban hereditarias y degenerativas (dentro de la teoría de la degeneración que afirmaba no sólo que las principales enfermedades mentales tenían un fuerte componente biológico y genético, sino también que estas enfermedades empeoraban según pasaban de generación en generación, causando la progresiva degeneración de los árboles familiares, y por lo tanto una amenaza para la sociedad –Shorter, 1997–). Además, eran enfermedades relacionadas porque cuando una familia entraba en la línea de la degeneración, en ella podían alternarse generaciones con epilepsia y generaciones con histeria.

La época en la que aparecen la personalidad múltiple y el determinismo ambulatorio es la época del "reinado" de Jean-Martin Charcot en el hospital francés de la Salpêtrière y en la psiquiatría del siglo XIX. Charcot consideraba la histeria una enfermedad neurológica hereditaria, por lo tanto con una causa física determinable y que, como cualquier otro desorden neurológico, tenía un curso clínico definido e incluso predecible. Mediante la exhaustiva observación de sus pacientes en el hospital, llegó a describir cuatro fases en los ataques de histeria, las "reglas de acero de la histeria" (Shorter, 1997, Pressman, 1999), que se repetían casi sin excepción. Charcot también fue un pionero en el uso de la inducción histérica de los síntomas, y en la transferencia de síntomas histéricos mediante el uso de imanes y otros metales. Charcot consideraba que la causa de la histeria era un trauma físico, por lo que si aparecían síntomas histéricos sin traumas en la edad adulta los consideraba síntomas de epilepsia, no de histeria.

Albert en Burdeos, y Mén, paciente de Charcot, en París, fueron los dos paradigmas a partir de los cuales se modeló el trabajo en este campo,

el paradigma epiléptico y el paradigma histérico. La historia de la fuga disociativa es la historia de una agria polémica en la psiquiatría decimonónica entre partidarios de ambos paradigmas. Retomemos el caso que nos servía de ejemplo, el primer paciente al que se le diagnosticó personalidad múltiple. Al principio, en 1885, el doctor Voisin presentó a Vivet como un caso de personalidad múltiple. Después de que se oficializa la fuga como entidad médica, pasó a ser un "fugueur", en concreto el ejemplo que usó Voisin para reforzar su defensa del modelo histérico de fuga.

El fin de la fuga está directamente relacionado con el fin de la histeria en Europa: tras la muerte de Charcot desaparecen también los pacientes de esa "grande hysterie" que él había descrito (y que prácticamente no aparecía fuera de los muros de su hospital), Babinski introduce un método para distinguir las lesiones neurológicas genuinas de la sugestión histérica, y otros diagnósticos como la esquizofrenia aparecen para repartirse los síntomas de la histeria, y con ella de la personalidad múltiple y la fuga.

1. LOS COMPONENTES SOCIALES DE LA ENFERMEDAD MENTAL

Las enfermedades mentales son desconcertantes porque sus síntomas son muy complejos, y pueden ser descritos de formas muy diversas, según el grado de compromiso con el diagnóstico de quien las analice: puede tratarse de síntomas "reales", que responden a trastornos genuinos, o síntomas aprendidos, producto de la sugestión o de la interacción médico-paciente, o una manera de expresar dolor o infelicidad modelada por las condiciones sociales. Las distintas ideologías tienen un papel importante en cuán real se considere la enfermedad mental, y tradiciones de pensamiento como el feminismo, el marxismo, el positivismo, etc, han reflexionado sobre el tema en función de sus propios intereses. Existe también una influyente tradición "antipsiquiátrica", que mira sospechosamente cualquier intento de patologizar la conducta humana en términos de enfermedad mental, uno de cuyos principales exponentes es Thomas Szasz (Pressman, 1999).

Además, el tema resulta muy interesante también a ojos de los no expertos, puesto que las definiciones de enfermedades mentales generalmente tienen una importante carga moral, y un importante papel en la atribución de responsabilidades: uno no es responsable de las acciones que lleva a cabo bajo los efectos de una enfermedad mental (si se trata de una enfermedad "real", claro, y por lo tanto es considerada como irresistible e inevitable).

En el caso de las enfermedades mentales pasajeras, que florecen en un determinado momento y después desaparecen sin dejar rastro, la situación es aún más desconcertante, y la cuestión de la “realidad” del trastorno se pone aún más de relieve. Es por esto por lo que Hacking se centra en dos de estas enfermedades pasajeras para realizar un estudio profundo de la manera en la que las condiciones sociales determinan (en el caso de que lo hagan) cómo las personas expresan su felicidad, o por el contrario su dolor, ansiedad o profundo malestar, es decir, cómo están construidas las manifestaciones sintomáticas de las personas, y, una vez que éstas ya están definidas y el individuo entra en el sistema de salud mental, la forma en la que los pacientes interactúan con los expertos, y cómo esta interacción modela o no las expresiones de los pacientes y los médicos. En resumen, qué hay de construcción social (por utilizar un término que el propio Hacking se ha encargado de depurar convenientemente en su publicación de 1999) en las enfermedades mentales, en la forma en que éstas se definen en cada momento histórico y en cada contexto social, y en los síntomas que manifiestan. En palabras de Hacking, “el conocimiento científico sobre nosotros mismos –el propio sistema de creencias– cambia cómo pensamos sobre nosotros, las posibilidades que se nos ofrecen, el tipo de personas que nos consideramos a nosotros y a nuestros compañeros. El conocimiento interactúa con nosotros y con un cuerpo más amplio de práctica y vida ordinaria. Esto genera combinaciones socialmente permisibles de síntomas y entidades de enfermedad” (1998, 10).

En *Mad Travelers*, Hacking construye un esquema que le permite determinar los elementos clave que hacen posible la aparición de una enfermedad mental en un momento determinado, y que configuran sus características. En concreto, Hacking afirma que una enfermedad mental, para prosperar, necesita contar con un “nicho ecológico”, una determinada configuración de ideas que la acoge y, en cierta medida, fomenta. Estos nichos ecológicos de la enfermedad constan de cuatro elementos, que denomina vectores:

- en primer lugar, un vector médico: la enfermedad debe tener un sitio dentro de la taxonomía de enfermedades aceptada por la comunidad científica en ese momento;
- en segundo lugar, un vector de polaridad cultural: la enfermedad debe estar situada entre dos elementos de la cultura, uno romántico y virtuoso, y otro asociado con el vicio y el crimen.

- en tercer lugar, el vector de la observabilidad: la enfermedad debe ser visible como desorden, como fuente de sufrimiento en el paciente, como una situación de la que el paciente desea salir;
- por último, debe estar presente un vector de liberación: la enfermedad, a pesar del dolor y el sufrimiento que produce, debe proporcionar una liberación en algún sentido, liberación que no es posible en ningún otro elemento de la cultura.

Además de este nicho ecológico, que marcará las pautas para el estudio de la enfermedad mental, es necesario tener también en cuenta a los dos protagonistas de este drama: las víctimas de la enfermedad, y los expertos (no necesariamente médicos). Cuando el nicho se rompe, al desaparecer uno o más de los vectores que, como si fueran fuerzas, sostienen la enfermedad, ésta cae, desaparece.

En el caso del determinismo ambulatorio, analizar los factores que proporcionaron la difusión del trastorno por Francia y Alemania, pero no en el mundo anglosajón, especialmente en Estados Unidos, puede servirnos de ayuda para comprender los elementos claves del nicho en el que arraiga la enfermedad. En primer lugar, se trata de un momento, el último cuarto del siglo XIX, en el que está apareciendo en toda Europa el fenómeno del turismo de masas. Además, en Francia, entre 1880 y 1910, existe una intensa preocupación por los vagabundos, que se consideraban uno de los más claros exponentes de la ola de degeneración que se suponía que amenazaba al país. Los vagabundos tenían un carácter claramente antisocial, y como tales se les encarcelaba o, cuando su situación se asociaba con una enfermedad mental, como en este caso, se les internaba en psiquiátricos. En Estados Unidos, por el contrario, no existía un programa de investigación de la degeneración. Además, entre 1890 y 1905, el principal interés de los psiquiatras y la sociedad americana estaba en el espiritismo y el fenómeno de los mediums, y no en la hipnosis o la histeria. Y los síntomas de la histeria, la epilepsia, la personalidad múltiple y la fuga eran similares, pero en América eran siempre asimilados con la personalidad múltiple. Por último, en Estados Unidos la posibilidad de viajar y emigrar lejos, formaba parte de la forma de vida aceptada, pero en Europa no se daba ordinariamente esa posibilidad. Además, el determinismo ambulatorio se utilizó en muchos casos en Francia y Alemania como diagnóstico para exculpar a los acusados de desertión del ejército, pero en Estados Unidos esto no era necesario porque no había un servicio militar del que escapar, y tampoco era posible detectar la salida de las fronteras porque no existía la obligación de portar ningún tipo de documentación personal.

Podemos entonces, con los datos que hemos presentado, rellenar la plantilla de Hacking y situar en su lugar los cuatro vectores que forman el nicho del determinismo ambulatorio del siglo XIX. En primer lugar, como hemos visto, la taxonomía médica del momento consideraba enfermedades “estrella” la histeria y la epilepsia, y el determinismo ambulatorio se hace encajar perfectamente con cualquiera de ellas, según la escuela psiquiátrica que tratara cada caso. No fue necesario hacer ningún cambio en la clasificación médica para acoger el nuevo trastorno. En cuanto a la polaridad cultural, el determinismo ambulatorio se sitúa en una zona intermedia entre el ideal romántico del turismo, que comienza a surgir en ese momento, y el vagabundeo criminal que tanto preocupaba a la opinión pública y las autoridades francesas. El vector de la observabilidad queda cubierto por la imposibilidad de recorrer Europa sin documentación personal sin ser detectado, dificultad que se agravaba en el caso de los “fugueurs” desertores. Por último, respecto al vector de la liberación, los “fugueurs” eran hombres, de clase baja, pero trabajadores con un cierto grado de independencia. La fuga se presentaba entonces como una posibilidad de evasión para hombres con estas características y con algún tipo de trastorno mental o emocional. En Estados Unidos y Gran Bretaña no es posible encontrar los vectores de la polaridad cultural y de la observabilidad, por lo que, en primer lugar, no existía una preocupación por los vagabundos y, además, no hubiera sido posible detectar como enfermo, o como problema social, a una persona que viajara sola por esos países. Era imposible, entonces, que arraigara en esos países un diagnóstico como el de “determinismo ambulatorio”.

En el caso de la personalidad múltiple, podemos también, afirma Hacking, aplicar el esquema y localizar los cuatro elementos claves para que una enfermedad mental “triunfe” como diagnóstico. En primer lugar, el vector de la taxonomía médica, resulta evidente de la inclusión del trastorno de personalidad múltiple (o de “identidad disociativa” más recientemente) en el DSM, que le hace un hueco dentro de la clasificación de trastornos existentes a finales del siglo XX. Respecto a la polaridad cultural, Hacking reconoce un elemento negativo, el abuso infantil, y un elemento positivo, el desafío romántico a la identidad que aparece a partir de los años 70 (aparecen nuevas posibilidades para expresar la identidad, sexual o de otro tipo). Y la observabilidad, el tercer vector, está claramente presente en el caso de la personalidad múltiple: los medios de comunicación han ofrecido una intensísima cobertura al trastorno, así como la literatura, la ficción cinematográfica, los investigadores, las feministas... Por último, la personalidad múltiple presenta una clara faceta liberadora, en el sentido de que serviría,

y de hecho se la define como tal, como un mecanismo de escape ante situaciones traumáticas y opresivas.

Obviamente el análisis de Hacking nos ofrece muchos elementos muy sugestivos acerca de los caminos por los que puede discurrir el análisis de la influencia de los factores sociales y culturales en la definición médica de enfermedades mentales, y en la forma en que éstas son experimentadas por los pacientes. Hacking habla de un efecto de retroalimentación entre, por un lado, la descripción y clasificación y, por otro, las características que adoptan las personas clasificadas, que se influyen mutuamente (Hacking 1995, 1998, 1999). De este modo, el cambio en las visiones médicas de una enfermedad y en lo que se espera de ella va emparejado con un cambio en los pacientes y en los síntomas que éstos experimentan. Por ejemplo, cuando la “doble personalidad” (el antecedente claro de la personalidad múltiple) comenzó a diagnosticarse en Francia el siglo XIX, se desató también una oleada de casos, y lo normal era que aparecieran pacientes que alternaban dos estados de personalidad diferenciados. A partir del primer diagnóstico de personalidad múltiple en 1885, los pacientes comienzan a exhibir rasgos de más de dos personalidades, y en el momento cumbre de la “epidemia” del siglo XX el número medio de personalidades había llegado a dieciséis. ¿Significa esto que antes no existían los medios para descubrir las diferentes personalidades, que no se buscaban en absoluto, o simplemente que no existían? Del mismo modo, los síntomas de los pacientes que exhibían doble personalidad cambiaban de carácter según el país donde se encontraran: en Francia los síntomas eran similares a los de la histeria, en Gran Bretaña tomaban más bien rasgos similares al trance... La historia de la psiquiatría confirma en la mayoría de las ocasiones que esta retroalimentación entre las expectativas médicas y los síntomas se produce de hecho.

Un autor que ha realizado un estudio exhaustivo de esta retroalimentación es el historiador de la psiquiatría Edward Shorter (1992). Shorter mantiene una visión de la enfermedad mental mucho más escéptica de Hacking. Su tesis principal es que los pacientes escogen, entre los modelos de enfermedad que proporciona un determinado contexto cultural (el pool de síntomas disponibles), aquellos con los que expresar su malestar o sufrimiento. La elección de los síntomas depende de lo que en ese determinado momento y lugar se entienda por enfermedad legítima, y estas enfermedades legítimas son generalmente las que tienen una base orgánica (en realidad, hasta la aparición de un paradigma psicologista a finales del siglo XIX, todas las corrientes de la medicina y la psiquiatría buscaban una

base orgánica a las enfermedades mentales). Por lo tanto hay una enorme presión social y cultural sobre los pacientes para que muestren sólo síntomas legítimos, es decir, aquellos que responderían a una enfermedad orgánica subyacente, de modo que, por un lado, el paciente se vea liberado de la responsabilidad de su enfermedad, y, por otro, los síntomas encajen con las expectativas del médico. Los pacientes tendrían entonces, según Shorter, un extremado sentido del ridículo –aunque fuera inconsciente–, y tratarían de evitar a toda costa el ser rechazados por el médico por sufrir una enfermedad imaginaria. Por lo tanto, escogen sus síntomas entre aquellos que suponen que serán reconocidos por el médico. De este modo, los síntomas que muestran los pacientes han ido cambiando a lo largo de la historia según cambiaban las ideas médicas sobre lo que es una enfermedad real. Por ejemplo, en el siglo XIX las parálisis, convulsiones y anestias que se asociaban con la histeria eran un síntoma aceptado socialmente. Hoy en día una persona que mostrara síntomas como éstos, sin una evidente base orgánica, sería inmediatamente cuestionada o clasificada como “enfermo mental”, con las connotaciones negativas que ello supone. Los síntomas que hoy se consideran legítimos para los mismos problemas serían, por ejemplo, la fatiga o el dolor crónicos, o el cansancio injustificado.

La hipótesis de Shorter permite explicar el cambio en la concepción de la enfermedad mental a lo largo de la historia, y también, obviamente, el sentido de la aparición y desaparición de las enfermedades mentales pasajeras de Hacking. La historia de la histeria, por ejemplo, puede examinarse como un conjunto de síntomas que van cambiando según lo hace el paradigma médico: en la década de 1820 muchos casos de parálisis hística se explicaron como el efecto de una irritación de la médula espinal. Esta “pseudoenfermedad”, para Shorter, supone el primer ejemplo de modelado cultural de los síntomas del paciente por parte del médico, puesto que se pueden recoger casos en la literatura médica que muestran cómo los pacientes comenzaron a ajustar sus síntomas a los que se suponía que deberían tener si la causa era una lesión medular. Este diagnóstico tuvo su apogeo en la década de 1840, pero no fue unánimemente aceptado. Charcot, por ejemplo, nunca lo utilizó en su búsqueda de una base orgánica para la histeria.

A partir de 1830, por su parte, aparece otra teoría que se aplica para explicar los trastornos mentales, la teoría del reflejo espinal. Según esta teoría, por medio de los nervios y la espina dorsal todos los órganos podían ejercer su acción a distancia sobre otros órganos. Esta teoría ofreció un respaldo teórico a la teoría que, ya desde la antigüedad, asignaba a

los órganos reproductores femeninos la causa de la histeria. En concreto, en 1846 el neurólogo alemán Moritz Koniberg es el primero en involucrar decisivamente el útero en la teoría del reflejo. Para Shorter este modelo teórico, que estuvo en vigor hasta 1900, introdujo un nuevo conjunto de síntomas que configuraron un nuevo tipo de histeria (la histeria motora, caracterizada por parálisis y ataques principalmente). Era una teoría que permitía a los pacientes encajar sus síntomas en enfermedades con un claro origen orgánico, y a los médicos les proporcionaba una explicación y una vía de intervención en esas enfermedades.

Respecto a la fuga disociativa y la personalidad múltiple del XIX, la hipótesis de Shorter también nos permite explicar por qué los síntomas de estas enfermedades no habían aparecido antes: a finales del siglo XIX se produce un auge del hipnotismo y la "magnetización" (espectáculos en los que supuestamente se inducían estados de trance en personas mediante el uso de imanes o metales), en el que la gente comenzó a experimentar un "segundo estado" de conciencia tras su manipulación por los hipnotizadores. Esto abrió la puerta a la aparición de un nuevo diagnóstico, la "doble conciencia" o "doble personalidad", y a un nuevo tipo de síntomas asociados a este segundo estado. Al principio, cuando la histeria motora era el paradigma de enfermedad mental, los síntomas se parecían a los de ésta. Cuando la histeria cae en el descrédito, se asumen síntomas sensoriales (como la anestesia o la hipersensibilidad) y disociativos (como las fugas y las amnesias). Shorter cree encontrar tras los casos de fuga y doble personalidad del XIX la inclusión de un nuevo tipo de síntomas como legítimos, provocada por el clima de sugestión que rodeó al auge del "magnetismo animal" y el hipnotismo. Y la aparición de casos de múltiple personalidad era el siguiente paso dentro de una situación donde el médico está dispuesto a dar forma de personalidades a síntomas que de otra forma no tendrían sentido para el paciente.

La personalidad múltiple, tal como se diagnosticó a finales del XIX, desaparece paulatinamente según avanza el siglo XX, hasta que en los años 70 y 80 experimenta un repunte, como consecuencia de un nuevo clima de sugestión propiciado, en gran parte, por los medios de comunicación y la preocupación por el abuso infantil. En palabras de Shorter, "la cuestión sobre el desorden de personalidad múltiple es que un clima de sugestión puede provocar no sólo síntomas físicos como parálisis, sino también síntomas mentales que estén de moda. Que unos síntomas mentales y físicos particulares aparezcan en un periodo dado no depende en absoluto de las características subyacentes de una supuesta enfermedad inmutable, sino del clima de sugestión dominante en el momento" (1992, 164).

2. EL GÉNERO Y LA ENFERMEDAD MENTAL

Aunque el caso inaugural de la personalidad múltiple fue el de Louis Vivet, un hombre, en la segunda ola de la enfermedad, en los años 80, el prototipo de la personalidad múltiple era el siguiente: una mujer blanca de clase media, con los valores y expectativas de su grupo social, en la treintena, y con unas dieciséis personalidades diferentes. Ha pasado una gran parte de su vida negando la existencia de estas personalidades, que incluyen niños, perseguidores, y personalidades que tratan de ayudarla, y al menos un hombre; fue víctima de abuso sexual en varias ocasiones durante su infancia por un hombre de su familia; experimenta amnesia de partes de su pasado, y se encuentra en ocasiones perdida, sin saber cómo ha llegado a una determinada situación. Ha pasado por distintas partes del sistema de salud mental, y se le han diagnosticado diversas dolencias pero no ha logrado una mejoría de sus problemas a largo plazo hasta que encuentra un terapeuta especializado en personalidad múltiple (Hacking, 1995, 33).

Un factor fundamental en algunas enfermedades mentales es el género. En el caso de la personalidad múltiple, nueve de cada diez pacientes diagnosticados son mujeres, algo que también ocurría en los casos antiguos de doble personalidad. En el caso del determinismo ambulatorio, por el contrario, los pacientes eran mayoritariamente hombres. Por eso considero que dentro del análisis de los componentes sociales de las enfermedades merece la pena considerar específicamente las cuestiones de género presentes en la definición y diagnóstico de las enfermedades mentales, y también en cómo éstas son experimentadas por los pacientes. La histeria ha sido el primer y principal objeto de estudio de un gran número de investigadores que, desde la perspectiva del pensamiento feminista, la historia de la ciencia, o directamente desde el propio campo de la psiquiatría, han emprendido este camino. Ambas dimensiones, la del médico o investigador (o el "experto" más en general) y la del paciente, han sido analizadas por autores como Roy Porter (1993), Mark Micale (1989), Elaine Showalter (1993) o Carrol Smith-Rosenberg (1981, 1985) en sus estudios sobre la histeria, en trabajos que comparten la idea de Hacking o Shorter sobre los factores sociales que influyen en la "elección" de síntomas y la adscripción de enfermedades mentales. Para Roy Porter, cada cultura, grupo o individuo responde de una forma diferente a los sufrimientos y presiones de la vida, y las expresiones de este sufrimiento pueden ser más o menos expresivos, directos o emocionales, dependiendo de las prohibiciones y oportunidades que ofrezca cada cultura, de las tensiones que estén presentes en ella, y de las expectativas de aprobación y desaprobación, legitimación, y recompen-

sa o castigo. Algunas sociedades entonces legitiman las expresiones psicológicas del pensamiento, mientras que otras las sancionan. En concreto, la cultura de la enfermedad europea y norteamericana del siglo XIX, en la que florece la histeria, condenaba las manifestaciones de traumas psicológicos. Era un mundo altamente competitivo en lo económico, donde se esperaba un nivel de actividad y rendimiento, y había pocas redes sociales de seguridad. Los individuos estaban muy presionados para practicar y mostrar autocontrol y autodisciplina, y socializados en un entorno (familiar, escolar, y religioso) que les entrenaba para la responsabilidad personal, la honradez y la piedad religiosa. Los sentimientos de dolor o resentimiento, ansiedad o ira, eran inevitables pero difíciles de manejar, y por lo tanto eran reprimidos y redirigidos en una de las pocas formas de expresión que estaban disponibles: la presentación de enfermedad física.

Y en este sistema las mujeres recibían una presión mucho más intensa, y estaban más aisladas socialmente y sometidas a expectativas más exigentes de rectitud moral y sexual. Esta situación en la que se reunían altas presiones con escasas válvulas de escape preparaban el terreno a la perfección para la aparición de la histeria. La elección de síntomas, para Porter como para Shorter o Hacking, supone complejos procesos de aprendizaje e imitación. La vida pública del siglo XIX ponía a la vista un abundante número de peculiaridades físicas, ataques, parálisis, y otras anomalías producidas por defectos de nacimiento y enfermedades heredadas, accidentes laborales o intoxicaciones..., por lo que todos esos fenómenos estaban disponibles para ser elegidos dentro del "pool" de síntomas que era permisible mostrar en ese momento (por usar la terminología de Shorter). Y esta elección se hacía de forma que se ajustara al rol social del paciente: los desórdenes gástricos, por ejemplo, eran compatibles con la vida activa de los hombres, con un cierto modelo de masculinidad, mientras que ser una mujer histérica, por el contrario, suponía exhibir una batería de síntomas incapacitantes, debilitadores e inmovilizadores, que manifestaban, a través de la pantomima de la enfermedad, la condición social real de la paciente (Porter, 1993).

La historiadora americana Carrol Smith-Rosenberg, por su parte, ha estudiado la histeria en el siglo XIX en Estados Unidos, y ha llegado a conclusiones similares a las de Porter. Su investigación pretende descubrir por qué los síntomas de la histeria estaban disponibles para las mujeres, y por qué algunas recurrieron a ellos. La histeria era un patrón de comportamiento socialmente reconocido y como tal existía dentro de un mundo más amplio de valores culturales y roles. Las mujeres elegían los rasgos

de la histeria como su modo particular de expresar malestar, descontento, ira o sufrimiento, y para saber por qué lo hacían debemos explorar cuál era su papel en la sociedad, explorar las complejas relaciones que existen entre las normas culturales y el comportamiento individual, entre el comportamiento definido como enfermo y el normal. Smith-Rosenberg identifica como desencadenante de la "epidemia" de histeria del XIX en Estados Unidos el momento de cambios y conflictos en los roles de las mujeres victorianas que se produce entre los años 40 y 80 del siglo XIX, en concreto entre los roles de la "mujer verdadera" (emocional, dependiente y gentil) y de la "madre ideal" (fuerte, confiada, protectora, cuidadora eficiente de los niños y el hogar), es decir, la fuerte tensión entre el paradigma ideal de mujer y la vida real de éstas. La histeria y las enfermedades nerviosas se producían con mayor frecuencia en mujeres que eran incapaces de conciliar ambos roles. La histeria entonces pudo haber servido a algunas mujeres como una opción que se les ofrecía para lidiar con esos cambios y para redefinir su lugar dentro de la estructura familiar.

Resulta también revelador de la relación de la histeria con el papel social de las mujeres la actitud de los médicos hacia las enfermas: su actitud era en muchas ocasiones punitiva y cáustica, y esto se debía, en primer lugar, a que la histeria era una enfermedad de naturaleza evasiva, cambiante y difícil de tratar, y, además, porque estaba muy relacionada con el fracaso de la paciente por no ser lo que se esperaba de ella socialmente. Además, con la difusión de la teoría del germen de la enfermedad a finales del siglo XIX, la histeria se convirtió en una enfermedad no manejable, una enfermedad sin una etiología ni un curso definido, y por lo tanto, en una enfermedad que no alcanzaba el nuevo estatus de respetabilidad científica (Smith-Rosenberg, 1981, 1985).

Estos estudios de la histeria nos dan los suficientes datos para aplicar a la histeria, la enfermedad que Hacking considera uno de los prototipos más claros de sus "enfermedades mentales pasajeras", el esquema de "nicho ecológico" que él elabora. En primer lugar, encontramos el vector médico: la enfermedad encaja dentro de las expectativas de diagnóstico de la comunidad médica, y cuando cambia el paradigma y deja de encajar desaparece. En segundo lugar, existe una marcada polaridad cultural entre un elemento romántico (los ideales de mujer vigentes) y otro negativo, o asociado con el vicio (la situación real de muchas mujeres que no conseguían ajustarse al ideal, o bien las teorías muy extendidas sobre la condición patológica del cuerpo femenino, o sobre la su naturaleza pecaminosa). El vector de la observabilidad está presente, puesto que la histeria se convirtió en un

trastorno muy conocido en todos los ámbitos de la cultura, protagonista de novelas, periódicos, informes políticos y encuestas, y pasó a ser un elemento presente en el lenguaje cotidiano, incluso hoy en día. Por último, si seguimos la argumentación de Smith-Rosenberg y de toda una escuela de investigadores feministas, la histeria, aunque se trataba de una enfermedad dolorosa e incapacitante, ofrecía a la mujer histérica un escape de las demandas emocionales y sexuales de su vida, y le permitía ocupar un papel de "enferma" que la relevaba de sus obligaciones sociales y familiares, y ser el objeto de las atenciones de la familia. Elaine Showalter ha llevado a cabo estudios similares sobre la situación en Gran Bretaña, con conclusiones muy similares (1993).

Pero la histeria no es la única enfermedad mental en la que es posible rastrear la influencia de los estereotipos de género y de los papeles sociales asignados a cada uno. Por ejemplo, Nancy J. Tomes, psiquiatra de profesión, ha estudiado el porqué de la visiblemente mayor incidencia (en una proporción de dos a uno) de la depresión en mujeres en los últimos años (Tomes, 1991), y lo ha hecho mediante un estudio histórico que busca en el siglo XIX los rasgos definitorios de la enfermedad, para evaluar si también entonces se producía este desequilibrio en el diagnóstico o no, y cuáles son sus causas. Los resultados de la investigación de Tomes afirman que en el siglo XIX los psiquiatras no tenían conciencia de una mayor incidencia de la depresión en mujeres, y sus conclusiones nos permiten aportar nuevos datos a cómo factores sociales determinan la manifestación sintomática de los individuos. Tomes considera necesario evaluar un complejo entramado de procesos socioculturales para explicar los patrones genéricos de incidencia de enfermedades mentales, que nos resultan ya familiares: son las formas en las que una cultura modela las percepciones emocionales de sus miembros, les enseña a reconocer ciertas sensaciones como síntomas de enfermedad, proporciona una serie de medios para buscar la cura, y crea un cuerpo diverso de autoridades, entre las que se encuentran los médicos, para supervisar esos medios de curación. La tesis de Tomes es que la enfermedad no es un fenómeno nuevo de finales del siglo XX, sino que las mujeres de clase media y alta de mediados del XIX en Estados Unidos (el universo de datos que maneja), interpretaban los síntomas de la depresión de formas variadas, y utilizaban sistemas para manejarlos que incluían la religión y los regímenes médicos de auto-ayuda (homeopatía, hidroterapia, ejercicio y dietas, entre otros). En el siglo XX, en cambio, con la secularización de la cultura en general, los marcos religiosos para explicar y aliviar la tensión emocional dejaron paso a sistemas más puramente psicológicos de significado y acción. Además, la creciente

medicalización de la tensión emocional extendió el alcance de la autoridad médica a formas menos severas de enfermedad mental. La nueva psicología popular de principios del siglo XX enseñó a generaciones de mujeres americanas a pensar en sus sentimientos y experiencias en un lenguaje diferente, derivado de la psiquiatría y la psicología. Este nuevo sistema de significado enseñó a las mujeres a percibir sus tensiones emocionales como síntomas de desajustes psicológicos, en lugar de como luchas espirituales, y a buscar la ayuda de un médico antes que la de un sacerdote. Por último, como ocurría en el caso de la histeria, también es posible vincular las tasas más altas de depresión en mujeres hoy en día al impacto del rápido cambio social y las expectativas contrapuestas sobre los roles familiares y laborales en las últimas décadas.

Volvamos entonces sobre nuestros casos de estudio, la personalidad múltiple y la fuga disociativa, para examinar algunas de las variables de género que están presentes. La personalidad múltiple se diagnostica principalmente a mujeres. La pregunta clave para los investigadores, entonces, es si la razón de esta asimetría en el diagnóstico se debe a que es un trastorno que "realmente" sólo sufren las mujeres, y, si esto es así, a qué es debido, o bien si se trata de un trastorno que sufren hombres y mujeres por igual, con lo que la pregunta entonces es dónde están los hombres que lo padecen.

Una de las pioneras del movimiento de la personalidad múltiple, Cornelia Wilbur, hacía una afirmación que encaja con las teorías de, por ejemplo, Michel Foucault: los múltiples masculinos no se encuentran en los psiquiátricos, sino en las cárceles, acusados de distintos delitos. Los sistemas de salud y justicia desempeñan un papel importantísimo en la canalización y organización de los síntomas y sus manifestaciones. Por eso la gente de distinto sexo termina en sistemas diferentes. Y uno de los elementos claves en la personalidad múltiple es que en muchas ocasiones aparece acompañada de un comportamiento violento. Pero la violencia es concebida de formas diferentes dependiendo del género: en los hombres el comportamiento violento se considera una posibilidad de acción viable, y los hombres que la exhiben son tratados como delincuentes, y no como enfermos. Para las mujeres, por el contrario, la violencia hacia los demás no es una opción tan accesible, no es una vía que se suela elegir para la expresión de los problemas, salvo en la forma de violencia hacia una misma. Y en el caso en que una mujer pierda el control y se comporte violentamente, es más fácil que se considere la posibilidad de que se trate de una enferma mental que de una delincuente responsable de sus actos.

Además, en este caso podemos encontrar un ejemplo muy claro de lo que Hacking denomina "teoría del etiquetado": la gente adapta su naturaleza a las etiquetas que las autoridades les asignan, por ejemplo, la gente recluida dentro de uno de los dos sistemas, psiquiátrico o carcelario, termina encajando en las expectativas de los funcionarios que les tratan (se comportan como enfermos, o como criminales).

La explicación causal que se ha aplicado al trastorno de personalidad múltiple, el abuso infantil, también contribuye a marcar esa enfermedad como una de las que se ofrecen como alternativa principalmente a las mujeres: forma parte del imaginario del abuso sexual a menores que las víctimas sean con mayor frecuencia niñas, y por lo tanto los terapeutas estarán más dispuestos a diagnosticar personalidad múltiple en mujeres con problemas mentales que en hombres.

Además, si volvemos a nuestros ejemplos decimonónicos, y analizamos el caso del determinismo ambulatorio, encontramos otra posible solución a la pregunta sobre qué ocurre con los enfermos masculinos de personalidad múltiple. La respuesta puede ser "eran los "fugueurs", estaban vagando por las carreteras europeas". Si repasamos el ejemplo de Hacking, vemos que los enfermos de determinismo ambulatorio eran todos hombres. La enfermedad era considerada un caso excepcional dentro de la más difusa entidad "histeria", como también lo era la personalidad múltiple, o la doble conciencia, más frecuente en ese momento como hemos visto, pero estas últimas se diagnosticaban principalmente en mujeres. Una de las explicaciones posibles a estos diagnósticos diferenciales puede ser, entonces, que las personas hacen una "elección" de sus síntomas entre aquellos que les están culturalmente permitidos, para expresar sus desórdenes. Entre las mujeres, uno de los lenguajes preferidos es el de la multiplicidad, y entre los hombres, en ese momento y lugar, era la fuga disociativa. No debemos olvidar los elementos prácticos de esta elección, además de las razones más sutiles: para una mujer a finales del XIX era prácticamente imposible vagar sola por Europa sin ser detenida, era una opción que claramente no podía parecer viable a las mujeres en ese momento. Y, siguiendo a Shorter, Smith-Rosenberg o Showalter, sí lo eran otras manifestaciones sintomáticas, como los ataques de histeria motora o la multiplicidad.

3. CONCLUSIONES

Las enfermedades mentales plantean multitud de interrogantes para el investigador que pretende abordarlas en su contexto histórico y social. En primer lugar, la historia de la enfermedad mental desde muy antiguo es enormemente variable y compleja, las definiciones y las escuelas médicas se suceden a un ritmo vertiginoso y, lo que es más chocante, las enfermedades en sí mismas, en lugar de permanecer constantes, al menos en lo que a descripción sintomática se refiere cambian también rápida y profundamente. En ocasiones, incluso, aparecen repentinamente enfermedades mentales de las que antes no se tenía noticia, y, con el mismo misterio, desaparecen por completo de las consultas de los psiquiatras. También, cuando abordamos el estudio de una enfermedad mental, nos tropezamos con importantes cuestiones de índole social que el historiador o el filósofo de la ciencia no puede dejar de lado. Sin haber una causa orgánica presente (como ocurre cuando, por ejemplo, un determinado agente tóxico liberado en el ambiente afecta sólo a un determinado grupo de personas), determinadas enfermedades sólo afectan a un determinado grupo social, o a un determinado género.

Y la enfermedad mental, además, ha tenido desde siempre muchas connotaciones morales, generalmente no positivas, a la vez que ha sido un objeto de fascinación muy importante para la literatura, el cine, o los medios de comunicación, tiene un papel muy importante en nuestro lenguaje cotidiano, y en nuestra forma de calificar y clasificar nuestras acciones y las de los demás (todos nos ponemos un poco "históricos" en ocasiones por motivos de trabajo, o conocemos a más de uno que es un caso claro de "doble personalidad"...). Y, lo que es más importante, y es una de las principales motivaciones de este trabajo, las atribuciones de salud o enfermedad mental siempre han formado parte de los rasgos que han definido el género en cada momento histórico. Generalmente, siempre se ha considerado que las mujeres son más propensas a padecer enfermedades mentales, aunque haya algunos autores que nieguen que los datos de tratamiento e internamientos en psiquiátricos confirmen esta idea. Además, distintas teorías biológicas y médicas sobre el cuerpo femenino que dominaron el campo de la medicina y que calaron en la opinión popular hasta el siglo XX (y en ocasiones incluso después) y, en concreto, la patologización del cuerpo femenino y los ciclos reproductivos, y su conexión con el sistema nervioso y la enfermedad mental, apoyaron esta idea que afirmaba que, lo que era excepcional en los hombres, era un estado de normalidad en el caso de las mujeres. Todavía hoy es frecuente oír, tanto en ámbitos aca-

démicos como en la conversación cotidiana, teorías sobre la influencia de la biología reproductiva en el carácter, la actividad o la vida emocional de las mujeres (el caso más claro es quizás el debate sobre la existencia del síndrome premenstrual como trastorno mental).

El estudio de la historia de la enfermedad mental, tal como lo desarrolla Ian Hacking o Edward Shorter, puede ofrecer entonces, en primer lugar, una descripción de los factores sociales, culturales e ideológicos que han ido modelando y modelan todavía las manifestaciones sintomáticas de los individuos y han conformado las definiciones de las enfermedades mentales y la forma en que los individuos las experimentan y la sociedad las acoge. Y, más específicamente, puede arrojar luz sobre la manera en que los estereotipos de género presentes en una sociedad dada influyen en la forma en que hombres y mujeres manifiestan sus problemas emocionales, en los síntomas que se “escogen” para expresarlos, y en el tipo de conductas que se consideran “normales” o “enfermas”, correctas o no.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1980), *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 3ª ed., Washington D.C., (DSM-III).
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1987), *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 3ª ed. rev., Washington, D.C., (DSM-III-R).
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1987), *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4ª ed., Washington, D.C., (DSM-IV).
- HACKING, Ian (1995), *Rewriting the Soul. Multiple Personality and the Sciences of Memory*, Princeton University Press, Princeton, New Jersey, 1995.
- HACKING, Ian (1998), *Mad Travelers. Reflections on the Reality of Transient Mental Illnesses*, University Press of Virginia, Charlottesville y Londres, 1998.
- HACKING, Ian (1999), *¿La construcción social de qué?*, Paidós, Barcelona, 2001.
- MICALE, Mark S., “Hysteria and its Historiography: A Review of Past and Present Writings”, en *History of Science*, Vol. 27, Science History Publications Ltd., 1989.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (1992), *The ICD-10. Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines*, Ginebra, OMS.
- PORTER, Roy (1993), “The Body and the Mind, The Doctor and the Patient. Negotiating Hysteria”, en Gilman, S.L, King, H., Porter, R., Rousseau, G.S. y E. Showalter, *Hysteria Beyond Freud*, University of California Press, Berkeley, 1993.

- PRESSMAN, Jack D. (1999), "Concepts of Mental Illness in the West", en Kiple, K. F. (ed.), *The Cambridge World History of Human Disease*, Cambridge University Press, Cambridge, 1999.
- SHORTER, Edward (1992), *From Paralysis to Fatigue, A History of Psychosomatic Illness in the Modern Era*, The Free Press, New York.
- SHORTER, Edward (1997), *A History of Psychiatry, From the Era of the Asylum to the Age of Prozac*, John Wiley and Sons, Inc, New York.
- SHOWALTER, Elaine. (1993), "Hysteria, Feminism and Gender", en Gilman, S.L., King, H., Porter, R., Rousseau, G.S. y E. Showalter, *Hysteria Beyond Freud*, University of California Press, Berkeley, 1993.
- SMITH-ROSENBERG, Carrol, y ROSENBERG, Charles (1981) , "The Female Animal: Medical and Biological Views of Woman and Her Role in Nineteenth-Century America", en Caplan, A.L., Engelhardt, H.T., McCartney, J. (eds.), *Concepts of Health and Disease, Interdisciplinary Perspectives*, Addison-Wesley, P.C., 1981.
- SMITH-ROSENBERG, Carrol (1985), *Disorderly Conduct. Visions of Gender in Victorian America*, Alfred A. Knopf, New York.
- TOMES, Nancy J. (1991), "Women and Depression: A Historical Perspective", en *History of Psychiatric Diagnoses, Proceedings of the 16th International Symposium on the Comparative History of Medicine –East and West–*, Ishiyaku Euroamerica, Inc, 1991.
- TOMES, Nancy J. (1994), "Feminist Histories of Psychiatry", en Micale, M., Porter, R., *Discovering the History of Psychiatry*, Oxford University Press, Oxford, 1994.