

¿FEMINIZACIÓN DE LA PSICOPATOLOGÍA O PSICOPATOLOGIZACIÓN DE LO FEMENINO? CONSTRUCCIONES DISCURSIVAS DE CUERPOS VULNERABLES

THE FEMINIZATION OF PSYCHOPATHOLOGY OR THE PSYCHOPATHOLOGIZATION OF THE FEMININE? DISCURSIVE CONSTRUCTIONS OF VULNERABLE BODIES

Miguel Roselló Peñaloza* ; Teresa Cabruja Ubach ;
Pablo Salvador Gómez Fuentealba***

**Universidad Academia de Humanismo Cristiano; Universidad de Girona;
mrosellop@docentes.academia.cl; teresa.cabruja@udg.edu;
pablosalvadorg@gmail.com**

Historia editorial

Recibido: 28-07-2017
Primera revisión: 25-09-2018
Aceptado: 24-11-2018
Publicado: 06-06-2019

Palabras clave

Género
Heteronormatividad
Psicopatologización
Hipercorporización

Resumen

En este artículo revisamos el rol de las disciplinas psicológicas en la patologización e hipercorporización del funcionamiento intersubjetivo de las mujeres y de las variantes sexo-genéricas no normativas. Para ello, exploramos las relaciones entre algunas categorías diagnósticas con prevalencia femenina y la construcción socio-científica de las mujeres como psicológicamente vulnerables; la suficiencia explicativa atribuida a la biología para interpretar y justificar desigualdades y subordinaciones por razón de género; los efectos de individualización, esencialización y universalización de malestares relacionales, así como las penalizaciones disciplinarias que recaen, en general, sobre los cuerpos y formas de vida no masculinas y no heterosexuales. Lo anterior, a través del análisis discursivo de varios fragmentos obtenidos de entrevistas con profesionales de la salud mental, a través de los cuales damos visibilidad a la construcción de jerarquías de funcionamiento subjetivo por razón de género.

Abstract

In this article, we review the role of the psychological disciplines in pathologizing and hyper-embodiment the intersubjective functioning of women and of people with non-normative sex-gender ascriptions. To this purpose, we explore how some diagnostic categories that are more prevalent in women are related to the socio-scientific construction of women as psychologically vulnerable; the explanatory sufficiency attributed to biology in understanding and justifying gender-based inequalities and subordinations; the effects of individualization, universalization and essentialization of relational distress, as well as the disciplinary penalties exacted on non-masculine and non-heterosexual bodies and life forms, in general. We base the above on a discursive analysis of various fragments obtained from interviews with mental health professionals, through which we make visible how gender-based hierarchies of subjective functioning are constructed.

Roselló-Peñaloza, Miguel; Cabruja Ubach, Teresa & Gómez Fuentealba, Pablo Salvador (2019). ¿Feminización de la psicopatología o psicopatologización de lo femenino? Construcciones discursivas de cuerpos vulnerables. *Athenea Digital*, 19(2), e2249. <https://doi.org/10.5565/rev/athenea.2249>

Introducción

La producción, difusión y aplicación del conocimiento científico no es políticamente aséptica. A más de medio siglo desde el inicio de las críticas feministas al androcentrismo y los efectos de desigualdad patriarcal en la ciencia (Fox-Keller, 1985) y, en específico, en torno a las prácticas diagnósticas y terapéuticas en salud mental (Horney, 1937; Sáez Buenaventura, 1979), las teorías psicológicas hegemónicas mantienen un

carácter etnocéntrico, sexista y heteronormativo (Wilkinson y Kitzinger, 1993; 1996). A pesar de las buenas intenciones de la práctica clínica, la falta de una revisión epistemológica profunda permite la continuidad de ejercicios profesionales ciegos al género, que reproducen *violencias psi* (Cabruja, 2013; 2016) y actualizan desigualdades sociales por razones de sexo y sexualidad. Por citar dos ejemplos, la historia de la histeria (Fernández, 1993) evidencia, ayer y hoy, la regulación y control del comportamiento femenino por parte de la psiquiatría y psicología (Diéguez, 1999), y la psicopatologización de las variantes de género no heteronormativas visibiliza cómo las disciplinas psicológicas funcionan traduciendo sus *antiguas* criminalizaciones (todavía vigentes en determinados contextos político-geográficos) en comportamientos o identidades propias de un funcionamiento psicológico deficitario.

Tal y como la crítica feminista de la ciencia ha denunciado (Harding, 1986), el rol de las disciplinas psicológicas en el gobierno de lo social y las relaciones intersubjetivas (Foucault, 1961/1976; 1976/2007) se ha caracterizado por configurar a las mujeres y, por extensión, a lo no-masculino-heterosexual, como esencialmente vulnerable frente a una serie de psicopatologías (Burin 2010; Burin, Moncarz y Velazquez, 1990). En nuestros días, la epidemiología psiquiátrica internacional coincide en que existe una mayor prevalencia diagnóstica de trastornos del ánimo, ansiosos, por ingestión de alimentos y de personalidad límite e histriónica entre las mujeres (APA, 2013; Arenas y Puigcerver, 2009; Bertschy, Velten y Weibel, 2016; Bjorklund, 2006; Hoek, 2006; Mathis et al, 2011). Coincide, también, en que existe una asociación entre personas con prácticas sexuales homoeróticas y trastornos de personalidad en general (Plöderl et al., 2017), destacando mayores tasas diagnósticas del trastorno límite de personalidad, en específico (Kerridge et al., 2016; Reich y Zanarini, 2008; Zubenko, Anselm, Soloff y Shulz, 1987). Todo esto mientras la patologización de la transexualidad, recientemente recatalogada como disforia de género (APA, 2013), se extiende hacia edades cada vez más tempranas, ampliando el campo de intervención y regulación del género mediado por la medicina y las disciplinas de la salud mental (Roselló-Peñaloza, 2013; 2018).

Entre las explicaciones para la supuesta mayor *vulnerabilidad* psicopatológica de las mujeres, cuyos diagnósticos más frecuentes se articulan en torno al criterio de la inestabilidad anímica, los fundamentos biológicos ocupan un lugar privilegiado. En específico, aquellos centrados en los ciclos reproductivos, incluyendo las etapas previas y posteriores al embarazo. Si en los tiempos de la histeria era la presencia del útero la que hacía de la patología una cuestión propia de los cuerpos femeninos, es ahora la psiquiatrización de los flujos hormonales la que configura el malestar psicológico fuera de determinantes socioculturales y discursivos, al mismo tiempo que interpreta como

alteraciones de la personalidad a las conductas y emociones que no cumplen con las expectativas para el *rol* femenino (cuidados, calma, etc.).

La centralidad y suficiencia de las explicaciones biológicas también ha sido frecuente en la configuración científico-social de las personas marginalizadas por sus identidades y prácticas sexuales. Todos los amplios desarrollos feministas que han desarticulado el género como constructo esencialmente anclado a la morfología genital, o todo ajuste normativo entre cuerpo y género (García-Dauder, 2006), parecen desaparecer detrás de los fundamentos biológicos esgrimidos por la psiquiatría para conceptualizar los modos de ser y estar de los sujetos no masculinos-heterosexuales. Así lo muestran, por ejemplo, la biologización del constructo de la identidad de género en los discursos psiquiátricos relativos a la transexualidad (Roselló-Peñaloza y Cabruja, 2012), y también la construcción de la orientación sexual en base al artificio de dos objetos de deseo cuasi-genéticamente determinados y dicotomizados a partir de sus configuraciones genitales (Segdwick, 1990/1998).

A su vez, la transformación de los cuerpos femeninos (o feminizados) y no heterosexuales en determinantes casi exclusivos para sus modos de vida, o hipercorporización (Llamas, 1994), encuentra un correlato histórico en la negación o desconocimiento de sus derechos ciudadanos e, incluso, de su inteligibilidad humana. Por ejemplo, sin mucha dificultad podemos relacionar la objetivación del cuerpo de las mujeres en cuanto a su sexualidad y capacidad reproductiva, con su confinamiento en los espacios domésticos y su exclusión de las instituciones de saber y poder, dedicadas a la gestación y crianza de la descendencia, así como dispuestas al servicio del placer y la producción masculina. La construcción de las personas homosexuales como sexualmente bulímicas y potencialmente *contaminantes*, por su parte, las ha configurado como incapaces de vehicular relaciones de pareja significativas, con la consecuencia socio-legal de desconocer sus vínculos y pérdidas afectivas (Butler, 1995), así como de negar sus funciones de socialización y cuidado de la infancia.

Mientras el cuerpo de las mujeres —en específico: sus órganos sexuales, hormonas, menstruación, embarazo y parto— se ha transformado en explicación suficiente para sus bienestar y malestares subjetivos y relacionales, el reconocimiento de la feminidad en sí misma aparece como suficiente para atribuir una subjetividad, rol y estatus específicos dentro de las jerarquías y desigualdades de género. En definitiva, hablamos de regulaciones y vigilancias sociales que se extienden, también y con sus particularidades, a toda performance de género no masculina —en términos heteronormativos—, incluso cuando es efectuada por cuerpos que la medicina no reconoce como feminamente sexuados.

A partir de lo anterior y a lo largo de este artículo, analizaremos prácticas y discursos de las ciencias psicológicas en torno a la supuesta vulnerabilidad psicopatológica de las mujeres y lo femenino. Es decir, exploraremos discursos autorizados o de autoridad en la construcción socio-clínica de su inestabilidad anímica; conoceremos algunos de los fundamentos para los abordajes y evaluaciones diagnósticas diferenciadas según el sexo de la población; expondremos su vinculación con las normas y sesgos de género y profundizaremos, en términos generales, sobre el rol de las ciencias de la salud mental en la regulación social basada en el sexo/género de la población. Para hacerlo, intentaremos visibilizar cómo, aún hoy, las ciencias *psi* construyen a las mujeres como producto psicológico de su biología, y veremos cómo la devaluación científica de sus experiencias vitales se extiende a todo aquello que se aproxime a lo no-masculino, incluyendo a las sexualidades y a toda performance que no coincida con las expectativas del sistema sexo-género.

Método

Se desarrolló un estudio cualitativo en uno de los servicios de salud mental de la ciudad de Santiago de Chile. Éste se encuentra localizado en un hospital de atención terciaria, centro sanitario de referencia para el 17% de la población de la capital chilena, cuya población total es de unos 7 millones de habitantes.

El servicio de psiquiatría, cuyos usuarios reciben un ingreso promedio mensual de US\$370, se compone de un pabellón femenino de hospitalización de corta estancia; un hospital de día dedicado a la atención de personas con diagnósticos asociados a la farmacodependencia, y un centro de atención ambulatoria con profesionales psiquiatras, psicólogos/os y trabajadoras/es sociales con diversas perspectivas epistemológicas y prácticas para la intervención.

Se utilizaron tres técnicas de recogida de información: un estudio de documentos clínicos; registro y notas de campo de clases formativas a psiquiatras y psicólogos/as dictadas en el centro, y entrevistas cualitativas en profundidad con las/os profesionales del servicio. Para este artículo se utilizan las narraciones recogidas a través de las entrevistas, realizadas por miembros psicólogos/as del equipo de investigación. Estas fueron realizadas en los boxes de atención de las/os profesionales entrevistadas/os y tuvieron una duración aproximada de 60 minutos cada una.

La selección de las/os participantes siguió un modelo intencional y no probabilístico que incluyó a todas/os las/os profesionales de la salud mental del servicio que accedieron a participar en la investigación: 11 mujeres y 7 varones con edades comprendidas entre los 24 y los 70 años.

El análisis de la información obtenida se desarrolló a través del Análisis del Discurso, procedimiento pertinente para la obtención de teorías explicativas a partir del estudio de datos verbales. En concreto, utilizando algunos elementos del Análisis Crítico del Discurso (Fairclough, 1992; 2008; Fairclough y Wodak, 1997), explorando la heterogeneidad textual y las relaciones a menudo opacas entre lo que las palabras enuncian y sus efectos socioculturales; en específico, respecto a las formas con que reproducen o construyen el poder y la hegemonía. También se incorporaron elementos del Análisis del Discurso de Ian Parker (1992) y la crítica feminista (Burman, 1991), con fundamentos en la deconstrucción derridiana y la búsqueda de posiciones facilitadas o promovidas por los discursos (Davies y Harré, 1990/1999).

Incorporando una perspectiva tridimensional del lenguaje —en tanto práctica textual, discursiva y social (Martín Rojo, 2003/2006)—, el proceder analítico destacó el estudio de su función ideacional, o formas en que los sistemas de conocimientos y creencias significan el mundo, sus objetos, relaciones y procesos. Esto implicó analizar, por ejemplo, qué y quienes se ven favorecidas/os en los usos lingüísticos, la elección de voces activas o pasivas para la descripción de relaciones o acciones, así como los agenciamientos y atribuciones de responsabilidad o causalidad, aspectos propios del estudio de la transitividad gramatical (Fairclough, 1992). También se analizaron las formas en que la lengua refiere, ubica y relaciona a las/os participantes del discurso, o *identificación* (Martin, 1992), prestando especial atención a la configuración de sujetos, incluyendo homogeneizaciones, patologizaciones, pasivizaciones, nominalizaciones, sobrerepresentaciones, etc. Se estudiaron, también, los tópicos o patrones temáticos del texto (Halliday, 1985), cuya importancia radica en lo que invisibilizan, muestran e implican por medio de sus elecciones retóricas, explorando sus fundamentos ideológicos y los principales efectos sobre las vidas que conceptualizan; las estructuras narrativas o argumentativas con que se transmiten las principales ideas (Billig, 1991), así como su contexto de producción e intertextualidad (Kristeva, 1969/1981). Y, por supuesto, también su relación con nuestras propias subjetividades, puestas de manifiesto cada vez que interpretamos, criticamos, explicamos y nos posicionamos respecto a un texto.

Por último y atendiendo a la función autor del discurso (Foucault, 1969/1999), en esta investigación no se destacan buenas o malas intenciones en el habla de las personas o locutores/as, sino sus efectos en tanto usos institucionalizados del lenguaje. Y en tanto efectos, este análisis profundiza en las prácticas discursivas que, aún hoy, reproducen y legitiman las regulaciones y penalizaciones en razón de género ejercidas por las ciencias *psi*, a través del estudio de voces profesionales que, aunque no monolíticas, articulan conocimientos disciplinares e institucionales dominantes.

Resultados

Mujer hormonal: La psicología de las mujeres en función de su biología y capacidad reproductiva

Entre las/os profesionales entrevistadas/os, la biología aparece como respuesta transversal en las explicaciones construidas para la mayor prevalencia (tanto en estudios epidemiológicos como en el servicio de psiquiatría estudiado) de diagnósticos psiquiátricos en las mujeres. En específico, los ciclos hormonales son dotados de suficiencia explicativa para lo que se describe como “fluctuación del ánimo”, con distintos grados de complejidad clínica y sin incorporar otras dimensiones intersubjetivas y socio-culturales. Veamos cómo lo explica una de las psiquiatras del centro hospitalario:

Hay un factor hormonal importante y uno lo busca dentro de la entrevista, si hay una fluctuación del ánimo y que la mujer lo correlaciona con su ciclo menstrual (...) hay que explorarlo incisivamente y uno dice sí, en el fondo, en tal fecha del periodo que puede o no estar relacionado con la menstruación, puede ser en la mitad del ciclo también (...) Entonces hay una variable inflamatoria y hay una variable hormonal innegable. (Psiquiatra A, entrevista personal, 2016)

Lo que aquí aparece enunciado como “factor hormonal”, se instala en la escena clínica como prescripción exploratoria a pesar de su invisibilidad para la técnica de la confesión, en que se basa la entrevista diagnóstica. El cuerpo femenino, de este modo, es puesto en discurso por quien ejerce de experto y explorado en su correlación con las fluctuaciones anímicas. La exploración se realiza “incisivamente”, nos dice, lo que remite a la exigencia de un relato que ponga en relación la vivencia subjetiva con el propio cuerpo. Lo interesante aquí es la indeterminación de la fase cíclica en que se produciría la fluctuación anímica, siendo posible tal constatación en cualquiera de sus momentos. A pesar de ello la narración refiere “una variable hormonal innegable”, en un ejercicio retórico de objetivación (Cabruja y Vázquez, 1995) que transforma la prescripción exploratoria y el relato exigido en una confirmación del sustrato biológico del malestar femenino.

De la misma forma en que la explicación hormonal funciona hipercorporizando a las mujeres, haciendo discursivamente visible lo que *no* lo es en ausencia de tecnologías de laboratorio, en el siguiente fragmento los órganos y caracteres sexuales o sexualizados, útero y senos, son reificados para la construcción de la diferencia sexual y la verdad del género, presentados como datos objetivos, ineludibles o “insalvables”:

La palabra histeria incluye útero, que no existe en el hombre. O sea, para empezar, la definición de lo que estamos buscando es femenina. Entonces, cómo no va a estar más sobrerrepresentado en lo femenino. Es como si estuviéramos buscando hombres con tetas. No encontraríamos (...) O sea, sabemos que hay diferencias entre género femenino-masculino que son insalvables. Partiendo por los genitales externos, pero hay otras que son mucho más. (Psiquiatra B, entrevista personal, 2016)

En este fragmento y a partir de la reducción del cuadro psicopatológico a su etiología, el cuerpo femenino se transforma en factor etiológico del malestar psíquico conceptualizado como histeria. A través de este recurso retórico no sólo se localiza el diagnóstico en el cuerpo del sujeto, sino que se homologa a la anatomía femenina. A partir de una construcción dicotómica y universal de los cuerpos sexuados, donde la mujer implica la presencia de un útero mientras que el hombre aparece como ausencia de senos —desconociendo múltiples configuraciones corporales e identitarias que escapan a este anclaje—, el diagnóstico se hace imposible en los cuerpos sin útero.

La evolución histórica de la histeria como categoría psicopatológica específica de lo femenino (Didi-Huberman, 2007), encuentra sus correlatos en las nosologías psiquiátricas actuales, específicamente en los trastornos de personalidad histriónica y límite, así como en el trastorno disfórico premenstrual (Ussher, 2013). Categorías psicopatológicas que han anclado la construcción social de problemas o trastornos de personalidad a la constitución femenina, sobre-diagnosticando a las mujeres, regulando su comportamiento según prescripciones de género normativas (Showalter, 1987) y traduciendo en sintomatología psiquiátrica la expresión de sus malestares psicosociales, con efectos de silenciamiento.

Si la inestabilidad emocional —anclada a la construcción social de la feminidad— se ha interpretado como producto de la biología femenina y, por lo mismo, como una característica psicológica de carácter inevitable (Showalter, 1997), las agresiones masculinas han sido justificadas por sus características psico-fisiológicas, evidenciando la legitimación científica de las desigualdades y jerarquías de género. Al respecto, revisemos el siguiente fragmento atendiendo a la construcción social de las emociones y su expresión:

La misma forma en que hay factores biológicos y factores sociales que podrían determinar que una mujer se le acepte o que sea comprensible, por ejemplo, su expresión de la pena y la angustia, en los hombres es más comprensible la expresión de la rabia, y ahí no tengo el dato pero me imagino que también hay factores biológicos prefrontales que hacen al hombre más vulnerable, por decirlo de alguna manera, de que la expresión de la rabia

puede llegar a ser más violenta y eso a propósito también de la violencia perpetrada por hombres, en el fondo, que habitualmente es contra la mujer. (Psiquiatra C, entrevista personal, 2016)

Aunque los determinantes sociales aparecen enunciados, lo hacen en un orden subrogado a la biología que, en último término, aparece como único factor explicativo para la expresión emocional. En la explicación de la violencia machista, incluso sin evidencia científica que lo respalde (“imagino”, nos dice), la causa del *terrorismo institucional* (Rich, 1980/1996) o estructural que los hombres han ejercido histórica y consistentemente contra mujeres, estaría en “factores biológicos prefrontales” inespecíficos, en un ejercicio explícito de despolitización de la violencia.

Las formulaciones de las expresiones comportamentales reproducen un dualismo entre rabia/cólera/agresión masculina versus tristeza/angustia femenina, biologizadas. La justificación de un funcionamiento neuroquímico en la expresión de la agresión masculina como resultado o producto de la organización cerebral, se extrapola hasta la manifestación de la violencia machista. Un mito o tópico que distintos análisis han relacionado no con la biología o reacciones físicas, sino con la socialización en relaciones de dominación social y estructural amparadas en el poder, la desigualdad y el privilegio por razón de sexo (Bourdieu, 1998/2007; Godelier, 2004).

Jerarquización de subjetividades de género: psicologizando opresiones sociales

Incluso cuando la causación biológica de las desigualdades y violencias sociales por razón de género no es explícita, sus consecuencias aparecen introyectadas en el funcionamiento psicológico femenino a través de lo que se ha construido como “la psicología” de las mujeres. A pesar del reconocimiento del papel que juegan las experiencias de vulneración social en sus relaciones intersubjetivas, se construye una explicación desocializada de las experiencias de malestar, como puede leerse en el siguiente fragmento:

Hay una invalidación tremenda de la mujer como sujeto de derechos y claro, a esta mujer no le queda otra que la desregulación, desregularse emocionalmente, porque no tienen espacio para regularse. Yo me explico así la mayor prevalencia de trastornos de personalidad límite. (Psiquiatra D, entrevista personal, 2016)

A pesar de que el fragmento es claro en su alusión a la desigualdad social y estructural que afecta a las mujeres (“hay una invalidación tremenda de la mujer como sujeto de derechos”), su comprensión queda transfigurada —o al menos limitada— en

una incapacidad (“no le queda otra”) para responder psicológicamente de forma alternativa a la “desregulación” emocional. Se construye una desregulación ineludible y contraria a un *ideal* de funcionamiento psíquico, estableciendo una distinción entre *buen* funcionamiento y funcionamiento *problemático*. Con ello, se elude una opción de respuesta subjetiva temporal o transitoria, esencializando o naturalizando la reacción emocional descrita y estableciendo una diferencia jerarquizada de estatus o de normatividad en relación a la subjetividad femenina.

En el siguiente fragmento, el uso de un artículo definido para hablar de las experiencias asociadas a lo femenino, “*la* mujer”, nos muestra la universalización de la categoría con que operan las disciplinas psicológicas y el psicoanálisis, en concreto, a través de sus teorías totalizantes sobre el funcionamiento psíquico de los sujetos:

La mujer ya está en falta y tiene que lidiar con esa falta, es como inherente, por así decirlo, desde sus inicios. Entonces es como que tuviera que lidiar hasta los últimos tiempos, digamos, con algo que es característico de la mujer. (Psicóloga A, entrevista personal, 2016)

La frase “*la* mujer ya está en falta”, refiere a una categoría cargada de significados teóricos, psicológicos y sociales, como espacio o posición social ahistórica, fuera de determinantes contextuales y personales que doten de nuevos significados particulares a la posición social que implica la categoría “mujer” (significados que, aunque provenientes del psicoanálisis, también aparecen contruidos desde nociones como la complementariedad de género o sexual por parte de otras perspectivas psicológicas). “Ya está en falta” implica un relato que antecede al sujeto, respecto al cual tendrá que configurarse subjetivamente a través de un enfrentamiento (“tiene que *lidiar* con esa falta”) que le es constitutivo, “inherente”. Una problemática esencial, entonces, sin resolución posible, en tanto la categoría queda anclada a su resolución de forma perpetua: “es como si tuviera que lidiar *hasta los últimos tiempos*”.

Sin detenernos en una crítica de contenido teórico respecto al psicoanálisis, ampliamente abordada por los feminismos, el objetivo aquí es destacar la universalización y prescripción con que opera en la conceptualización de lo femenino, determinante, a su vez, de las prácticas y discursos que la clínica desarrollará. Que “*la* falta” sea algo “que es característico de la mujer”, implica una relación de identidad entre *la* mujer y un problema psíquico irresoluble (“hasta los últimos tiempos”), que en el siguiente fragmento aparece asociado con la dependencia (“menos autosuficiente”) y a una pobre estructuración psíquica (“muy poca estructuración como de defensas un poco más altas”):

Yo creo que tienen las mujeres una posición menos fálica, menos autosuficiente (...) se genera este perfil que probablemente tiene muchas otras variables que lo hacen constituirse como una patología donde la mujer se identifica, digamos, pero eh... pero se observa bien frecuentemente que las mujeres vienen sin mucho afán así como con, eh... con muy poca estructuración como de defensas un poco más altas que le permitan, digamos, salir, o de recurrir más a esas defensas o esos mecanismos para poder, digamos, soportar de mejor manera, digamos, y no paralizarse, no instalarse en la enfermedad o en el síntoma. (Psicóloga B, entrevista personal, 2016)

La frase “una patología donde la mujer se identifica”, que nos remite al problema psíquico irresoluble ya comentado en el fragmento anterior, implica una homogeneización entre la posición femenina universalizada y el malestar psíquico o la psicopatología —atendiendo a la fuente institucional desde donde se enuncia el relato—, pero donde la agencia de la identificación está puesta en *la* mujer (“se identifica”), desconociendo o borrando las huellas de producción del conocimiento que, precisamente, configura esta relación de identidad.

Al mismo tiempo, se reconstruye a la feminidad como una posición pasiva frente a la psicopatología anclada discursivamente a sus cuerpos (“vienen sin mucho afán”), incapacitadas para “no paralizarse, no instalarse en la enfermedad o en el síntoma”. Una identificación que, sin embargo, no es susceptible a estrategias de resistencia colectivas o individuales pues, como podemos leer en el siguiente extracto —que continúa el anterior—, exceden el campo de la conciencia y las enfrenta, nuevamente, a un problema irresoluble y no gestionable:

Hay algo yo creo que también de esta cosa de vivenciarse en términos de género como más desvalida, como “mi marido me cuida”, “mi marido me mantiene”, y estoy hablando no desde lo consciente, no desde una cosa así como manipulada o... sino de que efectivamente yo creo que tienen menos herramientas (...) por un lado, esta como conciencia de vulnerabilidad, por decirlo así, pero, por otro lado, el deseo de no ser así ¿no? entonces hay algo también como de esta búsqueda de solución, esta búsqueda de “no quiero seguir siendo así”, “no me gusta ser así”, “no me gusta andar como enferma”. (Psicóloga B, entrevista personal, 2016)

En este fragmento, aunque existe un reconocimiento de la vulnerabilidad o devaluación femenina en el espacio socio-relacional, la experiencia se reconstruye desocializada, introyectada como vivencia psicológica o psicologizada. “Esta cosa de *vivenciarse* en términos de género como más desvalida”, localiza la experiencia en el sujeto y no en las condiciones sociales de sujeción, al mismo tiempo que ubica a *la* mujer como psicológicamente desamparada, vulnerable (“conciencia de vulnerabilidad”) fren-

te a figuras masculinas, en oposición a las cuales es construida “como *más* desvalida”. Desconociendo o no reconociendo la fuerza prescriptiva de los discursos teóricos que configuran las subjetividades descritas a través de “la falta”, se despolitiza la subordinación sociocultural de las mujeres por medio de la agencia inconsciente, y se traducen los posicionamientos sociales constrictivos en posiciones pasivamente adoptadas (“mi marido me cuida”, “mi marido me mantiene”), a su vez conceptualizadas como consecuencia de una falta de “herramientas” o “poca estructuración de defensas un poco más altas”.

Con el verbo *ser* implícito, el ejercicio de ventriloquia con que se refiere la “búsqueda de solución” por parte de las mujeres (“no quiero seguir *siendo* así”, “no me gusta *ser* así”) implica a *la cura* como un objetivo imposible para el espacio clínico, al mismo tiempo que a la vulnerabilidad frente a la psicopatología como una condena inevitable para el sujeto mujer. Esto porque la identificación o relación de identidad entre patología y mujer (en el fragmento anterior: “una patología donde la mujer se identifica”), funciona como recurso no sólo retórico sino también teórico que obstaculiza la emergencia de relatos alternativos en torno a la subjetividad femenina, fuera del malestar o la enfermedad como identidad. En otras palabras, “no quiero seguir siendo así”, “no me gusta ser así” implica, al mismo tiempo, a la patología y a la mujer, indisolubles la una de la otra. La “búsqueda de solución” es, entonces, imposible, en tanto implicaría romper con esta relación de anclaje con que los discursos institucionales conceptualizan a la mujer.

Reconocimiento de lo femenino y psicopatologización: más allá de las bio-mujeres

Si recordamos la relación especular entre histeria y cuerpos con útero, reconstruida a través de su etimología y origen histórico, cuando el diagnóstico se instala en cuerpos sin útero o masculinos, el discurso institucional tiene el potencial de reasignar los reconocimientos sociales de género. En otras palabras, un diagnóstico psiquiátrico feminizado y, por lo mismo, aplicado casi en exclusiva sobre los cuerpos normativamente reconocidos como femeninos (o bio-mujeres, en palabras de Paul Preciado), es capaz de feminizar a los sujetos implicados por medio de la configuración psicopatológica con que se construye a *la* mujer:

En el fondo cuando tú miras una histeria masculina, bien hecha, tiene todo lo que tiene una mujer. O sea, no cambia nada. Sobre todo cuando se da en personas masculinas que además tienen trastornos de género, qué se yo. Entonces, con mayor razón, son grandes histerias. La histeria es de personas con disforia de género, entre comillas. (Psiquiatra B, entrevista personal, 2016)

“Tiene todo lo que tiene una mujer” implica que sobre estos cuerpos de “personas masculinas” se instalan los efectos discursivos que caracterizan a “una mujer” como posición universal, ahistórica y esencialmente vulnerable, con significantes como la dependencia, el desvalimiento y una pobre estructuración psíquica, anteriormente comentados. Pero el desarrollo argumentativo del fragmento, que encadena histeria, cuerpos con útero y feminidad, redirige el diagnóstico desde la “histeria masculina”, “en personas masculinas”, hacia aquellas “personas masculinas *que además* tienen trastornos de género”, “personas con disforia de género”, categoría nosológica con que se describe a la transexualidad (APA, 2013) y que aquí aparece patologizada, precisamente, a través de su identificación con lo femenino.

Si la histeria está configurada en una relación de identidad con *la* mujer, el fragmento que indica que “la histeria es de personas con disforia de género” implica, entonces, una construcción de vulnerabilidad psicopatológica doblemente anclada a lo femenino: por un lado, dirigida sobre los cuerpos sexualmente asignados como mujeres; por el otro, sobre aquellas personas originalmente asignadas como pertenecientes al género masculino a partir de su morfología genital, pero cuya adscripción de género es femenina. Sexo y género, entonces, cuando se identifican en el extremo femenino de la construcción dicotómica de los cuerpos y vidas humanas posibles, son susceptibles a la psicopatologización mediada por el constructo de la histeria.

Pero, como ya revisamos y también veremos en el siguiente fragmento, la histeria no es la única categoría nosológica anclada a lo femenino. La asociación histórica entre histeria y el trastorno de personalidad límite, ha seguido un curso marcado por los cambios contextuales en que habría mutado el anclaje de la *locura* a los cuerpos femeninos (Ruíz y Jiménez, 2003; Wirth-Cauchon, 2001), donde puede ser rastreada una misma construcción de la psiquis femenina como intrínsecamente patológica. Así es como el declive de la histeria como diagnóstico durante la década de los ochenta habría dejado como herencia la emergencia de nuevas categorías nosológicas (Jiménez, 1997), con el trastorno de personalidad límite como artefacto psiquiátrico acorde a las transformaciones económicas y culturales coherentes con nuevas expectativas para el comportamiento femenino contemporáneo (Ussher, 2013). En la siguiente cita, veremos cómo este constructo psicopatológico se aplica a los varones con prácticas homoeróticas cuando *lo femenino* emerge como categoría de reconocimiento:

Una mayor coincidencia entre conductas homosexuales o personalidad límite en estructuras más bajas, digamos, en personas, en personas que tienen estructuralmente... que son estructuralmente más bajas, tienen un... en un homosexual de nivel más alto, más neurótico, no tendría por qué haber esa asociación sino que se ve lo límite, y la vida homosexual tiene un mundo

conflictivo mayor, por la estructura mental más baja, pero un neurótico alto puede tener una vida homosexual absolutamente, digamos, no escandalosa, armónica, no exhibicionista, sin tener que vestirse de mujer para vivir la homosexualidad. Estas marchas del orgullo gay... yo creo que ahí se ve un despliegue de mucho homosexual límite, los pintados, con maquillaje, con peluca, con pechugas puestas... yo creo que eso son estructuras de personalidad más bajas. (Psiquiatra E, entrevista personal, 2016)

La frase “una mayor coincidencia entre conductas homosexuales o personalidad límite en estructuras más bajas”, nos remite a la construcción rastreada en los discursos institucionales de las mujeres como con “muy poca estructuración de defensas un poco más altas”, con “menos herramientas”. Nos remite, por lo mismo, a una jerarquía de funcionamientos psicológicos que ubican a lo femenino y no heterosexual en posiciones de inferioridad respecto a lo masculino y heterosexual. En otras palabras, la coincidencia descrita entre conductas homosexuales, personalidad límite y estructuras más bajas, implica una relación jerárquicamente similar entre homosexualidad y feminidad, articulada a través del diagnóstico de personalidad límite. Una categoría diagnóstica que está fuertemente cargada en términos de género, con mayor prevalencia en mujeres (Bjorklund, 2006) y que la epidemiología psiquiátrica también ha asociado a personas con prácticas sexuales homoeróticas (Kerridge et al., 2016; Reich y Zanarini, 2008; Zubenko et al., 1987).

Aunque en algunas partes del fragmento el diagnóstico se disocia de la homosexualidad como categoría universal (“en un homosexual de nivel más alto” o en “un neurótico alto” no se constataría el diagnóstico), la “vida homosexual” aparece construida con “un mundo conflictivo mayor, por la estructura mental más baja”, lo que podríamos interpretar como la precarización de las experiencias y vidas asociadas con prácticas sexuales no coherentes con la matriz heterosexual (Butler, 2004; 2006). Esto, entonces, principalmente cuando se asocia a performances de género tradicionalmente asignadas a lo femenino: el escándalo, la inestabilidad y el exhibicionismo (“un neurótico alto puede tener una vida homosexual absolutamente, digamos, no *escandalosa*, *armónica*, no *exhibicionista*”).

Aún más, cuando el género femenino se performa a través del accesorio —maquillaje, prótesis capilares y senos (“los pintados, con maquillaje, peluca, con pechugas puestas”), por ejemplo—, la devaluación en términos psicopatológicos (“son estructuras de personalidad más bajas”) nos remite al poder de las *ciencias psi* en la regulación y control de las rígidas fronteras entre los géneros, socialmente jerarquizados, y donde la devaluación de lo femenino se dirige, también, a aquellos cuerpos que no se ajustan a los criterios normativos de la masculinidad. Una penalización específica de lo femeni-

ino que también se manifiesta en lo social, como lo muestra la elevada tasa de desapariciones, torturas y asesinatos de personas transgénero, agravadas (aunque no exclusivas) cuando se trata de personas con identificación y performances femeninas. Esta es la extensión con que operan los mecanismos del sistema sexo-género y la matriz heteronormativa. Los resquicios más psicopatologizados continúan implicando a los cuerpos que rompen explícitamente con sus normas, a aquellos cuerpos “que no se corresponden con las normas de género culturalmente inteligibles mediante las cuales se definen las personas” (Butler, 1990/2007, p. 72), configurándoles o desfigurándoles en *seres no-ideales* con consecuencias que pueden llegar, y de hecho lo hacen, hasta la aniquilación material del cuerpo.

Conclusiones

El reto de incluir la perspectiva de género en la investigación y la atención en el campo de la salud mental, implica tomar referencias de la psicología social crítica y de la psicología social feminista, así como de las nuevas teorías *queer* para las sexualidades. Esto porque, aun considerando las buenas intenciones de sus profesionales y los avances en sus códigos deontológicos y políticas de igualdad, el imaginario sociosexuado y heteronormativo aún se reproduce en los distintos procesos de la atención: anotaciones, conversaciones y discusiones de caso, interpretación de las experiencias y sucesos de vida, intervenciones y también en la socialización de sus conocimientos.

El análisis de los fragmentos seleccionados (que no remiten a un discurso homogéneo, pero sí predominante en las entrevistas realizadas) nos condujo a explorar cómo se construyen diferencias como esenciales en términos sexo-genéricos, y cómo este esencialismo legitima un ordenamiento jerárquico de subjetividades. Las explicaciones neurobiológicas para las diversas formas de ser y estar, desestimadas durante algún tiempo a raíz de las críticas por sus fundamentos y efectos de racismo y sexismo, se han metamorfoseado para resurgir como etiología principal de cualquier forma de comportamiento y malestar, especialmente cuando se enmarcan en sujetos no masculinos y no heterosexuales.

Los diversos aspectos discutidos en los resultados y, en específico, la vulnerabilidad femenina a la psicopatología en base a un cuerpo reproductor y sexualmente objetivado, aparecen contruidos y reproducidos desde un conocimiento socialmente legitimado y científicamente *verificado*. El empleo de ficciones somáticas para sus explicaciones —que ya hemos destacado en estudios anteriores (Roselló-Peñaloza y Cabruja, 2012)—, tiene el efecto de despolitizar expresiones de malestar psíquico que están vinculadas a condiciones de desigualdad y opresión, dejando a los sujetos con muy pocas

opciones de resolución o resistencia fuera de los dictámenes del conocimiento experto y la práctica psicoterapéutica.

Al mismo tiempo, ante lo abyecto de la ruptura de lo femenino esperado para el cuerpo-mujer, aparece lo abyecto para el cuerpo-trans o el deseo homosexual. Esto, precisamente vinculado con el reconocimiento de sus reproducciones (más o menos fieles) de lo femenino, ubicado en los márgenes indeseables o menos valorados de lo social, poniendo de manifiesto el control y la regulación de cualquier desarticulación de las estrictas normas, fronteras y jerarquías en términos de género.

En la actualidad, nuevas lógicas de definición y categorización han emergido en contextos de crisis económica, de inmigración y agudización de políticas neoliberales. Como consecuencia, cada vez más efectos de la desigualdad y explotación social son individualizados y psicologizados a través de diagnósticos que no son neutrales en términos de género. Esto, a pesar de que gran parte de los malestares feminizados pueden ser significados en términos de opresiones y violencias patriarcales-heteronormativas, cuya sola modificación impactaría tanto en la subjetividad como en las relaciones íntimas, dotando de nuevos significados al funcionamiento químico y neuronal (Cabruja, 2013; Valls, 2009) que hoy predomina en las explicaciones del funcionamiento (inter)subjetivo. La tarea de incorporar un análisis crítico de las disciplinas *psi* en relación a la intervención, terapéutica y comunitaria, en el campo de la salud y en la línea desarrollada en el artículo, permitiría minimizar el impacto de la desigualdad en distintos colectivos.

Agradecimientos

Por razones de anonimato y confidencialidad, en este artículo no se han publicado los nombres reales de las personas entrevistadas ni de la institución hospitalaria en que se desarrolló el estudio, a quienes agradecemos su participación en la investigación.

Financiamiento

Esta investigación fue financiada por el Programa de Atracción e Inserción de Capital Humano Avanzado (PAI) de la Comisión Nacional de Investigación Científica y Tecnológica (CONICYT) del Gobierno de Chile (Folio 82140022).

Referencias

- American Psychiatric Association (APA) (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington D.C.: American Psychiatric Association.
- Arenas, M. Carmen & Puigcerver, Araceli (2009). Diferencias entre hombres y mujeres en los trastornos de ansiedad: una aproximación psicobiológica. *Escritos de Psicología*, 3(1), 20-29.
- Bertschy, Gilles; Velten, Michel & Weibel, Sébastien (2016). Major depression: does gender influence the risk of recurrence? A systematic review. *The European Journal of Psychiatry*, 30(1), 7-27.
- Billig, Michael (1991). *Ideology and opinions: studies in rhetorical psychology*. London: SAGE.
- Bjorklund, Pamela (2006). No man's land: Gender bias and social constructivism in the diagnosis of borderline personality disorder. *Issues in Mental Health Nursing*, 27(3), 3-23. <https://doi.org/10.1080/01612840500312753>
- Bourdieu, Pierre (1998/2007). *La dominación masculina*. Barcelona: Anagrama.
- Burin, Mabel (2010). *Género y salud mental: construcción de la subjetividad femenina y masculina*. Recuperado de http://dspace.uces.edu.ar:8180/xmlui/bitstream/handle/123456789/1529/Burin_2010_Preprint.pdf?sequence=1
- Burin, Mabel; Moncarz, Esther & Velazquez, Susana (1990). *El malestar de las mujeres: La tranquilidad recetada*. Buenos Aires: Paidós.
- Burman, Erica (1991). What discourse is not. *Philosophical Psychology*, 4(3), 325-341. <https://doi.org/10.1080/09515089108573034>
- Butler, Judith (1990/2007). *El género en disputa: El feminismo y la subversión de la identidad*. Barcelona: Paidós.
- Butler, Judith (1995). Las inversiones sexuales. En Ricardo Llamas (Comp.), *Construyendo identidades* (pp. 9-28). Madrid: Siglo XXI.
- Butler, Judith (2004). *Undoing Gender*. New York: Routledge.
- Butler, Judith (2006). *Vida precaria. El poder del duelo y la violencia*. Buenos Aires: Editorial Paidós.
- Cabruja, Teresa (2013). Avenços i reptes actuals de la recerca interdisciplinària sobre des(psico)patologització: tan lluny, tan a prop. *Quaderns de psicologia*, 15(1), 7-20. <https://doi.org/10.5565/rev/qpsicologia.1170>
- Cabruja, Teresa (2016). Violencias de género de las disciplinas "psi" y crítica feminista: Indignad@s con las prácticas científicas que construyen la locura (aún) en el siglo XXI. En: Roberto Rodríguez (Ed.), *Contrapsicología. De las luchas antipsiquiátricas a la psicologización de la cultura* (pp. 297-318). Madrid: Dado Ediciones.
- Cabruja, Teresa & Vázquez, Félix (1995). Retórica de la objetividad. *Revista de Psicología Social Aplicada*, 5(1/2), 113-126.
- Davies, Brownyn & Harré, Rom (1990/1999). Posicionamiento: la producción discursiva de la identidad. *Sociológica*, 14(39), 215-239.

- Didi-Huberman, Georges (2007). *La invención de la histeria. Charcot y la iconografía de la Salpêtrière*. Madrid: Ediciones Cátedra.
- Diéguez Gómez, Antonio (1999). Psiquiatría y género: el naciente discurso médico-psiquiátrico en España y el estatuto social de la mujer. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 19(72), 637-652.
- Fairclough, Norman (1992). *Discourse and Social Change*. Cambridge: Polity Press.
- Fairclough, Norman (2008). El análisis crítico del discurso y la mercantilización del discurso público: Las universidades. *Discurso & Sociedad*, 2(1), 170-185.
- Fairclough, Norman & Wodak, Ruth (1997). Critical discourse analysis. En Teun Van Dijk (Comp.), *Discourse as Social Interaction* (Vol. 2, pp. 258-284). London: SAGE Publications Ltda.
- Fernández, Ana María (1993). *La mujer de la ilusión*. Buenos Aires: Paidós.
- Foucault, Michel (1961/1976). *Historia de la locura en la época clásica*. México D. F.: Fondo de Cultura Económica.
- Foucault, Michel (1969/1999). ¿Qué es un autor? En Foucault, Michel *Obras Esenciales*, V. 1. *Entre Filosofía y Literatura*, (pp. 329-360). Barcelona: Paidós.
- Foucault, Michel (1976/2007). *Historia de la Sexualidad 1. La voluntad de saber*. México D. F.: Siglo XXI.
- Fox-Keller, Evelyn (1985). *Reflections on Gender and Science*. Yale University Press.
- García-Dauder, Silvia (2006). Ingeniería bioconductual al servicio de la normalización: Vigilando las fronteras del sexo. En Rafael Álvaro & Luis José Romero (Eds.), *Antipsychologicum. El papel de la psicología académica: de mito científico a mercenaria del sistema* (pp. 157-176). Bilbao: Virus Editorial.
- Godelier, Maurice (2004). Poder y Lenguaje: Reflexiones sobre los paradigmas y las paradojas de la legitimidad de las relaciones de dominación y opresión. En Mauricio Bolvin, Ana Rosato & Victoria Arribas (Eds.), *Una introducción a la Antropología Social y Cultural* (pp. 110-114). Buenos Aires: Antropofagia.
- Halliday, Michael (1985). *Introduction to functional grammar*. London: Edward Arnold.
- Harding, Sandra (1986). *The Science Question in Feminism*. Ithaca & London: Cornell University Press.
- Hoek, Hans Wijbrand (2006). Incidence, prevalence and mortality of anorexia nervosa and other eating disorders. *Curr. Opin. Psychiatry*, 19(4), 389-394.
<https://doi.org/10.1097/01.yco.0000228759.95237.78>
- Horney, Karen (1937). *The Neurotic Personality of our Time*. New York: Norton.
- Jimenez, Mary Ann (1997). Gender and Psychiatry. Psychiatric conceptions of mental disorders in women 1960-1994. *Affilia*, 12(2), 154-175.
<https://doi.org/10.1177/088610999701200202>
- Kerridge, Bradley; Pickering, Roger; Saha, Tulshi; Ruan, June; Chou, Patricia; Zhang, Haitao... Hasin, Deborah (2016). Prevalence, sociodemographic correlates and DSM-5 Substance use disorders and other psychiatric disorders among sexual minorities in the United States. *Drug and alcohol dependence*, 170, 82-92.
<https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2016.10.038>
- Kristeva, Julia (1969/1981). *Semiótica*. Madrid: Fundamentos.

- Llamas, Ricardo (1994). La reconstrucción del cuerpo homosexual en tiempos del SIDA. *Reis: Revista Española de Investigaciones sociológicas*, 68, 141-172.
<https://doi.org/10.2307/40183761>
- Martin, James (1992). *English text: system and structure*. Amsterdam: Benjamins.
- Martín Rojo, Luisa (2003/2006). El análisis crítico del discurso. Fronteras y exclusión social en los discursos racistas. En Lupicinio Íñiguez (Ed.), *Análisis del Discurso. Manual para las ciencias sociales* (pp. 161-195). Barcelona: Universitat Oberta de Catalunya.
- Mathis, Maria Alice; Alvarenga, Pedro; Funaro, Guilherme; Cezar, Ricardo; Moraes, Ivanil; Rodrigues, Albina; Zilberman, Monica & Hounie, Ana Gabriela (2011). Gender differences in obsessive-compulsive disorders: a literature review. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 33(4), 390-399.
- Parker, Ian (1992). *Discourse Dynamics: Critical Analysis for Social and Individual Psychology*. London: Routledge.
- Plöderl, Martin; Kunrath, Sabine; Cramer, Robert; Wang, Jen; Hauer, Larissa & Fartacek, Clemens (2017). Sexual orientation differences in treatment expectation, alliance, and outcome among patients at risk for suicide in a public psychiatric hospital. *BMC Psychiatry*, 17, 184-197.
<https://doi.org/10.1186/s12888-017-1337-8>
- Reich, Bradford & Zanarini, Mary (2008). Sexual orientation and relationship choice in borderline personality disorder over ten years of prospective follow-up. *J Pers Disord*, 22(6), 564-572. <https://doi.org/10.1521/pedi.2008.22.6.564>
- Rich, Adrienne (1980/1996). Heterosexualidad obligatoria y existencia lesbiana. *DUODA: Revista d'Estudis Feministes*, 11, 13-37.
- Roselló-Peñaloza, Miguel (2013). Entre cuerpos inacabados e identidades imposibles: La (psico)patologización de la transexualidad en el discurso psiquiátrico. *Quaderns de Psicologia*, 15(1), 57-67.
<https://doi.org/10.5565/rev/qpsicologia.1162>
- Roselló-Peñaloza, Miguel (2018). *No Body: Clinical constructions of gender and transsexuality – Pathologisation, violence and deconstruction*. New York: Routledge.
- Roselló-Peñaloza, Miguel & Cabruja, Teresa (2012). Bio-Ciencia-Ficción: La biologización de la identidad en los discursos médicos y clínicos de la transexualidad. *Quaderns de Psicologia* 14(2), 111-123.
<https://doi.org/10.5565/rev/qpsicologia.1145>
- Ruiz, María José & Jiménez, Isabel (2003). Género, mujeres y psiquiatría: una aproximación crítica. *Frenia. Revista de Historia de la Psiquiatría*, 3(1), 6-29.
- Saez Buenaventura, Carmen (Ed.) (1979). *Mujer, locura y feminismo*. Madrid: Dédalo.
- Segdwick, Eve Kosofsky (1990/1998). *Epistemología del armario*. Barcelona: Ediciones de la Tempestad.
- Showalter, Elaine (1987). *The Female Malady: Women, Madness and the English Culture 1830-1980*. London: Virago Press Ltd.

- Showalter, Elaine (1997). *Hystories: Hysterical Epidemics and Modern Culture*. New York: Columbia University Press.
- Ussher, Jane (2013). Diagnosing difficult women and pathologizing femininity: Gender bias in psychiatric nosology. *Feminism & Psychology*, 23(1), 63-69. <https://doi.org/10.1177/0959353512467968>
- Valls-Llobet, Carme (2009). *Mujeres, salud y poder*. Madrid: Ediciones Cátedra, Universitat de València, Instituto de la Mujer.
- Wilkinson, Sue & Kitzinger, Celia. (Eds.) (1993). *Heterosexuality: A Feminism & Psychology Reader*. London: Sage.
- Wilkinson, Sue & Kitzinger, Celia (1996). *Mujer y Salud. Una perspectiva feminista*. Barcelona: Paidós.
- Wirth-Cauchon, Janet (2001). *Women and Borderline Personality Disorder: Symptoms and Stories*. New Brunswick: Rutgers.
- Zubenko, George; Anselm, George; Soloff, Paul & Shulz, Patricia (1987). Sexual practices among patients with borderline personality disorder. *Am J Psychiatry*, 144(6), 748-752. <https://doi.org/10.1176/ajp.144.6.748>



Este texto está protegido por una licencia [Creative Commons 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Usted es libre para Compartir —copiar y redistribuir el material en cualquier medio o formato— y Adaptar el documento —remezclar, transformar y crear a partir del material— para cualquier propósito, incluso comercialmente, siempre que cumpla la condición de:

Atribución: Usted debe reconocer el crédito de una obra de manera adecuada, proporcionar un enlace a la licencia, e indicar si se han realizado cambios . Puede hacerlo en cualquier forma razonable, pero no de forma tal que sugiera que tiene el apoyo del licenciante o lo recibe por el uso que hace.

[Resumen de licencia](#) - [Texto completo de la licencia](#)