

MUJERES Y MEDICINA: DIAGNÓSTICOS Y TRATAMIENTOS PARA LA ANSIEDAD

TRABAJO DE FIN DE MÁSTER
MÁSTER UNIVERSITARIO EN ESTUDIOS DE GÉNERO Y
POLÍTICAS DE IGUALDAD
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA



7 DE SEPTIEMBRE DE 2021
ALUMNO: ANIOL HERNÁNDEZ ARTIGAS
TUTORA: C. MARGARITA SANTANA DE LA CRUZ

MUJERES Y MEDICINA: DIAGNÓSTICOS Y TRATAMIENTOS PARA LA ANSIEDAD

Resumen:

El presente trabajo es un estudio con perspectiva de género sobre la ansiedad, el estrés y los malestares que viven las mujeres debido a una dimensión biopsicosocial, laboral, cultural, medioambiental, política y económica diversa e interconectada. Puesto que no existe una auténtica ciencia médica de la diferencia, la anatomía femenina permanece invisible, lo que da lugar, en consecuencia, a diagnósticos y tratamientos erróneos, así como a investigaciones sesgadas e incompletas. La salud de las mujeres está afectada y violentada, entre otros factores, por la doble presencia, las desigualdades sociales y laborales, las relaciones de poder, la supresión de la libertad y de la autonomía, y la invisibilidad y el menosprecio de sus cuerpos y de sus mentes. Así pues, contra estas injusticias es imprescindible la reconstrucción de una subjetividad fuerte, optimista e independiente que despierte en ellas el deseo, la voluntad y la libertad.

Palabras clave: mujeres, ansiedad, ciencia médica, factores socioculturales, invisibilidad

Abstract:

The present work is a study with a gender perspective on anxiety, stress and discomforts experienced by women due to a diverse and interconnected biopsychosocial, labor, cultural, environmental, political, and economic dimension. Since there is no true medical science of difference, the female anatomy remains invisible, consequently causing misdiagnosis and treatment, as well as biased and incomplete research. The health of women is affected and violated, among other factors, by the double presence, social and labor inequalities, power relations, the suppression of freedom and autonomy, and the invisibility and contempt of their bodies and of their minds. So that, against these injustices it is essential to rebuild a strong, optimistic, and autonomous subjectivity that awakens desire, will and freedom in women.

Keywords: women, anxiety, medical science, sociocultural factors, invisibility

ÍNDICE

Introducción	pp.3-4.
1. La concepción médico-filosófica de las mujeres en la Antigüedad griega	pp. 5-21.
1.1. Platón y su concepción antropológico-filosófica de la figura femenina	pp. 6-9.
1.2. Aristóteles y su concepción sexista del género humano.....	pp. 9-16.
1.3. La concepción anatómica, fisiológica y patológica de la figura femenina según Hipócrates y Galeno.....	pp. 16-21.
2. Investigación sobre sesgos y estereotipos de género en el ámbito sociosanitario	pp. 22-32.
2.1. Situaciones de desigualdad en el ámbito sociosanitario.....	pp. 22-27.
2.2. Estudio práctico de las situaciones de desigualdad en el ámbito sociosanitario.....	pp. 27-32.
3. Mujeres y medicina: diagnósticos y tratamientos para la ansiedad.....	pp. 33-59.
3.1. Las imposiciones y manipulaciones socioculturales y sus consecuencias para la salud mental de las mujeres.....	pp. 34-45.
3.2. La ansiedad de las mujeres y su dimensión biopsicosocial, laboral, cultural, medioambiental, política y económica.....	pp. 45-56.
3.3. La reconstrucción de la subjetividad y el renacimiento de la identidad femenina como tratamientos para la ansiedad.....	pp. 57-59.
4. Conclusiones	pp. 60-68.
5. Anexos	pp. 69-78.
I. Proyecto de Prácticas Externas II.....	pp. 69-74.
1. Selección de hospitales y centros públicos y privados de Canarias.	pp. 69-70.
2. Cálculo estadístico para la elaboración gráfica de los resultados de encuesta.....	p. 70.
3. Resultados estadísticos de encuesta materializados en gráficos.. ..	pp. 71-74.
II. La sintomatología de la ansiedad femenina y su relación con enfermedades biológicas.....	pp. 75-78.
6. Bibliografía	pp. 79-83.

INTRODUCCIÓN

Este trabajo pretende ser una investigación sobre la ansiedad que padecen las mujeres debido a factores socioculturales que perpetúan su inferioridad y su invisibilidad en la salud y en los diversos ámbitos de la vida cotidiana a través de estereotipos de género y de situaciones opresivo-discriminatorias. Desde la Antigüedad el sistema dominante instituye una anatomía androcéntrica, la diferenciación sexual y las relaciones de poder entre las personas, lo que provoca desigualdades sociales, laborales y económicas que repercuten de manera interconectada en el sexo, el género, la clase social, la etnia o la raza, la religión, la edad, la sexualidad, la ideología política y la discapacidad, entre otras variables. La ausencia de una ciencia médica de la diferencia en la atención sanitaria afecta a la salud del ser humano, fundamentalmente a la de las mujeres, e incrementa el mantenimiento de desigualdades.

Decidimos organizar esta investigación en tres apartados principales: la concepción que los autores griegos Platón, Aristóteles, Hipócrates y Galeno tienen de la figura femenina desde una perspectiva antropológica, filosófica, biológica y psicológica; las situaciones de desigualdad y de inequidad de género que tienen lugar en el ámbito sociosanitario profesional actual; el estudio de las causas y los factores socioculturales de la ansiedad femenina, la relación de las dolencias de las mujeres con la psicopatología y las enfermedades, y los tratamientos para mejorar su salud y empoderarlas.

El primer apartado hace referencia a los antecedentes que han despertado el interés por investigar la ansiedad de las mujeres desde una visión feminista e innovadora, centrada en descubrir las razones más profundas y los orígenes ocultos de los verdaderos problemas que padecen desde la Antigüedad: la inferioridad y la invisibilidad en lo que respecta a su salud. Por su parte, el segundo apartado es el resultado de un estudio práctico de la existencia de estereotipos de género y situaciones discriminatorias en el ámbito sociosanitario actual, cuyo contenido resultará útil para completar el último apartado, en el que abordamos el análisis de la ansiedad femenina y la relación que mantiene con la misoginia y el sexismo en la Antigüedad y con la dimensión biopsicosocial, laboral, cultural y medioambiental que la atraviesa.

La metodología de este trabajo ha consistido en leer y analizar de manera crítico-reflexiva un conjunto de ensayos sobre la misoginia y el sexismo en el mundo antiguo; la presencia de estereotipos de género y de situaciones discriminatorias en el entorno

sociosanitario; la ansiedad femenina, su etiología interdisciplinar y su relación con el cuerpo y la mente; la aplicación de la perspectiva de género en la ciencia y la medicina actuales; la puesta en práctica de políticas que erradiquen la inequidad, la desigualdad y la falta de oportunidades en el ámbito sociosanitario; y la propuesta de un tratamiento con mirada feminista capaz de sanar la ansiedad femenina contemplando condicionantes diversos e interseccionales que ayudan a las mujeres a reconstruir su autoestima y a desarrollar su identidad personal con libertad, amor propio, deseo y autonomía. El libro de Carme Valls Llobet titulado *Mujeres invisibles para la medicina. Desvelando nuestra salud* (2020) y la obra de Londa Shiebinger, cuyo título es *¿Tiene sexo la mente?*, entre otros ensayos, han resultado sumamente útiles para el desarrollo de este trabajo.

Debido al carácter interdisciplinar de la presente investigación decidimos incluir los siguientes documentos complementarios en el apartado Anexos: los resultados estadísticos de la encuesta realizada a través de Google Drive para completar el proyecto de Prácticas Externas II del Máster Universitario en Estudios de Género y Políticas de Igualdad titulado *Sesgos y estereotipos de género en el ámbito sociosanitario actual: la influencia de las teorías médico-filosóficas de la Antigüedad griega*; la selección de hospitales y centros públicos y privados de Canarias a la hora de difundir el cuestionario, y el cálculo estadístico empleado en el momento de obtener los resultados de la encuesta y materializarlos en gráficos. También añadimos en los Anexos un apartado sobre la sintomatología de la ansiedad femenina y su relación con las enfermedades biológicas.

1. LA CONCEPCIÓN MÉDICO-FILOSÓFICA DE LAS MUJERES EN LA ANTIGÜEDAD GRIEGA

En primer lugar, cabe destacar que conocer el modo en que la civilización de la Grecia clásica concebía al ser humano aporta información fundamental a la hora de estudiar por qué razón la ciencia y la medicina actuales diagnostican y tratan de manera sesgada, discriminativa e inequitativa las enfermedades que sufren las personas atendiendo al sexo, el género, la clase social, la raza o la edad, entre otras categorías (Flemming, 2003).

Este trabajo está centrado en la investigación con perspectiva de género de los factores, especialmente socioculturales, que influyen en el desarrollo y en la perpetuación de estereotipos y actitudes sexistas y discriminatorias cuando las mujeres solicitan atención médica. Asimismo, es necesario aplicar el concepto de interseccionalidad, según el cual ellas pueden sentirse oprimidas en el ámbito científico-sociosanitario no solo por razón de sexo/género, sino también por motivos relacionados con la clase social, la raza, la edad, el origen o la nacionalidad, la religión, e incluso la ideología política.

En la actualidad gran parte de las mujeres son diagnosticadas de patologías cuyo tratamiento farmacológico puede llegar a ser altamente perjudicial para su salud, empeorando así su problema. Ello se debe, entre otras razones, al hecho de que los análisis científicos y las pruebas clínicas de la medicina contemporánea están basadas principalmente en la anatomía masculina, con una perspectiva androcéntrica y sexista que invisibiliza el cuerpo femenino y las enfermedades que padecen las mujeres (Valls Llobet, 2020).

En la Antigüedad la sociedad griega adopta la concepción antropológica según la cual el modelo perfecto de ser humano es exclusivamente masculino, olvidando y menospreciando el cuerpo femenino hasta el punto de que filósofos como Aristóteles consideran que las mujeres son seres biológica y psicológicamente defectuosos, imperfectos e incluso monstruosos (Madrid Navarro, 1999).

Esta idea permite establecer relaciones de poder jerarquizadas en las que los hombres deciden, con argumentaciones oportunistas e indemostrables, que las mujeres deben ocupar el ámbito privado (doméstico, reproductivo y familiar), por lo que deben ser relegadas de los espacios públicos dominados por la figura masculina (esto es, la política, la ciencia y el conocimiento, la cultura, y la economía).

La infravaloración e inferioridad de la figura femenina provoca el que médicos griegos como Galeno de Pérgamo estudien las patologías que padece el ser humano especialmente desde la perspectiva de la anatomía masculina, desatendiendo las enfermedades que sufren las mujeres más allá de los problemas relacionados con la matriz y la reproducción.

El presente apartado está dedicado al estudio de las teorías biológico-antropológicas que los autores griegos Platón, Aristóteles, Hipócrates y Galeno desarrollan acerca de la anatomía y la psicología de las mujeres, desde un patrón humano de perfección únicamente masculino.

1.1. PLATÓN Y SU CONCEPCIÓN ANTROPOLÓGICO-FILOSÓFICA DE LA FIGURA FEMENINA

Platón de Atenas (427 – 347 a.C.) argumenta en los diálogos *La República*, *Las Leyes* y *El Timeo* el modo en que concibe e identifica a las mujeres, colocándolas en el lugar más bajo dentro de la escala organizativa del ser humano. En *La República* el autor ateniense introduce la idea innovadora de que, debido a una supuesta igualdad de capacidades entre los sexos, las mujeres pueden y deben participar en la actividad social, cultural, política y bélica del mismo modo en que lo hacen los hombres, con el fin de crear y desarrollar el Estado ideal.

Sin embargo, a pesar de que aparentemente Platón defienda la igualdad biológico-psicológica entre mujeres y hombres cuando explica que cada persona, sea del sexo que sea, debe contribuir al mantenimiento de ese Estado ideal, desempeñando aquellas labores para las que esté verdaderamente capacitada, mantiene una postura no tanto misógina como sexista, al considerar en *Las Leyes* que las mujeres, debido a su debilidad e inferioridad respecto a los hombres, no pueden ejercer el gobierno de las altas magistraturas (Madrid Navarro, 1999, pp. 289-295).

Ciertamente es posible observar que en *El Timeo* Platón perpetúa la concepción biopsicosocial sobre la invisibilidad y el menosprecio de las mujeres respecto al patrón androcéntrico del ser humano. Frente a los hombres justos que, siendo alumbradores de la justicia, permiten a las mujeres participar como colaboradoras en el gobierno y custodia del Estado ideal, los varones que actúan de manera injusta, cobarde e incontinente son los responsables del surgimiento de las mujeres en la especie humana (González Suárez, 2000).

En efecto, según *El Timeo* 90 e – 91 a, los varones que no consiguen actuar de manera justa durante su vida terminan reencarnándose en mujeres o en animales. Asimismo, en *Timeo* 41 e – 42 c, Platón narra que cuando surge la raza humana nacen dos generaciones principales: la primera está formada por hombres iguales que viven en paz y armonía, mientras que la segunda comprende un período de convivencia entre varones y mujeres en el que el sexo masculino se considera más vigoroso que el sexo femenino.

Posteriormente, en el momento en que las almas quedan unidas a los cuerpos aparecen las afecciones, cuya dominación supondrá la recompensa de la liberación del alma hacia la morada divina del mundo de las Ideas. En esta línea, los hombres que no sean capaces de controlar las pasiones (tales como la ira, el miedo, la tristeza, el afán por los honores, la envidia, los placeres por el dinero y la comida, entre otras) serán castigados reencarnándose en mujeres al emprender su próxima vida corporal en el mundo sensible. Además, si después de experimentar la vida de mujer los hombres siguen actuando de manera injusta, se reencarnarán en animales.

El mito platónico sobre la escala organizativa de reencarnaciones, según la cual el proceso de liberación del alma hacia la inmortalidad y la divinización puede ser más o menos largo dependiendo del nivel de justicia con que actúen los hombres, explica que las mujeres no son un castigo para los varones, como sucede en el mito de Pandora narrado por Hesíodo en la *Teogonía*, sino más bien un receptáculo para las almas de los hombres injustos (González Suárez, 2000, pp. 70-72).

Existe una relación entre el hecho de que la figura femenina ocupe la posición ínfima en la escala organizativa del ser humano y el hecho de que Platón rechace el ámbito doméstico-privado que, a su vez, dominan las mujeres. Ellas, como primer espacio de reflexión para los hombres cuando estos actúan de manera injusta e irracional, presentan todas aquellas características que son menospreciadas por la sociedad y la cultura de la Grecia clásica del siglo V-IV a.C., esto es, inferioridad, debilidad, cobardía, dependencia y falta de inteligencia, entre otras particularidades.

En *La República* la eliminación de la propiedad privada y del ámbito doméstico, así como la abolición del matrimonio, permiten a Platón mantener a las mujeres controladas, realizando labores cuya finalidad consiste exclusivamente en beneficiar al Estado ideal. Además, la creación de la comunidad de mujeres y niños/as posibilita que haya un control exhaustivo de la natalidad, así como una organización óptima de la

ciudadanía. En efecto, los mejores varones escogerán a las mejores mujeres para preservar la mejor descendencia.

Así, ellas, poseedoras de las mismas capacidades físicas que ellos, deben contribuir al desarrollo del Estado ideal, que solo puede ser gobernado por los filósofos (hombres). Platón propone el desarrollo de un pueblo perfecto en el que las mujeres han de realizar labores que son apreciadas porque favorecen al gobierno, al patrón, que es masculino.

Sin duda, ellas han de recibir la misma educación que reciben ellos, haciendo hincapié en la necesidad de que sean instruidas en las artes de la equitación y la gimnástica para ir preparadas a la guerra y proteger a su descendencia. Por su parte, las tareas relacionadas con el hogar (tales como la cocina o la costura, entre otras) se consideran esenciales no tanto porque las mujeres destaquen en ellas, sino porque resultan imprescindibles para el crecimiento y el desarrollo del Estado androcéntrico ideal (Madrid Navarro, 1999, pp. 296-301).

Así, no observamos en Platón un sentimiento misógino originado por el temor a la maldad y al caos que puede originar la figura femenina, pero sí queda reflejada en sus obras la concepción sexista sobre la debilidad y la inferioridad biológico-psicológica de las mujeres. Partiendo de las teorías platónicas sobre el desarrollo de almas y ciudades justas, se identifica a las mujeres con las características humanas irracionales y materiales propias del mundo terrenal y sensible, las que hay que evitar.

Ello supone que los hombres deben rehuir o sortear los males de las mujeres con el fin de no reencarnarse en ellas y poder, consiguientemente, ser almas virtuosas y justas. Además, han de abandonar el hogar para alcanzar la posición de gobernantes filósofos de las ciudades, así como salir de la caverna para ver y conocer la realidad, la sabiduría, el bien y la belleza. Ellas representan de manera metafórica las cualidades indeseables del ser humano, esto es, la irracionalidad, la materia, las afecciones, las pasiones, y los placeres negativos del mundo sensible (González Suárez, 2000).

Según las teorías platónicas en *El Timeo*, el origen de las mujeres a partir de los hombres injustos e irracionales guarda relación con el origen del cosmos a partir de la materia o tercer elemento incontrolado. Platón afirma que no puede nombrar de forma específica ni conocer ese tercer elemento, al que se refiere con variedad de vocablos, entre los que destacan aquellos que están relacionados con las mujeres: por ejemplo, madre, nodriza, receptáculo, naturaleza receptora de todos los cuerpos, alguna de las cosas blandas, o cierta idea invisible y sin forma que recibe y participa de lo inteligible

(*Timeo* 49 a). Al saber que el tercer elemento es resistente al orden, el autor ateniense utiliza el recurso de la persuasión llevado a cabo por el Demiurgo.

Platón explica la creación del cosmos a partir del tercer elemento o materia con la ayuda del papel que tiene la madre en la familia:

[...] Ahora necesitamos diferenciar conceptualmente tres géneros: lo que deviene, aquello en lo que deviene y aquello a través de cuya imitación nace lo que deviene. Y también se puede asemejar el recipiente a la madre, aquello que imita al padre, y la naturaleza intermedia, al hijo [...].

(*Timeo*: 50 d)

El nacimiento de los seres humanos gracias a la unión entre el padre/la figura masculina (identificado con “eros”, el amor) y la madre/la figura femenina (identificada con “epithymía”, el deseo) es semejante a la creación del mundo sensible (lo que deviene, los hijos/as) gracias a la materia (aquello en lo que deviene, la madre) y al mundo ideal (aquello a través de cuya imitación nace lo que deviene, el padre). Existe deseo tanto en el padre como en la madre, pero mientras el primero siente deseo por la inmortalidad, es decir, por aquello que surge del alma racional, de Eros (entendido como entidad capaz de alcanzar la justicia), la segunda siente deseo por los placeres individuales, propios del mundo terrenal, que surgen del alma irracional y apetitiva (*Timeo* 91 b-c).

El deseo (“epithymía”) está asentado en el hígado, lugar en el que se reflejan las imágenes y los sueños. El mencionado órgano es comparable, a su vez, con la materia o tercer elemento cósmico que recibe y participa de lo inteligible. La materia es el no ser, es estática y no presenta ninguna particularidad. Asimismo, es el receptáculo de los nacimientos, pero no puede adoptar forma alguna a pesar de todo lo que entra en ella. Platón considera que el tercer elemento apenas existe, resulta equiparable a los simulacros, que no tienen proporción ni armonía; tiene apariencia de semejanza porque no posee capacidad para reproducir un modelo (*Timeo* 49 a, 50 c-d).

1.2. ARISTÓTELES Y SU CONCEPCIÓN SEXISTA DEL GÉNERO HUMANO

Aristóteles (Estagira, 384 – Calcis, 322 a.C.) presenta pocas referencias sobre las mujeres en sus tratados, aludiendo a la figura femenina de forma despectiva a partir de la premisa de que ellas son biológica y psicológicamente inferiores a los varones.

Además, debido a su falta de autoridad, están obligadas a obedecer las órdenes de los hombres, los cuales están capacitados para ejercer el rol de superioridad (Madrid Navarro, 1999).

Así, entre los varones y las mujeres se establece una relación de complementariedad y codependencia inequitativa en la que los primeros son superiores y, por tanto, han de dominar a las segundas, teniendo estas la consideración de inferiores, *ergo* deben acatar a modo de esclavas los mandatos del amo/marido/padre de familia. El filósofo griego considera que los dos sexos poseen virtud moral, pero mientras que los hombres se caracterizan por el mando y la adquisición, las mujeres representan la obediencia y la administración.

Aristóteles defiende la superioridad del dominador (varón/amo/marido/padre) frente a la inferioridad del súbdito (mujer/madre/esclavo/niño):

[...] En primer lugar, se unen de modo necesario los que no pueden existir el uno sin el otro, como la hembra y el macho para la generación [...], y el que por naturaleza manda y el súbdito, para seguridad suya [...]. En efecto, salvo excepciones antinaturales, el varón es más apto para la dirección que la hembra, y el de más edad y hombre ya hecho, más que el más joven y todavía inmaduro [...] El esclavo carece en absoluto de la facultad deliberativa; la hembra la tiene, pero desprovista de autoridad; el niño la tiene, pero imperfecta [...].

(*Política*, 1252 a, 1259 b, 1960 a)

Asimismo, el filósofo griego no comparte las teorías platónicas sobre la eliminación de la propiedad privada afirmando que las mujeres deben dedicar su vida a la realización de tareas domésticas por su condición femenina. Ambos sexos han de tener funciones diferentes porque las características biológico-psicológicas de hombres y mujeres no son iguales. En esta línea, Aristóteles defiende la educación de las mujeres, pero solo deben ser instruidas en las labores concernientes a su condición, es decir, las habilidades que están relacionadas con el hogar y la crianza de la descendencia.

Por otro lado, el filósofo griego no acepta el que las mujeres participen en la política porque a causa de su maldad, propia de la naturaleza femenina, portan el caos, la muerte y la destrucción; a diferencia de los hombres, que tienen la capacidad de gobernar de un modo excelente alcanzando el progreso, el orden, la paz y la victoria de las ciudades. A partir de la idea de que las mujeres tienden a dejarse llevar por los placeres del mundo

terrenal, tales como el afán por las riquezas, la ginecocracia, comparable con la democracia radical y la tiranía, provocarían la pérdida del reino y la consiguiente invasión por parte de pueblos vecinos o bárbaros (Madrid Navarro, 1999, pp. 306-314).

Aristóteles explica la subordinación de las mujeres ante los hombres aludiendo a la falta de autoridad que, asimismo, desarrolla en ellas su inferioridad. Atendiendo a sus condiciones y cualidades biopsicosociales, las mujeres tienen la obligación de servir y obedecer los mandatos del marido. Estas argumentaciones, cuya justificación no presenta base científica, son enriquecidas con la metáfora que utiliza el autor para incidir en que, partiendo de las características biológicas, el sexo masculino debe gobernar sobre el sexo femenino: la parte superior del diafragma humano representa la autoridad (esto es, el varón), mientras que la parte inferior corresponde al alimento y al residuo (o sea, la mujer).

En el tratado *Política* el filósofo griego pretende controlar a las mujeres marginándolas en el ámbito doméstico y restableciendo así la propiedad privada. De esta forma ellas reciben únicamente la educación concerniente a la administración del hogar y el cuidado de la descendencia, quedando excluidas del ámbito público (político, social, económico, cultural, agrícola, comercial y judicial), que es dominado por los hombres poderosos.

Así pues, Aristóteles inaugura una tradición de estereotipos de género que identifica a las mujeres como seres débiles, inferiores, inútiles y defectuosos. El sexismo que manifiesta el autor empata con la misoginia que parte del temor hacia la figura femenina debido a sus cualidades negativas, las cuales, a su vez, explican su carencia de autoridad y, por tanto, su incapacidad para gobernar.

Cabe destacar que, según las teorías aristotélicas, si las mujeres pretenden adquirir cualidades propiamente masculinas, como la valentía y la modestia varonil, se volverán cobardes y charlatanas respectivamente. No obstante, si los hombres ponen en práctica cualidades femeninas, como la modestia, tendrá en ellos un efecto positivo.

Aristóteles inicia el tratado *Reproducción de los animales* explicando que el macho es el principio del movimiento, la causa óptima y más divina por naturaleza, así como el lugar en el que reside la definición y la forma de la materia. Por el contrario, la hembra es la materia y, en relación con el macho es inferior y permanece separada de él. Asimismo, tanto el macho como la hembra pertenecen a la misma especie, pero existe una diferenciación de grado entre ambos: en efecto, el primero representa el exceso,

mientras que la segunda se identifica con el defecto (Madrid Navarro, 1999, pp. 314-327).

En lo que atañe al sistema reproductivo, ambos sexos poseen órganos y capacidades diferenciales: así, el macho puede segregarse esperma y dar forma a la materia (el cuerpo), engendrando en él mismo y en el otro (la hembra) gracias al principio del movimiento; la hembra, por su parte, únicamente puede engendrar porque del engendrador (el macho) recibe aquello que él ya ha generado (Molina Boscán, 2017).

El macho posee las cualidades del calor y de la humedad, motivo por el que se le considera perfecto y positivo; en contraposición con la hembra, la cual, al poseer las cualidades opuestas (frialdad y sequedad), es considerada imperfecta y negativa. Al considerar que el calor y la humedad son adecuados para la generación de vida, el aire cálido innato del sexo masculino posibilita que el esperma dé forma a la materia.

Sin embargo, cuando el macho no posee el principio del movimiento es incapaz de cocer el esperma debido a la falta de calor en su cuerpo, no puede atraer la materia hacia su forma y tampoco está dominado por el agente creador, por lo que el macho acaba convirtiéndose en una hembra (es decir, un macho imperfecto), que, al ser fría y seca, no puede crear vida por sí misma.

Cabe resaltar que durante la vejez los niveles de frialdad y sequedad son más altos en el cuerpo, lo que genera la canicie, un fenómeno que se relaciona con el sexo femenino, al igual que el hecho de que tanto mujeres como niños no padezcan calvicie debido a su falta de segregación de semen; por su parte, los eunucos acaban transformándose en mujeres (Ruiz Gómez, 2004).

Aristóteles también manifiesta su sentimiento y actitud sexistas al argumentar que la voz de los hombres es más grave a causa de su superioridad, razón por la cual son mejores. Las mujeres y los niños, por el contrario, tienen una voz aguda por mover el aire con debilidad. Respecto al grosor de las venas, las mujeres las tienen más suaves y delicadas porque se libran del residuo en sus menstruaciones. Por eso siempre están pálidas, no se les marcan las venas y corporalmente son inferiores a los hombres.

Asimismo, tanto los machos como las hembras segregan esperma: ellos, seres fuertes y calurosos, forman el residuo del semen, mientras que ellas, seres débiles que participan menos del calor, crean el residuo de la menstruación, un líquido más abundante y menos cocido. De este modo el filósofo griego compara el semen masculino con la menstruación (definida como semen corrompido).

La hembra es como un macho mutilado y su menstruación es un esperma impuro a causa de la ausencia del principio del alma. Aristóteles equipara la menstruación a la diarrea, con la diferencia de que el primer residuo es un proceso natural, mientras el segundo es una excreción, consecuencia de una enfermedad (Madrid Navarro, 1999).

En esta línea la naturaleza femenina no puede desarrollar el proceso de cocción, de manera que, además de producir un residuo del alimento inútil, elabora un residuo que se desborda tras llenar los vasos sanguíneos más finos. Asimismo, se compara a la mujer con un niño en cuanto a la forma, es decir, es un hombre estéril incapaz de cocer esperma debido a la frialdad de su naturaleza:

[...] La hembra es como un macho mutilado, y las menstruaciones son esperma, aunque no puro, pues no les falta más que una cosa, el principio del alma [...]. Como la naturaleza femenina es incapaz de llevar a cabo la cocción, es necesario que se produzca un residuo no solo del alimento inútil, sino también de los vasos sanguíneos, desbordable al llenar los vasos más finos [...]. Un niño se parece a una mujer en la forma, y la mujer es como un macho estéril. Pues la hembra es hembra por una cierta impotencia: por no ser capaz de cocer esperma a partir del alimento en su último estadio [...] a causa de la frialdad de su naturaleza [...].

(Reproducción de los animales: 737 a, 27-30; 738 a, 34-37; 728 a, 1725)

Aristóteles considera que la mayoría de los géneros vivos están divididos en dos sexos para poder desarrollar la reproducción ejerciendo cada uno funciones distintas. Así el macho, como principio de movimiento y de generación, permite crear vida a través del semen cálido y cocido inyectado en la materia (la hembra). El macho, como motor y agente activo de producción de vida, da figura y forma a la materia, que crea la hembra, paciente pasivo. Ciertamente el macho desarrolla el alma y la hembra germina el cuerpo. Por esta razón el feto humano masculino crece más rápidamente en el interior de la madre debido al calor de su naturaleza, mientras que el feto humano femenino tarda más en crecer durante la gestación y se desarrolla antes tras el nacimiento (pubertad, madurez y vejez):

[...] Las hembras son más débiles y frías por naturaleza y hay que considerar el sexo femenino como una malformación natural. Pues bien, en el interior la hembra se va diferenciando lentamente por causa de su frialdad [...]; sin embargo, en el exterior alcanzan rápidamente la madurez y la vejez a causa

de su debilidad, pues todas las cosas inferiores llegan a término más rápidamente [...].

(Reproducción de los animales: 775 a, 15-20)

En el momento en que el residuo seminal realiza una mala cocción, debido a la falta de calor o movimiento por parte del agente o debido a un exceso de frialdad, el feto se deja dominar por el paciente degenerando en su contrario, es decir, formando una hembra. Si el feto se acaba pareciendo a la madre, alejándose del sexo perfecto (el macho), entonces nacerá una especie de monstruo. Aristóteles compara a las niñas con una monstruosidad, una desviación de la naturaleza, un ser deformado e incompleto. No obstante, considera necesario que nazcan niñas para poder preservar la especie; es decir, el filósofo griego entiende que las mujeres son útiles solo para un aspecto concreto: la reproducción, la generación de una descendencia preferiblemente masculina.

Existe una serie de razones que demuestran las intenciones de Aristóteles respecto a la conceptualización de las mujeres, una perspectiva sexista que reelabora la tradición misógina de la Antigüedad clásica. En primer lugar, el filósofo griego aplica a sus teorías unos postulados apriorísticos que no se centran en la observación y en la descripción, sino más bien en la necesidad de cumplir con oposiciones sexuales según las cuales el macho siempre se identifica con lo positivo y la hembra se relaciona con lo negativo (Madrid Navarro, 1999, pp. 320-327).

En la reproducción, donde realmente la hembra tiene un papel productivo fundamental, ella ocupa una posición pasiva y paciente a partir de la cual, según Aristóteles, no puede hacer nada sin el macho (el activo, el agente, el que da forma y alma al cuerpo). En efecto, él es el motor poseedor de tres principios (el formal, el eficiente y el final), frente a la hembra, que, como principio material, actúa a modo de instrumento en el proceso de generación de vida. Sin embargo, a diferencia de las tesis aristotélicas, la tradición arcaica concibe a la mujer como un sexo que es capaz de suministrar el semen que contiene tanto un germen masculino como femenino (Gómez Rodríguez, 2019).

El Estagirita relaciona el más con lo positivo y el menos con lo negativo, pero, ciertamente, según la circunstancia, mayor cantidad será algo bueno (masculino) y menor cantidad será algo malo (femenino). Así, el hecho de que la hembra tarde más en desarrollarse dentro de la madre implica frialdad, y cuando, tras nacer, crece más rápido

implica debilidad, una característica que, a su vez, tiene que ver con la vejez y la muerte.

De la misma manera, el que las mujeres tengan abundante sangre pesada y no ligera (como la que corre por las venas de los hombres) significa que son de naturaleza fría (negativa) y por eso segregan flujo menstrual en lugar de semen. En esta línea el filósofo griego afirma que las hembras tienen menos suturas cerebrales, menos dientes y mayor debilidad en sus huesos, con el argumento de que únicamente ellos deben estar preparados para la guerra (Gómez Rodríguez, 2019).

Para Aristóteles las mujeres son inferiores a los hombres tanto física como psicológicamente, y, para intentar demostrarlo, recurre a la anatomía de ambos sexos argumentando que ellas, sea como sea, siempre son negativas, *ergo* inferiores. Así, relaciona el miedo y la cobardía, dos características atribuidas a las mujeres, con la frialdad en el cuerpo.

Otra de las razones que demuestran las ideas sexistas y misóginas que se plasman en los textos de las obras aristotélicas es la necesidad de que los hijos se parezcan a los padres y no a las madres. Ello nos permite apreciar la concepción de que las mujeres son una malformación natural, de modo que su nacimiento, aunque sea imprescindible para preservar la especie, debe evitarse. El filósofo griego recurre a las teorías hipocráticas para explicar cómo la madre tiene un papel más activo que el padre en el nacimiento de una niña, argumentando que la parte paciente (femenina) se aleja de la parte agente (masculina) tomando la primera el mando. Pero no reconoce la capacidad activa de la madre en el nacimiento de una niña, sino que afirma que se trata de un error de la parte masculina, con lo que consigue dar una visión peligrosa de las mujeres frente a la percepción excelente y benévola de los hombres (Delgado Castillo, 2011).

Aristóteles considera obvio y natural que en el género humano existan dos sexos, pero no concibe que ambos puedan dar forma, sino que debe existir una oposición dicotómica que permita menospreciar la especificidad femenina frente a la masculina. En esta línea, solo el hombre es capaz de dar vida haciendo del esperma el principio que transmite el alma. La mujer, por su parte, siguiendo la tradición hesiódica, es un ser incapaz e imperfecto que se relaciona con la raza viril, y su procedencia, según las teorías biológicas de Semónides, se remonta a aquellos animales que Aristóteles considera negativos (por ejemplo, el cuco, que es frío, cobarde y tiene poco esperma).

La misoginia de las obras aristotélicas no tiene que ver con el temor a que la dominación de las mujeres acarree desgracias hacia los hombres, como sucede con

Pandora, sino más bien con la debilidad de los varones. En efecto, para el filósofo griego las mujeres son una especie de hombres incompletos, deformados y mutilados, pero, a diferencia de lo que sucede con Pandora, son corregibles.

De este modo recalca la importancia de los nacimientos masculinos frente a los femeninos, porque quiere evitar que nazcan hombres incompletos (mujeres). Este miedo a la inferioridad, debilidad y deformidad de la especie humana recuerda a las situaciones en que las Amazonas mutilan las extremidades de los hombres para que ellos se asemejen a ellas, es decir, a su monstruosidad física (feminidad); al igual que cuando se cortan los pechos para equipararse al cuerpo viril y ser guerreras óptimas (más masculinas).

En definitiva, el filósofo griego parte del origen social según el cual hombres y mujeres no pueden vivir separados, pero, a su vez, un sexo debe mandar y el otro debe obedecer. Este pensamiento implica igualdad (con intención biológico-teleológica) por un lado, y desigualdad (con intención política) por el otro. En este sentido, Aristóteles explica la inferioridad de las mujeres centrándose en una oposición radical entre sexos que probablemente surja de la introducción del ámbito privado-doméstico en el ámbito público-político en la Grecia del siglo IV a.C., lo que hizo que la diferenciación biológica, social y política entre hombres y mujeres se fortaleciese.

Así pues, el filósofo griego pretende fortalecer el “*genos*” del ser humano (masculino), de manera que coloca a las mujeres en la raza de los hombres, igual que Platón, marcando una diferenciación discriminativa y negativa hacia todo lo que es femenino, es decir, distinto al patrón perfecto e ideal (masculino). Además, no demuestra científicamente la razón biológica tan defendida por la que las mujeres son inferiores, esto es, su falta de calor, lo que pone de manifiesto una serie de pensamientos y teorías que, sin duda, perpetúan la misoginia y el sexismo propios de la Grecia clásica (Gómez Rodríguez, 2019).

1.3. LA CONCEPCIÓN ANATÓMICA, FISIOLÓGICA Y PATOLÓGICA DE LA FIGURA FEMENINA SEGÚN HIPÓCRATES Y GALENO

Considerando que el entorno sociocultural y político que viven tanto Hipócrates (Cos, 460 – Tesalia, 370 a.C.) como Galeno (Pérgamo, 129 – Roma, ca. 216 d.C.) está impregnado de pensamientos y actitudes misógino-sexistas, las investigaciones

científicas y médicas que desarrollan los mencionados autores parten de un patrón masculino que mantiene invisible y desconocida la anatomía femenina.

En efecto, el cuerpo de las mujeres se analiza exclusivamente para diagnosticar y tratar los problemas que dañan o afectan a la reproducción (esto es, la matriz, la fecundación, el embrión, el parto, etc.), generando la idea errónea de que cualquier dolencia que padezcan tiene su origen en el útero y en todo lo que está relacionado con él. En esta línea Galeno parte de la constitución anatómica diferencial entre los órganos masculinos y femeninos para justificar la inferioridad de la naturaleza femenina (Flemming, 2003).

Hipócrates escribe el tratado *Sobre las enfermedades de las mujeres*, que Galeno utiliza para desarrollar obras como *Sobre el semen* o *Sobre la fecundación de los fetos*. No obstante, a pesar de que el médico de Pérgamo habla en sus trabajos de las patologías que sufren las mujeres, no dedica ningún tratado, al igual que Hipócrates, al estudio de la fisiología y la patología femeninas de manera exclusiva (Moreno Rodríguez, 2013).

Muy influenciado por el estoicismo, el platonismo, el aristotelismo y el materialismo naturalista a la hora de estudiar las enfermedades que afectan tanto al cuerpo como al alma, Galeno aplica la experimentación y el empirismo puro en sus disecciones e investigaciones. Es posible observar una actitud más sexista en el análisis de las patológicas corpóreas que en el estudio de las enfermedades que afectan al alma (por ejemplo, el delirio, el letargo, la rabia o el amor desenfrenado, entre otras), las cuales pueden sufrir de forma semejante ambos sexos (Molina González, 2012).

Respecto al contenido del tratado hipocrático *Sobre las enfermedades de las mujeres*, es posible apreciar una concepción de la patología femenina que se estudia desde una perspectiva androcéntrica que pretende relegar a las mujeres de la ciencia, la historia y la cultura a través de la política, la división sexual del trabajo, la administración económica o la consideración social. Desde esta perspectiva el gineceo permite al sexo dominante controlar a las mujeres al mantener las diferentes relaciones de poder (Moreno Rodríguez, 1995).

En la mencionada obra Hipócrates afirma que el útero es la causa de todas las enfermedades femeninas, además de la amenorrea y la edad avanzada. No obstante, a pesar de considerar que las pacientes son más ignorantes y tozudas que los pacientes, reconoce la necesidad de que el médico diagnostique y diferencie correctamente las patologías que afectan a los hombres de las que repercuten en las mujeres.

Asimismo, ellas deben mantener relaciones sexuales a menudo para dar a luz lo antes posible y prevenir, consecuentemente, el desarrollo de enfermedades. Esa recomendación es intencionada y posibilita que las mujeres sean consideradas y actúen como objetos sexuales y reproductivos; es decir, es una manera de tenerlas controladas inculcándoles una serie de fines deterministas y estereotipados en la vida: tener hijos, cuidar de ellos y del hogar, lo que supone, a su vez, que quedan situadas en el ámbito doméstico y alejadas de la *polis*.

Tanto Hipócrates como Galeno consideran que los cuatro estados del cuerpo (calor y frío, humedad y sequedad) influyen en la fertilidad o esterilidad de las mujeres en relación con el nivel de la menstruación. Ello se debe a factores físicos como la edad o el tono de la piel: las mujeres blancas y jóvenes son las más húmedas y, por tanto, menstrúan más; a diferencia de las negras y de edad avanzada, que menstrúan menos. La patologización del ciclo de menstruaciones permite a Galeno discriminar las variadas manifestaciones del cuerpo femenino definiendo un modelo de mujer que debe convertirse en el objetivo de todas: ser blanca, joven y mantener relaciones sexuales solo con fines reproductivos para llegar a ser la mujer ideal, la madre y la esposa perfecta y la mejor ama de casa.

En tal sentido cabe mencionar la enfermedad mental de la histeria, etimológicamente procedente del griego "*hystéra*" (matriz), que está relacionada con un desorden de los hábitos que deben seguir las mujeres por su condición femenina naturalmente determinante (tener sexo solo con fines reproductivos y convertirse en la madre excelente). Según las tesis galénicas, la histeria es una patología mental que surge debido a un desorden somático relacionado con el útero, órgano que puede funcionar de manera incorrecta si las mujeres no practican buenos hábitos (Flemming, 2003).

En el tratado hipocrático *Epidemias* la menstruación se concibe como un mecanismo evacuatorio y defensivo, propio de la naturaleza femenina, que permite expulsar lo que el cuerpo no necesita ni asimila, y funciona igual que el proceso de cocción de los humores (bilis amarilla, bilis negra, flema y sangre). Así, la menstruación puede llegar a salvar la vida de mujeres enfermas cuando, por ejemplo, una doncella que padece delirio elimina heces verde-amarillentas (Sun, 2020).

Por otro lado, la amenorrea o ausencia de flujo menstrual es un fenómeno que también se trata en *Epidemias* como la causa de enfermedades e incluso de la muerte. Además, provoca la pérdida de la identidad femenina. En la citada obra se menciona el caso de Fetusa, una mujer que, tras marcharse su marido, no tuvo más menstruaciones,

padeció dolores y enrojecimiento en las articulaciones, su cuerpo se volvió viril e infértil, su voz enronqueció, y, finalmente, murió. Cabe mencionar también que el coito se considera un remedio para curar enfermedades flemáticas (Moreno Rodríguez, 1995).

Otro aspecto destacado en el citado tratado hipocrático es que las estaciones influyen en el desarrollo de enfermedades tanto en los hombres como en las mujeres.

Por su parte, Galeno propone tratamientos semejantes para ambos sexos a la hora de diagnosticar hemiplejías o parálisis de todo un lado del cuerpo. Así pues, *Epidemias* es una obra que contempla la posibilidad de que varones y mujeres puedan sufrir las mismas enfermedades.

El tratado de la Escuela griega de Cnidos *Sobre la naturaleza de la mujer* es una recopilación de la obra hipocrática *Sobre la naturaleza de las mujeres* y en él se explica que el útero es la única causa de enfermedad del cuerpo femenino; a diferencia de lo que se afirma en la obra de la Escuela de Cos, *Sobre la naturaleza del hombre*, en la que se tiene en cuenta que tanto las mujeres como los varones pueden sufrir patologías semejantes.

Una serie de factores influyen en el desarrollo del tratado cnidio *Sobre la naturaleza de la mujer*, tales como la profesionalización, la necesidad terapéutica y la existencia de roles sociales diferenciados. Esto supone que las mujeres deben permanecer en el ámbito doméstico con el fin de dedicarse a la reproducción, a cuidar a la descendencia y el hogar. Asimismo, han de dar a luz a hijos varones legítimos fecundando el feto en el lado derecho para evitar que nazca una niña, pues el feto se desarrolla en el lado izquierdo. Cabe resaltar que las niñas se convierten en mujeres cuando, tras el primer parto, expulsan una secreción vaginal durante el proceso obstétrico (Moreno Rodríguez, 1995).

Galeno escribe comentarios a las obras hipocráticas *Epidemias* y *Aforismos*, en las que la anatomía y la patología de las mujeres se estudian con una actitud discriminadora y sexista que las trata como objeto reproductivo y cuyas enfermedades giran en torno a la menstruación y al útero. El cuerpo femenino se diseña como un canal venoso que comunica al útero con las mamas.

En el libro III de la obra galénica *Las facultades naturales* se resalta que la menstruación es buena si los humores, las condiciones físicas y ambientales, las estaciones y las tres almas corpóreas (racional, irascible y concupiscible) se encuentran en equilibrio. Por su parte, los residuos (por ejemplo, la sangre) de la menstruación en el útero permiten que el feto nazca. La nutrición posnatal diseña un esquema corporal

femenino en el que la matriz se conecta con las mamas a través de un canal, produciendo leche. Galeno asegura que mantener relaciones sexuales con fines reproductivos es positivo en las mujeres, pero es imprescindible tener cuidado con el desarrollo inoportuno de los alimentos naturales que el cuerpo femenino genera; por ejemplo, la leche en las mamas debe aparecer después del parto.

Según las tesis galénicas del libro VI de *Epidemias*, la menstruación simboliza buena salud, pero debe acelerarse en caso de amenorrea o para evitar hinchazones en mujeres hidrópicas con flujo menstrual lento. Asimismo, se considera que si se le liga al padre el testículo derecho se desarrollará un feto femenino, mientras que si se hace al revés se generará un feto masculino (Flemming, 2003).

La diferenciación sexual dicotómica se ve también en la fecundación: el embrión femenino es más débil y húmedo que el masculino, siendo un motivo de sequedad el exceso de su contrario (humedad). Asimismo, para comprobar que una mujer era fértil se le colocaban pañuelos perfumados en la vagina. Por su parte, para verificar que estaba embarazada la paciente debía mostrar retortijones tras tomar miel disuelta en ayunas al acostarse. La mala alimentación provoca esterilidad y enfermedades ginecológicas relacionadas con el embarazo. Para Galeno la dieta es un factor esencial para conservar la salud, de manera que el embarazo se desarrolla correctamente no solo por los factores externos, sino también y, sobre todo, por los hábitos alimenticios, físicos, psicológicos y de sueño adecuados que sigue la madre (García Ballester, 2003).

El médico de Pérgamo diferencia de un modo estereotipado y sexista las cualidades de hombres y mujeres, igual que hace Aristóteles. Así el calor innato que los humanos tienen en el corazón posibilita que el “*pneūma*” o espíritu hegemónico (ubicado en el cerebro) desarrolle sus funciones intelectuales. Pero todo lo que tiene que ver con el calor, la racionalidad, la inteligencia y la hegemonía se relaciona con el hombre, mientras que la irracionalidad y la frialdad se identifican con la mujer. Lo mismo sucede con el lado derecho, que es positivo *ergo* masculino, a diferencia del lado izquierdo, que es negativo *ergo* femenino. En el comentario que Galeno hace a la obra hipocrática *Epidemias* destaca que el calor y la sequedad (propiedades positivas del varón) permiten que en el interior de la madre los niños se formen más rápidamente que las niñas; como ocurre con el hecho de que ellos tardan tres meses en moverse, mientras que ellas tardan cuatro meses.

En el libro V de la obra galénica *Sobre las doctrinas de Hipócrates y Platón*, el médico de Pérgamo utiliza las diferencias biológicas entre hombres y mujeres para

menospreciar las cualidades del sexo femenino: ellos son fuertes y superiores debido a su organismo cálido y seco, mientras que ellas son débiles e inferiores a causa de su organismo frío y húmedo. En este sentido la constitución anatómico-fisiológica influye en el desarrollo de enfermedades. En efecto, los climas cálidos desarrollan pieles secas y fuertes, frente a los climas fríos, donde hay personas blancas y débiles (Moreno Rodríguez, 1995).

En cuanto a las enfermedades del alma, Galeno, sirviéndose especialmente del estoicismo y del platonismo, relaciona el alma irracional (irascible y concupiscible) con las mujeres y el alma racional con los hombres. Las pasiones provocadas por el alma irracional (rabia, temor, vicios, etc.) se identifican con la feminidad y la parte oscura y corpórea del ser humano; pero estas patologías pueden afectar por igual a ambos sexos. Entonces, respecto a las enfermedades del alma, el sexismo galénico no está tan marcado precisamente porque los varones también pueden sufrir los males de la feminidad. No obstante, aunque las mujeres sean seres humanos, presentan un alma racional menos poderosa que las incapacita socialmente, lo que no es sino una manera de mantenerlas controladas y relegadas en el ámbito doméstico, como aparece en V, 557:

[...] Mujeres y hombres son iguales en cuanto a que son racionales, es decir, pueden adquirir conocimiento; pero en el punto en que el sexo masculino es más fuerte y superior en cada obra y aprendizaje, y las mujeres son más débiles e inferiores, en eso se diferencian [...].

(Sobre las doctrinas de Hipócrates y Platón: V, 557)

2. INVESTIGACIÓN SOBRE SESGOS Y ESTEREOTIPOS DE GÉNERO EN EL ÁMBITO SOCIOSANITARIO

2.1. SITUACIONES DE DESIGUALDAD EN EL ÁMBITO SOCIOSANITARIO

El presente Trabajo de Fin de Máster nace de la realización del Proyecto de Prácticas Externas II titulado *Sesgos y estereotipos de género en el ámbito sociosanitario actual: la influencia de las teorías médico-filosóficas de la Antigüedad griega*, un estudio a través del cual pretendíamos conocer la percepción social que el personal sanitario de Canarias tiene acerca de los estereotipos de género y las actitudes/comportamientos discriminantes observables en su entorno laboral.

El mencionado proyecto de investigación está estructurado en dos bloques principales: un primer marco teórico de contenido humanístico que refleja la concepción antropológico-biológica de las mujeres en la Grecia clásica según las teorías platónicas, aristotélicas, hipocráticas y galénicas, cuyo análisis ha sido utilizado y adaptado para elaborar el capítulo primero de este trabajo; un segundo marco teórico de contenido sociológico que contempla las situaciones de desigualdad y discriminación que de manera interseccional (por razones no solo de sexo y género, sino también de raza, clase social, sexualidad y discapacidad, entre otras) experimentan las personas en el ámbito sociosanitario; y un marco práctico, que comprende el apartado más importante del proyecto, y que está centrado en el análisis de los resultados de una encuesta que tiene como objetivo fundamental conocer el modo en que el personal sanitario de Canarias (en medicina, enfermería, especialidades diversas, y administración y servicios) percibe los sesgos y estereotipos de género presentes en su entorno profesional, así como las realidades discriminadoras o de desigualdad que reconoce y/o vive.

Considerando que la temática de nuestro trabajo está relacionada con la medicina y el modo en que el cuerpo de las mujeres se estudia y se trata, decidimos utilizar las teorías que los autores griegos Platón, Aristóteles, Hipócrates y Galeno exponen sobre la figura femenina desde una perspectiva especialmente antropológica.

Por este motivo, a pesar de tener en cuenta que los diálogos platónicos *La República* y *Las Leyes* presentan de una manera detallada el papel sociocultural y político que tienen las mujeres en el Estado ideal, en la obra *El Timeo* es posible analizar el pensamiento misógino-sexista según el cual la inferioridad y la debilidad de las mujeres

sirven para justificar las imperfecciones y las maldades del ser humano, cuyo modelo de perfección justa, bella y buena es masculino.

Aristóteles, por su parte, refuerza de un modo más acusado las características negativas del ser humano, que son las que poseen las mujeres. Dada la diferencia física y psicológica entre los sexos, el autor griego propone el restablecimiento de la propiedad privada y, con ello, del ámbito doméstico, tan criticados por Platón por ir estos en contra del bien común. No obstante, esta propuesta no beneficia a las mujeres, sino que las excluye del ámbito público y, por tanto, del poder y el éxito, dominados por los varones. Asimismo, establece entre hombres y mujeres una relación inequitativa en la que ellas ocupan una posición de subordinación, menosprecio, falta de libertad y de decisión, e inferioridad.

La concepción biológica de Aristóteles según la cual las mujeres son seres inferiores y débiles cuyo fin vital es únicamente la reproducción y el cuidado de la descendencia y del hogar se aprecia también en las teorías médicas de Hipócrates y, sobre todo, de Galeno, en cuyas obras el cuerpo y la mente de las mujeres son generalmente estudiados y tratados para atender patologías relacionadas con la matriz.

La influencia de las teorías médico-filosóficas de la Antigüedad griega en la actualidad sigue presente, aunque de un modo más sutil e implícito. Así, a pesar de que en el siglo XXI la mayoría de las personas se sienten libres a la hora de crear su propia identidad de género y sexualidad, sigue existiendo la idea de que las características femeninas, tales como la ternura, la emocionalidad, las relaciones interpersonales o el cuidado, esconden el estereotipo discriminador de la debilidad y la inferioridad, frente a las características masculinas, tales como la valentía, el liderazgo, la fortaleza o la capacidad empresarial, que suelen relacionarse con el éxito y la superioridad (Peiró, 2004).

El género, que de manera interseccional debe analizarse teniendo en cuenta factores como el sexo, la clase social, la edad, la etnia, la sexualidad, la situación económica, las condiciones ambientales e incluso la ideología política, influye de forma significativa en la salud de las personas y en el ámbito sociosanitario (tanto a nivel profesional como a nivel de atención sanitaria).

En esta línea es posible resaltar que los estereotipos, las actitudes, los comportamientos, las expectativas y los roles de género diferenciales entre hombres y mujeres dan lugar a que la ciencia, la medicina y la salud se encuentren sesgadas por el

patriarcado, encargado de desarrollar situaciones de desigualdad de oportunidades y discriminación, así como de perpetuar relaciones de poder entre las personas.

Las mujeres que trabajan en el ámbito sociosanitario y las pacientes son los colectivos que soportan en mayor medida las consecuencias, por un lado, de la invisibilidad, la falta de reconocimiento y el menosprecio de la figura femenina, y, por el otro, el hecho de que el androcentrismo imperante centre la investigación científico-médica del ser humano en un patrón anatómico-antropológico que desconoce y oculta las variadas realidades fisiológico-patológicas que desconoce y oculta las variadas realidades fisiológico-patológicas que experimenta la totalidad de la población.

En cuanto a la salud y el acceso a la atención médica, las mujeres viven situaciones de vulnerabilidad considerables debido a las siguientes circunstancias: la ablación a la que están sometidas muchas niñas procedentes de países subdesarrollados; el riesgo de que niñas, adolescentes y mujeres sean contagiadas de enfermedades de transmisión sexual por sufrir acoso o violación; la falta de protección anticonceptiva y de ayuda sanitaria durante los embarazos no deseados en Hispanoamérica, África, Asia y algunos países del este de Europa; la necesidad de enfrentar obstáculos para recibir atención sanitaria debido al bajo nivel de recursos económicos; y el desarrollo de patologías psicofísicas derivadas de actos de violencia sufridos dentro y fuera del entorno familiar (Castañeda Abascal, 2007).

Respecto a la investigación científico-médica, durante los años setenta-ochenta la consideración de que tanto los hombres como las mujeres pueden sufrir las mismas enfermedades cobra protagonismo, con la diferencia de que el sexo femenino puede verse afectado especialmente por malos hábitos de vida y trabajo excesivo. Ciertamente las mujeres, en comparación con los hombres, son quienes normalmente se encargan de conciliar el trabajo remunerado con las labores domésticas provocando, *ergo*, niveles de estrés que pueden desencadenar trastornos de ansiedad graves, perjudiciales para la calidad de vida y la salud (Borrell *et al.*, 2010).

Asimismo, a pesar de que la incorporación de las mujeres al mercado laboral y, por tanto, al ámbito público, ha ido aumentando de modo progresivo de tal manera que han llegado a ocupar puestos de dirección y liderazgo, todavía son ellas quienes en gran medida se encargan de cuidar del hogar, de la descendencia, y de personas dependientes.

Los varones, por su parte, participan activamente en las tareas familiares, pero la corresponsabilidad entre la labor profesional (remunerada) y la labor no remunerada es

un objetivo que todavía se encuentra en fase de desarrollo: aún no se han conseguido condiciones verdaderamente efectivas de igualdad de género en la convivencia.

En lo que compete al entorno profesional sociosanitario, existen niveles de desigualdad de oportunidades entre mujeres y hombres, así como situaciones discriminatorias que están enriquecidas por fenómenos como la segregación horizontal, la segregación vertical, el techo de cristal y la brecha salarial.

El ámbito sanitario está actualmente feminizado: más del 50% del personal médico son mujeres, pero en los puestos de responsabilidad solo constituyen el 20%. En medicina, además, permanece el estereotipo de género que encasilla a los hombres con el perfil de sanadores (esto es, médicos) y a las mujeres con el perfil de cuidadoras (es decir, enfermeras), perpetuando así relaciones de poder en las que ellos son considerados serios y adquieren un estatus de superioridad y reconocimiento frente a ellas, quienes muchas veces asumen el rol inferior de ayudantes de los profesionales, invisibilizándose así su trabajo y perdiendo la valoración y el prestigio que realmente merecen (García Calvente *et al.*, 2012).

En cuanto a la segregación horizontal, las médicas, quienes generalmente ejercen en especialidades como pediatría, ginecología o medicina familiar y comunitaria, entre otras, no tienen una presencia equitativa en cardiología quirúrgica, cirugía o traumatología; a pesar de que, por ejemplo, el número de cardiólogas es hoy en día elevado. Asimismo, cuando las mujeres ocupan puestos de alta responsabilidad en medicina deben enfrentar el techo de cristal. Los hombres normalmente no han de demostrar su valía y sus capacidades tanto como a ellas se les suele exigir.

La segregación vertical provoca, por su parte, que las mujeres ejerzan profesiones sanitarias más orientadas al cuidado debido a los estereotipos de género y al hecho de que normalmente las médicas, en comparación con los hombres, invierten más tiempo en el trabajo doméstico, en la atención a personas dependientes (menores y mayores) y a la maternidad. Cabe añadir que las mujeres suelen solicitar jornada parcial por la doble jornada (presencia), lo que favorece la brecha salarial (García Calvente *et al.*, 2004).

También podemos observar que en enfermería existe el estereotipo sexista que identifica a las mujeres como objetos de deseo sexual cuyo fin debe ser mantenerse bellas y atractivas para satisfacer a los varones. En esta línea, todavía hay situaciones en las que tanto pacientes como personal laboral se refieren a las enfermeras como “niñas” o “chicas”, hasta desprestigiar el trabajo que ellas desempeñan frente a los enfermeros, quienes son reconocidos como profesionales serios y respetados. No obstante, en

algunas ocasiones los trabajadores deben enfrentar el estereotipo del enfermero homosexual por el hecho de haber escogido una profesión sanitaria que tradicionalmente corresponde a las mujeres (García Bañón *et al.*, 2004).

En farmacia el sexismo no es tan visible como en medicina o en enfermería, pero sí existen estereotipos de género y situaciones discriminatorias en el ámbito laboral. Un estereotipo común tiene que ver con el hecho de que los y las pacientes prefieren ser atendidos y atendidas por profesionales farmacéuticos de su mismo sexo cuando consultan aspectos relacionados con la anatomía y la psicología masculinas o femeninas respectivamente, lo que supone que reciben así un trato de mayor cercanía y comodidad.

Por otro lado, cabe resaltar que el Consejo Superior de Colegios Oficiales de Farmacéuticos (debería emplearse un término más inclusivo: por ejemplo, Farmacia) presenta un total de trece presidentas de los cincuenta y dos puestos de responsabilidad, mientras que en los Consejos Superiores de Veterinaria y Fisioterapia no hay constancia de ninguna mujer que ejerza en la presidencia. Además, el sueldo de las farmacéuticas suele ser menor que el de los farmacéuticos porque normalmente ellos cubren mayor cantidad de guardias.

En relación con los estereotipos de género y las situaciones discriminatorias en el ámbito sociosanitario actual, debemos tener en cuenta para nuestro trabajo cómo repercuten en la salud de las mujeres las situaciones de desigualdad de oportunidades y discriminación derivadas de factores antropológicos, psicosomáticos, socioculturales, ideológicos, políticos, económicos y ambientales.

En esta línea, a causa de la doble presencia o de fenómenos como la segregación horizontal, la segregación vertical, el techo de cristal y la brecha salarial, las personas pueden sufrir elevados niveles de estrés, preocupaciones y otros malestares que pueden desencadenar psicopatologías como la ansiedad provocando, consecuentemente, enfermedades corporales graves (Matud *et al.*, 2012).

Dado que las mujeres presentan niveles de ansiedad más elevados que los hombres, es fundamental considerar factores sociodemográficos, genéticos y emocionales a la hora de estudiar por qué motivo un sexo padece el trastorno mental ansioso en mayor proporción que el otro. Los agentes socializadores (familia, escuela, relaciones sociales y medios de comunicación, entre otras) influyen de manera significativa en el desarrollo personal de cada ser humano, generando la perpetuación de roles y expectativas diferenciales.

En este sentido, además de afrontar la doble jornada y situaciones de desigualdad y discriminación no solo en el ámbito profesional, sino también en el resto de los ámbitos de la vida cotidiana, las mujeres, en comparación con los hombres, pueden padecer niveles de ansiedad más altos, entre otras razones, por el modo en que perciben y experimentan las emociones, por el hecho de que sus condiciones socioeconómicas suelen ser peores que las de los varones, y por el hecho de ser víctimas de violencia de género y acoso dentro y fuera del entorno familiar.

Así pues, las categorías de sexo y género, junto a variables como la edad, la etnia y el estatus socioeconómico, tienen un papel transversal imprescindible a la hora de investigar las causas por las cuales especialmente las mujeres sufren situaciones de desigualdad y discriminación, así como enfermedades cuyo diagnóstico y tratamiento parten de estudios científico-médicos centrados en un patrón androcéntrico que invisibiliza las variadas experiencias biopsicosociales de cada persona. Asimismo, el sexo y el género afectan a la vulnerabilidad biológica, la exposición a situaciones y condicionantes de riesgo, la experiencia de enfermedades y discapacidades diversas, y el acceso a los servicios médicos y de salud pública (Matud *et al.*, 2012).

2.2. ESTUDIO PRÁCTICO DE LAS SITUACIONES DE DESIGUALDAD EN EL ÁMBITO SOCIO SANITARIO

En cuanto al marco práctico del proyecto *Sesgos y estereotipos de género en el ámbito sociosanitario actual: la influencia de las teorías médico-filosóficas de la Antigüedad griega*, elaboramos a través de un formulario Google una encuesta¹ en la que participaron el personal médico (pediatría, ginecología, geriatría, cardiología y traumatología, entre otras especialidades) y de enfermería, así como profesionales de la farmacología, la psicología o la fisioterapia, y personal sanitario administrativo y de servicio de limpieza, estudiantes y pacientes.

El cuestionario, que tenía como objetivo conocer la percepción social de las personas participantes de la existencia de estereotipos de género y actitudes/comportamientos discriminatorios en el entorno laboral, está compuesto por un total de diez preguntas: seis cuestiones generales relacionadas con el sexo, la edad, la nacionalidad, el lugar de residencia, el nivel de estudios y la vinculación con el ámbito sociosanitario; un

¹ El enlace al cuestionario online es el siguiente: <https://cutt.ly/doen0mJ>.

apartado que compilaba quince enunciados mediante los cuales pretendíamos acercarnos a la realidad que experimenta el personal seleccionado en el espacio profesional sanitario, así como descubrir el nivel de situaciones desiguales, especialmente por razón de sexo/género, que soportan y/u observan los sujetos participantes²; dos cuestiones no obligatorias centradas, por un lado, en conocer qué estereotipos y situaciones discriminatorias están presentes en el ámbito profesional de las personas encuestadas, y, por el otro, en investigar cuáles eran las actuaciones y las políticas de igualdad que dichas personas proponían para erradicar la desigualdad y las actitudes opresivas en el entorno sanitario; y un pequeño apartado, que también era opcional, en el que se solicitaba a los sujetos participantes datos como el nombre y los apellidos, el correo electrónico, el puesto laboral y el centro sanitario para que, una vez obtenidos los resultados, las personas interesadas recibieran un informe de las respuestas desglosadas en gráficos³.

Antes de difundir el cuestionario Google procedimos a seleccionar una serie de hospitales y centros médicos públicos y privados de la comunidad autónoma de Canarias. Concretamente, cinco hospitales y centros médicos públicos en la isla de Tenerife, un hospital en El Hierro, en La Palma y en La Gomera, tres hospitales en Gran Canaria y uno en Fuerteventura y en Lanzarote; asimismo, escogimos diez centros médicos privados en Tenerife y siete en Gran Canaria⁴.

A continuación contactamos con los diferentes servicios sanitarios seleccionados para enviarles un correo electrónico junto a una carta de solicitud de colaboración con la encuesta y el enlace correspondiente. No obstante, al ver que la retroalimentación por parte de los hospitales y centros médicos resultó ser ínfima, decidimos utilizar las redes sociales (Twitter, Facebook e Instagram) para aumentar la difusión del cuestionario. Finalmente, WhatsApp se convierte en la aplicación móvil que mayor divulgación

² Este bloque de la encuesta, con el que utilizamos la técnica de investigación cualitativa, está formado por quince enunciados estructurados de la siguiente manera: tres afirmaciones que favorecen a las mujeres y tres enunciados que favorecen a los hombres; dos afirmaciones que discriminan a las mujeres y dos enunciados que discriminan a los hombres; y cinco afirmaciones que defienden la equidad y la igualdad de oportunidades entre ambos sexos. Para las respuestas empleamos la escala psicométrica de Likert, a partir de la cual se ofrecen cinco opciones posibles que van de un nivel de acuerdo menor (desde 1) a un grado de acuerdo mayor (hasta 5).

³ Cabe destacar que, al principio de la encuesta, que llevaba por título el nombre del proyecto, se muestra una pequeña presentación del trabajo de investigación en la que se agradecía la colaboración de las personas participantes y se señalaba la anonimidad de la encuesta y la rapidez a la hora de realizarla.

⁴ Seleccionamos un total de treinta centros sanitarios distintos en Canarias: trece hospitales/centros médicos públicos en las siete islas, y diecisiete centros médicos privados en las islas capitalinas. El nombre de los diversos hospitales y centros sanitarios de carácter público y privado serán expuestos en los Anexos.

posibilita, lo que nos permitió contar con un total de setenta y cuatro participantes en la encuesta.

Respecto a los resultados del cuestionario, en primer lugar, analizamos en imágenes gráficas la relación entre el sexo y el resto de las categorías aplicadas a la investigación, esto es, la edad, la nacionalidad/lugar de residencia, el nivel de estudios y la vinculación con el ámbito sociosanitario. Posteriormente, en relación con el sexo y la vinculación con el ámbito sociosanitario, desarrollamos el análisis detallado de los quince enunciados sobre estereotipos de género y actitudes opresivas en el espacio profesional.

En la encuesta participó un total de cincuenta y dos mujeres (70,3%), veintinueve hombres (28,4%) y una persona que decide no responder a la cuestión sobre el sexo (1,3%), hecho que demuestra que en Canarias la profesión sanitaria está feminizada. Las personas participantes tenían edades comprendidas, sobre todo, entre los dieciocho y los cincuenta años. Respecto al lugar de residencia, la mayoría de los sujetos vive en Tenerife (cuarenta y siete, de los cuales treinta y cinco son mujeres), mientras que el resto habita en Gran Canaria (diez mujeres, nueve hombres y una persona de sexo no identificado) y en Lanzarote (donde la presencia es exclusivamente femenina, con siete mujeres).

Los estudios que poseen las personas participantes son, sobre todo, universitarios (89,2%, 66), ocupando el porcentaje de 10,8% (8) la Formación Profesional. En cuanto a las profesiones, medicina ocupa el 25,6% (19) habiendo representatividad (igualdad) entre hombres (9) y mujeres (9); la persona de sexo no identificado también es profesional de medicina. Enfermería no solo ocupa el porcentaje más alto de participación (32,4%, 24), sino que, además, manifiesta el número de mujeres más elevado (20). Por su parte, el grupo de especialidades sanitarias (farmacia, psicología y fisioterapia) representa, al igual que en medicina, el 25,6%, pero en este caso el porcentaje femenino es superior (73,6%, 14). Por último, el grupo de personal administrativo, de servicios y pacientes manifiesta el porcentaje más bajo (16,2%, 12), representando las mujeres el 75% (9) en la mencionada categoría.

Respecto a los resultados y al análisis de estos con perspectiva de género⁵, cabe señalar que los y las participantes muestran, según sus consideraciones y opiniones, una

⁵ En los Anexos, además de la selección de los hospitales y los centros médicos de Canarias, adjuntamos ocho imágenes gráficas que informan de manera detallada sobre los resultados estadísticos obtenidos de la encuesta, esto es, la relación entre el sexo y el resto de las categorías aplicadas al cuestionario (edad, nacionalidad/lugar de residencia, nivel de estudios y profesión sanitaria), así como el grado de conformidad/disconformidad y las opiniones de las mujeres y los hombres de los distintos grupos

actitud positiva ante la igualdad de oportunidades y la equidad de género. Las categorías de sexo y profesión (vinculación con el ámbito sociosanitario) han sido esenciales para obtener unos resultados adecuados para nuestro tema de investigación.

En efecto, el sexo y la ocupación nos han permitido conocer qué grado de diferencia de opiniones existe entre mujeres y hombres de profesiones sociosanitarias distintas. Así, por ejemplo, el personal administrativo y de servicios masculino ha sido el que, curiosamente, ha mostrado un porcentaje de disconformidad superior en los diez primeros enunciados⁶ (que denotan actitudes y comportamientos discriminatorios para ambos sexos), mientras que en los cinco últimos (los cuales favorecen la igualdad, la equidad y la corresponsabilidad) los trabajadores de este grupo han sido quienes han manifestado un nivel de acuerdo más elevado. Esta realidad supone el hecho de que los hombres son perfectamente conscientes de las situaciones discriminatorias que por razón de sexo y género se producen no solo en los ámbitos laborales, sino también fuera de los mismos. Además, en muchas ocasiones ellos también son víctimas al no encajar en los parámetros que el patriarcado les atribuye.

En medicina sucede que las mujeres son quienes expresan un grado de disconformidad mayor en las diez primeras afirmaciones (excepto en la novena y en la décima), siendo también ellas quienes manifiestan un nivel de conformidad superior en

sanitarios (medicina, enfermería, especialidades sanitarias, y personal de administración y servicios) con respecto a los quince enunciados referentes a realidades discriminatorias en el entorno profesional sanitario y la igualdad de oportunidades entre hombres y mujeres. Añadimos también en los Anexos el cálculo estadístico realizado a la hora de desglosar las respuestas, diseñar los gráficos y analizar los porcentajes.

⁶ Los enunciados referentes al apartado séptimo del cuestionario son los siguientes: 1. Es recomendable que en las clínicas, hospitales y centros médicos haya mayor número de médicas que de médicos; 2. Los investigadores tienen un papel más decisivo que las investigadoras a la hora de hallar una cura efectiva para las enfermedades; 3. Las mujeres presentan unas características psicofísicas y emocionales más adecuadas para la labor de enfermería; 4. Los médicos tienen más tacto que las médicas cuando deben informar a pacientes acerca de la gravedad de una enfermedad; 5. Es preferible que para una higiene más adecuada el personal de limpieza sea principalmente femenino; 6. La especialidad médica de traumatología cuenta con un mayor número de médicos que de médicas porque se requiere de técnica, inteligencia y fuerza; 7. Las especialidades médicas de pediatría y ginecología son ocupadas en mayor número por médicas porque se adecúan más al perfil psicofísico y emocional de las mujeres; 8. Las cardiólogas realizan operaciones quirúrgicas menos efectivas que las que llevan a cabo los cardiólogos; 9. Las mujeres que conviven con sus descendientes y/o progenitores/as deben trabajar a tiempo parcial para invertir parte de su tiempo total al cuidado de la familia y del hogar, como les corresponde; 10. En el campo de la medicina las doctoras deberían ocupar más puestos de responsabilidad que los doctores; 11. La situación actual de pandemia ha causado que se valoren más las labores de cuidado y las tareas domésticas para preservar la vida; 12. Es positivo que en el día a día tanto los hombres como las mujeres dediquen un tiempo equitativo al cuidado del hogar y de personas dependientes; 13. La economía estatal debería hacer una inversión mayor en atención e investigación sociosanitaria, así como en educación; 14. Factores socioculturales como el género, la nacionalidad, la posición social, la orientación sexual, etc. no deberían influir en la perpetuación de actitudes y comportamientos discriminatorios que se producen en el ámbito sociosanitario, y 15. Las investigaciones sociosanitarias pueden perder calidad y rigor científico si se ven influenciadas por ideas, pensamientos y actitudes sexistas, xenófobas, homófobas o clasistas.

las cinco últimas. Recordamos que la cuestión novena hace referencia a la doble jornada para las mujeres, mientras que la cuestión décima hace referencia al mayor número de doctoras en los centros sanitarios.

En enfermería las mujeres manifiestan un grado de disconformidad en los primeros diez enunciados, excepto en las afirmaciones tercera (feminización de la enfermería) y séptima (feminización de pediatría y ginecología), donde los hombres presentan un grado de desacuerdo mayor. En las últimas cuestiones tanto enfermeras como enfermeros presentan un grado de conformidad elevado, pero el nivel de acuerdo de ellos es superior en todos los cinco enunciados finales (exceptuando la decimoquinta, pérdida de calidad y rigor científico por la discriminación interseccional).

Los resultados del grupo de especialidades sanitarias son bastante diferentes a los del resto. Así, las mujeres presentan un porcentaje de disconformidad superior en las primeras cuestiones (excepto en la quinta, la séptima, la octava y la novena), mientras que los hombres muestran un porcentaje de conformidad superior en las últimas (excepto en la undécima, donde precisamente el nivel de acuerdo es predominante, pero no tan alto como en las otras afirmaciones). Recordamos que las cuestiones mencionadas hacen referencia a: preferencia por la labor de limpieza femenina (5), feminización de pediatría y ginecología (7), mejor valoración del trabajo de los cardiólogos que de las cardiólogas (8), doble jornada para las mujeres (9), y valoración positiva de las tareas domésticas a causa de la pandemia (11).

La información encontrada sobre los sesgos y estereotipos de género en el ámbito sociosanitario, gracias a los estudios de autoras como Borrell (2010), García Calvente (2004) o Peiró (2004), entre otras, coincide en gran parte con las consideraciones y argumentaciones que aportaron los/las encuestadas. Así, por ejemplo, cabe destacar los fenómenos de segregación horizontal y vertical según los cuales las mujeres se concentran en puestos de trabajo de bajos ingresos o tienen dificultades para ascender (entre otras razones, porque tras alcanzar un alto cargo normalmente deben demostrar su valía y sus capacidades con exigencias que no afrontan los hombres).

También son resaltables los estereotipos relacionados con la mujer-enfermera y el hombre-médico, que no contemplan la posibilidad de que ambos sexos puedan ocupar indistintamente una u otra profesión. Tanto los/las pacientes como el propio personal pueden actuar de manera opresiva y discriminatoria con las enfermeras (reciben un trato peyorativo e incluso sufren acoso, o no son valoradas ni reconocidas profesionalmente por el hecho de ser mujeres) y con las médicas (si ellas toman decisiones importantes se

las considera arrogantes o antipáticas, pero si ellos toman el mando son valorados positivamente). En este sentido sigue vigente la identificación del hombre con el liderazgo, la iniciativa, la organización y la frialdad, y la identificación de la mujer con la afectividad, el tacto, la sensibilidad y el cuidado, lo que da lugar a la suposición de que las personas tienen que ocupar una u otra profesión según su sexo.

Los estereotipos de género atribuidos a las mujeres colocan en algunas ocasiones a las trabajadoras en una situación de desigualdad, subordinación e inferioridad respecto a los trabajadores, una realidad que, a pesar de no ser tan explícita como en la Grecia clásica, pervive de una manera sutil. Asimismo, factores como, sobre todo, la clase social (prestigio social y económico según la jerarquía del puesto de trabajo), además del género, influyen de manera negativa a la hora de perpetuar estereotipos, actitudes y comportamientos discriminatorios diversos.

Respecto a las políticas de igualdad, las personas encuestadas aportan propuestas variadas y positivas entre las que destacamos las siguientes: en primer lugar, la educación desde todas las edades y en todos los ámbitos (social, familiar, político, cultural, etc.) parece ser la solución más repetida y, sin duda, la más efectiva. No obstante, las acciones educativas (formación, reformatión e información) deben inculcarse partiendo de la motivación de la ciudadanía a través de seguimientos y, sobre todo, de prácticas reales (eliminación de estereotipos y actitudes sexistas, apreciación de la igualdad de oportunidades y la equidad de género) tanto dentro como fuera del ámbito profesional. En segundo lugar, y en relación con la propuesta anterior, sería sumamente enriquecedor promover cursos, charlas, congresos y ayudas para que las mujeres ocupen equitativamente y en igualdad de condiciones altos cargos de responsabilidad.

3. MUJERES Y MEDICINA: DIAGNÓSTICOS Y TRATAMIENTOS PARA LA ANSIEDAD

Como hemos comentado anteriormente, a la hora de estudiar las enfermedades que padece el ser humano resulta esencial tener en cuenta que cada persona posee características y vive experiencias biopsicosociales distintas. En esta línea, considerar las diferencias entre hombres y mujeres en lo que al cuerpo humano se refiere es imprescindible para evitar, entre otros desastres, diagnósticos erróneos, procesos medicalizados que empeoran una enfermedad generando nuevas patologías, así como investigaciones científicas y prácticas médicas que solo valoran pruebas realizadas con roedores macho, obviando e invisibilizando las pruebas que deberían llevarse a cabo con roedores hembra y olvidando, por tanto, el cuerpo de las mujeres (Valls Llobet, 2020).

A pesar de que todavía es necesario seguir luchando para conseguir una ciencia médica que visibilice de manera equitativa, efectiva y real las diferencias anatómico-fisiológicas entre los sexos, las mujeres tienen afortunadamente acceso a una información que les permite conocer su cuerpo, sus necesidades y sus deseos, para así controlar su salud y decidir sobre ella.

En efecto, ahora las mujeres saben que enferman por una serie de factores que son la consecuencia del patriarcado: la doble jornada que las esclaviza minimizando el tiempo de ocio que merecen, de manera equitativa, con respecto a los hombres; los actos de violencia cotidiana normalizados; o los productos cosméticos y tóxicos que ellas utilizan en mayor medida para preservar su belleza y agradar al otro (el patrón masculino). Las experiencias de ansiedad y malestar que viven las mujeres evidencian que no son históricas a causa de la biología, sino porque el sistema androcéntrico de la sociedad actual está basado en la dominación sexual y de clase (Ehrenreich, 2010).

El hecho de dar a conocer la morbilidad y la mortalidad diferenciales entre hombres y mujeres posibilita una transformación en la percepción que las personas tienen de su cuerpo y su salud, así como el desarrollo de una relación equitativa entre profesionales y pacientes cuando solicitan atención sanitaria.

La inclusión de la perspectiva de género en la investigación médica ha mostrado que los síntomas de las mujeres permanecen encubiertos como demandas psicosomáticas o problemas psicológicos, pues en muchas ocasiones los/las profesionales recetan psicofármacos en la primera visita de las mujeres sin que anteriormente haya una

exploración de su sintomatología. Esta praxis médica sesgada hace que ellas acaben dudando de sus propios malestares y de su propia salud, lo que las lleva a solicitar atención sanitaria de manera desesperada (García Calvente *et al.*, 2012).

Con el fin de que las investigaciones de los problemas que plantean las mujeres sean verdaderamente objetivas es necesario que exista una ciencia médica de la diferencia sexual que considere la interacción entre la cultura, el medio ambiente y la psicología, así como las condiciones de vida y trabajo, a la hora de estudiar la nosología psicosomática de las mujeres. Los estereotipos de género que impiden la visibilidad de las diferencias en los condicionantes de la salud entre los sexos son, entre otros: el ocultamiento de los problemas de salud que sufren las mujeres, la existencia de errores cometidos en el diagnóstico de patologías, la realización de exploraciones ineficaces, y la recomendación de tratamientos que causan enfermedades o aceleran las patologías que en un inicio se pretendían sanar.

Así pues, tener en cuenta el sexo y el género en la teoría y práctica médicas da lugar a un cambio de actitud y de mentalidad en los y las profesionales sanitarias con la finalidad de que, entre otros aspectos, las mujeres reciban un trato adecuado y coherente con sus características biopsicosociales, impidiendo que se medicalicen procesos fisiológicos naturales como la menstruación, el embarazo, el parto o la menopausia, considerando, por ejemplo, la relación existente entre ciclo menstrual y enfermedades autoinmunes, y alcanzando, por consiguiente, una calidad de vida y salud que aprecie necesidades y deseos libres (Valls Llobet, 2020).

3.1. LAS IMPOSICIONES Y MANIPULACIONES SOCIOCULTURALES Y SUS CONSECUENCIAS PARA LA SALUD MENTAL DE LAS MUJERES

La salud mental del ser humano depende de aspectos esenciales como la autoestima, el desarrollo de pensamientos y sentimientos positivos que nos permitan ser conscientes de las dificultades vitales a la hora de cumplir deseos y expectativas teniendo, a su vez, la capacidad de adaptarnos a un mundo complejo. El desarrollo de la subjetividad puede resultar armonioso y beneficioso o perjudicial para la salud mental de las personas dependiendo del modo en que la familia, el entorno, la etnia y las creencias religiosas influyan en la propia construcción identitaria. Así, el hecho de imponer el cumplimiento de unas normas sociales centradas en seguir un patrón único que elimina la autoestima y

el valor intrínseco de cada persona hasta el punto de generar sentimientos de culpa innecesarios resulta altamente dañino para la salud, tanto mental como física.

En esta línea, podemos considerar la definición de locura, según la cual los seres humanos se convierten en enfermos mentales desde el momento en que deciden por sí mismos, construyendo de manera libre su identidad de género, sus valores y sus ideologías socioculturales, políticas y económicas. Colectivos como los homosexuales, las lesbianas, los disidentes políticos o las mujeres son considerados locos por presentar características biológicas, psicológicas y sociales que se alejan del modelo androcéntrico-patriarcal.

Los trastornos de ansiedad y angustia que sufren las mujeres en la actualidad están relacionados íntimamente con las condiciones de vida y trabajo que deben afrontar por el papel de eternas cuidadoras que les atribuye el sistema dominante atendiendo al sexo. Del mismo modo que la sintomatología somática que ellas padecen permanece invisibilizada, las psicopatologías como la ansiedad o la depresión, que permiten al patriarcado definir a la figura femenina como *histérica*, no son verdaderamente exploradas ni analizadas, lo que genera un exceso de medicalización basado en recetar ansiolíticos y antidepresivos cuyo efecto acaba empeorando la salud (Valls Llobet, 2009).

Podríamos considerar entonces que el proceso de medicalización innecesario que normalizan las mujeres es una forma de controlar a todas aquellas personas que por razones biopsicosociales diversas están en contra del sistema masculino imperante, creando así una población jerarquizada y relaciones de poder desiguales. Así lo expresa Foucault (1989) en su obra *El nacimiento de la clínica. Una arqueología de la mirada médica*:

Se puede demostrar que la medicalización de la locura, es decir, la organización de un saber médico alrededor de individuos designados como locos, ha estado unida a una serie de procesos sociales y de orden económico en un momento dado, pero también a instituciones y a prácticas de poder.
(Valls Llobet, 2020, p. 19).

La autonomía personal debe partir del desarrollo de la identidad propia desde la afectividad, la capacidad de decidir cómo pensar, sentir, ser y actuar sin la necesidad de buscar la aprobación de la mirada del otro (esto es, del sistema dominante), sin necesidad de imitar modelos y normas que oprimen la diversidad biopsicosocial del ser

humano. Alcanzar la perfecta salud mental requiere de un proceso de deconstrucción de la ciencia médica, de la atención a los/las pacientes por parte de profesionales sanitarios, y de un cambio de actitud respecto a una perspectiva equitativa y tolerante que contemple y respete el desarrollo personal libre de cada individuo/a.

Tras el final de las poblaciones nómadas y el consiguiente inicio de la división sexual del trabajo, las mujeres se convierten en posesiones de los hombres que dedican su vida al cuidado del hogar y de la descendencia. Esta situación causa el comienzo del sistema patriarcal, en el que las mujeres están constantemente al servicio de los varones al mismo tiempo que se las considera como seres inferiores y secundarios cuyos criterios y deseos propios resultan invisibles (Valls Llobet, 2020, p. 25). Desde la antropología de género estudios recientes, como el de Carolina Martínez Pulido “La revolución de la cuerda” o... están poniendo en entredicho el estereotipo del hombre cazador y la mujer recolectora, entre otros, lo que pone de manifiesto, una vez más, la necesidad de deconstruir y desenmascarar los mecanismos utilizados por el patriarcado para continuar situando a las mujeres en el mismo lugar – siempre inferior- a pesar del tiempo transcurrido desde las primeras teorizaciones sobre ello.

En esta línea, la agresión a la salud mental de las mujeres surge con el ataque directo hacia su autoestima, normalizando la discriminación, la subordinación ante las decisiones de la figura masculina, la descalificación, el rechazo, e incluso el repudio, cuando la vejez hace que los hombres sustituyan a las mujeres ancianas por aquellas que son más jóvenes. La dependencia de la mirada del sistema androcéntrico por la cual las mujeres están oprimidas, principalmente por razón de género, culmina con la violencia psicológica y física. Desde el momento en que las mujeres interiorizan el desprecio y la desvalorización por parte de los demás acaban siendo invisibles para la sociedad y para ellas mismas, como expresa Lagarde de los Ríos (1996):

Conformadas como “seres-para-otros”, las mujeres depositamos la autoestima en “los otros” y, en menor medida, en nuestras capacidades. La cultura y las cotas sociales del mundo patriarcal hacen mella en nosotras al colocarnos en posición de seres inferiores y secundarios, bajo el dominio de hombres e instituciones, y al definirnos como incompletas.

(Valls Llobet, 2020, p. 24)

El poder económico se convierte en una forma de controlar, subordinar y de atarlas a las preferencias y deseos masculinos, eliminando sus deseos y sus ganas de libertad. En

la Edad Media y, concretamente, en el momento de esplendor de los trovadores, surge la necesidad de que las mujeres dependan de los hombres ya no solo en el terreno económico, sino también en el terreno amoroso. Puesto que únicamente las mujeres de la realeza o la aristocracia pueden acceder a cierto nivel de autonomía política y económica, ellas empiezan a sentirse vivas y útiles con el amor y el afecto tanto hacia la descendencia como hacia sus maridos, hasta el punto de creer que la manera correcta y perfecta de amar solo se consigue fusionando su amor con el hombre amado y cumpliendo todos sus deseos.

En la actualidad las novelas y las películas (generalmente creadas por mentalidades patriarcales) impregnadas del mensaje del amor romántico dañan el crecimiento personal y la salud mental de las mujeres, pues terminan pensando que si luchan por su independencia y por un futuro profesional que cumpla con sus deseos y expectativas no podrán alcanzar una relación amorosa profunda y completa (Valls Llobet, 2009).

Enfermedades como la psicosis, la ansiedad o la depresión pueden tener una causa biológica (falta de determinados receptores) o hereditaria, con la probabilidad de que afecten por igual tanto a mujeres como a hombres. En la mayoría de los casos la ansiedad y la depresión esconden condiciones de vida y de trabajo opresoras, pobreza y ausencia de autonomía personal y libertad, situaciones que generalmente viven las mujeres.

Teniendo en cuenta la falta de objetividad en la medicina y en la ciencia, se cometen errores, por ejemplo, a la hora de tratar problemas psicológicos como si fueran graves depresiones, o al no relacionar las carencias metabólicas de patologías endocrinas y tiroideas con afectaciones biológicas de los neurotransmisores (Valls Llobet, 2020, p. 26).

El malestar y el estrés que padecen las mujeres se analizan como un problema que depende de su falta de organización, lo que fortalece la mentalidad patriarcal según la cual ellas deben encargarse de conciliar las labores doméstico-familiares no remuneradas con el trabajo profesional, olvidando que los hombres, como seres que se benefician de los resultados del trabajo no remunerado, también deberían participar.

A su vez, si atendemos al estereotipo de género sobre la pasividad femenina, permanece latente el pensamiento según el cual las mujeres no tienen derecho a expresar su rabia y su agresividad, lo que genera el desarrollo de trastornos ansioso-depresivos. El tratamiento de sedantes y ansiolíticos ante los problemas de estrés y de ansiedad (debido principalmente a la doble presencia y a la falta de tiempo y ocio

propios) que padecen las mujeres parece ser una forma de mantenerlas calladas, evitando así su rebeldía y su inconformismo, y limitando su libertad.

Muchas de ellas no saben reconocer sus propias sensaciones y malestares psicofísicos hasta el punto de no poder establecer una conexión entre sus dolores y los medicamentos que toman. Desde la Grecia clásica hasta la actualidad el sistema patriarcal ha modificado el sentido y el valor intrínseco de las experiencias del cuerpo con el fin de controlarlo y dominarlo. Para llevar a cabo el objetivo con el que pretende invisibilizar las experiencias corporales de las personas, el patriarcado ha propuesto la existencia de dos entidades antagónicas y jerarquizadas: el cuerpo y el alma, el primero como inferior y la segunda como superior (Rivera Garretas, 2005).

La dualidad entre cuerpo y alma (mente) y la concepción de que ambas entidades mantienen una relación independiente y dicotómica, un pensamiento parecido a la visión diferencial entre hombres y mujeres, ha generado la idea equívoca de que los psicofármacos solucionan las patologías mentales sin entender las verdaderas causas de la somatización de las agresiones psicológicas y sociales que el cuerpo sufre. La somatización, una transformación involuntaria de los problemas psíquicos en síntomas orgánicos (síntomas como dolores estomacales o migraña), es el inconsciente del cuerpo, pues, a pesar de que este no tenga voz propia (al igual que las mujeres) manifiesta sus dolencias y sus experiencias (Valls Llobet, 2009).

La naturalización de la diferencia sexual según sus estereotipos, la fragmentación de la experiencia y el cuerpo y la conversión en objeto constituyen los pilares mediante los cuales el patriarcado enmarca las estructuras de su poder sobre los cuerpos femeninos (Pastor, 2004, p. 223). Muchas mujeres no solo no reconocen sus propios síntomas, sino que, además, acuden de manera espontánea a varios especialistas creyendo que cada dolor que sienten en partes distintas de su cuerpo tiene su origen en causas diversas, de manera que, al abusar de la derivación al especialista, contribuyen inconscientemente a la fragmentación del cuerpo femenino (Valls Llobet, 2020, p. 29).

La constante sensación de culpa y el deseo de perfección para recibir la aceptación y el amor de las personas que las rodean tienen su origen en la misoginia de las mitologías y religiones antiguas, cuyas ideologías, centradas en justificar la superioridad del hombre sobre la mujer, permanecen en la actualidad. De esta forma la subjetividad femenina se ha ido construyendo desde la prohibición y no desde los deseos y las verdaderas vivencias de las mujeres, y así se evidencia que la necesidad de perfección

en las diversas tareas realizadas por ellas las cosifica y agrede constantemente su salud mental, como expresa González de Chávez Fernández (1998):

El “sincretismo de género” nos obliga a movernos entre lo público y lo privado, entre la tradición y la modernidad, con algunos poderes y derechos limitados y, al mismo tiempo, con déficit y brechas sociales. La autoestima femenina derivada de este sincretismo genérico se caracteriza en parte por la desvalorización, la inseguridad, el temor, la desconfianza en una misma, la timidez, el autoboicot y la dependencia vital respecto de los “otros”. Y también por la sobreexaltación y la sobrevaloración en el cumplimiento de la cosificación enajenante, de la competencia rival o de la adaptación maleable. (Valls Llobet, 2020, p. 30)

La mayoría de las mujeres deben pasar por períodos repetidos de escisión vital, pues se enfrentan a contradicciones externas e internas relacionadas con la sensación de culpa debido a su condición femenina, por la cual se ven obligadas a satisfacer a los demás ejerciendo de supermujeres perfectas a tiempo completo (madres, cuidadoras y profesionales) y olvidando que necesitan cumplir sus propios deseos y libertades.

Esta realidad, por la cual se sienten inestables, experimentando cambios en sus estados de ánimo y en el modo en que se perciben a sí mismas, ataca su autoestima hasta el punto de sucumbir y destruirse, y así se las diagnostica erróneamente de ansiedad, depresión o neurastenia⁷.

Los esfuerzos constantes de las mujeres para desarrollar su subjetividad y completar de manera libre su currículum personal, académico y profesional, se encuentran invadidos en cada momento por las exigencias que el sistema patriarcal impone y la conciencia de que el entorno familiar, laboral, sociocultural y político perpetúa la imagen sexista de la figura femenina, que arrastra la consideración de ser inferior, poco inteligente e interesante con la consiguiente invisibilidad y falta de reconocimiento; todo ello acaba afectando de manera negativa a su salud mental.

La astenia⁸, causada por la culpabilidad al invertir tiempo en sí mismas o al no ejercer de madres y esposas perfectas, genera el sentimiento de que sus vidas están condenadas a no superar los obstáculos que deben atravesar por razón de su sexo y

⁷ Según la Real Academia Española, la neurastenia (de “neuro-” y “astenia”) hace referencia al trastorno funcional afectivo atribuido a la debilidad del sistema nervioso.

⁸ Procedente del vocablo griego “ἀσθένεια” (“*asthénia*”), cuyo significado es “debilidad”. La astenia es la falta o decaimiento de fuerzas caracterizado por apatía, fatiga física o ausencia de iniciativa.

género; tales situaciones se agravan con la ansiedad interminable o la depresión. Pero, afortunadamente, muchas mujeres son capaces de superar las dificultades y opresiones que el sistema dominante impone, construyendo su identidad en relación con las otras personas y empoderando, por tanto, su propia subjetividad.

El hecho de que el cuerpo caloso entre los hemisferios cerebrales en las mujeres presente tres veces más conexiones que el cerebro del sexo masculino podría, sin duda, evidenciar que el cuerpo y la mente de las mujeres han evolucionado de manera conjunta, lo que les ha permitido dar vida y afecto y generar armonía en su entorno inmediato. Sin embargo, el cuerpo y la mente de los hombres guerreros se han construido desde las funciones del hemisferio cerebral izquierdo, donde residen el trabajo, la agresividad, la violencia y la muerte. Así, por ejemplo, con el Código de Hamurabi los varones abolen los derechos que las mujeres habían tenido en la Antigüedad, ejerciendo una fuerza viril que contradice vida/amor (Eros) y muerte (Tánatos) y menospreciando la afectividad que, al asociarse al hemisferio cerebral derecho, desarrollan en mayor medida las mujeres (Valls Llobet, 2020, p. 32).

En cualquier caso cabe destacar que, a pesar de que a lo largo de la historia el sistema dominante ha pretendido justificar la inferioridad femenina con las argumentaciones referentes a las supuestas capacidades diferenciales entre hombres y mujeres, ambos sexos, independientemente del género y atendiendo a la diversidad de subjetividades e identidades, pueden desarrollar en mayor o menor medida habilidades y características intelectuales, cognitivas y emocionales variadas e interconectadas sin la necesidad de atenerse al cumplimiento de la masculinidad o la feminidad patriarcales.

A pesar de que la sociedad y la cultura, influenciadas por el sistema patriarcal, interioricen la separación entre mente y cuerpo, normalmente las mujeres experimentan de primera mano la necesidad anatómico-fisiológica de conexión entre las mencionadas entidades supuestamente antagónicas a causa de su sensibilidad, capacidad perceptiva e intuitiva. La sensibilidad, una cualidad propia del ser humano atribuida principalmente a la feminidad, es una característica que tanto hombres como mujeres pueden desarrollar, fuera de las imposiciones y los determinismos de la sociedad; entre otras funcionalidades, gracias a ella podemos conocer mejor nuestro cuerpo y aprender a conectar con él, con nuestras sensaciones, sentimientos y emociones.

Así, los cuerpos de las mujeres se expresan a través de las contorsiones de la histeria o de síntomas somáticos como mareos, dolor de cabeza, náuseas y vómitos, entre otros padecimientos. Además, las relaciones de poder que las colocan en una posición de

inferioridad respecto al patrón androcéntrico desnaturalizan su pureza, lo que impide que crezcan y se encuentren a sí mismas (Valls Llobet, 2009).

El androcentrismo imperante ha querido hacer creer a las mujeres que sus mentes gobiernan sus cuerpos, una realidad que acaba penetrando en la conciencia femenina para inculcar una culpabilidad irreal que es el resultado de las conveniencias del patriarcado: manipular su conciencia privándola de la visibilidad y el reconocimiento tanto de su cuerpo como de su mente y limitando su libertad. La separación de la mente y el cuerpo es la primera de las agresiones a la salud mental de las mujeres.

El saber que las mujeres sufren la división de su anatomía y su psicología y la consideración de inferioridad, incluso en la función natural de generación de vida, la salud mental femenina ha de partir de la reconstrucción de su interior y de sus propios deseos, así como de la identificación de las agresiones procedentes del exterior (la publicidad, los comentarios discriminatorios y las declaraciones amorosas engañosas que generalmente transmiten los medios de comunicación).

Lagarde y de los Ríos (1996) propone reconstruir la autoestima de las mujeres con las siguientes actuaciones: en primer lugar, a partir del compromiso de sororidad que se centra en la reparación de la subjetividad femenina, cabe poner en práctica acciones inmediatas y eficaces que satisfagan las necesidades de las mujeres sin que ellas dependan de circunstancias ajenas a su experiencia personal; a continuación, es fundamental el esfuerzo para promover el desarrollo de la conciencia crítica feminista sobre la vida personal y su relación con la dimensión externa de la vida social, porque se sabe que la dominación de género coexiste de manera hostil con los anhelos de bienestar femeninos. En este sentido, la violencia que sufren las mujeres debe fortalecerlas a la hora de enfrentar la vida y experimentar el bienestar de manera individual y colectiva. Finalmente, cada mujer ha de decidir apropiarse del derecho a pensar por sí misma y a democratizar la atención de su subjetividad desde una perspectiva feminista, transformándose a sí misma y transformando al mundo de manera radical.

Para solucionar el problema de la autoestima las mujeres de clase social acomodada acuden con mayor facilidad a terapias conductuales que posibilitan una adaptación funcional al entorno sin indagar en las verdaderas causas de su malestar. Los medios de comunicación, así como los manuales de autoayuda, las revistas o los programas de radio y televisión diversos pretenden inculcarles a todas el hecho de que su autoestima

es baja por su culpa, por lo que son ellas quienes deben preocuparse de solventar su ansiedad y sus dolencias.

Esta situación causa el que las mujeres no se planteen las razones que subyacen a la negación del valor y de la estima femeninas, haciéndoles creer que los cambios en sus vidas dependen únicamente de una voluntad idealizada que, en lugar de promover el desarrollo de la conciencia propia, una conciencia crítica de género, incrementan su invisibilidad, lo que impide que se dé cualquier cambio al aumentar su confusión y anular el equilibrio de su salud mental (Valls Llobet, 2020, p. 34).

La perspectiva feminista tiene el objetivo de deconstruir el pensamiento patriarcal según el cual las mujeres únicamente sanarán su ansiedad y recuperarán su autoestima si dedican su vida a las tareas para las que están destinadas (esto es, el cuidado de la familia y del hogar) y/o se marcan metas sociales y políticas que giran en torno a cambios ajenos a su felicidad. En esta línea, gran parte de las que han alcanzado altos puestos de responsabilidad en el ámbito político han experimentado situaciones graves de opresión y violencia, lo que ha hecho que se percaten de que han dedicado su tiempo a satisfacer a los demás, pero no a fortalecer su subjetividad, a conocerse, y a cumplir sus necesidades y deseos.

El hecho de que el sistema dominante intente hacer creer a las mujeres que únicamente ellas son culpables y responsables de sus malestares físicos y psicológicos, inculcándoles la idea de que la solución a sus problemas es la inversión de su tiempo en la atención familiar y doméstica, tiene que ver con mecanismos de control de los cuerpos femeninos, cuyas verdaderas vivencias, subjetividades e identidades permanecen intencionadamente ocultas y menospreciadas:

Lo que he intentado mostrar en mis trabajos es la “dimensión política de las construcciones identitarias”. Si, en cambio, se atribuyen a esencias intemporales, no se incorporan las dimensiones económicas y socioculturales y se da una regularización de las identidades, un control de la sexualidad, dentro de lo que para Foucault constituiría una disciplinarización y regulación de los cuerpos. Una producción de cuerpos dóciles y de micropolíticas de poder, a partir de la interconexión de discursos de distinto tipo: médicos, legales, psicológicos u otros, disponibles culturalmente sobre la sexualidad, el cuerpo, el género y demás objetos del discurso.

(Cabruja Ubach, 2008, pp. 25-46)

El cuerpo de las mujeres ha sido nombrado y construido desde la mirada y la decisión del Otro, razón por la cual ha sufrido procesos por los cuales ha acabado normativizado y controlado por el sistema patriarcal. En efecto, las mujeres terminan extrañando y desconociendo su propio cuerpo porque no pueden decidir sobre él, al mismo tiempo que reciben el menosprecio de su condición femenina, condenada a la reproducción y al cuidado de los demás. No obstante, también los hombres son víctimas de la manipulación de los cuerpos humanos, pues, según los estereotipos de género promovidos por el patriarcado, los varones deben demostrar fortaleza y potencia a través del desarrollo y el entrenamiento de unos cuerpos destinados al combate, a la guerra y al deporte (Valls Llobet, 2020, pp. 35-36).

Los estereotipos, los roles, las expectativas, las actitudes y los pensamientos diferenciales entre mujeres y hombres definen la feminidad y la masculinidad según parámetros que no se corresponden con las verdaderas experiencias, situaciones e identidades de las personas, lo que da lugar a una sensación de culpa incomprensible e irreal, perjudicial para la salud física y mental. Por su parte, las mujeres alcanzan la felicidad cuando más se alejan del modo en que supuestamente deben ser, pensar, vestir y actuar; es decir, en el momento en que dejan de ser madres, esposas e hijas perfectas empiezan a acercarse a su libertad (Valls Llobet, 2018).

Los actos de autodestrucción derivados de la necesidad de encajar en una sociedad tóxica encargada de erradicar el desarrollo libre de la propia identidad los sufren muchas mujeres que acaban repudiándose a sí mismas y a sus cuerpos debido a experiencias de vida personales dolorosas. Los sentimientos de repulsión, vergüenza y alienación hacia sí mismas proceden de los defectos que la sociedad patriarcal proyecta sobre sus cuerpos con la intención reiterativa de controlar y colonizar a las mujeres a través de una manipulación psicosomática:

Nuestros sentimientos colectivos de repulsión, de vergüenza y de alienación son las consecuencias de una guerra; un conflicto llevado a cabo en el territorio de nuestros cuerpos. Ese conflicto, que se despliega en el terreno de lo que nos define como mujeres, se desarrolla a través de la regulación, el control, la supresión y la ocupación de prácticamente todos los aspectos de nuestro ser físico: sexualidad, vestimenta, apariencia, comportamiento, fuerza, salud, reproducción, silueta, tamaño, expresión y movimiento. Los efectos de esa guerra sobre nuestros cuerpos, nuestros pensamientos y nuestros estados de ánimo son similares a los efectos de la violencia sobre el

terreno de cualquier otra guerra: sufrimiento, caos, hambruna, mutilación, devastación e incluso muerte.

(Rice, 1994, pp. 44-51)

La violencia que daña la salud física y mental de las mujeres está relacionada con la segmentación del cuerpo femenino, a través de la cual son consideradas como objetos en lugar de como sujetos o verdaderas personas. Ciertamente, el cuerpo femenino se utiliza para el consumo de ropa, coches, alimentos y cosméticos, entre otros productos, hasta el punto de promocionar un voyerismo que define siempre a las mujeres desde la mirada y la valoración del Otro; esto es, un mecanismo que hace depender la autoimagen femenina de alguien que la observa y la analiza constantemente, privándola de su libertad, del conocimiento del propio cuerpo y de la posibilidad de disfrutarlo (Valls Llobet, 2020).

Asimismo, detrás de agresiones como los abortos selectivos, los feminicidios, la mutilación genital, el tráfico internacional de mujeres y niñas, la prostitución obligada, el maltrato físico y psicológico, las violaciones, la cirugía estética, los cuerpos borrados por el burka, los cuerpos enfermos por la anorexia o la bulimia y la atribución de cualquier tipo de malestar a la ansiedad y la depresión, se encuentran realidades que mediante la fragmentación del cuerpo femenino ocultan y menosprecian historias clínicas médicas, victimizando a las mujeres y provocando en ellas la enfermedad e incluso la muerte.

A través de la biopolítica⁹ y el biopoder¹⁰ los Estados modernos, así como los descubrimientos científicos y la ingeniería genético-farmacológica, que influyen en el equilibrio de los neurotransmisores cerebrales, controlan a la población convirtiéndola en cuerpos dóciles. En efecto, la biogenética, la biotecnología y la biología molecular, encargadas del desarrollo de la calidad de la vida, pueden acabar favoreciendo el dominio de los cuerpos humanos si no se parte de la bioética, es decir, si se ignoran y se invisibilizan las experiencias clínico-médicas y las investigaciones científicas en su totalidad, provocando la victimización, el ocultamiento y el desconocimiento de los cuerpos humanos y acelerando, por tanto, su patologización y su destrucción.

⁹ La biopolítica, un concepto acuñado por Michel Foucault, alude a las transformaciones de las formas de gobierno modernas, las cuales están caracterizadas por un conjunto de tecnologías, prácticas, estrategias y políticas cuyo objetivo es el dominio y el control de la vida de los seres humanos. El gobierno sobre la vida humana suele extenderse hacia el control del cuerpo y la mente.

¹⁰ En relación con la biopolítica, el biopoder hace referencia al gobierno y sus mecanismos de poder sobre la vida (también sobre el cuerpo y la mente) de las personas.

La Segunda Guerra Mundial conlleva una serie de transformaciones sociopolíticas a través de las cuales el sistema dominante manipula la mentalidad y los valores de la población, y así construye o conforma personas hedonistas interesadas por un patrón patriarcal de belleza explotado con el consumo de masas, el afán por el deporte masculino y el ocio, la importancia de la estética, el placer corporal, la comercialización de la sexualidad, la promoción de cuerpos bellos, sanos y jóvenes y el consumo de drogas y alcohol. En esta línea, las nuevas realidades sociales manipulan los cuerpos humanos a través de mensajes y políticas que los medios de comunicación transmiten sin revelar los verdaderos problemas de las personas (Foucault, 2009).

Así, la biopolítica actual queda constituida por el envejecimiento de la población, la pandemia del sida y “la política de la ansiedad”, mediante la cual se pretende atemorizar a la población con el advenimiento de sucesos como la guerra nuclear o la guerra química, la destrucción del hábitat o el desarrollo de futuras enfermedades víricas. El cuerpo es entonces la intersección entre el espacio exterior y el espacio interior, entre lo físico, lo simbólico, lo material y los condicionantes externos; esto es, el lugar a través del que se ejercen las relaciones de poder con la transmisión de significaciones patriarcales erróneas sobre el cuerpo humano y sobre la concepción de la feminidad y la masculinidad.

3.2. LA ANSIEDAD DE LAS MUJERES Y SU DIMENSIÓN BIOPSIKOCIAL, LABORAL, CULTURAL, MEDIOAMBIENTAL, POLÍTICA Y ECONÓMICA

Según el análisis de los resultados de la asistencia sanitaria, en su primera visita médica las mujeres son diagnosticadas de patologías psicosomáticas como ansiedad y depresión en mayor medida que los hombres, al mismo tiempo que a ellas se les administra una cantidad de psicofármacos considerablemente superior a la que reciben ellos. En efecto, en cuanto a las diferencias de género en el diagnóstico y tratamiento de enfermedades que afectan a la salud mental, las mujeres reciben una administración de psicofármacos y una psiquiatrización superiores a las que reciben los varones cuando presentan problemas biológicos o psicológicos, con la evidencia de que el 85% de los psicofármacos se les administra a las mujeres (Valls Llobet, 2020).

Esta situación, que demuestra la existencia de desigualdad de género en la asistencia médica de la salud mental y en la investigación científica de la psicopatología humana, contribuye a la falta de diagnóstico de los verdaderos problemas que padecen las

mujeres. Además, la continua sedación y psiquiatrización provoca el que ellas no posean recursos suficientes para lograr una óptima autonomía personal que les permita decidir sobre sí mismas y enfrentar las condiciones laborales y familiares que les causan malestares.

Hay que tener en cuenta, además, que las desigualdades sociales pueden ser el origen de las psicopatologías que en mayor medida sufren las mujeres, pues la salud mental depende de condicionantes biológicos, psicológicos, sociales y medioambientales. El hecho de que no exista una ciencia y una medicina de la diferencia hace que los trastornos que padecen las mujeres sean diagnosticados y tratados desde una perspectiva androcéntrica, una realidad discriminatoria que, junto a la doble presencia y al menosprecio por sus pensamientos, deseos y acciones, agrava su autoestima aumentando las probabilidades de sufrir ansiedad y/o depresión (Valls Llobet, 2020).

Al considerar que la dimensión psíquica de las personas permanece invisibilizada desde la atención sanitaria, la medicina centra su investigación en la sintomatología física buscando una correlación con alguna enfermedad orgánica. Así, las mujeres están más afectadas por los problemas psíquicos y emocionales, pues debido a la división sexual del trabajo sus experiencias vitales y su autoconcepción giran en torno a los sentimientos, tanto propios como familiares, y de esta manera se quedan limitados por el ámbito doméstico.

Ciertamente, ellas son el medio para satisfacer las necesidades y prioridades de los otros mientras sienten la contradicción entre el hecho de ser mujeres perfectas y la culpa que por la condición femenina incapacita su libertad. Entonces los sentimientos de malestar, incompreensión, rabia e impotencia que dañan su autoestima y su desarrollo personal libre desencadenan psicopatologías como ansiedad y depresión, lo que hace que su salud mental siga siendo invisible al no tratarse de un modo real y efectivo los verdaderos problemas de las mujeres, cuya dimensión social y emocional no suele contemplarse.

Existe una serie de factores personales y sociales que repercuten en la salud mental: el matrimonio, el trabajo de ama de casa, el tener tres o más hijos/hijas pequeñas, la falta de comunicación en la pareja, las experiencias traumáticas, los abandonos, los abusos sexuales, la violencia, la emigración, la pobreza, los trabajos desde la infancia, y las pérdidas de un ser querido, entre otras situaciones. Asimismo, los embarazos adolescentes o no deseados, la clase social baja, el nivel educativo básico o nulo, la ausencia de trabajo remunerado, el paro, la carencia de soporte social y laboral, así

como tener una pareja con patología grave y dolencias crónicas o largas son factores que aumentan el estrés emocional (Burin, 1990).

Por su parte, las personas enfermas de sida y de cáncer, así como las madres de niños/niñas deficientes o con trastornos de la alimentación, son grupos de riesgo para la salud mental. El personal sociosanitario, los/las psicólogas, los/las trabajadoras sociales, los/las maestras y el personal que ejerce en profesiones muy feminizadas y vulnerables a los síndromes de “*burn-out*”¹¹ también son considerados grupos de riesgo para la salud mental debido a que deben enfrentarse a duras condiciones laborales.

Con el fin de mejorar las mencionadas realidades resulta imprescindible que las investigaciones médico-científicas de la salud mental valoren las múltiples experiencias de cada persona, visibilizando los diversos factores de riesgo y evitando la medicalización innecesaria con ansiolíticos y antidepresivos a la hora de tratar problemas emocionales y de estrés y psicopatologías variadas (Valls Llobet, 2020).

El hecho de que la medicina y la ciencia actuales permanezcan sesgadas y actúen desde una perspectiva principalmente androcéntrica posibilita el reduccionismo biopsicosocial a partir del cual no se contemplan los verdaderos malestares de las mujeres. Solo se tienen en cuenta las condiciones biológicas, psicológicas y sociales que viven sin considerar los aspectos culturales, laborales y medioambientales que enfrentan. Gran parte de las etiologías de las enfermedades que padecen las mujeres son reducidas a una dimensión psicológica, una realidad que perpetúa el tratamiento psicofarmacológico y la psiquiatrización de las patologías femeninas sin que se desarrolle una investigación correcta.

El reduccionismo psicológico y reproductivo a la hora de estudiar las etiologías de las enfermedades que sufren las mujeres, así como el tratamiento inadecuado que llegan a recibir, impide el desarrollo de una investigación real y efectiva de sus psicopatologías. Asimismo, la morbilidad diferencial entre ambos sexos indica que en el caso de las enfermedades femeninas la contaminación laboral y medioambiental tiene un peso fundamental, una realidad que queda reducida a diagnósticos sesgados y erróneos con una medicalización excesiva y perjudicial para su salud físico-mental, como Esteban (2007):

¹¹ El síndrome de “*burn-out*” o síndrome del trabajador quemado alude a la cronificación del estrés laboral, que se manifiesta a través de un agotamiento físico y mental que se prolonga en el tiempo y puede alterar la personalidad y la autoestima de la persona trabajadora.

La cultura biomédica en la que en general nos hemos formado es biologicista, esencialista, naturalizadora, en cuanto que sustenta la definición de los síntomas y malestares en la biología (una determinada interpretación de la biología) y jerarquiza lo social y lo cultural a lo biológico/psicológico. Esto, en el caso de las diferencias entre hombres y mujeres, facilita que se puedan justificar las desigualdades sociales a partir de una biología y psicología definidas como diferenciales.

(Valls Llobet, 2020, p. 45)

Para alcanzar una ciencia médica de la diferencia que aplique la perspectiva de género en la investigación de la etiología, el diagnóstico y el tratamiento de las patologías femeninas, resulta imprescindible la participación de un equipo multidisciplinar formado por profesionales de la psicología, la medicina, la enfermería y el trabajo social, que estén dispuestos/as a deconstruir las desigualdades en el ámbito sociosanitario. Cabe entonces, como explica Cabruja Ubach (2008):

[...] deconstruir las naturalizaciones y dualismos e incorporar un análisis de género comprometido ética y políticamente con una genealogía de la epistemología y los movimientos feministas, ya sea para los estudios sobre las subjetividades, las sexualidades o las otredades, donde el heterosexismo y el etnocentrismo, con todas sus intersecciones, especialmente en el contexto de la globalización, dificulten que cuando “el género entre por la puerta del aula, del despacho, de casa o salga a la calle, el compromiso político con las relaciones de poder no salte por la ventana”, contribuyendo, además, a romper otro de los dualismos, el del profesionalismo/despolitización.

(Valls Llobet, 2020, p. 46)

Muchas mujeres que acuden con urgencia a consultas médicas, contando los síntomas que padecen y solicitando exámenes y pruebas para saber qué les sucede, son atendidas por profesionales que únicamente consideran la posibilidad de realizar análisis de sangre, con lo cual, consecuentemente, acaban afirmando que las pacientes no tienen nada. Esta situación reduce efectivamente los cuerpos de las mujeres a la nada, es un mecanismo de control y manipulación que de nuevo las menosprecia y las invisibiliza. Asimismo, existen enfermedades endocrinas clínicas y subclínicas cuya sintomatología es muy parecida a la de los trastornos ansioso-depresivos, un hecho que lleva a los/las

profesionales de la medicina a recetar psicofármacos innecesariamente. En esta línea, la violencia y el género, por un lado, y la medicalización de la salud mental, por otro, contribuyen a la indefensión de las mujeres.

La medicalización de la salud mental de las mujeres responde, sin duda, a un intento reiterado de control sobre su cuerpo y su subjetividad. El dominio de las personas y, especialmente, la manipulación de sus vidas y de su biología se nutren con actos de violencia, extrañamiento, enfermedad y accidente, una realidad que diversos colectivos oprimidos por razones múltiples e interseccionales (sexo, género, edad, clase social, raza, orientación sexual, discapacidad, etc.) experimentan de manera constante.

En esta línea, resulta esencial incorporar la perspectiva de género en las ciencias de la salud mediante la mejora de la calidad, el tiempo y los recursos de los/las profesionales sociosanitarias dedicadas a la atención primaria y especializada, así como mediante el empoderamiento de las mujeres a la hora de conocer sus cuerpos, decidir sobre ellos y adquirir nuevos hábitos saludables, alejados de la medicalización excesiva e innecesaria.

Para conseguir que la salud de las mujeres no sea invisible es fundamental tener en cuenta los condicionantes biopsicosociales, laborales, medioambientales, culturales, políticos y económicos que estas experimentan a fin de poder visibilizar las causas de sus malestares para desculpabilizarlas, permitiendo que construyan libremente su identidad, su autonomía y su subjetividad.

Las enfermedades cardiovasculares (especialmente, el infarto de miocardio) son la primera causa de mortalidad en las mujeres a nivel mundial, una realidad que esconde la invisibilidad de la morbilidad diferencial entre los sexos al no atender a la verdadera sintomatología que padecen. No obstante, a pesar de que actualmente el 32% de las investigaciones científico-médicas incluyen tanto a mujeres como a hombres en los ensayos clínicos de patología cardiovascular, el camino hacia una ciencia médica de la diferencia que contemple una auténtica morbilidad diferencial entre ambos sexos es largo.

En 1991 Bernadine Healy describe en la revista *The New England Journal of Medicine* el denominado *síndrome de Yentl* para hacer referencia al sesgo de género existente a la hora de diagnosticar y de tratar las enfermedades cardiovasculares y coronarias. Tras descubrir que antes de sufrir un infarto de miocardio las mujeres padecen un dolor anginoso elevado que pasa por el esternón hasta alcanzar las mandíbulas, se empieza a observar una morbilidad diferencial en las patologías que

afectan al corazón, considerando la necesidad de incluir a ambos sexos en los ensayos clínicos.

Healy (1991, pp. 274-276) expone en la mencionada revista la siguiente afirmación: “Puede ser triste, pero no sorprendente, que las mujeres hayan sido tratadas demasiado a menudo sin equidad en las relaciones sociales, en la política, en los negocios, en la educación, en la investigación y en la asistencia sanitaria”.

Asimismo, en comparación con los hombres, las mujeres presentan un porcentaje de padecimiento de enfermedades crónicas superior, una realidad que queda agravada por el hecho de que ellas sufren también más dolor crónico. Puesto que, respecto a los varones, las mujeres están conectadas con su cuerpo de una forma más directa, sabiendo percibir y expresar los malestares somáticos, normalmente acuden a la atención primaria desde el momento en que sienten algún dolor.

Lamentablemente, en la mayoría de los casos, cuando le cuentan sus dolencias al/ a la profesional no son sometidas a exámenes médicos rigurosos y completos, sino que se las diagnostica de estrés, ansiedad, depresión u otras psicopatologías, tratándolas con psicofármacos sin la posibilidad de valorar el padecimiento de disfunciones biológicas o enfermedades que pueden llegar a ser peligrosamente letales, tales como las patologías cardiovasculares. La medicalización de las mujeres resulta ser un mecanismo para acallar sus malestares, alargar su dolor y provocar que ellas mismas se acerquen a la muerte.

Por su parte, los hombres suelen vivir alejados de su cuerpo, ignorando los mensajes somáticos (materializados en dolencias o malestares) cuando en su organismo existen anomalías o disfunciones. Esta situación hace que, cuando presentan dolencias severas, acudan directamente al hospital, y no al centro médico.

Si volvemos al tema del dolor crónico, la esperanza de vida de las mujeres es más alta que la de los varones, pero su calidad de vida es peor. Asimismo, a pesar de que ellas poseen en su organismo mayor cantidad de defensas, manteniéndose más fuertes ante las infecciones, son más vulnerables a los contagios víricos. Por ejemplo, en relación con la covid-19, la mortalidad es más elevada en los hombres, pero el número de contagios es superior en las mujeres (Valls Llobet, 2020).

En efecto, normalmente ellas poseen mayor cantidad de linfocitos tipo B, los cuales permiten al organismo estar más fuerte y ser más resistente, de la misma manera que el cuerpo actúa con un efecto antiinflamatorio cuando es contagiado por algún virus, lo

que resulta beneficioso a la hora de combatir las infecciones. Pero, a pesar de ello, el sistema inmunológico femenino es más vulnerable que el masculino.

Desde la Antigüedad la ciencia y la medicina han intentado tratar las etapas vitales propiamente femeninas (menstruación, embarazo, parto, maternidad y menopausia) como si fueran carencias o disfunciones biológicas, hasta el punto de medicalizar de manera innecesaria y de desnaturalizar unos procesos que forman parte de sus vidas. Debido a que no existe todavía una ciencia médica de la diferencia que contemple, estudie y analice el cuerpo, las sensaciones y las experiencias de las mujeres de un modo completo, los/las profesionales sanitarias suelen transmitir a las pacientes la idea de que la menstruación, el embarazo, la maternidad o la menopausia son fenómenos que perjudican sus vidas.

Esta situación debería cambiar con el fin de empoderar a las mujeres, ayudarlas a conocer su cuerpo de una forma natural, permitirles que sientan y disfruten de las diversas etapas femeninas con autonomía, libertad, confianza, seguridad y decisión, alejándose del extrañamiento y el miedo que el patriarcado les ha inculcado por tener una anatomía diferente a la del patrón masculino (Valls Llobet, 2020).

El perpetuado estereotipo de inferioridad que arrastran las mujeres da lugar, entre otras cosas, a que en la carrera universitaria de medicina española solo se dedique una hora al estudio de la menstruación, obviando que la anatomía femenina es distinta de la anatomía masculina, lo que invisibiliza al sexo femenino. Existen másteres y cursos de especialización centrados en la salud con perspectiva de género, pero la aplicación de una ciencia médica de la diferencia no es una exigencia en España.

En otros países, como en los Estados Unidos de América, por ejemplo, la menstruación, el parto o la menopausia se estudian atendiendo no solo a la reproducción, como sucede en la docencia de la medicina desde una visión androcéntrica, sino que la anatomía masculina se distingue de la anatomía femenina partiendo de la investigación de todo el organismo de las mujeres. Asimismo, en relación con la necesidad de incluir al sexo femenino y a las hembras en los ensayos clínicos realizados tanto con personas como con roedores, investigadores/as de ciudades del norte de Europa como Rotterdam consideran fundamental que se tenga en cuenta a las mujeres en los estudios científico-médicos a la hora de analizar la fisiología, la anatomía y la nosología de la población con el fin de obtener resultados verdaderos y efectivamente equitativos con respecto al sexo (Valls Llobet, 2009).

Resulta enriquecedor que algunas revistas académico-científicas de prestigio estén exigiendo como requisito indispensable el que en los ensayos clínicos no solo participen tanto hombres como mujeres, sino que, además, se consideren la diversidad racial o étnica en el momento de preparar los ensayos, de analizarlos y de obtener resultados. En cualquier caso, para erradicar la perpetuación de una ciencia médica androcéntrica, parcial y sesgada que imposibilite una atención primaria y hospitalaria completa y equitativa para todas las personas, así como una investigación científico-médica del ser humano masculino y femenino, es imprescindible modificar la enseñanza de las profesiones sanitarias (medicina, enfermería, psicología, trabajo social, farmacología, etc.) con la introducción de la perspectiva de género y de la interseccionalidad en todas las materias.

El parto, que en muchas ocasiones se lleva a cabo en condiciones que llegan a poner en riesgo la salud y la vida de las mujeres, no solo en los países “subdesarrollados”, sino también en zonas del “primer mundo”, puede causar patologías biológicas como la tiroiditis, y psicopatologías como la depresión postparto, fenómenos que suelen ser invisibles o que suelen tratarse exclusivamente con psicofármacos que en lugar de solucionar el problema, lo agravan. En este sentido, la depresión postparto y el estrés se deben a que las mujeres perciben el rechazo y el menosprecio después de haber participado en la reproducción hasta el punto de sentirse inútiles e insignificantes: al finalizar su función reproductiva dejan de ser interesantes para la sociedad y la ciencia médica, al mismo tiempo que interiorizan la idea de que su vida estará condenada al cuidado doméstico y familiar, mermando así su libertad y autonomía.

La inferioridad, la invisibilidad y el menosprecio que viven están presentes en las diferentes etapas vitales. Así, en la adolescencia las chicas experimentan la inseguridad y la desconfianza consigo mismas y con su propio cuerpo, al mismo tiempo que reciben el mensaje, transmitido por los medios de comunicación, la escuela, las amistades y la familia, sobre la necesidad de mantenerse bellas y de cuidar su cuerpo con el fin exclusivo de agradar a los demás y encajar en una sociedad que las hará sentirse culpables, inferiores y subordinadas si no actúan de la manera que se espera de ellas. Dicho de otro modo, el inculcar pensamientos, ideas, valores, actitudes, roles y expectativas discriminadoras es perjudicial para la salud física y mental de las personas, según explica Gil Calvo (2000):

La imagen femenina impone el sacrificio de la ambición y la competencia profesional, y el segundo precio es una insufrible tensión psicológica y emocional. En efecto, desarrollar dignamente una doble identidad, la ritual que se ostenta en público y la clandestina que se oculta en el secreto de la vida privada, puede resultar casi imposible y es desde luego muy difícil de soportar. De ahí, por ejemplo, los síndromes de anorexia y bulimia que asaltan a las adolescentes cuando comienzan a hacerse conscientes del coste humano que acarrea representar semejante duplicidad.

(Valls Llobet, 2020, p. 61)

Cuando las mujeres empiezan a vivir relaciones afectivo-sexuales con los hombres pueden llegar a sufrir situaciones opresivas y discriminatorias que perpetúan los estereotipos sexistas, lo que puede originar la aparición de actos de violencia invisible (psicológica y simbólica) y visible (física) que, sin duda, dañan en gran medida su salud mental y emocional, tal y como expresa Sau (1993):

La mujer maltratada parte de la premisa de que ha de convivir necesariamente con un hombre, sea este su marido o un compañero más o menos estable, porque vivir con un hombre es la única forma de vida posible para una mujer, si quiere considerarla verdaderamente vida. La mujer se autorrepresenta a sí misma no como un individuo total, sino como un complemento, y en tanto que tal no es nada ni nadie sin aquel que tiene que darle su verdadera significación.

(Valls Llobet, 2020, p. 71)

Por su parte, la maternidad, una etapa que, ciertamente, forma parte de la libertad, autonomía y capacidad de decisión de las mujeres, es definida por Sau (1995), a través de Valls Llobet (2020, p. 119) como el ciclo que “no existe porque está restringido a lo biológico (concepción, embarazo, parto y crianza) y se le niega su dimensión humana y su proyección económica, política y social”. No obstante, Rivera Garretas (2003) dice:

La relación femenina con la fecundidad deriva de la capacidad de ser dos que el cuerpo de mujer señala, sin determinar nada. Es una relación que incluye y, a la vez, desborda la maternidad. Esto quiere decir que se realiza (o sea, se vuelve real) en el traer al mundo, dándola a la luz, vida humana nueva y también en el suscitar cualquier mujer incesantemente, tanto en los hombres como en otras mujeres, esa luz, ese algo divino, nuevo y original

que suele ser llamado creación o creatividad. ¿Por qué? Porque ella es una mujer. ¿Cómo? Siéndolo libre y fielmente, tanto que ella puede acabar olvidando que lo es.

(Valls Llobet, 2020, p. 119)

El deseo que las mujeres tienen de ser madres depende de una serie de factores sociodemográficos, académicos, económicos, culturales, étnicos, políticos, biológicos y psicológicos, los cuales, aunque no sean favorables, no tienen que impedir necesariamente el desarrollo de la maternidad.

En efecto, las mujeres pueden pasar por etapas de embarazo, parto y crianza desfavorables debido a hábitos no saludables: mala alimentación o consumo de bebidas alcohólicas o drogas durante el período de gestación; situaciones de estrés cuyo origen puede ser, entre muchos otros, la falta de corresponsabilidad familiar, la doble jornada o la violencia en el entorno doméstico, así como circunstancias muy precarias relacionadas con un estatus social muy pobre, la prostitución o los abusos sexuales, entre otros factores.

Asimismo, la medicalización excesiva, innecesaria e incluso perjudicial está presente en cualquier etapa vital y natural de las mujeres, como sucede con los anticonceptivos u otros psicofármacos. La maternidad es un reto que en la sociedad patriarcal actual puede dañar la salud físico-mental de las mujeres. En esta línea, González Fernández de Chávez (2015) explica que:

En la actualidad, además, el conflicto frecuente entre identificaciones, maternas y paternas, cargadas de ambivalencia y culpabilidad; entre identidades, roles y exigencias contradictorias; entre el desvalor de lo femenino/materno/emocional en contraposición a la exaltación de lo masculino/productivo/racional, está llevando a que muchas mujeres ni siquiera puedan gozar con su maternidad, tan presas están con “todo lo que estoy dejando de hacer” en el ámbito de lo doméstico, de lo laboral, de lo cultural [...]. Así, la insatisfacción y la frustración en uno y/u otros ámbitos preside la vida de tantas “nuevas” mujeres, que intentan acometer todo sin libidinizar nada, sujetas a sus nuevos deberes y a su viejo (aunque modernizado) ideal del yo. Carente de valoración-existencia social y de una representación de sí misma en tanto mujer, sus esfuerzos para acomodarse a los nuevos ideales le están comportando duros conflictos intrapsíquicos, que derivan en problemas relacionales, somatizaciones de diversa índole, estrés,

sentimientos de inadecuación, desconcierto y la mencionada dificultad para recabar satisfacciones y gratificaciones en diversos ámbitos.

(Valls Llobet, 2020, p. 136)

Posteriormente, en muchas ocasiones se medicaliza la menopausia a través de la terapia hormonal sustitutiva (THS), que, como hemos mencionado anteriormente, acelera la evolución del cáncer de mama. Por otra parte, las mujeres normalmente viven la vejez de una manera nociva. Tal y como señala Bernadine Healy (1995):

Las mujeres tienen una mayor morbilidad que los hombres y presentan enfermedades crónicas debilitantes más frecuentemente; aunque viven más años que los hombres, unos siete años de media, la calidad de vida de estos años extras está excepcionalmente sobrecargada o bombardeada por el cáncer, en particular el de mama, pulmón o colon, la enfermedad cardíaca, la osteoporosis, los accidentes vasculares cerebrales, la enfermedad de Alzheimer, la depresión, el aislamiento social, la soledad, las condiciones de pobreza y la pérdida del estatus social.

(Valls Llobet, 2020, p. 209)

La necesidad de aplicar una visión feminista a la ciencia médica para contemplar y analizar las diferencias en la morbilidad y mortalidad de hombres y mujeres es esencial para conseguir la equidad de condiciones y la igualdad de oportunidades entre todas las personas, independientemente del sexo, género, raza o etnia, religión, clase social, etc., como expresan Breilh *et al.* (1994):

Existen numerosas entidades patológicas para las cuales se observa una sobremortalidad femenina y/o una feminización de las razones de la mortalidad (varón/mujer) a lo largo de la última década, lo cual expresa el endurecimiento relativo de las condiciones socioepidemiológicas del género femenino, así como de su posición frente a lo masculino. También muchos datos de morbilidad comparativa entre géneros abonan esta dirección. Urge ampliar el campo de visibilidad de la salud pública e incorporar en los programas de acción y en las tareas de investigación el enfoque de género. Un componente clave para el desarrollo de dicho proceso es la transformación de la estructura de los sistemas de registro, procesamiento y diseminación de datos que permita el avance intergenérico, no solo en

cuanto al estudio de la enfermedad (indicadores negativos), sino de las condiciones de salud (indicadores positivos).

(Valls Llobet, 2020, p. 209)

En el entorno laboral permanecen ocultas situaciones que oprimen y discriminan las condiciones de vida y de trabajo de las mujeres, lo que afecta a su salud física y mental. Asimismo, además de la doble presencia, la desigualdad salarial o la dificultad a la hora de ascender, tienen que afrontar condiciones laborales que no solo acaban perjudicando su salud, sino que, sobre todo, ponen en riesgo la vida. La ansiedad y el estrés debidos en este caso a esfuerzos y a la sobrecarga de trabajo, se convierten en patologías crónicas que incluso pueden acabar en la muerte.

El trabajo no remunerado, fruto de la doble jornada, trae consigo consecuencias somáticas, psíquicas y emocionales que muchas veces son invisibles, al igual que las etapas vitales y las vivencias propiamente femeninas. Según Camps (1998):

La consigna “lo privado es político” ha de ocupar un lugar más prominente en el tratamiento de la desigualdad femenina. Los problemas de la vida privada, esa nula distribución del trabajo no remunerado, exigen soluciones políticas. Pero, al mismo tiempo, hay que entender y reconocer que el poder de la vida privada es también poder político. Que es injusto despreciar y no valorar debidamente el tiempo de la reproducción, el tiempo de las mujeres.

(Valls Llobet, 2020, p. 347)

Cabe destacar, como ya hemos mencionado, que el medioambiente afecta gravemente a la salud físico-mental de las mujeres. Los disruptores endocrinos, sustancias químicas que entran en el cuerpo a través del aire, el agua, los alimentos o los productos cosméticos, alteran el equilibrio hormonal, por lo que pueden imitar el efecto de los estrógenos o los andrógenos y alterar la función tiroidea, causar enfermedades e incluso la muerte. En efecto, las mujeres suelen estar expuestas a una gran cantidad de sustancias tóxicas debido, entre otras razones, a las condiciones de trabajo o al uso de cosméticos para preservar una belleza que principalmente tiene el objetivo de agradar a los demás.

3.3. LA RECONSTRUCCIÓN DE LA SUBJETIVIDAD Y EL RENACIMIENTO DE LA IDENTIDAD FEMENINA COMO TRATAMIENTOS PARA LA ANSIEDAD

Para tratar las desigualdades y las situaciones opresivas y discriminatorias en la salud, sobre todo en la salud mental de las mujeres, es fundamental que estas se informen, se atrevan a conocer sus cuerpos sin ataduras ni limitaciones, que mantengan alianzas para ayudarse y comprenderse de manera mutua con otras mujeres y también con hombres; que cuestionen y critiquen las afirmaciones, las investigaciones, las prácticas y las políticas de la ciencia médica; que analicen de un modo completo, real y efectivo los síntomas que padecen cuando acuden a una consulta; y, especialmente, que sientan y disfruten de las sensaciones, la afectividad, la sensualidad y la sexualidad de una forma libre durante todas las etapas de la vida.

La menopausia y el envejecimiento no son fases o períodos negativos para las mujeres. Siguen teniendo la posibilidad y la oportunidad de poner en práctica hábitos saludables, hacer ejercicio y descansar, amarse y amar, conocerse, descubrir sus cuerpos, buscar y encontrar deseos; dedicar tiempo a leer, a jugar, desarrollar y explorar aquello que verdaderamente las apasiona; disfrutar diariamente de los placeres que aportan los cinco sentidos; destapar y deleitar su sensualidad y sexualidad de un modo propio y libre.

En este sentido, María Zambrano habla de la necesidad del renacimiento personal para disfrutar de la libertad y encontrar la felicidad. En efecto, tras superar una tuberculosis, la filósofa malagueña dice: “al no haber podido morir, sentía que tenía que nacer por mí misma” (Laurenzi, 2004, p. 16). Todas las personas, independientemente del sexo, el género, la edad, la raza, la clase social, la orientación sexual o la discapacidad, deberían poder recuperar el deseo ejerciendo la propia voluntad con libertad, del mismo modo que las mujeres han de ser capaces de transgredir las limitaciones impuestas por el patriarcado y luchar por su autonomía, como manifiesta Freixas (2013):

Es un momento de crecimiento interior, y somos, por tanto, capaces de poner más distancia emocional ante los hechos que nos ocurren [...]. Tenemos un mayor dominio de nuestras emociones, somos capaces de minimizar y relativizar los problemas, sentimos mayor serenidad, equilibrio y fortaleza interior, menos impulsividad. En definitiva, esta tranquilidad nos permite

sentirnos más a gusto con nosotros mismas. Todo ello [...] nos permite reencontrarnos con nuestro antiguo buen humor, perdido en las interminables batallas cotidianas de nuestra vida de seres-para-los-otros.

Buen humor, mejor carácter, distancia emocional, es decir, afrontamos las situaciones desde una posición de diosas imperturbables, amables pero libres. De repente, conectamos con nuestras emociones, con nuestra mente, con nuestra existencia y podemos reírnos, con una risa que se apoya en esta nueva capacidad para mostrarnos, para ponernos en el centro del mundo y disfrutar de nuestra vida, para vivirla individual, pero colectivamente [...].

(Valls Llobet, 2020, pp. 470-471)

A través del descubrimiento y la investigación del placer en la sexualidad femenina, muy conectada con la afectividad, el amar y sentirse amada, tanto si son mujeres de prácticas heterosexuales como lesbianas (Sanz, 2003), ellas pueden encontrar deseos ocultos que contribuyan al desarrollo de su salud físico-mental. Sin embargo, constata Carrasco (2001) lo siguiente:

Los datos existentes muestran que la sexualidad femenina es más complicada, a nivel biológico, que la de los varones; se desarrolla de manera más difusa y se activa mediante claves que le son propias. La utilización, durante mucho tiempo, del funcionamiento sexual del varón como el patrón regulador normativo ha traído como resultado una visión de la sexualidad femenina más empobrecida y disfuncional.

(Valls Llobet, 2020, p. 108)

Gadon (1989), a través de la misma autora Valls Llobet (2020, p. 421), afirma que “cuando contemplamos la época histórica del patriarcado [...] parece existir una terrible ineluctabilidad, un implacable deseo de aplastar la esencia femenina, humana o divina”. Asimismo, las mujeres se enfrentan al silencio que les ha impuesto el sistema dominante con el lenguaje de los hombres, un lenguaje que es necesario deconstruir empoderando la voz de ellas mediante el valor del género, según la declaración de Héri-tier (2002):

La razón por la que lo superior está siempre del lado masculino y lo inferior del femenino es, en mi opinión, una consecuencia directa del hecho de que los hombres consideran a las mujeres como un recurso que les pertenece

para que ellos se puedan reproducir. La relación masculino-femenino es una relación jerarquizada por esta razón, [...] pero esto no quiere decir que esta relación haya existido siempre y que permanecerá así por toda la eternidad en el futuro.

(Valls Llobet, 2020, p. 361)

Aunque la literatura, el arte, la ciencia y otras formas discursivas de la cultura occidental han perpetuado el “asesinato simbólico de la mujer” a través de la devaluación, la supresión, la represión, la reclusión y la reducción al silencio (De Lauretis, 2000), ellas deben rebelarse para fortalecer libremente su renacimiento y, por tanto, su salud. Como destaca la Librería de Mujeres de Milán (2004):

El hecho de que aflore el sentido racional de la transgresión sexual y se revele incluso a las que no poseen la fuerza personal necesaria para transgredir se explica si se considera que, gracias a aquella transgresión, la pasión de la diferencia sexual (el ciego sometimiento a la propia diferencia del que ninguna mujer puede escapar completamente) se transforma en saber: autoconocimiento y competencia sobre la realidad, para juzgarla y para cambiarla.

(Valls Llobet, 2020, p. 374)

4. CONCLUSIONES

En conclusión, investigar las causas por las cuales las mujeres reciben una atención sanitaria sesgada, siendo diagnosticadas de psicopatologías y tratadas exclusivamente con psicofármacos, sin considerar la totalidad de los condicionantes (biopsicosociales, laborales, culturales y medioambientales, entre otros) que afectan a su salud físico-mental, nos permite desvelar un conjunto de estereotipos de género opresivos y discriminatorios que se han perpetuado desde los períodos históricos más antiguos hasta la actualidad.

A pesar de las transformaciones y los avances científico-médicos que se han producido a lo largo de los siglos, en la Grecia clásica es posible analizar cómo la concepción androcéntrica de la anatomía humana que ha posicionado a las mujeres en una situación de inferioridad, debilidad e invisibilidad penetra en los ámbitos de la vida cotidiana y en las disciplinas de la ciencia y la medicina. En efecto, en la Antigüedad griega la anatomía femenina se define y se estudia en relación dicotómica con un patrón masculino que considera el cuerpo de las mujeres como hombres imperfectos y defectuosos.

Pero antes de estas teorizaciones filosóficas y médicas queremos destacar lo siguiente: en la mitología griega las diosas son veneradas y respetadas de la misma manera que los dioses. Además, algunas de ellas, como Atenea, Hera, Afrodita o Deméter, son capaces de transgredir el poder patriarcal luchando por su libertad, sus deseos, sus intereses y sus necesidades, defendiendo la independencia femenina y la libertad sexual y rebelándose contra las opresiones del matrimonio. Asimismo, heroínas como Antígona, Medea, Clitemnestra, Casandra o Penélope, representan la feminidad desde personalidades diferentes (atrevidas, valientes, desafiantes y astutas o fieles y pacientes) lo que no impide que la misoginia y el sexismo se ceba con ellas (Alzard Cerezo, 2013).

Respecto a los filósofos, Platón, propone en *La República* la creación de un Estado ideal en el que tanto los varones como las mujeres son capaces de realizar las mismas tareas en múltiples disciplinas (política, gimnástica, militancia y estrategia bélica, artes poéticas y cuidado doméstico-familiar), y defiende que ambos sexos poseen las mismas características biológico-psicológicas, pero no olvida introducir el importante matiz de que las mujeres siempre son inferiores y más débiles que los hombres.

La inferioridad y la debilidad femeninas aparecen también en *El Timeo*, donde el autor ateniense coloca a las mujeres en la peor posición dentro de la jerarquía de las reencarnaciones del alma. Se las concibe como receptáculos para aquellos varones que han actuado de manera injusta en su vida anterior. En tal sentido resulta muy llamativo el comentario de Londa Shiebinger en su obra *¿Tiene sexo la mente?* (2004, p. 199) en el que afirma que, según menciona Platón en dicha obra, el alma universal (racional e innata) es femenina. Esta afirmación podría, sin duda, despertar el interés por investigar las razones por las cuales el filósofo ateniense atribuye al alma racional universal un carácter femenino teniendo en cuenta que excluye a las mujeres de las altas magistraturas y que les niega la posibilidad de ser filósofas gobernantes.

Si partimos de las teorías platónicas sobre la inmortalidad del alma y la escatología en el *Fedón* y *Fedro*, vemos que cuando el alma racional supera el período de reencarnaciones y logra inmortalizarse y acceder al séquito divino, puede escoger a un dios o a una diosa con quien emparejarse. Si, además, las almas divinas, eternas e inmortales pueden ser femeninas, de la misma manera que es femenina el alma racional universal o la personificación de la ciencia, ¿por qué las mujeres están situadas en la posición más baja dentro de la especie humana aunque posean las mismas capacidades que los hombres? La respuesta podría encontrarse quizás en las jerarquías de poder y en las manipulaciones socioculturales que el sistema dominante perpetúa a través de la diferenciación sexual.

Aristóteles, por su parte, expone en su tratado *Política* que, en comparación con los hombres, las mujeres son débiles, inferiores e imperfectas, por lo que deben obedecer, ser mandadas y tutorizadas por una figura masculina (padre o marido) al no poseer autoridad. A diferencia de Platón, Aristóteles propone el restablecimiento de la propiedad privada y del ámbito doméstico con el fin de que las mujeres sean instruidas únicamente para las tareas que, atendiendo a su condición femenina, les corresponde: reproducción, preferentemente, de descendencia masculina, cuidado y atención doméstico-familiar.

Asimismo, en su obra *Reproducción de los animales* el Estagirita expone un pensamiento sexista y misógino al considerar que las mujeres son hombres defectuosos, deformados y monstruosos, con argumentos procedentes de una serie de teorías biológicas basadas en la defensa de una diferenciación sexual que oprime a la figura femenina y la coloca en una posición pésima en contraposición con la figura masculina, que se encuentra en una posición óptima. En efecto, en cuanto a la relación dicotómica

entre los sexos, el macho es el agente, el principio del movimiento, el motor capaz de engendrar dando forma y vida a todo gracias a su calor innato; la hembra, por el contrario, se identifica con la materia: es la receptora, el agente pasivo, incapaz de crear sin el poder masculino.

La misoginia del pensamiento aristotélico no tiene su origen en el temor a la figura femenina. Al considerar a las mujeres como seres inferiores y débiles, incapaces por tanto, de mandar, liderar o gobernar, utiliza la biología para justificar las diferencias entre los sexos, la inferioridad femenina y, con ello, la necesidad de que las mujeres, monstruosas, deformes e imperfectas, estén subordinadas a los varones.

Hipócrates y Galeno exponen teorías anatómicas, fisiológicas y patológicas parecidas al considerar que las enfermedades que sufren las mujeres giran en torno al útero y la reproducción. Según la diferencia sexual entre los órganos masculinos y femeninos, las mujeres son inferiores y más débiles que los varones. No obstante, mientras que para Aristóteles los estados óptimos y propiamente masculinos son el calor y la humedad, para Galeno el patrón androcéntrico es cálido y seco; las mujeres perfectas son, por tanto, frías y secas o frías y húmedas. En cualquier caso, a pesar de la influencia de las tesis aristotélicas sobre la zoología y la biología humana en las ciencias a lo largo de los siglos, la concepción galénica impera, sin duda, en la historia de la medicina medieval, renacentista y contemporánea.

Mientras Hipócrates dedica un tratado al estudio de las patologías que sufren las mujeres exclusivamente (*Sobre las enfermedades de las mujeres*), Galeno explica el diagnóstico y el tratamiento de los problemas de salud que pueden padecer los varones en tratados como *Sobre el semen* o *Sobre la fecundación del feto*. El médico de Cos se muestra menos sexista que Galeno al explicar en *Sobre la naturaleza del hombre* que ambos sexos pueden sufrir las mismas patologías, pero los dos coinciden en que las mujeres presentan una naturaleza diferente, inferior y más débil con respecto al hombre, hasta el punto de considerar que la figura femenina tiene una anatomía que está preparada para las tareas concernientes a su condición: reproducir, gestar, cuidar a la descendencia y del hogar. Así, las enfermedades que experimentan estarán relacionadas con los órganos destinados a la procreación, es decir, la matriz y todo el sistema reproductor.

Actualmente, y en relación con las situaciones de desigualdad presentes en el ámbito sociosanitario, cabe destacar que, a pesar de que existen personas que tienen la oportunidad de construir su identidad sexual y de género de un modo libre, algunas de

ellas, atendiendo a variables a menudo interconectadas (sexo, género, clase social, etnia, religión, sexualidad, edad, discapacidad, nacionalidad, ideología política, etc.), padecen situaciones opresivas y discriminativas en dicho ámbito, lo que afecta a su salud tanto física como mental.

Las mujeres son el colectivo que normalmente sufre en mayor medida la imposibilidad de acceder a los recursos y la atención sanitaria, con el consiguiente daño para su salud. Entre los factores que contribuyen a la vulnerabilidad femenina, como ya señalamos anteriormente en este trabajo, podemos resaltar la ablación de las niñas; las altas probabilidades de que mujeres de diferentes edades (sobre todo jóvenes) se contagien por enfermedades de transmisión sexual a causa de abusos o violaciones; la falta de recursos e información para tratamientos anticonceptivos, especialmente en países de calidad de vida baja; o las condiciones económicas precarias que impiden beneficiarse adecuadamente de los recursos y la atención médica necesarios.

En el ámbito profesional de la sanidad se perpetúa una serie de estereotipos de género. Por ejemplo, el tradicional estereotipo de género sexista que identifica a las mujeres con el perfil de cuidadoras (enfermeras) y a los hombres con el perfil de sanadores (médicos), con situaciones discriminatorias e inequitativas que influyen en la calidad de vida y en el trabajo de las mujeres y, por tanto, en su salud. El estereotipo de “la cuidadora” explica que en medicina las mujeres ejerzan mayoritariamente en especialidades como pediatría, ginecología o medicina familiar y comunitaria, pero no en cardiología quirúrgica, cirugía o traumatología. La segregación vertical, la horizontal, el techo de cristal o la brecha salarial están presentes en este ámbito (como en casi todos). La falta de representatividad de mujeres en altos cargos no solo es visible en medicina, sino también en ramas como la enfermería, la farmacia, la fisioterapia o la veterinaria, en las que el número de presidentas de los Consejos Superiores es poco o ínfimo.

En relación con las situaciones de desigualdad y discriminación existentes en el ámbito cabe mencionar el proyecto de Prácticas Externas II titulado *Sesgos y estereotipos de género en el ámbito sociosanitario actual: la influencia de las teorías médico-filosóficas de la Antigüedad griega*, a partir del cual ha sido posible desarrollar el presente Trabajo de Fin de Máster.

A través de una encuesta creada con Google en la cual participan profesionales de la medicina, la enfermería, la farmacología, la fisioterapia, la psicología, la administración sanitaria y otros colectivos (estudiantes y pacientes) de una selección de hospitales y

centros médicos públicos y privados de Canarias, pretendemos conocer la percepción social que estos grupos tienen de la existencia de estereotipos de género y situaciones discriminatorias en el entorno laboral en el que trabajan. Aunque el proyecto figura íntegramente en uno de los anexos del presente TFM, queremos señalar aquí lo siguiente:

El sector sanitario está feminizado, pues más del 70% de las personas participantes (74) son mujeres. Si atendemos a la relación entre sexo y profesión, encontramos que enfermería es el grupo con mayor número de sujetos (32,4%), con un 83'3% de enfermeras. El número de mujeres es superior al 70% en el grupo de especialidades sanitarias (farmacología, fisioterapia y psicología), que representa el 25'6% del personal participante, y en el grupo de administración (incluye al personal de limpieza, estudiantes y pacientes), representa el 16,2%. El grupo de medicina, que representa el 25'6%, es el único donde aparece la igualdad entre hombres (50%) y mujeres (50%), a excepción de una persona médica cuyo género no ha sido identificado.

Los resultados han indicado que en general las personas participantes en la encuesta identifican correctamente los estereotipos de género que pueden desarrollarse en el ámbito sociosanitario, siendo conscientes de la existencia de situaciones opresivas y discriminatorias, y de la necesidad de poner en práctica políticas que luchen por la equidad de género y la igualdad de condiciones y oportunidades no solo en la salud y en el ámbito citado, sino también en el resto de espacios de la vida cotidiana.

En este sentido, la propuesta de educar con perspectiva de género a la población desde edades tempranas resulta ser la más defendida para eliminar estereotipos de género sexistas y situaciones de discriminación. Además, la educación, acompañada de mecanismos de información, formación y reformación, debe ser real y efectiva; es decir, la ciudadanía debe estar interesada y comprometida con el desarrollo y cumplimiento rutinarios de prácticas relacionadas con la corresponsabilidad doméstico-familiar, la equidad de género, el respeto y la tolerancia por la diversidad sexual e identitaria y la multiculturalidad, y la solidaridad. Visibilizar la necesidad de que las mujeres ocupen altos puestos de responsabilidad con el fin de lograr la igualdad representativa en el entorno laboral y sociopolítico resulta también enriquecedor.

En cuanto a la ansiedad femenina y las causas que propician estrés y psicopatologías en las mujeres, cabe destacar que en la mayoría de las ocasiones la ciencia y la medicina actuales no contemplan de manera equitativa las variadas características, circunstancias, condiciones y experiencias biopsicosociales, laborales, culturales y medioambientales

de las mujeres a la hora de diagnosticar y tratar psicopatologías y otras enfermedades. El hecho de que la morbilidad femenina esté centrada en problemas únicamente psicológicos causa el que los/las profesionales médicas receten psicofármacos u otros medicamentos ante malestares, dolencias, nervios, estrés, ansiedad o depresión, sin que anteriormente se haya llevado a cabo un examen clínico completo de las pacientes que acuden a la consulta de atención primaria.

La inexistencia de una ciencia médica de la diferencia que tenga en cuenta la morbilidad y mortalidad diferenciales entre ambos sexos tiene su origen en factores socioculturales y relaciones de poder que invisibilizan los verdaderos problemas de las mujeres y perpetúan la inferioridad y el menosprecio de la figura femenina. La salud mental del ser humano depende de la autoestima, los pensamientos y sentimientos positivos propios, el desarrollo libre de la subjetividad y la autonomía personal, entre otros pilares fundamentales. En esta línea, la influencia de los agentes socializadores (familia, escuela, relaciones sociales, religión y medios de comunicación), que ejerce un poder esencial a la hora de construir la propia identidad, puede imponernos una serie de normas, valores y prácticas que vayan en contra de nuestros ideales, intereses, deseos y necesidades hasta el punto de modificar la propia subjetividad y dañar nuestro cuerpo y nuestra mente.

La ansiedad en las mujeres puede ir acompañada de enfermedades autoinmunes, cardiovasculares y degenerativas (por ejemplo, el Alzheimer), así como de hipertiroidismo o hipotiroidismo, anemias, problemas en la menstruación (como el síndrome premenstrual) e incluso cánceres (de mama o de cérvix, entre otros). En este sentido, y sabiendo que la morbilidad y la mortalidad femeninas son más elevadas que las masculinas, consideramos que la aplicación de la perspectiva de género a las investigaciones y ensayos clínicos resulta esencial para que el cuerpo de las mujeres sea estudiado no solo desde la matriz, sino contemplando y analizando todo el organismo femenino, tal como se hace con la anatomía masculina.

Del mismo modo creemos, sin lugar a dudas, que desarrollar una ciencia médica de la diferencia permite valorar y analizar de manera completa el cuerpo de las mujeres y la relación del mismo con su vida biopsicosocial y los condicionantes laborales, culturales y medioambientales. Hay que partir, por tanto, de la necesidad de formar a médicos y a médicas que sean capaces de aplicar la perspectiva de género en su trabajo y en sus investigaciones mediante, por ejemplo, la inclusión de roedores hembra en los estudios científicos, la participación del sexo femenino en los ensayos clínicos y

psicológicos, y el estudio de la anatomía femenina en igualdad de condiciones con el modelo anatómico masculino.

La medicalización excesiva de los malestares y dolencias que sufren las mujeres sin que previamente se realicen exámenes clínicos completos para descartar enfermedades inmunológicas, cardiovasculares o degenerativas, supone un mecanismo violento que invisibiliza las verdaderas problemáticas que padecen. Durante las diversas etapas de la vida las mujeres asumen la medicalización de psicofármacos ante cualquier dolor; los procesos naturales como la menstruación o la menopausia tienden a medicalizarse como si fueran patologías. La fragmentación del cuerpo femenino causa que muchas mujeres creen que cada dolor tiene una etiología distinta, razón por la que acuden a diferentes especialistas promoviendo, inconscientemente, la medicalización inefectiva con psicofármacos sin percatarse, por tanto, de su colaboración en la separación de sus cuerpos y mentes, lo que no es sino un perjuicio para su propia salud.

En el ámbito laboral cabe destacar los disruptores endocrinos o sustancias tóxicas (incluidos los productos cosméticos) que alteran el metabolismo hormonal y pueden causar no solo estrés, ansiedad e incluso depresión, sino enfermedades graves. Los condicionantes medioambientales influyen de manera significativa en el desarrollo de psicopatologías y enfermedades corporales diversas, especialmente en las mujeres. En comparación con los hombres, ellas tienen el sistema inmunológico más resistente, de manera que cuando reciben el contagio de enfermedades víricas pueden recuperar su salud de forma más efectiva. Sin embargo, y en contrapartida, son más proclives a desarrollar enfermedades inmunológicas.

Cuando alcanzan la vejez deben enfrentar enfermedades degenerativas y dolor crónico en mayor proporción que los hombres, una situación que acaba afectando a su salud emocional, pues, entre otras consecuencias, se sienten solas, lo que aumenta las probabilidades de que desarrollen o sigan padeciendo estrés, ansiedad y/o depresión. La viudedad o el síndrome del *nido vacío* pueden incrementar su tristeza y la ausencia de ánimo y motivación.

Para solucionar el estrés y la ansiedad femeninas, que son el resultado de un conjunto de estereotipos de género y de situaciones opresivas, discriminativas y violentas para las mujeres (trabajo no remunerado, desigualdad laboral y de oportunidades profesionales, sentimientos de inferioridad, debilidad, inseguridad, desconfianza, culpabilidad y rechazo hacia sí mismas, temor, desconocimiento del

propio cuerpo, y ausencia de libertad y de autonomía), es necesaria una reconstrucción y un renacimiento de la propia identidad y subjetividad.

Por último, vamos a exponer dos cuestiones que nos parecen relevantes. En primer lugar, y a fin de evitar equívocos, queremos hacer una puntualización o aclaración que, a nuestro modo de ver, es importante: a lo largo de este trabajo hemos mencionado en múltiples ocasiones la necesidad, por inexistente, de una medicina de la diferencia. Con ello, y aunque hayamos acudido a autoras como Lauretis o hayamos hecho referencia a la Librería de Mujeres de Milán, no se está asumiendo en su totalidad el feminismo de la diferencia, pero sí las nociones de sororidad, autoconocimiento, o libertad. Con ello lo que queremos decir es que la diferencia entre la anatomía femenina y la masculina no tiene que traducirse, necesariamente, como en el caso de Aristóteles, en una justificación o fundamento para afirmar la inferioridad de las mujeres. Tendría que traducirse en investigaciones, diagnósticos y tratamientos que tengan en cuenta e integren dicha diferencia con la finalidad de erradicar toda la problemática y todos los errores, en algunos casos letales, que hemos expuesto.

En segundo lugar, hemos afirmado en este trabajo que la herencia de la Grecia clásica pervive hasta la actualidad aunque, evidentemente, de una forma más sutil, tenue o implícita. En tal sentido es Aristóteles el que crea o instituye una tradición que, mediante mecanismos que podríamos denominar pseudocientíficos o ideológicos, llega hasta nuestros días con el empeño, que parece sempiterno, de intentar demostrar “científicamente” la inferioridad de las mujeres. Un ejemplo claro de lo que acabamos de decir es el libro de Londa Schiebinger *¿Tiene sexo la mente? Las mujeres en los orígenes de la ciencia moderna*, un libro al que nos hemos referido en este trabajo y que ahora abordamos desde una perspectiva distinta.

En la introducción a esta obra (L. Schiebinger 2004, p.12) la autora señala y explicita lo que hemos comentado anteriormente respecto a esa tradición que subsiste en el contexto científico y cultural:

Hoy en día nos preguntamos, como tantos antes que nosotros, por qué hay tan pocas científicas. En el siglo XVII la filósofa natural Margaret Cavendish hablaba en nombre de muchos cuando escribió que lo que sucede es que la inteligencia de las mujeres es demasiado “fría” y “blanda” para albergar un pensamiento riguroso. Este supuesto defecto de la mente femenina ha cambiado con el tiempo: a finales del XVII se creía que la cavidad craneana de las mujeres era demasiado pequeña para alojar una

inteligencia poderosa; a fines del XIX se decía que el ejercicio de la inteligencia por parte de las mujeres encogía los ovarios. En el siglo XX las peculiaridades del hemisferio derecho supuestamente hacen que las mujeres sean incapaces de visualizar las relaciones espaciales.

En oposición a esta idea, que efectivamente aparece como una constante en la historia, la autora expone algunos temas, como la personificación femenina de la ciencia, la atribución de la invención de la medicina a las mujeres, su papel en la cocina medicinal, el análisis de la anatomía femenina, o la imposibilidad de acceder a las universidades y academias científicas, que ponen en cuestión dicha tradición o dicha constante.

En definitiva, y ya para finalizar, la introducción de la perspectiva de género en los distintos ámbitos del conocimiento, tal como hemos intentado mostrar con la medicina en este trabajo, parece ser –de hecho, es- condición *sine qua non* para la deconstrucción y el desenmascaramiento de los pilares sobre los que asienta el sistema patriarcal.

ANEXOS

I. PROYECTO DE PRÁCTICAS EXTERNAS II

1. SELECCIÓN DE HOSPITALES Y CENTROS PÚBLICOS DE CANARIAS

Para la realización del estudio práctico, que consistía en la elaboración de una encuesta con Google Drive para conocer la percepción social que el personal sociosanitario de Canarias tiene de la existencia de estereotipos de género y situaciones discriminativas en su entorno profesional, en el proyecto de Prácticas Externas II titulado *Sesgos y estereotipos de género en el ámbito sociosanitario actual: la influencia de las teorías médico-filosóficas de la Antigüedad griega* decidimos seleccionar una serie de hospitales y centros públicos y privados de la comunidad autónoma de Canarias.

Respecto a los hospitales y servicios de salud públicos, decidimos contactar con las siete islas: Tenerife (Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria, Hospital Universitario de Canarias, y Centros de Salud de Granadilla de Abona, Casco Botánico y Adeje); El Hierro (Hospital Nuestra Señora de los Reyes); La Palma (Hospital General); La Gomera (Hospital Nuestra Señora de Guadalupe), Gran Canaria (Hospital Universitario Doctor Negrín, Complejo Hospitalario Universitario Insular – Materno Infantil de Canarias, y Centro de Salud El Calero); Fuerteventura (Hospital General), y Lanzarote (Hospital Doctor José Molina Orosa).

Con los hospitales y centros médicos privados, tomamos como referencia las islas capitalinas, de manera que escogimos la siguiente selección de servicios de salud: en Tenerife Hospital Quirón Salud y Hospiten Rambla, ubicados ambos en la capital isleña; CAPE – Centro de Atención Primaria y Especializada de Santa Cruz de Tenerife; ASISA, Centro Médico Tucán, Centro Médico Laguna Salud en San Cristóbal de La Laguna; Centro Médico Salus Canarias en La Orotava; Policlínicos de Canarias en La Orotava, y Excellent Medical – Golf del Sur en Arona y Adeje. En Gran Canaria Iguala Canarias, Centro Médico Siete Palmas, Canarias Biomédica SLP o Centro de Medicina Integrativa y de Investigación, Centro Médico Tres Ramblas, Instituto Canario de Medicina Avanzada en Las Palmas de Gran Canaria, Centro Médico Arguineguín en Gran Canaria Sur, y Centro Médico Finlay en Telde.

En total suman trece hospitales públicos (cinco en Tenerife, uno en El Hierro, uno en La Palma, uno en La Gomera, tres en Gran Canaria, uno en Fuerteventura y uno en

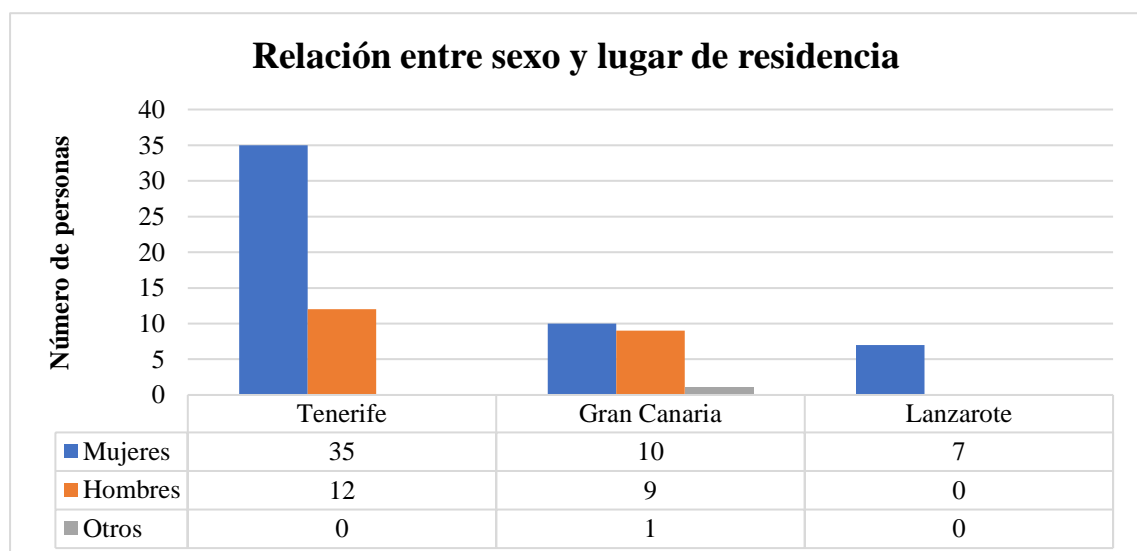
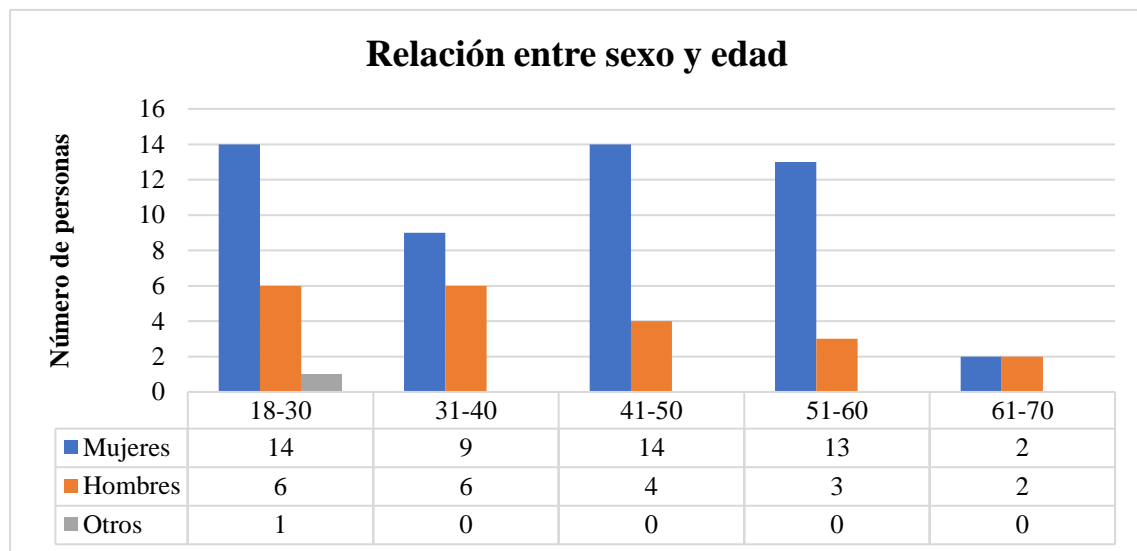
Lanzarote). Por su parte, contamos con diecisiete centros privados (diez Tenerife y siete en Gran Canaria).

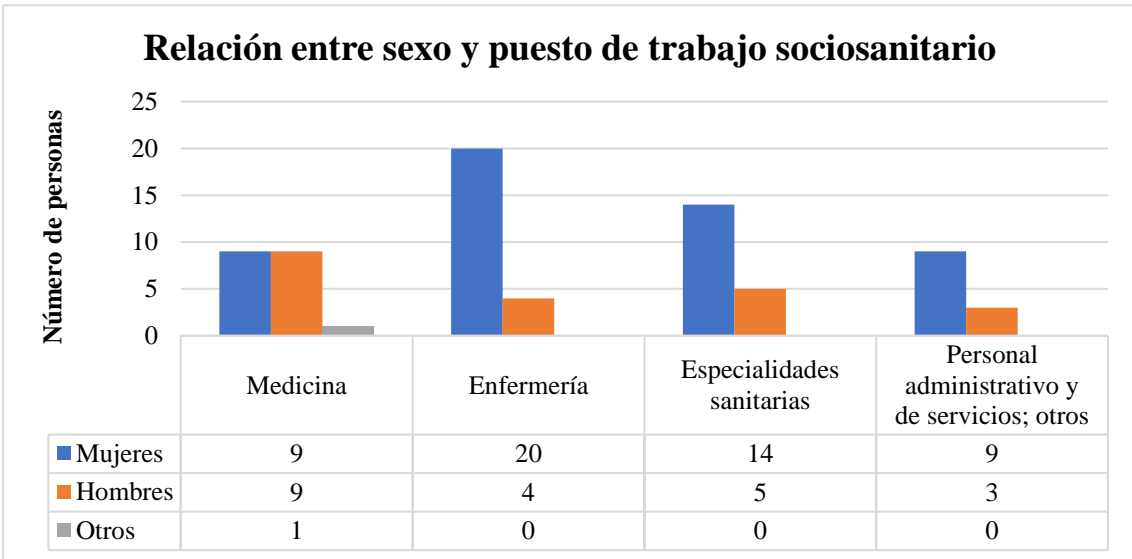
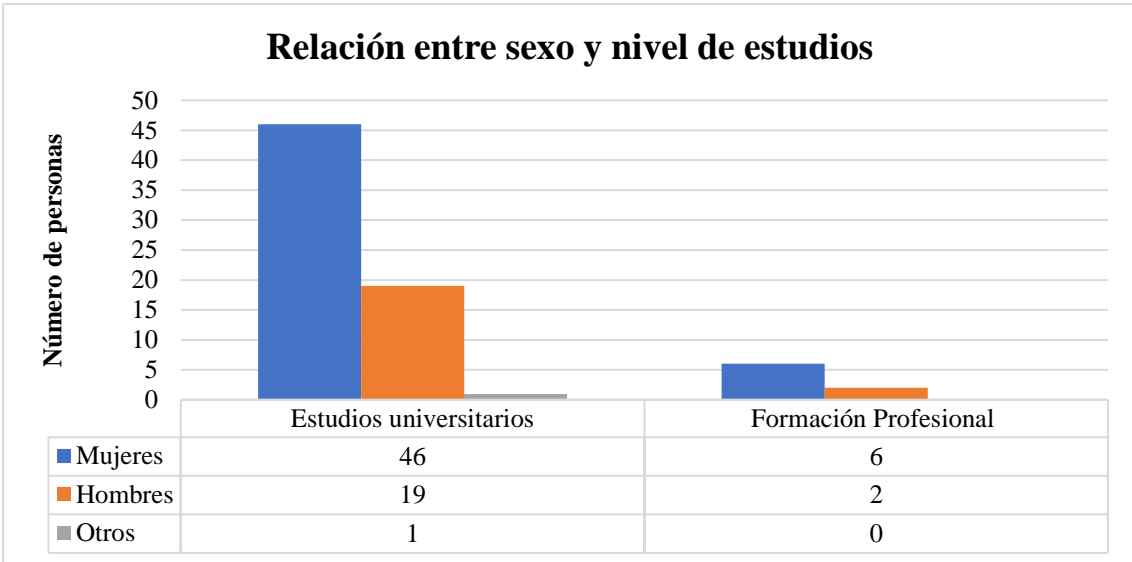
2. CÁLCULO ESTADÍSTICO PARA LA ELABORACIÓN GRÁFICA DE LOS RESULTADOS DE LA ENCUESTA

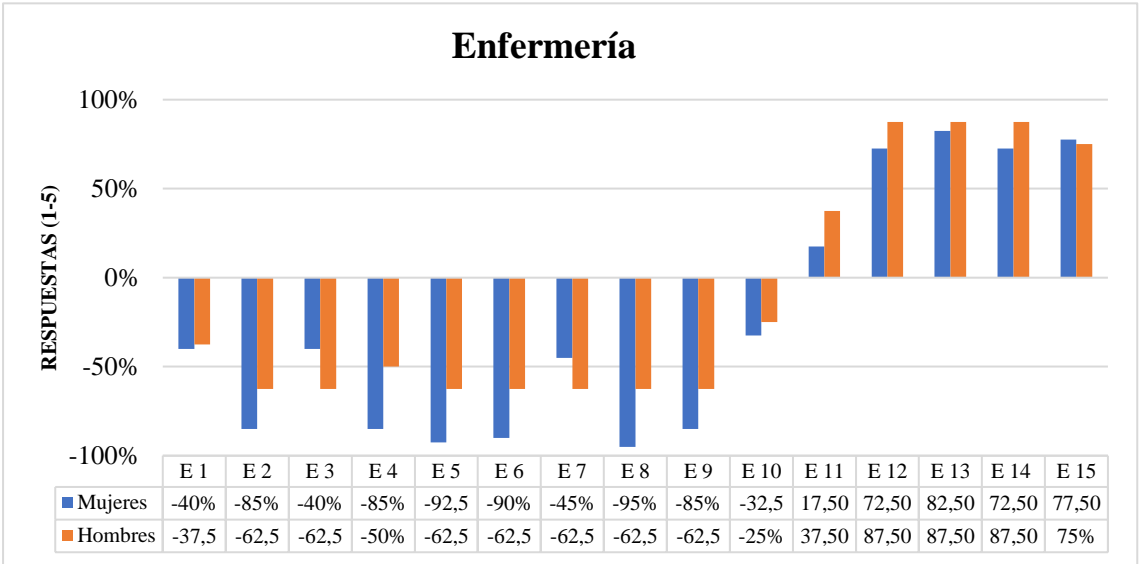
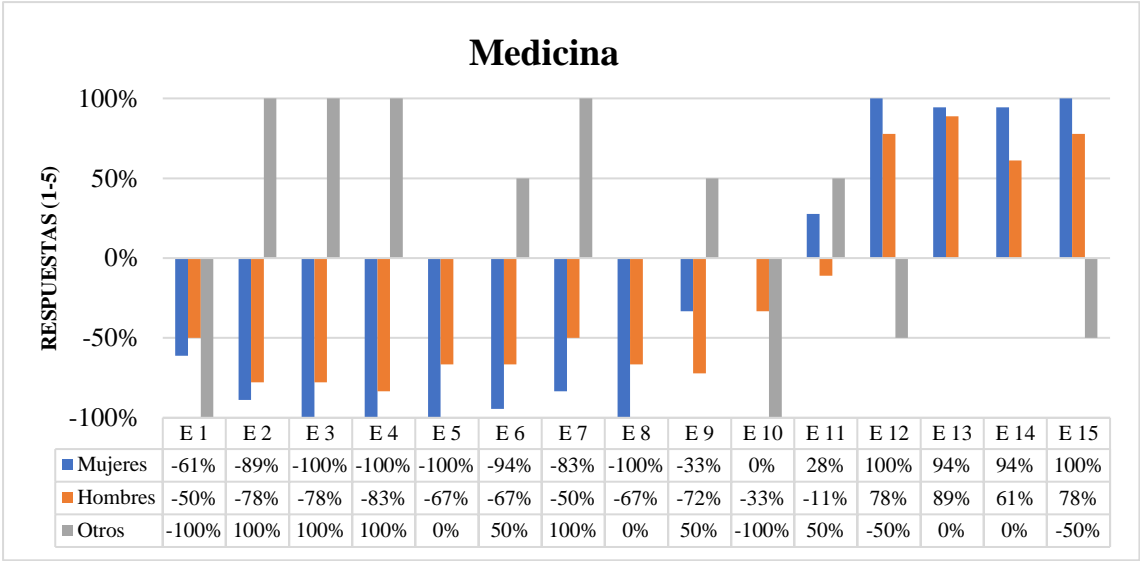
En lo que se refiere al apartado séptimo del formulario Google, que alude a los quince enunciados sobre pensamientos y actitudes discriminatoras por razón de género en el ámbito profesional sociosanitario, decidimos realizar el siguiente cálculo estadístico para obtener unos resultados sintetizados teniendo en cuenta, especialmente, las categorías de género y profesión: en primer lugar, relacionamos el grado de las respuestas con los porcentajes -100 (totalmente en desacuerdo), -50 (en desacuerdo), 0 (ni de acuerdo ni en desacuerdo), 50 (de acuerdo) y 100 (totalmente de acuerdo). A continuación distribuimos en ocho secciones las respuestas de los/las médicas, las/los enfermeros, los/las especialistas sanitarias y el personal administrativo y de servicios; y, finalmente, sumamos en cada enunciado el número de respuestas (de -100% a 100% por cada una) y lo dividimos entre el total de personas según el género y la profesión concretas, obteniendo, así, un resultado que oscila entre el -100% y el 100%.

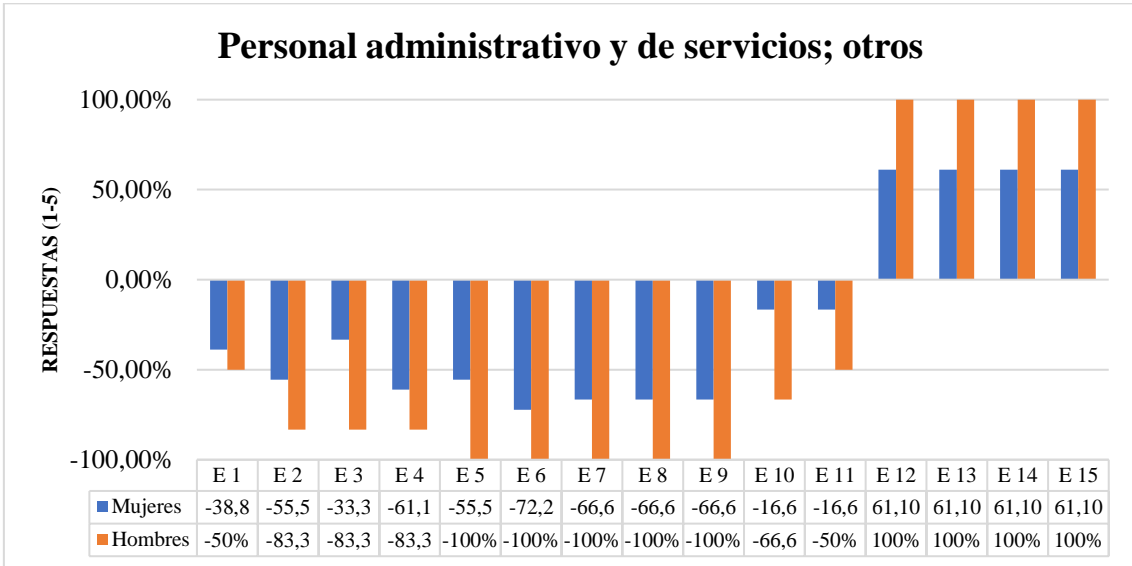
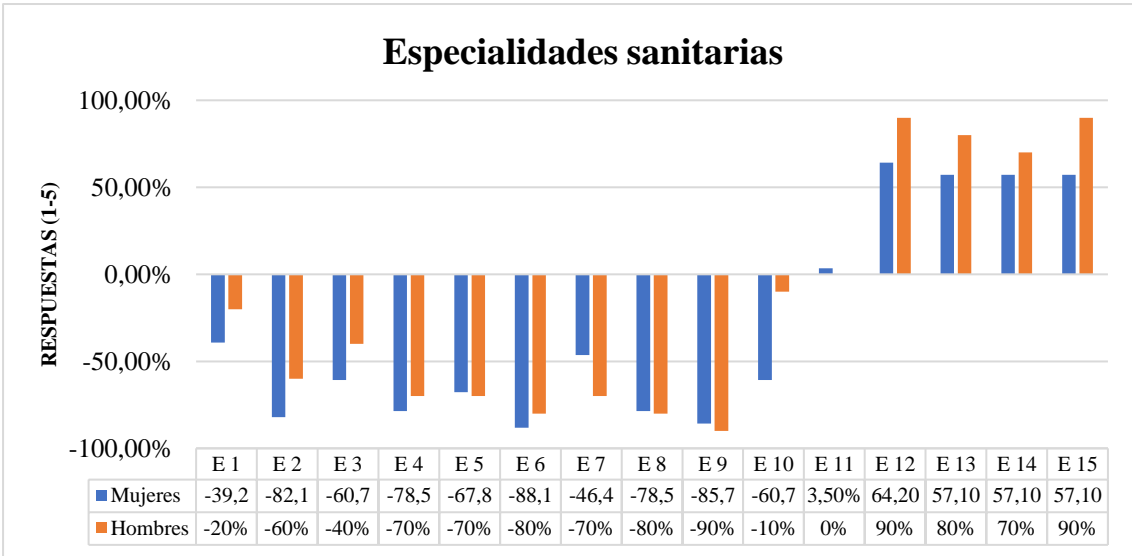
3. RESULTADOS ESTADÍSTICOS DE LA ENCUESTA MATERIALIZADOS EN GRÁFICOS

Los resultados estadísticos obtenidos de la encuesta de Google Drive para el desarrollo del marco práctico del proyecto de Prácticas Externas II son los siguientes:









II. LA SINTOMATOLOGÍA DE LA ANSIEDAD FEMENINA Y SU RELACIÓN CON ENFERMEDADES BIOLÓGICAS

En cuanto a la sintomatología de la ansiedad, el cuerpo puede padecer alteraciones en el ritmo cardíaco, perturbaciones en el sistema digestivo o temblores en las extremidades. Cuando ello sucede normalmente la persona afectada piensa que las modificaciones en su cuerpo se deben a un problema orgánico desconocido, lo que incrementa la secreción de neurotransmisores y, por tanto, genera niveles de ansiedad más elevados. Los neurotransmisores, activados en el sistema adrenérgico, disparan la secreción de adrenalina y noradrenalina en el momento en que la amenaza hacia la persona es real, activando previamente el sistema dopaminérgico, que es el encargado de segregar dopamina cuando existe la posibilidad de una agresión o de una situación problemática antes de que esta sea real (Valls Llobet, 2020).

La ansiedad leve aparece en episodios poco frecuentes ante estímulos previsibles y comunes, se manifiesta con una intensidad baja o media y con un grado de sufrimiento y una limitación de la vida cotidiana acotadas. Sin embargo, la ansiedad patológica aparece en episodios reiterados de intensidad alta y duración excesiva, con una reacción alta y desproporcionada respecto a la amenaza, lo que provoca un gran sufrimiento y una interferencia notable en la vida cotidiana de la persona afectada.

Asimismo, la sintomatología de la ansiedad es diversa y se puede manifestar en el cuerpo, la conducta o el sistema cognitivo. El cuerpo puede sufrir taquicardia, taquipnea (aceleración del ritmo respiratorio), sensación de ahogo, temblores en las manos y en las extremidades, sensación de desvanecimiento y de pérdida de control sobre el cuerpo, sudoración excesiva en todo el cuerpo (especialmente en la cara, las axilas, las manos y las plantas de los pies), sequedad en la boca, y dilatación de las pupilas (midriasis) con visión borrosa.

Respecto a la conducta, cabe resaltar la siguiente sintomatología ansiosa: sensación de fatiga intensa con imposibilidad de relajación, sensación de tensión e inquietud, llanto fácil, impaciencia, y rostro con rictus de preocupación y suspiros fáciles. Además, la ansiedad dificulta las capacidades comunicativas, pues la persona afectada solo puede atender a sus propios síntomas, repitiéndose así pensamientos obsesivos y negativos. También cabe mencionar el incremento de la imposibilidad de sintetizar y expresar ideas, un problema que suele ir acompañado de disfemia o tartamudez. Por su parte, los síntomas cognitivos se manifiestan en dificultades para la atención, la memoria y la

concentración, con embotamiento mental o dificultad para dejar la mente en blanco. De igual modo, la sensación de miedo o temor puede llegar a ser tan intensa que acaba produciendo terror o pánico, lo que produce, en consecuencia, el bloqueo de las capacidades cognitivas.

La sintomatología de la ansiedad puede presentarse con enfermedades o carencias biológicas variadas: por ejemplo, en caso de hipoglucemias (aumento de la insulina y disminución de los niveles de azúcar en la sangre), arritmias o patologías cardíacas, o insuficiencia de glándulas hormonales. Ante las mencionadas situaciones es recomendable que la persona afectada sea sometida a exámenes médicos completos con el fin de descartar etiologías no psicológicas en el padecimiento de la ansiedad.

El síndrome premenstrual (la disfunción biológica más frecuente relacionada con la ansiedad), provocado por un exceso de estrógenos absoluto o relativo si en la segunda fase del ciclo menstrual la progesterona es deficiente, puede causar cambios de humor, nerviosismo, insomnio e incremento del estado de ansiedad en los días previos a la menstruación. Los estrógenos activan tres neurotransmisores del cerebro (la noradrenalina, las endorfinas y la serotonina), lo que produce un efecto estimulante que podría llegar a ser enervante y causar estados de ansiedad en caso de que a partir del momento de la ovulación la progesterona, alentada por los receptores GABA¹² en el sistema nervioso central, no module el mencionado efecto. De igual manera, la mayoría de los fármacos que generan un exceso de estrógenos en el cuerpo (por ejemplo, los anticonceptivos hormonales, transformados en estrógenos a pesar de que provengan del estradiol, de los progestágenos o de las hormonas masculinas) pueden producir estados de ansiedad.

Las anemias o la carencia de hierro son la segunda causa más común de la ansiedad de origen biológico. Así, la deficiencia de hierro afecta a regiones cerebrales como el núcleo caudado, el hipotálamo, los núcleos del rafe, el córtex cerebral y el cerebelo. Teniendo en cuenta que la sustancia “nigra”, el núcleo estriado y el sistema límbico son las zonas más ricas en hierro (presentan el 90% de los requisitos normales de los sistemas bioquímicos afectando a la función de los receptores de dopamina 2 y de los receptores GABA en el cerebro), la carencia de este nutriente perjudica el sistema nervioso central desde la primera infancia, lo que se manifiesta en dificultades en el

¹² Las siglas GABA hacen referencia a *Gamma Amino Butyric Acid* o “ácido y-aminobutírico”, un neurotransmisor presente en el cerebro y en la médula espinal que actúa como receptor sedante e inhibidor.

aprendizaje verbal, pérdida de capacidad de atención, de concentración y de aprendizaje, disfunción cerebral mínima (síndrome de hiperactividad) y pérdida de memoria reciente. La deficiencia de hierro también puede causar una disminución en la sensibilidad de percepción, así como un aumento de fobias y miedos. Asimismo, la falta de zinc está relacionada con estados de hiperactividad en niños y en niñas, con el consiguiente incremento de la ansiedad a causa de una alteración de los neurotransmisores cerebrales.

Por su parte, el estrés físico y mental debido a condiciones de vida y de trabajo puede producir insomnio nocturno, sueño con intermitencias e incremento de la ansiedad matutina, dolor en el trapecio, taquicardias, dolor abdominal, colon irritable y/o fasciculaciones (contracciones musculares involuntarias). El hipertiroidismo, que se manifiesta en un exceso de hormonas tiroideas, incrementa los niveles de adrenalina y noradrenalina, lo que da lugar a un estado de ansiedad cuyo tratamiento con ansiolíticos resulta inefectivo si no se trata la patología base. De igual modo, el hipotiroidismo (una deficiencia de las hormonas tiroideas), también puede producir ansiedad, aunque esté presente únicamente la hormona estimulante gracias a la terapia hormonal sustitutiva (TSH), la cual, atendiendo a diversos estudios, incrementa el desarrollo del cáncer de mama (Valls Llobet, 2020, pp. 47-50).

Sabiendo que la ansiedad o la depresión pueden estar relacionadas con enfermedades endocrinas o disfunciones/carencias biológicas diversas, gran parte de los y las psiquiatras recetan psicofármacos a sus pacientes sin realizar un examen médico completo de las patologías corpóreas que podrían llegar a padecer las personas afectadas. A pesar de que los psicofármacos tienen la función de bloquear el proceso de formación y la recaptación de los neurotransmisores, el objetivo de estos medicamentos resulta inútil si no se tiene en cuenta que enfermedades no psicológicas, disfunciones endocrinas y/u otras carencias pueden resultar perjudiciales para el funcionamiento cerebral o la formación de los neurotransmisores, llegando incluso a empeorar los estados ansioso-depresivos.

En efecto, las hormonas del ciclo menstrual como los estrógenos y la progesterona actúan en el cerebro y en el hipotálamo con una intensidad variada, de la misma manera que la hormona tiroidea modifica la serotonina. Ello indica que para solucionar las psicopatologías es necesario tratar las enfermedades del cuerpo. Por lo tanto, es un error separar la mente del cuerpo, pues ambas entidades permanecen en conexión constante,

de manera que es inútil estudiar y tratar los problemas mentales si no se analizan los cambios y las carencias que experimenta la parte somática del ser humano.

La hormona tiroidea afecta al sistema nervioso central, concretamente a la serotonina, cuya carencia implica el incremento de apetito, la pérdida de memoria y de capacidad de concentración y la tendencia a la depresión. Así, la regulación de la función tiroidea puede corregir el hipotiroidismo y controlar, en consecuencia, la depresión. Por su parte, el dolor crónico severo o los estados de sensibilidad química múltiple también pueden producir depresión.

De igual manera, la hormona paratiroidea, que es capaz de alterar la entrada de neurotransmisores en las neuronas por su efecto en la ionización del calcio, puede provocar en la persona afectada estados de delirio y de confusión, a veces diagnosticados erróneamente como psicosis. En esta situación extirpar el adenoma paratiroideo o normalizar la función de la hormona paratiroidea resulta eficaz. Las anemias crónicas y congénitas debido a la presencia de células falciformes, células hemolíticas o estados autoinmunes también pueden causar depresión, al igual que disfunción cognitiva, dificultades en las actividades básicas de la vida diaria e incluso intentos de suicidio, sobre todo, en pacientes de más de 85 años (Valls Llobet, 2020, pp. 50-52).

BIBLIOGRAFÍA

- Libros y monografías

- Alzard Cerezo, Dunia (2013). *Construcciones y estereotipos de feminidad reforzados a partir de la mitología clásica: el caso de Afrodita, Hera y Atenea*. Trabajo de Fin de Máster: Universidad Complutense de Madrid.
- Barros Freitas, Lucía (2004). *Discriminación sexista y otras formas de violencia estructural e institucional contra la mujer*. Tesis doctoral en Derecho: Universidad Juan Carlos III, Madrid.
- Breilh, Jamie *et al.* (1994). *Mujer, trabajo y salud*. Quito: CEAS.
- Burin, Mabel (1990). *El malestar de las mujeres. La tranquilidad recetada*. Buenos Aires: Paidós.
- Camps, Victoria (1998). *El siglo de las mujeres*. Madrid: Cátedra.
- Carrasco, María José (2001). *Disfunciones sexuales femeninas*. Madrid: Síntesis.
- De Lauretis, Teresa (2000). *Diferencias: etapas de un camino a través del feminismo*. Madrid: Horas y horas.
- Ehrenreich, Bárbara (2010). *Por tu propio bien: 150 años de consejos expertos a mujeres*. Madrid: Capitán Swing.
- Esteban, Mari Luz (2007). *Introducción a la antropología de la salud*. Bilbao: Osalde.
- Fine, Cordelia (2018). *Testosterona Rex. Mitos sobre sexo, ciencia y sociedad*. Barcelona: Paidós.
- Flemming, Rebecca (2003). *Medicine and the making of Roman women: gender, nature, and authority from Celsus to Galen*. Oxford: Oxford University Press.
- Foucault, Michel (1999). *El nacimiento de la clínica: una arqueología de la mirada médica*. México: Siglo XXI.
- Foucault, Michel (2009). *El nacimiento de la biopolítica*. Madrid: Akal.
- Gadon, Elinor (1989). *The once and future Goddess*. Nueva York: Harper.
- Gil Calvo, Enrique (2000). *Medias miradas: un análisis cultural de la imagen femenina*. Barcelona: Anagrama.
- Gómez Rodríguez, Amparo (2019). *Escritos sobre ciencia y género*. Madrid: Los libros de la Catarata.

- González Fernández de Chávez, María Asunción (1998). *Feminidad y masculinidad: subjetividad y orden simbólico*. Madrid: Biblioteca Nueva, D.L.
- González Fernández de Chávez, María Asunción (2015). *Mujeres y hombres, identidad y conflictos*. Madrid: Biblioteca Nueva, D.L.
- Hankinson, Robert J. (2008). *The Cambridge Companion to Galen*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Healy, Bernadine (1995). *A New Prescription for Women's Health: Getting the Best Medical Care In A Man's World*. Nueva York: Viking Penguin.
- Héritier, Françoise (2002). *Masculin/Feminin II. Dissoudre la hiérarchie*. París: Odile Jacob.
- Lagarde de los Ríos, Marcela (1996). *Género y feminismo: desarrollo humano y democracia*. Madrid: Horas y horas, D.L.
- Molina González, Liliana Cecilia (2012). *Fundamentos fisiológicos de la psicología moral en Galeno de Pérgamo*. Valladolid: Universidad de Valladolid.
- Muñoz Muñoz, Ana María *et al.* (2007). *Cuerpos de mujeres: miradas, representaciones e identidades*. Granada: Universidad de Granada.
- Pérez Miranda, Iván (2011). *Mito y género en la Grecia antigua*. Tesis doctoral: Universidad de Salamanca.
- Rippon, Gina (2019). *El género y nuestros cerebros. La nueva neurociencia que rompe el mito del cerebro femenino*. Barcelona: Galaxia Gutenberg.
- Rivera Garretas, María-Milagros (2003). *Nombrar el mundo en femenino: pensamiento de las mujeres y teoría feminista*. Barcelona: Icaria.
- Rivera Garretas, María-Milagros (2005). *La diferencia sexual en la historia*. Valencia: Universidad de Valencia.
- Sanz, Fina (2003). *Psicoerotismo femenino y masculino*. Barcelona: Kairós.
- Sau, Victoria (1993). *Ser mujer: el fin de una imagen tradicional*. Barcelona: Icaria.
- Sau, Victoria (1995). *El vacío de la maternidad: madre no hay más que ninguna*. Barcelona: Icaria.
- Sun, Wenting (2020). *La mujer desde el punto de vista médico en la Antigua Grecia: Hipócrates y Galeno*. Trabajo de Fin de Grado. Facultad de Filosofía y Letras de la Universidad de Cádiz.
- Schiebinger, Londa (2004). *¿Tiene sexo la mente?* Madrid: Cátedra.

- Valls Llobet, Carme (2009). *Mujeres, salud y poder*. Madrid: Cátedra.
- Valls Llobet, Carme (2018). *Medio ambiente y salud: mujeres y hombres en un mundo de nuevos riesgos*. Madrid: Cátedra.
- Valls Llobet, Carme (2020). *Mujeres invisibles para la medicina. Desvelando nuestra salud*. Madrid: Capitán Swing.

- Capítulos de libros:

- Freixas, Anna (2002). “Envejecimiento y Perspectiva de Género”. En Barberá, E; Martínez Benlloch, María Isabel (2004). *Psicología y Género*. Madrid: Pearson.
- Madrid Navarro, Mercedes (1999). “Las mujeres en Platón y Aristóteles: de la igualdad a la carencia”. En M. Madrid Navarro (coord.), *La misoginia en Grecia* (pp. 289-327). Madrid: Cátedra.
- Matud, María Pilar (2012). “Diferencias de género en sintomatología depresiva y de ansiedad en la población general española”. En P. García Medina *et al.* (coord.), *Ansiedad y depresión: investigación e intervención* (pp. 51-68). Granada: Comares.
- Pastor, Rosa (2004). “Cuerpo y género: representación e imagen corporal”. En E. Barberá Heredia *et al.* (coord.), *Psicología y género* (p. 223). Madrid: Pearson Educación.

- Artículos de revista:

- Bernabeu-Mestre, Josep; *et al.* (2013). “Género y profesión en la evolución histórica de la Enfermería Comunitaria en España”. *Enfermería Clínica*, nº23: pp. 284-289.
- Borrell, Carme.; *et al.* (2004). “La salud pública desde la perspectiva de género y clase social”. *Gaceta Sanitaria*, nº 18: pp. 2-6.
- Borrell, Carme; *et al.* (2010). “Perceived discrimination and health by gender, social class, and country of birth in a Southern European country”. *Preventive medicine*, nº 50 (1-2): pp. 86-92.
- Cabruja Ubach, Teresa (2008). “¿Quién teme a la psicología feminista?” *Pro-Posições*, nº19 (2): pp. 25-46.

- Carrillo-García, César.; *et al.* (2013). “Influencia del género y edad: satisfacción laboral de profesionales sanitarios”. *Revista Latinoamericana Enfermagem*, nº 21 (6): pp. 1314-1320.
- Castañeda Abascal, Ileana Elena (2007). “Reflexiones teóricas sobre las diferencias en salud atribuibles al género”. *Revista Cubana de Salud Pública*, nº 33 (2): pp 1-12.
- Delgado Castillo, Aura Adriana (2011). “Apuntes sobre el origen de la misoginia”. *Revista Estudios Culturales*, nº4 (8): pp. 235-248.
- García Bañón, Ana María; *et al.* (2004). “La enfermería vista desde el género”. *Index de Enfermería*, nº13 (46): pp. 1-5.
- García Calvente, María del Mar; *et al.* (2004). “El impacto de cuidar en la salud y la calidad de vida de las mujeres”. *Gaceta Sanitaria*, nº18: pp. 83-92.
- García Calvente, María del Mar.; *et al.* (2012). “Exhausted women, tough men: a qualitative study on gender differences in health, vulnerability and coping with illness in Spain”. *Sociology of health & illness*, nº 34 (6): pp. 911-926.
- González Suárez, Amalia (2000). “La justicia y las mujeres en la filosofía de Platón”. *Asparkía, Investigación Feminista*, nº 11: pp. 65-76.
- Healy, Bernadine (1991). “The Yentl syndrome”. *New England Journal of Medicine*, nº 325 (4): pp. 274-276.
- Laurenzi, Elena (2004). “María Zambrano. Nacer por sí misma”. *Cuadernos Inacabados*, nº16.
- Librería de Mujeres de Milán (2004). “No creas tener derechos”. *Cuadernos Inacabados*, nº 10.
- Lozano, María del Río *et al.* (2013). “Gender identity in informal care: impact on health in Spanish caregivers”. *Qualitative Health Research*, nº 23 (11): pp. 1506-1520.
- Lozano Alcaraz, Carmen. *et al.* (2014). “Formación y detección de la violencia de género en la profesión sanitaria”. *Revista de Enfermagem de UFSM*, nº 4 (1): pp. 217-226.
- Molina Boscán, Nancy (2017). “La misoginia en la construcción del discurso científico en la época clásica”. *Revista Estudios Culturales*, nº 10 (19): pp. 13-25.

- Moreno Rodríguez, Rosa (1995). “La ideación científica del ser mujer. Uso metafórico en la doctrina galénica”. *Dynamis*, nº 15: pp. 103-149.
- Moreno Rodríguez, Rosa (2013). “Ética y medicina en la obra de Galeno”. *Dynamis*, nº 33 (2): pp. 441-460.
- Ortiz Gómez, Teresa (2007). “La práctica sanitaria en la historia, ¿una cuestión femenina?” *Eidon: Revista de la Fundación de Ciencias de la Salud*, nº 23: pp. 61-65.
- Peiró, Rosana. *et al.* (2004). “Sensibilidad de género en la formulación de planes de salud en España: lo que pudo ser y no fue”. *Gaceta Sanitaria*, nº 18 (5).
- Perales García, Ramón (2012). “La educación desde la perspectiva de género”. *Revista de la Facultad de Educación de Albacete*, nº 27: pp. 1-18.
- Rice, Carla (1994). “Out from Under Occupation. Transforming Our Relationships with Our Bodies”. *Canadian Woman Studies/Les cahiers de la femme*, nº 14 (3): pp. 44-51.
- Ruiz Gómez, Norma Liliana (2004). “La mitología griega en la identidad de género”. *Revista electrónica de Educación y Psicología de la Universidad de Pereira*, nº 2: pp. 1-29.

- Recursos web:

- Real Academia Española: <https://www.rae.es>
- Conceptos de biopolítica y biopoder: <https://www.elsaltodiario.com/el-rumor-de-las-multitudes/vidas-gobernadas-la-biopolitica-segun-foucault>
- Síndrome de “*burn-out*”:
<https://www.salud.mapfre.es/cuerpo-y-mente/psicologia/estoy-quemado-el-sindrome-de-burnout/>
- Receptores GABA:
<https://psicologiaymente.com/neurociencias/gaba-neurotransmisor>

