

GÉNERO, MUJERES Y PSIQUIATRÍA: UNA APROXIMACIÓN CRÍTICA*

M.^a José Ruiz Somavilla e Isabel Jiménez Lucena

Historia de la Ciencia. Universidad de Málaga

Resumen:

Este trabajo tiene como objetivo mostrar las preocupaciones y propuestas de los análisis de la historia de la psiquiatría desde una perspectiva de género. A la vez, pretende presentar algunas reflexiones sobre problemas y debates surgidos en ese ámbito acerca de la «feminización de la locura», las perspectivas de las pacientes, los nuevos esencialismos y las visiones postcoloniales de los discursos y las prácticas psiquiátricas.

Palabras clave: Género e historia de la psiquiatría, historiografía, «feminización de la locura».

Abstract:

The aim of this article is to examine concerns and proposals from accounts of gender on history of psychiatry. At the time, it attempts to show some reflections about issues and debates, which are concerning postulate of a «female malady», women patients's views, the essentialism, and postcolonial perspective on ideas and practices of psychiatry.

Palabras clave: Gender and history of psychiatry, historiographic, «female malady».

1. INTRODUCCIÓN

Hace unos años, Nancy C. Andreasen en la editorial del número 12 de *The American Journal of Psychiatry* (revista de la que entonces era directora), se preguntaba

* Trabajo realizado en el marco del Proyecto de investigación DGI/BHA 2001-2979-C05-03, financiado por el Ministerio de Ciencia y Tecnología y el Fondo Europeo de Desarrollo Regional.

¿Por qué son tan atractivos los estudios que muestran diferencias de género en psicopatología?, ¿Cómo de diferentes son hombres y mujeres en cuanto al estilo cognitivo, habilidades mentales, personalidad, o psicología?, si realmente ¿Son las mujeres de Venus y los hombres de Marte?, afirmando que todos tenemos en la cabeza los clichés acerca de diferencias de género en estilo cognitivo y personalidad, etc., etc., lo que determina un pensamiento, genéricamente considerado, no-neutral. Y, sin embargo, mantenía la existencia de una importante dificultad para discernir entre lo que estas supuestas diferencias tienen de genuinas y lo que depende de las expectativas sociales. Por ello, ante las dificultades de lo que ella llama el «experimento social» de la igualdad de oportunidades entre géneros, una ciencia precisa, objetiva, imparcial, autónoma, neutral, tendría la última palabra en estas cuestiones¹. Lo que hay debajo de estas concepciones, de forma un tanto «velada» (en palabras de Norberto Conti y Daniel Matusевич), es la consideración de una ciencia biologicista y reduccionista como la única que puede dar respuestas, y, por tanto, una indiferenciación epistemológica entre los conceptos de sexo y género en el sentido de que los roles y las identidades de género están biológicamente determinados².

Sin duda, respuestas como la de Andreasen a los resultados de análisis de diferentes campos de las ciencias sociales, en relación a las construcciones de género, no tienen en consideración el papel que esa ciencia «precisa y objetiva» ha jugado en las desigualdades de género, y legitiman nuevamente los estudios que mantienen clichés y sesgos que son manejados de forma no reflexiva. Las consecuencias de estas posiciones, en el ámbito del conocimiento psicológico y psicopatológico, son claras, al volver a incidir en la normativización de las conductas a partir de una perspectiva única, que mitifica un determinado modo de conocer.

Precisamente, ante este enfoque, desde luego nada novedoso, surgieron, en las décadas de los setenta y ochenta, propuestas que desde el feminismo propugnaban unas nuevas epistemologías, metodologías y categorías analíticas, que contribuyeran a una forma de conocimiento no determinista en el más amplio sentido del término, problematizando conceptos como «objetividad», «hombre» y «progreso», entre otros³. En el marco de estas propuestas se desarrollaron análisis que tenían como objeto de estudio aspectos relacionados con la historia de la psiquiatría, dado su carácter normativo y su relevancia en la configuración de las relaciones sociales y de género⁴.

¹ ANDREASEN, Nancy C. (1997), Editorial: What Shape Are We In? Gender, Psychopathology, and the Brain, *The American Journal of Psychiatry*, 154, 1636-1639.

² CONTI, Norberto; MATUSEVICH, Daniel (2000), Introducción a «Género y Psiquiatría», *Vertex. Revista Argentina de Psiquiatría*, 11 (41), 181-182.

³ TOMES, Nancy (1994), Feminist Histories of Psychiatry. En: MICALÉ, Mark S., PORTER, Roy (eds.), *Discovering the History of Psychiatry*, New York, Oxford University Press, pp. 348-383.

⁴ En este sentido, puede verse JIMÉNEZ LUCENA, Isabel, RUIZ SOMAVILLA, Mª José (1999), La política de género y la psiquiatría española de principios del siglo XX. En: BARRAL, Mª J., MAGALLÓN, C.,

Las revisiones historiográficas de buena parte de los trabajos realizados han resultado muy útiles en tanto que han proporcionado visiones globales de las preocupaciones y resultados de estos proyectos feministas⁵; sin embargo, resulta, cuando menos, llamativo el sesgo cultural y lingüístico de dichos análisis que, desde nuestra perspectiva, condiciona todo el proceso de obtención de conocimiento: desde la selección de los problemas a tratar, hasta la interpretación de los resultados de los análisis. A partir de esto, nuestro objetivo no es tanto una puesta al día historiográfica, como la expresión escrita de algunas reflexiones que intentan incorporar análisis de ámbitos que resultan prácticamente invisibles como consecuencia de los sesgos señalados. Nos centraremos en el debate en torno a la simetría o asimetría en las relaciones de género, cuyo aspecto central sería la «feminización de la locura»; la introducción de la perspectiva de las pacientes, y sus repercusiones en la consideración de los significados de los trastornos mentales; la formulación de nuevos esencialismos femeninos a través de un análisis histórico continuista; y, por último, la importancia de los análisis de la evolución de la psiquiatría en las culturas no occidentales, para el mejor conocimiento de las influencias de género en el pensamiento psiquiátrico, a partir de una perspectiva postcolonial.

2. SOBRE GÉNERO Y MUJERES: LA CUESTIÓN SIMETRÍA/ASIMETRÍA

El hecho de que fuese el activismo feminista el impulso inicial para los trabajos sobre la historia de la psiquiatría desde una perspectiva de género supuso que se situase en el centro de los análisis a las mujeres y sus relaciones con el discurso y la práctica psiquiátrica. Esta centralidad fue respondida con una acusación de distorsión y una pretendida solución que proponía el enfoque desde las relaciones de género como alternativa.

En principio, hemos de señalar que esta «dicotomización» es, entre otras cosas, innecesaria, pues los análisis que destacan la problemática de la feminidad conducen

MIQUEO, C., SÁNCHEZ, M^a D. (eds.), *Interacciones ciencia y género. Discursos y prácticas científicas de mujeres*, Barcelona, Icaria, pp. 185-206.

⁵ TOMES, Nancy (1987), *The Anatomy of Madness: New Directions in the History of Psychiatry*, *Social Studies of Science*, 17, 358-370; GORDON, F. (1989), *Psychiatry Monomaniacs*, *Gender & History*, 1 (2), 219-225; MICALÉ, Mark S. (1989), *Hysteria and his Historiography: A Review of Past and Present Writings I y II*, *History of Science*, 27, 223-261 y 319-351; TOMES, Nancy (1990), *Historical Perspectives on Women and Mental Illness*. En: APPLE, Rima (ed.) *Women, Health, and Medicine in America: A Historical Handbook*, New York, Garland; HARSIN, Hill (1992), *Gender, Class, and Madness in Nineteenth-Century France*, *French Historical Studies*, 17 (4), 1048-1070; TOMES (1994); BROWN, T.E. (1994), *Dance of the Dialectic? Some Reflections (Polemic and otherwise) on the Present State of 19th-Century Asylum Studies*, *Canadian Bulletin on Medical Studies*, 11, 267-295.

a las relaciones de género de manera inmediata, y viceversa. Sin embargo, estas posiciones, muchas veces enfrentadas, se explicitaron desde que surgió el interés por estos estudios⁶; aunque, como se recoge en las revisiones ya existentes, el trabajo de Elaine Showalter, *The Female Malady*, de 1985⁷, ha sido uno de los más influyentes tanto para los análisis feministas como para provocar reacciones de los defensores de la simetría de género en las teorías y prácticas de la psiquiatría.

La «feminización de la locura» es el tema central del debate. Los trabajos que analizan el proceso que llevó, a finales del siglo XIX, a considerar a los trastornos mentales bajo una representación femenina muestran cómo la locura se caracterizó con «atributos femeninos», y esto condicionó las respuestas terapéuticas dadas por los psiquiatras⁸. Las mujeres tenían más probabilidad de ser etiquetadas de enfermas mentales, debido a lo que Chesler llama «doble estándar» de la enfermedad mental, y a que la salud mental no se valoraba de la misma forma, con los mismos parámetros, en hombres y mujeres, pues los parámetros de una personalidad sana: independencia, autonomía y objetividad no eran los parámetros de una mujer mentalmente sana: dependencia, sumisión y sentimentalismo. Por tanto, las mujeres podían ser consideradas «locas» aceptaran o rechazaran aspectos del rol femenino⁹. En cuanto al tratamiento se refiere, se ha evidenciado la realización de mutilaciones ginecológicas y diferencias de género en el tratamiento moral, en lo relativo a la reeducación para que se llegara a cumplir con los roles establecidos¹⁰.

⁶ Véanse los trabajos de WOOD, Ann D. (1973), «The Fashionable Diseases»: Women's Complaints and Their Treatment in Nineteenth Century America, *Journal of Interdisciplinary History*, 4 (1), 25-52; MORANTZ, Regina M. (1973), The Perils of Feminist History, *Journal of Interdisciplinary History*, 4 (4), 649-666; WOOD, Ann D. (1974), «The Fashionable Diseases»: Women's Complaints and Their Treatment in Nineteenth Century America; y MORANTZ, Regina (1974), The Lady and Her Physician. En: HARTMAN, Mary; BANNER, Louis (eds.), *Clio's Consciousness Raised: New Perspectives on the History of Women*, New York, Hasper & Row.

⁷ SHOWALTER, Elaine (1985), *The Female Malady: Women, Madness, and English Culture, 1830-1980*, New York, Pantheon.

⁸ SMITH-ROSENBERG, Carroll (1972), The Historical Woman: Sex, Roles and Role Conflict in 19th Century America, *Social Research*, 39 (4), 652-678; CHESLER, Phyllis (1972), *Women and Madness*, New York, Avon Books; WOOD, A.D. (1973); SHOWALTER, Elaine (1980), Victorian Women and Insanity, *Victorian Studies*, 23 (2), 157-181; KROMM, J.E. (1994), The Feminization of Madness in Visual Representation, *Feminist Studies*, 20 (3), 507-535; WEINER, D. (1995), Les femmes de la Salpetriere: Trois siecles d'histoire hospitalaire parisienne, *Gesnerus*, 52 (1-2), 20-30; DAVIES, Kerry (1996), «Sexing the mind»? Women, Gender and Madness in nineteenth-century welsh asylums, *Llafur*, 7 (1), 29-40.

⁹ CHESLER (1972); véase el análisis que de la obra de Phyllis Chesler se hace en TOMES (1994), 353-355.

¹⁰ SHOWALTER, Elaine (1980); BING, R.K. (1981), Eleanor Clarke Slagle Lectureship. Occupational therapy revisited: a paraphrastic journey, *American Journal of Occupational Therapeutic*, 35 (8), 499-518; MITCHINSON, Wendy (1981-82), Gynecological Operations on Insane Women: London, Ontario, 1895-1901, *Journal of Social History*, 15 (3), 467-484; SCULL, A; FAVREAU, D. (1987), *Medecine de la Folie ou Folie de Medicine. Controverse a Propos de la Chirurgie Sexuelle au 19e siecle, Actes de la Recherche en*

La reacción contra la feminización de la locura ha elaborado distintos argumentos: la presencia en varones de enfermedades mentales supuestamente consideradas femeninas; la imposibilidad de interpretar en términos de feminización esta incidencia, debido a la ausencia de evidencias en este sentido; la elaboración de la enfermedad psiquiátrica sobre patrones sociales previamente establecidos sin que exista una discriminación de género que justifique la conceptualización de una *female malady* o de un *male malady*, pues la simetría caracterizaría la construcción de la teoría y la práctica psiquiátrica y, por tanto, no habría una patología psiquiátrica específica de género, hombres y mujeres podrían padecer las mismas enfermedades; la crítica a una supuesta ausencia de análisis que consideren otras categorías como la clase social y la etnia, acusando de un reduccionismo de género que propugnaría un modelo universal de *female malady*; la no asunción del género como categoría analítica con el pretexto de la existencia de distintas caracterizaciones en función del contexto; la presencia de una heterogeneidad tan amplia que imposibilitaría la tipificación de los trastornos mentales en relación a grupos sociales concretos; la acusación de presentismo en los análisis históricos producidos, para justificar la existencia de una fuerte correlación entre mujeres y trastornos psiquiátricos a partir de la Segunda Guerra Mundial, sin precedentes ni conexión con las teorías psicopatológicas elaboradas en décadas anteriores.

La contestación a estos argumentos pone el acento en la utilidad del concepto de asimetría para explicar diferencias de género (tanto como las de clase y etnia, entre otras) en la teoría y la práctica psiquiátrica. La incidencia de determinadas enfermedades consideradas femeninas en varones no sería un argumento contra la feminización de la locura si los enfermos mentales eran etiquetados con características atribuidas a estereotipos femeninos. En el mismo sentido, la elaboración de patologías mentales «masculinas» no parece sino validar la hipótesis de la feminización, en tanto que, como se sostiene en algunos trabajos, pudieran considerarse una opción para varones con alteraciones nerviosas sin que éstas supusieran una pérdida de la masculinidad, como ocurriría en el caso de la neurastenia¹¹. Por otra parte, iguales diagnósticos no obedecen siempre a una misma etiología¹², como se puede apreciar incluso

Science Sociales, 68, 31-44; BALBO, Eduardo (1993), Tratamiento ginecológico de la enfermedad mental: una respuesta al nihilismo psiquiátrico del siglo XIX, *Cuadernos Complutenses de Historia de la Medicina y de la Ciencia*, 1, 329-339; KELM, M.E. (1994), A life apart: The experience of women and the asylum practice of Charles Doherty at British Columbia's Provincial Hospital for the Insane, 1905-1915, *Bulletin Canadian of History of Medicine*, 11 (2), 335-355.

¹¹ GIJSWIJT-HOFSTRA, Marijke (2001), Introduction. En: GIJSWIJT-HOFSTRA, Marijke; POTER, Roy (eds.), *Cultures of Neurasthenia from Bear to the First World War*, Amsterdam-New York, Rodopi, pp. 1-30. Véase también en el mismo monográfico el trabajo de FORTH, Christopher E. (2001), *Neurasthenia and Manhood in fin-de-siècle France*, pp. 329-361.

¹² Véase a este respecto JIMÉNEZ LUCENA, RUIZ SOMAVILLA (1999).

en aquellos trabajos que más firmemente defienden una simetría radical¹³. De la misma manera que siendo cierto que la locura masculina puede conceptuarse como una pérdida de la capacidad para cumplir el rol esperado, la diferencia radicaría en el hecho de que para las mujeres no sólo la pérdida de la capacidad para cumplir el rol femenino, sino también la expresión de las características básicas y necesarias para cumplir el rol esperado puede ser conceptuado de problema mental¹⁴. Respecto a las acusaciones de reduccionismo de género, convendría señalar que es necesario no malinterpretar los intentos de evidenciar los procesos de generización, en el sentido de considerarlos una toma de posición a favor de una homogenización o, si se quiere, una universalización de las características con que se define el género. Otra cuestión relevante es la falacia que constituye la estrategia de pretender mostrar que los análisis de género van en paralelo con los análisis de clase, etnia o religión, cuando buena parte de la teoría feminista ha mantenido importantes debates que tienen como fondo una interrelación básica entre estos aspectos de la realidad, sin pretender constituir una alternativa a los mismos¹⁵; pero lo que resulta aún más llamativo es que en las argumentaciones de los defensores de la simetría se traten los factores socio-estructurales como si fuesen ajenos al género¹⁶. En cuanto a la imposibilidad de universalizar conceptos analíticos como el género, conviene señalar la confusión que

¹³ ERNST, Waltraud (1996), European madness and Gender in Nineteenth-century British India, *Social History of Medicine*, 9 (3), 357-382.

¹⁴ MOLLE, Rosella; PEPE, Mª Luisa (1985), Il posto della donna nella storia della psichiatria, *Devianza & Emarginazione*, 8, 4; MENZIES, R., CHUNN, D.E. (1998), The gender politics of criminal insanity: «Order-in-Council» women in British Columbia, 1888-1950, *Histoire Sociale-Social History*, 31 (62), 243-279; DIÉGUEZ GÓMEZ, Antonio (1999), Psiquiatría y género: el nacimiento discurso médico psiquiátrico en España y el estatuto social de la mujer, *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 19 (72), 637-652.

¹⁵ Incluso la obra a la que se han hecho unas críticas más directas como es el caso de SHOWALTER, Elaine (1985) consideraba claramente otros elementos, que, por otra lado, ya habían formado parte en los análisis de género y psiquiatría; en relación a los trabajos que han tomado en consideración diversos aspectos de la realidad pueden verse, entre otros: GENDZIR, Irene L. (1976), Psychology and Colonialism: Some Observations, *Middle East Journal*, 30 (4), 501-515; TOMES, Nancy (1978), A «Torrent of Abuse»: Crimes of Violence between Working-Class Men and Women in London 1840-1875, *Journal of Social History*, 11, 328-345; NGATE, Jonathan (1986), Reading Warner-Vieyra's Juletane, *Callaloo*, 9 (4), 553-564; HARSIN, Jill (1992); BROWN, Julie Vail (1986), Female Sexuality and Madness in Russian Culture: Traditional Values and Psychiatry Theory, *Social Research*, 53 (2), 369-385; SWARTZ, S. (1995), Changing diagnoses in Valkenberg Asylum, Cape Colony, 1891-1920: a longitudinal view, *History of Psychiatry*, 6 (24), 431-451; GOLDBERG, Ann (1999), *Sex, religion, and the making of modern madness: the Eberbach Asylum and German society, 1815-1849*, New York, Oxford University Press; RIVERA-GARZA, Cristina (2001), «She neither respected nor obeyed anyone»: in-mutes and psychiatrists debate gender and class at the general insane asylum La Castañeda, México, 1910-1930, *Hispanic American Historical Review*, 81 (34), 653-688; COOLEY, Thomas (2001) *The ivory leg in the ebony cabinet: madness, race, and gender in Victorian America*, Amherst, University of Massachusetts Press; REID, Pamela T. (2002), *Multicultural Psychology. Bringing Together Gender and Ethnicity*, *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology*, 8 (2), 103-114.

¹⁶ Un ejemplo de lo que decimos puede verse en ERNST (1996).

se produce entre lo que constituiría el género como categoría de análisis y las particularidades que intervienen en la caracterización del género y su contextualización. El postmodernismo, llevado a sus límites, que subyace en esta visión, va a condicionar también la denuncia en relación al presentismo y la negación de posibles explicaciones históricas que ayuden a comprender la realidad presente, llevándonos a un discontinuismo extremo.

La duración, por décadas, del debate asimetría/simetría, cuando se han elaborado importantes trabajos que han logrado superar la dicotomía en sí¹⁷, sólo se explica si tomamos en consideración uno de los elementos que forman parte de la elaboración del conocimiento: el factor ideológico. Parece claro que la masculinidad, tanto como la feminidad, está construida socialmente, pero, parece también claro que sobre bases sociales y políticas asimétricas¹⁸; negar la existencia de relaciones de género desiguales, enmascarándolas bajo otros elementos de carácter socio-estructural, es difícilmente sostenible, a no ser que tal negación se constituya en un presupuesto axiomático que, por tanto, no necesita validación.

3. LAS PERSPECTIVAS DE LAS PACIENTES

Las propuestas de una historia de la medicina desde abajo (recogida del ámbito de la historia sociocultural)¹⁹ se incorporó en la década de los noventa en el campo de la historia de la psiquiatría, incluyendo análisis que se centran en el papel de la familia²⁰; aunque, como se ha manifestado en algunas ocasiones sigan siendo necesarios mayores esfuerzos en este sentido²¹.

Los supuestos, desde los que se ha abordado buena parte de esta historia de la paciente en el ámbito de la Psiquiatría, han considerado la perspectiva del protagonismo frente a la de la victimización, y se han examinado aspectos relacionados con

¹⁷ SMITH-ROSENBERG, Carroll (1972).

¹⁸ JIMÉNEZ LUCENA, RUIZ SOMAVILLA (1999).

¹⁹ PORTER, Roy (1985), *The Patient's View: Doing Medical History from Below*, *Theory and Society*, 14, 175-198.

²⁰ KELM, Mary-Ellen (1994), *Women, families and the Provincial Hospital for the Insane, British Columbia, 1905-1915*, *Journal of Family History*, 19 (2), 177-194; RAIBLE, Chris (1994), «Your daughter and I are not likely to quarrel»: Notes on a dispute between Joseph Wordman and William Lyon Mackenzie, *Canadian Bulletin of Medical History*, 11 (2), 387-396; PORTER, Roy (1998), *Anti-Psychiatry and the Family: Taking the Long View*. En: GUISWIJT-HOFSTRA, Marijke; POTER, Roy (eds.), *Cultures of Psychiatry and Mental Health Care in Postwar Britain and the Netherlands*, Amsterdam, Rodopi, pp. 257-282; THERIOT, Nancy (2001), *Negotiating illness: Doctors, patients, and families in the nineteenth century*, *Journal of the History of the Behavioral Sciences*, 37 (4), 349-368.

²¹ GUISWIJT-HOFSTRA, Marijke (2001).

las responsabilidades jurídicas y la criminalidad, así como la relación de la locura y las acciones de resistencia.

Ante los resultados de algunos de estos trabajos, cabría señalar la necesidad de analizar los beneficios que la incorporación de los peritajes psiquiátricos en procesos judiciales, de forma habitual, tuvieron para los diferentes agentes sociales involucrados, siendo la profesionalización de la psiquiatría uno de los más relevantes²². En cuanto al supuesto beneficio que la incapacitación legal reportaba a las mujeres, habría que hacer algunas aclaraciones. Por una parte, los atenuantes o elementos exculpatórios de los delitos en los que estaban involucradas aparecen como fuertemente generizados. Por otra parte, se ha evidenciado cómo los roles sociales, entre ellos los de género, jugaron un importante papel en las decisiones judiciales, de manera que, por ejemplo, en casos de crímenes pasionales, cuando la víctima era la mujer, el varón era exculpado si ella había sido infiel o no había cumplido con sus obligaciones de ama de casa; si la víctima era el varón, la mujer podía influir positivamente en la decisión judicial si mostraba una actitud de haber sido abandonada o engañada, mientras que los deseos de independencia o libertad sexual influirían negativamente. De esta manera, la irresponsabilidad, la incapacidad, el vínculo que establecían los psiquiatras entre la criminalidad de las mujeres y la existencia de un «desequilibrio nervioso natural» en ellas, eran argumentos que podían contribuir a exculparlas²³.

Así, aunque la vinculación entre locura femenina y violencia pudo haber servido de elemento exculpatório en los juicios, también contribuyó a reforzar el estereotipo de género de las mujeres como no-responsables y, por tanto, necesitadas de un varón que custodiara y tutelara sus vidas²⁴; es decir legitimó el paternalismo del sistema patriarcal. La irresponsabilidad penal conllevaba el cuestionamiento de los derechos de ciudadanía para las mujeres²⁵, y, en recientes trabajos, se ha puesto en evidencia cómo refuerza las actitudes negativas e intensifica la estigmatización asociada a los problemas de salud mental de las mujeres²⁶.

²² HARSIN, Hill (1992); CAMPOS, Ricardo; MARTÍNEZ PÉREZ, José; HUERTAS GARCÍA-ALEJO, Rafael (2000), *Los ilegales de la naturaleza. Medicina y degeneracionismo en la España de la Restauración (1876-1923)*, Madrid, CSIC.

²³ Entre los trabajos realizados sobre violencia, psiquiatría y género, pueden verse: HARRIS, Ruth (1989), *Murders and Madness: Medicine, Law, and Society in the fin de siècle*, New York; GUILLAIS, Joëlle (1990), *Crimes of Passion*, New York; HARSIN, Jill (1992); PRIOR, Pauline M. (1997), Mad, not bad: crime, mental disorder and gender in nineteenth-century Ireland, *History of Psychiatry*, 8 (4), 501-516; MENZIES, R. (1998); MCKITTRICK, Meredith (1999), Faithful daughter, murdering mother: transgression and social control in Colonial Namibia, *Journal of African History*, 40 (2), 265-283.

²⁴ AINSLEY, Jill Newton (2000), «Some mysterious agency»: Women, violent crime, and the insanity acquittal in the Victorian Courtroom, *Canadian Journal of History*, 35 (1), 37-55.

²⁵ DIÉGUEZ (1999).

²⁶ Véase el trabajo de Amita Dhanda en DAVAR, Bhargavi V. (ed.) (2001), *Mental health from a gender perspective*, New Delhi, Sage.

Por otra parte, el análisis de las biografías y obras de mujeres escritoras (las llamadas «locas ilustres»)²⁷ dio lugar a una corriente que ha interpretado la locura como un refugio, un lugar donde protegerse de las estrategias opresoras del sistema patriarcal, una vía de escape de la domesticidad, un instrumento de resistencia, que permitiría actuar fuera de los estereotipos y roles establecidos²⁸. Ante estas interpretaciones, cabría señalar que las mujeres que rechazaron la domesticidad o el dominio económico y sexual de los varones, así como las activistas políticas, optaron por transgredir los roles de género que se le habían asignado; no optaron por la locura. Es decir, debajo de la locura pueden encontrarse signos de resistencia y rebelión, no tanto en relación a que la locura en sí fuese un instrumento para ello, sino a que la locura se convirtió en una «capa» que pretendía ocultar, bajo las etiquetas de las distintas patologías, conductas y pensamientos que transgredían el orden establecido, asociándose, no pocas veces, con la peligrosidad sexual²⁹. Por tanto, podría ser considerada una etiqueta impuesta por agentes profesionalizados de un sistema de dominación, los psiquiatras, que, como es bien conocido, cumplieron un importante papel en relación al control social y la normativización de las conductas³⁰. Por ello, difícilmente puede ser considerada la hipótesis de la locura en este sentido, aún en el caso de que alguno de los protagonistas lo considerase así, pues aparece siempre como una «protección» fallida, si nos preocupamos de analizar las consecuencias que el ser etiquetadas de

²⁷ SHUMAKER, C. (1985) Too terribly good to be printed: Charlotte Gilman's *The Yellow Wall Paper*, *American Literature*, 57 (4), 588-599; MATUS, J.L. (1993), Disclosure as cover-up: The discourses of madness in *Lady Audley's Secret*, *University of Toronto Quarterly*, 62 (3), 334-355; VOSKUIL, Lynn M. (2001), Performing authenticity: *Lady Audley and the Meaning of Victorian Femininity*, *Feminist Studies*, 27 (3), 611-639.

²⁸ APFELBAUM, Erika; VAZQUEZ, Ana (1984), The mad women of the place de mai, *Partisan Review*, 51 (3), 447-450; HERNDL, Diane Price (1993), *Invalid Women. Figuring feminine illness in American Fiction and Culture, 1840-1940*, London, The University of North Carolina Press; ERNST (1996); ROUSSEAU, G. (2000), Depression's forgotten genealogy: notes towards a history of depression, *History of Psychiatry*, 11 (41), 71-106; THAME, David (2000), Amelia Opie's Maniac, *Women's Writing*, 7 (2), 309-326; LEVINE-CLARKE, Maryorie (2000), Dysfunctional Domesticity: female insanity and family relationships among the West Riding Poor in the Mid-Nineteenth Century, *Journal of Family History*, 25 (3), 341-361.

²⁹ CREMONINI, Sabina (1994), La histeria femenina en la transición de los siglos XIX al XX. En BARONA, J.L. (ed.), *Malaltia i Cultura*, Valencia, Seminari d'Estudios sobre la Ciència. En estudios postcoloniales (que analizaremos con más detalle en otra parte de este artículo) se ha señalado que determinados trastornos mentales pueden relacionarse con la subjetividad femenina oprimida, y que serían prácticas relacionadas, como la brujería, en las que las mujeres tienen un papel activo muy relevante, las que se utilizaron como armas de resistencia. BULLARD, Alice (2001), The truth in madness. Colonial doctors and insane women in French North Africa, *South Atlantic Review*, 66 (2), 114-132.

³⁰ PETIT, Jacques G. (1980), Folie, langage, pouvoirs en Maine-et-Loire, 1800-1841, *Revue d'Histoire Moderne et Contemporaine*, 27, 529-564; RIPA, Yannick (1990), *Women and Madness: The Incarceration of Women in Nineteenth-Century France*, Minneapolis; HARSIN, Jill (1992); DIÉGUEZ (1999); WRIGHT, N.; OWEN, S. (2001), Feminist conceptualization of women's madness: A review of the literature, *Journal of Advanced Nursing*, 36 (1), 143-150.

«locas» ha tenido para las mujeres: el suicidio, el silencio, el aislamiento, el estigma social, el sufrimiento físico³¹.

Por otra parte, estas interpretaciones no hacen sino retomar las teorías de los alienistas de finales del XIX y principios del XX sobre simulación en determinadas patologías neuróticas, a lo que nos referiremos con más detalle en otro momento. Todo esto hace más necesario, si cabe, plantearse las perspectivas constructivistas que se limitan al análisis de los orígenes de las teorías y los grupos que intervienen en los procesos de construcción de las mismas, como insuficientes, en tanto que no consideran que las consecuencias de dichos procesos son de la máxima relevancia para poder interpretar de forma adecuada las acciones y significados, relativos a la enfermedad mental, puestos en marcha en un momento histórico determinado.

Otra cuestión analizada, en el ámbito de estas perspectivas, ha sido los aspectos relacionados con mujeres pacientes y mujeres profesionales de la medicina³². En este sentido, el artículo de Nancy M. Theriot planteaba una polémica interpretación, sosteniendo que mientras las mujeres médicas del siglo XIX buscaban cambiar la concepción dominante acerca de la vinculación de la locura y los desordenes mentales con los órganos reproductivos femeninos, las pacientes jugaron un papel central en la perpetuación de la teoría uterina de la enfermedad mental³³. La complejidad de estas relaciones se acrecienta cuando los análisis se sitúan en el ámbito colonial, donde mujeres procedentes de las metrópolis jugaron un papel en el proceso de colo-

³¹ MITCHINSON, Wendy (1981-82); FABREGA, H. Jr. (1991), The Culture and History of Psychiatry Stigma in Early Modern and Modern Western Societies: A review of recent literature, *Comprehensive Psychiatry*, 32 (2), 97-119; SCULL, FAVREAU (1987); HARSIN (1992); BALBO (1993); CREMONINI (1994); KELM (1994); CAMINERO-SANTANGELO, M. (1998), *The mad woman can't speak, or, why insanity is not subversive*, Ithaca, Cornell University Press; SAYCE, L. (1998), Stigma, discrimination and social exclusion: What's in a word?, *Journal of Mental Health*, (7), 331-343; LITTLEWOOD, Roland (1998), Cultural variation in the Stigmatization of Mental Illness, *The Lancet*, 352, 1056-1057; SHEPERD, A.; WRIGHT, D. (2002), Madness, suicide and the Victorian Asylum: Attempted self-murder in the Age of Non Restraint, *Medical History*, 46 (2), 175-196.

³² La participación de las mujeres que ejercieron la actividad médica o psiquiátrica, sus aportaciones a las teorías y prácticas relacionadas con problemas psicológicos o psiquiátricos, especialmente en el ámbito del psicoanálisis, constituye una importante línea abierta desde la perspectiva del protagonismo, que no nos es posible abordar en este trabajo; sin embargo apuntaremos algunos de los resultados de esos análisis: GARRISON, Dee (1981), Karen Horney and Feminism, *Signs*, 6 (4), 672-691; SWERWINE, Chales (1991), Militantisme et identite sexuelle: la carriere politique et l'oeuvre theorique de Madeleine Pelletier (1874-1939), *Mouvement Social*, (157), 9-32; BARBIER, Jean M.; SERRA, G.; LOAS, G. (1999), Constante Pascal: Pioneer or French Psychiatry, *History of Psychiatry*, 10 (4), 425-437; BABINI, Valeria; MORGAN, S.; dic, D. (2000), Science, Feminism and Education: The Early work of Maria Montessori, *History Workshop Journal*, (49), 45-67 WESTWOOD, Louise (2001), A Quiet Revolution in Brighton: Dr Helen Boyle's Pioneering Approach to Mental Health Care, 1899-1939, *Social History of Medicine*, 14 (3), 439-457. Para más detalles sobre el ámbito del psicoanálisis puede verse TOMES (1994).

³³ THERIOT, Nancy M. (1993), Women's Voices in Nineteenth-Century Medical Discourse: A Step Toward Deconstructing Science, *Signs*, 19 (1), 1-31.

nización no exento de problemas respecto a las mujeres de los países colonizados³⁴. El análisis desde esta visión, resalta lo complejo y ambiguo de la situación de «inferioridad» de género y «superioridad» racial de las mujeres occidentales, y puede aportar importantes respuestas a las cuestiones sobre el funcionamiento de los sistemas sociales, como veremos en páginas posteriores de este artículo.

4. EL CONTINUISMO HISTÓRICO Y LOS NUEVOS ESENCIALISMO

Asumir la homogeneidad de la experiencia femenina en relación a la enfermedad mental, desde una perspectiva sincrónica, conlleva, como hemos podido ver, dejar al margen categorías de análisis útiles para explicar diferencias geográficas, culturales, económicas, sociales, étnicas, entre otras, que claramente condicionan la experiencia de cada mujer. En el mismo sentido, los análisis que, desde una perspectiva diacrónica, han adoptado como premisa la persistencia en el tiempo de esas experiencias femeninas, han puesto de manifiesto la presencia de unas «enfermedades de mujeres» reconocibles en cualquier periodo histórico³⁵; un diagnóstico retrospectivo daría cuenta de la existencia de las mismas, independientemente de la denominación que el saber médico o psiquiátrico les hubiera proporcionado³⁶. En el esencialismo y el determinismo que subyace a tal planteamiento se podrían encuadrar una serie de trabajos que, si bien se abordan desde perspectivas feministas críticas respecto al modelo androcéntrico del saber psiquiátrico tradicional, han analizado históricamente la enfermedad mental femenina considerando que las identidades, las subjetividades, las experiencias y los cuerpos de las mujeres condicionan el padecimiento de determinadas patologías mentales, o bien que en ellos se van reinscribiendo huellas de patologías precedentes abocándolas a padecer o a ser diagnosticadas de esas mismas enfermedades.

Por otra parte, las aportaciones de la perspectiva constructivista, al aclarar el proceso mediante el cual se han elaborado determinadas patologías en relación con los

³⁴ Véase MOHANTY, Chandra Talpade (1995), *Under Western Eyes. Feminist Scholarship and Colonial Discourses*. En: ASHCROFT, Bill; GRIFFITHS, Gareth; TIFFIN, Helen (eds.) (1995), *The Post-Colonial Studies Reader*, London-New York, Routledge, pp. 259-263; WITZ, Anne (2001), «Colonising Women»: Female Medical Practice in Colonial India, 1880-1890. En: HARDY, Anne; CONRAD, Lawrence (eds.), *Women and Modern Medicine*, Ámsterdam, Rodopi, pp. 23-52; MOLERO MESA, Jorge; JIMÉNEZ LUCENA, Isabel; MARTÍNEZ ANTONIO, Francisco J. (2002), *Salud, enfermedad y colonización en el Protectorado español en Marruecos*. En: RODRÍGUEZ MEDIANO, F.; FELIPE, E. de (eds.), *El Protectorado Español en Marruecos. Gestión colonial e identidades*, Madrid, CSIC, pp. 181-216.

³⁵ Sobre este aspecto, puede verse TOMES (1994).

³⁶ Sobre las dificultades metodológicas y conceptuales del uso de los diagnósticos retrospectivos, en el marco de la «psiquiatría transhistórica», véase HUERTAS, Rafael (2001), *Las historias clínicas como fuente para la historia de la Psiquiatría: posibles acercamientos metodológicos*, *Frenia*, 1 (2), 7-31.

factores socioculturales del periodo histórico en cuestión, cómo han evolucionado en el tiempo y se han relegado cuando esos factores se han ido modificando, han ofrecido respuestas a la desaparición de las mismas³⁷. Sin embargo, estas explicaciones se han constituido en un auténtico revulsivo en la historiografía, al problematizar, en el marco de las corrientes postmodernas y deconstructivistas, los planteamientos continuistas que necesitaron reforzar sus posiciones. El problema se planteó en los siguientes términos: si se afirma que una enfermedad mental desaparece, se pone en cuestión que dicha patología ha existido siempre. Una respuesta a este problema, en el que sobre un fondo esencialista se toma en consideración el contexto sociocultural, la han ofrecido estudios que analizan la evolución de patologías mentales que se consideran haber recibido una única denominación a lo largo de la historia de la psiquiatría occidental, como la depresión o la histeria, evidenciando la continuidad interna de contenido³⁸. Así, para Juliet Mitchell, la histeria es una condición humana potencial, con manifestaciones diversas persistentes en culturas y periodos históricos diferentes, que puede haber desaparecido como categoría de enfermedad en la nosología psiquiátrica, pero no lo ha hecho la alteración en sí misma, que se mantiene, aunque modificada en su presentación, en las respuestas psicológicas de hombres y mujeres³⁹.

Esta línea de trabajo parte del principio de la pervivencia en el tiempo de comportamientos equivalentes, en el plano de la estructura psicopatológica de las mujeres, que permite construir la historia de las enfermedades analizadas a través de un diagnóstico retrospectivo. En este sentido, uno de los cuadros que más se ha problematizado al abordarlo desde una perspectiva histórica es el de anorexia nerviosa, observando «sorprendentes similitudes» entre las mujeres que ayunaban en el mundo medieval y las que en la actualidad son catalogadas como anoréxicas. La opresión de la estructura social, económica, patriarcal y religiosa medieval ha sido considerada el origen del ayuno denominado «santa anorexia», una actitud de protesta de las muje-

³⁷ Los ejemplos de la histeria y la neurastenia pueden verse en: MICALE, Mark S. (1989); WHITMARS, Anthony (1998), *The Disappearance of Neurathenia*, *Emerge*, (summer); GIJSWIJT-HOFSTRA, POTER (2001).

³⁸ Una vertiente de análisis relacionada con la expuesta, pero con objetivos diferentes, es la denominada hipótesis histórico-etimológica, desde la que se aborda la trayectoria seguida por el término que da nombre a una enfermedad mental, para recuperar los significados de los cuadros clínicos que ha recogido de un modo más o menos constante, hasta llegar al origen de la palabra. Véase FAVARETTO, Gerardo (2003), *Iipótesis, metodi e interpretación nella storia della anorexia*, URL: <http://www.pol-it.org/ital/storanore.htm>

³⁹ MITCHELL, Juliet (2000), *Mad Men & Medusas: Reclaiming Hysteria and the Effects of Sibling Relations on the Human Condition*, London, Penguin. ROUSSEAU, G (2000), Depression's forgotten genealogy: Notes towards a history of depression, *History of Psychiatry*, 11 (41), 71-106. Una perspectiva distinta sobre la depresión es la ofrecida por S. Jadhav, al considerar que la depresión no es una categoría universal, trans-histórica y transcultural, sino que responde a la presencia de unos factores, diferentes en cada período histórico, que han ido formulando constructos no idénticos. JADHAV, S (2000), The cultural origins of western depression, *International Journal of Social Psychiatry*, 42 (4), 269-286.

res que, según estos autores, les iba a posibilitar cierta autonomía y una salida del destino marcado por su entorno familiar y social⁴⁰. Por el contrario, el contexto sociocultural de los últimos cincuenta años se ha propuesto como el factor propiciatorio de la anorexia nerviosa de finales del siglo XX⁴¹. De manera similar se ha explicado la continuidad de la anorexia entre las mujeres del renacimiento y las actuales, considerando que la sumisión de la mujer a la organización social es un elemento central para el desarrollo de esta patología, y la carestía de alimentos y la consecuente ausencia de idealización de la delgadez, lo que explicaría que esta patología no se desarrollara en las sociedades antiguas, rurales, no occidentales⁴².

Así, existirían unos síntomas que, dependiendo del paradigma médico y psiquiátrico vigente, habrían recibido a lo largo de la historia distintas denominaciones, siendo clasificados en diferentes categorías nosológicas. Por tanto, desde esta perspectiva, existiría un modo de enfermar que permanece en el tiempo y necesariamente condena a las mujeres a padecer determinadas enfermedades, dependiendo de que asuman o rechacen los papeles que la organización social les marca, matizado y condicionado, no obstante, por las características del entorno en el que se viva.

El estudio más llamativo de todos los revisados es el de Elaine Showalter, *Hystories: Hysterical Epidemics and Modern Media*⁴³, al proponer la continuidad de la histeria, la «enfermedad femenina» del siglo XIX, en una serie de enfermedades actuales: el síndrome de fatiga crónica, los desórdenes de personalidad múltiple, el síndrome de la Guerra del Golfo, los rituales satánicos, la abducción por extraterrestres y los recuerdos recobrados, que cataloga bajo la denominación de epidemias histéricas.

⁴⁰ TOMES (1994).

⁴¹ Entre otros, pueden verse los trabajos de LACEY, J.M. (1982), Anorexia nervosa and a bearded female saint, *British Medical Journal*, 285, 1816-1817; BELL, R. (1985), *La santa anoressia*, Laterza, Bari. No obstante, algunos análisis han mostrado que esta actitud hacia el ayuno, a diferencia de la «santa anorexia», perseguían la búsqueda de una identidad propia, véase: Reda, Mario; Sacco, Giuseppe (1996), Anoressia e santità in S. Caterina da Siena. *Informazione in psicologia, psicoterapia, psichiatria*, nº 26, 3-10; LILES, E.G.; Woods, S.C. (1999), Anorexia nervosa as viable behaviour: extreme self-deprivation in historical context, *History of Psychiatry*, 10 (39), 205-225.

⁴² BEMPORARD, J.R. (1996), Self-starvation throughout the ages: reflections on the pre-history of anorexia nervosa, *International Journal of Eating Disorders*, 19 (3), 217-238. Estudios que, por el contrario, han abordado el análisis de la anorexia contextualizando la explicación de los síntomas, desde una perspectiva discontinuista, muestran como, aún ante la presencia de una continuidad del comportamiento alimenticio en el curso del tiempo y por tanto la aparición de unos síntomas similares, difícilmente se puede admitir que se trate de la misma enfermedad, ya que cada categoría diagnóstica responde a construcciones sociales dependientes del contexto histórico-cultural. En este sentido, R. van Derth y W. Vandereycken han puesto de manifiesto que el rechazo a la comida de las mujeres de los asilos victorianos, la denominada sitofobia, no sería un precedente de la anorexia nerviosa. VON DETH, R.; VANDEREYCKEN, W. (2000), Food refusal and insanity: sitophobia and anorexia nervosa in Victorian asylums, *International Journal Eat Disorders*, 27 (4), 390-404.

⁴³ SHOWALTER, Elaine (1997), *Hystories: Hysterical Epidemics and Modern Media*, New York, Columbia University Press.

Considera esta autora que la histeria actual es una enfermedad psicógena que aparece como la expresión desesperada del sufrimiento, la ansiedad y el miedo de finales del siglo XX, cuyo único tratamiento es el psicoanálisis. Según Showalter, la sociedad finisecular, especialmente la estadounidense, habría creado las suficientes condiciones para la aparición de la enfermedad; a partir de los rumores y las sospechas de conspiraciones médicas, familiares, comunitarias y gubernamentales, se generarían relatos fantásticos que, difundidos por los medios de comunicación, serían asumidos como propios, dándoles vida y convirtiéndolos en la tabla de salvación que daría sentido al estado de alteración mental. Los síntomas de la enfermedad se explicarían por la necesidad de buscar evidencia física que sitúe la causa y la curación de la enfermedad fuera de la persona, lo que hace expresar el conflicto y la ansiedad con un lenguaje culturalmente aceptable, el lenguaje del cuerpo enfermo.

La crítica feminista a la ciencia y la medicina de las últimas décadas del siglo XX, y los grupos de mujeres que se han ido organizando para oponerse al control y la opresión del sistema médico, en los que el activismo feminista ha jugado un papel relevante, se habrían constituido, según el análisis de Showalter, en una fuente de tensiones en las mujeres y, consecuentemente, de histeria. Dejando al margen la crítica que es posible realizar a los planteamientos de determinadas posiciones feministas y sus consecuencias, sí creemos necesario señalar la paradoja que supone poner el acento en las mujeres que muestran una actitud crítica hacia la medicina y el sistema de salud, como una de las causas de las actuales histerias, cuando la misma autora, en *The Female Malady*, exponía las consecuencias negativas que para las mujeres ha generado el saber médico, en especial el psiquiátrico; que el cuerpo, la mente y los estados de salud y enfermedad han sido instrumentos usados por la medicina, la psiquiatría, y los sistemas sanitarios para legitimar la desigualdad y la discriminación de las mujeres, con mecanismos tales como la medicalización, la psicologización o la invisibilidad, se ha hecho tan evidente que es difícil entender cómo la autora ha podido sustraerse de la existencia de estos fenómenos limitándose a atribuir a la paranoia femenina la desconfianza y el temor en lo que atañe a su salud⁴⁴.

En este punto cabría preguntarse si realmente Showalter se está refiriendo a la histeria, como entidad nosológica, si ha pretendido deliberadamente ocultar los complejos problemas que hay detrás de las enfermedades que ella cataloga bajo ese mismo término, y si no habría que dudar de la aparente ingenuidad, simpleza e inocencia de tales planteamientos. La explicación que ofrece, en principio, es posible

⁴⁴ Entre la abundante bibliografía que ha analizado las consecuencias del saber y la práctica médica para las mujeres puede verse: EHRENREICH, Barbara; ENGLISH, Deirdre (1990), *Por su propio bien. 150 años de consejos de expertos a las mujeres*, Madrid, Taurus; WILKINSON, Sue; KITZINGER, Celia (comps.) (1996), *Mujer y salud. Una perspectiva feminista*, Barcelona, Paidós; LOCK, Margaret; KAUFERT, Patricia A. (eds.) (1998), *Pragmatic women and body politics*, Cambridge, Cambridge University Press.

entenderla y asumirla si se limitara al ámbito del abordaje antropológico para analizar las manifestaciones, las quejas, las expresiones de estados que se vivencian negativamente, y cómo son interpretadas por quienes las padecen, a través de un conjunto de símbolos y significados que pueden ser explicados por las contradicciones y los conflictos sociales, políticos y económicos, entre otros. Sin embargo, el planteamiento de Showalter va más allá; pretende aunar dos vertientes analíticas, la que acabamos de exponer y la proveniente de la psicología y la psiquiatría psicodinámicas, para lo que se requeriría de un soporte teórico y metodológico que está por elaborar⁴⁵. La autora no se limita a la construcción de una metáfora sociocultural de la enfermedad, trata, además, de universalizar la aparición de esas manifestaciones y establecer una mecánica de causalidad, ofreciendo un diagnóstico psicopatológico y proponiendo la terapéutica adecuada al mismo. Es decir, presenta paralelamente al análisis simbólico un análisis de experiencias desde la perspectiva de la psiquiatría clínica. Además, asume un presupuesto central en la construcción del saber médico y psiquiátrico como es la diferenciación entre normal y patológico, algo que no se tomaría en consideración desde la perspectiva simbólica; todo ello contribuye a que la dificultad para abordar los problemas analizados, por la superposición de concepciones que divergen en sus objetivos, alcance tal límite que tenga como resultado serias implicaciones para las afectadas⁴⁶.

En este sentido, además de los problemas metodológicos ya señalados, la confusión de conceptos y categorías analíticas elementales y el miope enfoque del problema, hacen aparecer una serie de cuestiones, como la manifestada por Showalter sobre el problema de salud que se crearía a los pacientes psicósomáticos si se categoriza a estas dolencias como entidades nosológicas de naturaleza no psicógena, con el objeto de que los enfermos tengan cobertura sanitaria. La cuestión del enfermo imaginario es una de las vertientes de este problema, para la que Showalter propone como respuesta que la medicina y los gobiernos asuman la existencia de estas enfermedades como en-

⁴⁵ Showalter dice aplicar las técnicas de la deconstrucción literaria para realizar una lectura crítica de las noticias. Muestra de ello es el análisis de artículos aparecidos en publicaciones como el *New York Times* sobre la Guerra del Golfo, en el que se utilizaban expresiones como «evidencia sustancial», «la evidencia es clara» y que Showalter critica por su imprecisión, ser origen de confusión y su necesidad de elaboración al tratarse de materias científicas. Resulta interesante esta crítica, no por su falta de pertinencia, sino por encontrarse en un texto en el que, precisamente, las carencias metodológicas y su atrevido carácter especulativo resultan especialmente llamativos. En este sentido Mary Schweitzer destaca la manipulación de fuentes manejadas por Showalter, la omisión de otras de especial relevancia y pertinencia y la falta de rigor, entre otros aspectos, lo que hace de su libro un texto dirigido, no a especialistas, sino, precisamente, a los medios de comunicación que la autora crítica por ser los vehículos de transmisión de las historias. SCHWEITZER, Mary (1997), *Chronic Fatigue Syndrome and the Cynics*, *CFIDS Chronicle*, (spring).

⁴⁶ MAS HESSE, Josefina; TESORO AMATE, Amalia (1993), Prólogo. En: MAS HESSE, Josefina; TESORO AMATE, Amalia (coors.), *Mujer y salud mental. Mitos y realidades*, Madrid, Asociación Española de Neuropsiquiatría.

tidades psicosomáticas y sean tratadas con igual consideración que las enfermedades físicas. La psiquiatría cumpliría así una función médico social en la línea señalada por Jaime Court Lobo, al expresar que «si la fatiga crónica como un síndrome no existe, habría que inventarla»⁴⁷. En este sentido, el problema radica en el tipo de invención y las consecuencias personales implicadas en su categorización. Obviamente no significa lo mismo etiquetar a una persona de «histérica», con toda la carga valorativa recogida en el término, que considerar que los síntomas obedecen a una enfermedad psicógena, que no tiene que ser necesariamente la histeria, o que tienen una posible base orgánica y pueden ser encuadrados dentro de un síndrome, lo que, lógicamente, no hace de esa persona un enfermo imaginario⁴⁸. Por otra parte, se ha planteado que la categorización de estas enfermedades tendría otra vertiente problemática relacionada con la atención de las personas enfermas por los seguros de salud. Creemos que no es necesario insistir en el sesgo que supone esta afirmación, por cuanto está pensada desde/para la sociedad estadounidense, lo que difícilmente puede admitir una mínima generalización a ámbitos con una diferente estructura de sistemas de salud.

Lo expuesto en este libro difícilmente puede dejar indiferente a quienes opten por posiciones más comprometidas con determinadas cuestiones, como considerar la necesidad de una elaboración no esencialista y discriminatoria de la patología mental para las mujeres (como para diferentes grupos sociales, étnicos, religiosos). Obviamente no hay nada de esto cuando se etiqueta de histéricas a las mujeres, ya que, a partir de ahí, recaerán de nuevo en ellas los significados negativos que históricamente se han ido elaborando en torno a este término hasta llegar a estigmatizar a quienes padecían la enfermedad⁴⁹. Además, para explicar el proceso por el que se producen las histerias, Showalter ha establecido una analogía con el proceso de transmisión de las enfermedades infecciosas; así, al denominar al conjunto de enfermedades «epidemias infecciosas de enfermedades históricas», va a mantener una continuidad en los términos que utiliza en la descripción y explicación: estas enfermedades son «formas infecciosas de histeria», especialmente, «formas mutadas»; el foco de conta-

⁴⁷ Como otros autores, Jaime Court mantiene una posición diferente a Showalter sobre el tipo de enfermedad que debe constituir el síndrome de fatiga crónica. COURT LOBO, Jaime (1996), Síndrome de fatiga crónica: historia de una controversia, *Boletín de la Escuela de Medicina* (PUC Chile), 25 (1).

⁴⁸ Entre las críticas realizadas al trabajo de Elaine Showalter se ha puesto especial énfasis en su consideración de que el Síndrome de fatiga crónica y el Síndrome de la Guerra del Golfo son dos formas de histeria, obviando los trabajos en que se relaciona la exposición ambiental o a agentes químicos o los que ponen de manifiesto la significación estadística de los niveles bajos de cortisol, las modificaciones anormales del metabolismo anaerobio, o los niveles elevados de la enzima RNaseL, relacionada con una infección vírica, con el Síndrome de fatiga crónica. TANER, Edis; BIX, Amy S. (1997), Review of «Histories: Hysterical Epidemics and Modern Culture» by Elaine Showalter. *Skeptical Inquirer*, 21 (5), 52-53; SCHWEITZER (1997).

⁴⁹ Una estrecha asociación de la histeria con la estigmatización ha sido puesta de manifiesto en WHITMARS (1998).

gio y las vías de transmisión son los medios de comunicación, los libros de autoayuda, los grupos de apoyo, las revistas populares, internet y los shows televisivos, al «expandir la infección», o lo que es lo mismo, los microrrelatos de alteraciones individuales y las narrativas culturales de moda; ellos producen el «brote epidémico» cuya curación debe realizarse mediante el psicoanálisis, como única terapia.

Un problema, ya señalado, que se encuentra en este estudio, y en los que siguieron su estela, es la confusión entre hechos y representaciones en la elaboración teórica de los datos. Si se asume que la histeria fue una construcción que se aplicaba y con la que se etiquetaba a las mujeres victorianas, por ejemplo, independientemente de que padecieran una patología mental, al considerar a los elementos que caracterizaban la feminidad compatibles con un estado de desequilibrio mental, como hemos podido ver en el primer apartado de este trabajo, difícilmente se puede entender la atribución de esa misma enfermedad a personas que, en la actualidad manifiestan unos síntomas, similares o no, por la sencilla razón de que en un estado de tensión y ansiedad, las personas mimetizan lo que aparece en los medios de comunicación. Sólo cabría entender tal afirmación desde el presupuesto de que existe una potencialidad natural, psicológica, para enfermar, que los medios de comunicación son capaces de desarrollar, llevándonos a un esencialismo biológico o psicodinámico⁵⁰. Visto así, cabría preguntarse cuál fue el desencadenante de la histeria femenina en el siglo XIX, pues, siguiendo esa misma línea de pensamiento, no cabría explicarlo a través de la generización del saber y la práctica psiquiátrica.

A pesar de las críticas realizadas al trabajo de Elaine Showalter, sus planteamientos se convirtieron, a finales de la década de los noventa, en un asunto de moda; su excelente difusión personal y editorial dio lugar a que fueran asumidos de manera acrítica, a partir de lo cual aparecieron una serie de estudios que recogían nociones allí expuestas. La idea de que los pacientes no cambian, lo hace la terminología que se les aplica fue el punto de partida de estudios que desde diferentes posiciones llegaron, lógicamente, a conclusiones similares. No es, por tanto, «notable» ni «sorprendente» que feministas o psiquiatras biologicistas llegaran a plantear que el equivalente actual de la histeria es el trastorno límite de la personalidad⁵¹. Este trastorno, diagnosticado mayoritariamente en mujeres (75%), es aplicado a mujeres inestables, con problemas de relaciones interpersonales, de cambios de humor, que tratan de conciliar expectativas sociales conflictivas y contradictorias⁵². ¿Era eso lo que les ocurría también a las mujeres victorianas diagnosticadas de histeria? Si es así, habría

⁵⁰ TOMES (1994).

⁵¹ CABRERA ABREU, Casimiro (2002), Del síndrome de Briquet (histeria) al Trastorno Límite de la Personalidad: una revisión basada en la evidencia, *Interpsiquis*; 2002.

⁵² WIRTH-CAUCHON, Janet (2001), *Women and Borderline Personality Disorder. Symptoms and Stories*, Rutgers University Press.

una sustrato en la psicología femenina causante de la histeria; sólo se necesitarían los adecuados resortes sociales que desencadenaran el cuadro. ¿Qué hay, pues, de extraño en el hecho de desde perspectivas diferentes se llegue a las mismas conclusiones, si el esencialismo es en ambos casos el presupuesto de partida?⁵³

Por otra parte, las críticas a estas posiciones caen en las paradojas del discontinuismo extremo, al considerar que presentismo, continuismo y esencialismo son conceptos idénticos⁵⁴. Sin embargo, no habría que confundir los términos del debate: no es lo mismo plantear los problemas de la historia desde las preocupaciones del presente que establecer desde un continuismo extremo unas concepciones esencialistas. En realidad, estas posiciones no consideran que el sujeto como tal, tanto biológica como socioculturalmente, sea un producto de los productos que elabora. ¿Es pensable que, como sostiene Ernst, exista una fuerte correlación constatable entre mujeres y locura tras la Segunda Guerra Mundial, sin que previamente se hubiese elaborado un estereotipo de sujeto femenino altamente irritable, desequilibrable, sugestionable, dado a la fantasía sin límites y a la sinrazón?⁵⁵

5. HACER VISIBLES A LAS INVISIBLES: LOS ANÁLISIS POSTCOLONIALES

Una perspectiva reciente en los análisis de historia de la psiquiatría y género ha sido la incorporada a partir de los estudios postcoloniales⁵⁶. Nancy Tomes, en su trabajo historiográfico de 1994 «Feminist Histories of Psychiatry», si bien no llegó a abordar la bibliografía existente sobre el tema, señalaba la importancia que tenía el reciente interés por la medicina colonial, que incluía los análisis de la evolución de la práctica psiquiátrica en las culturas no occidentales, para el mejor conocimiento de las influencias de género en el pensamiento psiquiátrico⁵⁷.

Estos análisis han evidenciado, por una parte, diferencias importantes en relación a la dimensión colectiva de la enfermedad mental frente a la individual de la cultura

⁵³ HUDZIAK, J.J.; BOFFELI, T.J.; KREISMAN, J.J.; BATTAGLIA, M.M.; STANGER, C.; GUZE, S.B.; KRIESMAN, J.J. (1996), Clinical study of the relation of borderline personality disorder to Briquet's syndrome (hysteria), somatization disorder, antisocial personality disorder, and substance abuse disorders. *American Journal of Psychiatry*, 153 (12), 1598-1606.

⁵⁴ ERNST (1996).

⁵⁵ En este sentido, Ruth BaNkey propone el análisis desde la reinscripción cultural. BANKEY, Ruth (2001), La donna é Mobile: Constructing the irrational woman, *Gender, Place and Culture*, 8 (1), 37-54.

⁵⁶ La importancia de las cuestiones postcoloniales en el análisis sociocultural ha sido evidenciada en diversos trabajos; pueden verse entre otros: BARKER, F.; HOLME, P.; IVERSEN, M. (1995), *Colonial discourse/Postcolonial theory*, Manchester, Manchester University Press; ASHCROFT, Bill; GRIFFITHS, Gareth; TIFFIN, Helen (eds.) (1995), *The Post-Colonial Studies Reader*, London-New York, Routledge.

⁵⁷ TOMES, Nancy (1994), nota 4.

moderna occidental, que tuvieron como consecuencia la no exclusión en un caso y la responsabilización y segregación en el otro. Aalice Bullard, en un reciente artículo,⁵⁸ ha sostenido que el rechazo y desprecio a los conocimientos y costumbres, a la cultura, de los pueblos colonizados, contraponiendo la racionalidad occidental a la superstición norteafricana, descalificaba las visiones positivas de la enfermedad mental existentes en las sociedades del Norte de África, que consideraban a los locos seres elegidos por la divinidad y, por tanto, santificados y fuentes de santificación y purificación; de ahí que se considerasen como purificadoras las relaciones sexuales con los locos. Por ello, no eran excluidos de la vida social ni recluidos en asilos⁵⁹. Desde la perspectiva médica francesa se miraba con recelo a los hombres y mujeres de una sociedad en la que los locos deambulaban por las calles y los ciudadanos se degradaban con la pretensión de mantener contactos sexuales con los alienados. Esta importante fractura entre la cultura de la locura sacralizada y la de la locura medicalizada evidenciaría, según Bullard, las diferentes estructuras sociales y culturales y sus des(encuentros), entre los que cabe citar las importantes diferencias en la consideración de la sexualidad en relación a la locura, que no parecían ofrecer ventajas para los enfermos mentales tratados por la medicina occidental, si tenemos en cuenta las concepciones sumamente represivas de los psiquiatras europeos⁶⁰. Pero, como bien señalaba Foucault el poder tiene estrategias que muestran y estrategias que ocultan, con el fin de justificar la posesión del poder por parte de unos y la desposesión por parte de otros; velar las experiencias y el entendimiento de la locura que no estuviesen sujetos a las normas de la nueva psiquiatría occidental fue una operación esencial en este ámbito⁶¹.

Frente a esta visión, los nuevos elementos introducidos por las perspectivas postcoloniales en los estudios históricos de la psiquiatría, han contribuido a cuestionar la teoría del progreso basada en los presupuestos occidentales. En el caso norteafricano, la supuesta modernidad de la psiquiatría postpineliana, frente al manejo de la enfermedad mental de árabes y bereberes, ha sido puesta en entredicho por los análisis postcoloniales que muestran los resultados de la aplicación de los principios psiquiátricos occidentales en el ámbito colonial⁶².

⁵⁸ BULLARD, Aalice (2001), The truth in madness. Colonial doctors and insane women in French North Africa, *South Atlantic Review*, 66 (2), 114-132.

⁵⁹ *Ibidem*.

⁶⁰ En los últimos años se han publicado distintos trabajos que señalan cómo la locura es considerada en las sociedades tradicionales musulmanas de forma muy amplia y, aunque conlleva estigmas, refleja un importante grado de tolerancia, comparado con la enfermedad mental relacionada estrictamente con la medicina occidental. En relación a estas cuestiones puede verse: AL-ISSA, Ihsan (ed.) (2000), *Al-Janun: Mental illness in the Islamic world*, Madison, Internacional University Press; RODRÍGUEZ MEDIANO, Fernando (2002), Sobre la locura en las sociedades musulmanas tradicionales, *Frenia*, 2 (2), 147-160.

⁶¹ BULLARD, Aalice (2001). En este sentido puede verse también: BHUGRA, Dinesh; LITTLEWOOD, Roland (eds.) (2001), *Colloialism and Psychiatry*, Oxford, Oxford University Press.

⁶² BULLARD (2001).

Por otra parte, estos estudios reafirman la necesidad de considerar, desde una perspectiva más compleja, menos reduccionista, la construcción de mundos femeninos, en plural, y el relevante papel que la psiquiatría ha jugado en ello⁶³.

El conocimiento acerca de la construcción del mundo colonial nos ayuda a comprender cómo la psiquiatría colonial se configuró, a la vez que contribuyó a configurar dicho espacio. El manejo del concepto de «feminización»⁶⁴ del espacio colonial por parte de los colonizadores, y de las relaciones paternalista de autoridad, dentro de lo que sería una política de dominación y control, pero también de compli- cidad y resistencia⁶⁵, han contribuido a explicar, en buena medida, las elaboraciones de los llamados psiquiatras coloniales. En el caso norteafricano las dimensiones de género en la psiquiatría colonial estaba muy relacionada con los aspectos de sexualidad pública y, por tanto, de orden público. El desorden público definido con los estándares de decoro e higiene de los colonizadores se identificó con la locura. La embriaguez, el uso de drogas, las peleas, eran las causas del confinamiento temporal en hospitales locales o de forma más prolongada en hospitales franceses. En el caso de las mujeres la causa más frecuente era la prostitución que se seguía del rechazo familiar. Así, los estándares morales y de comportamientos occidentales que indicaban la conformidad con el orden colonial fueron considerados el modelo a seguir. El sistema colonial se preocupó más por el control social que por el contexto cultural⁶⁶. Y la psiquiatría llegó a ser una parte integral de la agenda colonizadora, cumpliendo su papel en el proyecto regeneracionista de civilización frente a la indisciplina, el descontrol, la no-civilización, características de los «nativos» de los pueblos colonizados.

Sin embargo, un punto importante, desde la perspectiva del análisis histórico, es la ambigüedad de la interpretación de la enfermedad mental que se puso de manifies-

⁶³ ASHCROFT, GRIFFITHS, TIFFIN (1995). El trabajo sobre la psiquiatría colonial francesa en el norte de África de BULLARD, Alice (2001) nos va a servir en buena medida como base de este punto del artículo.

⁶⁴ En el contexto colonial habría una redefinición que colocaría a los «nativos» en un grupo «afeminado», y a las mujeres europeas las «masculiniza» para poder constituir una comunidad homogénea con las características del varón occidental, una comunidad nacional, frente a la comunidad indígena. Véase: FAYAD, Mona (2000), *Cartographies of Identity: Writing Maghribi Women as Postcolonial Subjects*. En: AHMIDA, Ali Abdullatif (ed.), *Beyond colonialism and nationalism in the Maghrib: history, culture, and politics*, New York, Palgrave, pp. 85-108; y ERNST, W (1996), fundamentalmente la bibliografía a la que se hace referencia en el artículo.

⁶⁵ KANNEH, Kadiatu (1995), *Feminism and the Colonial Body*. En ASHCROFT, GRIFFITHS, TIF- FIN, pp. 346-348. Existe una amplia bibliografía sobre estos aspectos a la que remiten los trabajos de contenidos en la obra colectiva antes citada así como ERNST (1996). Para un caso como el de Marruecos y la resistencia de la población a la labor médico-sanitaria española puede verse el reciente trabajo MOLERO MESA, Jorge; JIMÉNEZ LUCENA, Isabel; MARTÍNEZ ANTONIO, Francisco J. (2002), *Salud, enfermedad y colonización en el Protectorado español en Marruecos*. En: RODRÍGUEZ MEDIANO, F.; FELIPE, E. de (eds.), *El Protectorado Español en Marruecos. Gestión colonial e identidades*, Madrid, CSIC, pp. 181-216.

⁶⁶ Respecto a este asunto puede verse MCKITTRICK (1999).

to en el ámbito colonial. La mayor susceptibilidad de los europeos que colonizaron el norte de África a la enfermedad mental (una incidencia de 2.42 por mil europeos y de 0.018 por mil en árabes) era leída como una supuesta mayor evolución y desarrollo, en el marco de la teoría que unía civilización y locura⁶⁷. Ahora bien, la psiquiatría colonial hizo un esfuerzo que, en palabras de Bullard, puede calificarse de racista, elaborando una teoría de la locura del no-civilizado, una enfermedad mental relacionada con la civilización primitiva, que representaba «la infancia», las formas más elementales de la locura⁶⁸, y complementaría la idea de a más civilización más trastornos mentales, explicando los casos de locura en poblaciones colonizadas y, por tanto, supuestamente «primitivas»⁶⁹. Ésta, como toda construcción en el ámbito de lo simbólico puede presentar influencias y consecuencias en el plano de la experiencia social que son aparentemente contradictorias, y es en el análisis de éstas donde puede enriquecerse de manera extraordinaria nuestra comprensión de las cosas. Así, las ambiguas relaciones entre teoría y práctica en el ámbito colonial tuvieron una clara relación con el hecho de que en el plano de la experiencia social se estuvieran produciendo, entre otras, interacciones raciales, étnicas, de género y de clase⁷⁰. Por ello, no podemos hablar de género en el espacio colonial sin advertir las diferencias que conlleva la introducción del elemento «colonización». Éste resulta esencial para poder explicarnos las influencias del género en la psiquiatría colonial, y cómo la «feminización», a la que antes aludíamos, puede llegar mediante procesos de complicidades y resistencias a los colonizadores⁷¹. La complejización de la realidad colonial puede ayudarnos a entender la multiplicidad de experiencias, la heterogeneidad del discurso y de las relaciones sociales, y sus reflejos en las enfermedades mentales, que

⁶⁷ En la segunda mitad del siglo XIX se plantea la aparición de trastornos mentales nuevos como consecuencia de la «vida moderna» o «civilizada»; la neurastenia constituyó un modelo de estas teorías. Sobre este aspecto puede verse GIJSWIJT-HOFSTRA, POTER (2001).

⁶⁸ BULLARD (2001).

⁶⁹ Resulta muy interesante, en este sentido, la utilización que se hizo, en los países más desarrollados, de la neurastenia como trastorno nervioso de los grupos privilegiados (hombres y mujeres de clase media y alta) y de la histeria como alteración similar de los miembros de los grupos más desfavorecidos (mujeres de las clases desposeídas). Por tanto, parece que el interés de la psiquiatría por elaborar etiquetas que diferenciaban estatus sociales, étnicos, sexuales, y los relacionara con el grado de «civilización», es claro. Véanse THOMSON, Mathew (2001), *Neurastenia in Britain: An Overview*; MARLAN, Hilary (2001), «Uterine Mischief»: W.S. Playfair and his Neurasthenic Patients; KAUFMANN, Doris (2001), *Neurastenia in Wilhelmine Germany: Cultura, Sexuality, and the Demands of Nature*; GIJSWIJT-HOFSTRA, Marijke (2001), *In Search of Dutch Neurasthenics from the 1880s to the early-1920s*; todos estas aportaciones forman parte de la obra GIJSWIJT-HOFSTRA, POTER (2001). Véase también las descripciones que se realizaron de la mujer neurasténica y la mujer histérica en SCHOWALTER (1985), y las referencias a la histeria y las mujeres de clase obrera en HARSIN (1992).

⁷⁰ Acerca de estos aspectos véase SWARTZ, S. (1995).

⁷¹ Sobre estos procesos de interrelación e intercambio se han elaborado interesantes hipótesis; algunas de ellas pueden verse en FAYAD (2000).

análisis como los de Ernst sobre locura y género en la India colonial describen pero no logran explicar, al no integrar teoría postcolonial y análisis del espacio colonial. Por ejemplo, las aparentes contradicciones en la psiquiatría nos hablan de normas claramente generizadas: a la dominación colonial se añadía la dominación masculina. Bullard sostiene que los psiquiatras franceses, nada defensores de las nociones de igualdad sexual o autoridad femenina, miraron a las mujeres norteafricanas con una condescendencia paternal a la vez que con una reprobación racista del conjunto de su civilización⁷². Desde esta perspectiva, la escasa incidencia de locura femenina es explicada por la reclusión que sufrían las mujeres indígenas que las protegía de las desviaciones morales. Sin embargo, se introdujo un elemento contradictorio debido a que las mujeres bereberes que se consideran, al contrario que en el caso de los varones, más civilizadas que las árabes sufrían en menor proporción de alteraciones mentales, constituyendo esto un elemento que cuestionaría los intentos de relacionar locura y civilización. Unas supuestas características atribuidas a la población bereber: las virtudes domésticas y el espíritu familiar protegerían a sus mujeres de la locura, mientras que las mujeres árabes que hacían su aparición en la vida pública como «bestias de burdel», según la horrible expresión del médico francés Meilhon⁷³, sufrían en mayor proporción de alteraciones mentales.

El análisis de la locura femenina norteafricana revelaría las contradicciones y problemas inherentes en la psiquiatría y en el gobierno colonial, y cómo no se tuvieron en cuenta las paradojas, que se presentaron en el ámbito de la experiencia social, en la reconsideración de los modelos teóricos. Como sostiene Bullard, estas paradojas revelan la presencia de la ideología de género en las teorías de la civilización y la enfermedad en el ámbito colonial. El papel de las mujeres colonizadas problematizó el modelo occidental dominante y, por ello, se pasó por alto la locura femenina en el Norte de África, no teniendo influencia en las teorías de los alienistas coloniales, haciéndose doblemente invisibles. Por otra parte, se pone en evidencia que el espacio de la domesticidad, una de las dimensiones generizadas de la vida civilizada, no fue abiertamente reconocido como representativo de la civilización. De ahí que no se planteara como una cuestión a explicar el hecho de que la enfermedad golpeará más duramente a las llamadas «bestias de burdel» que a las domésticas cabileñas, evitándose así plantear la presión social de estructuras sociales desventajosas (como, según Bullard, sería la poligamia en el caso de las mujeres árabes) como causa de enfermedad mental.

La psiquiatría colonial borró los significados y propósitos locales, no explicando, entre otras cuestiones, lo femenino en la cultura norteafricana. La mirada propia

⁷² BULLARD (2001).

⁷³ MEILHON, DR. (1896), l'Aliénation chez les Arabes; etudes de nosologie comparée, *Annales Médico-Psychologiques*, 3 (enero), 17-32, (marzo), 177-207, mayo, 365-377, 4 (noviembre), 344-363. Cit. en BULLARD, A. (2001).

de la medicina occidental ha anulado las voces femeninas que en una historia descolonizadora de género habría que considerar junto con aspectos como la opresión colonial. Por ello, Bullard considera de máxima relevancia tener en cuenta los siguientes elementos de la narrativa colonial: La íntima relación entre locura y civilización; los roles de las mujeres en las sociedades llamadas «civilizadas», tanto los prescritos como los practicados; la animadversión entre colonizadores y colonizados, pero la complicidad paralela en la dominación patriarcal de las mujeres; la posibilidad de encontrar casos de «locura» que reflejen voces emancipatorias, resueltas a romper con la racionalidad del orden colonial; la perenne identificación de las mujeres en las culturas patriarcales con la irracionalidad, la sinrazón, la incapacidad para logros intelectuales o para el ejercicio del poder; la ocultación o limitación de los logros femeninos a través de estereotipos que la ridiculizan.

Con ese propósito, sostiene que documentos sobre brujería del siglo XIX junto con la información obtenida durante el siglo XX por la etnopsiquiatría podrían ayudarnos a escuchar voces, donde las representaciones del siglo XIX indican sólo silencio, las voces de las mujeres silenciadas. De esta forma, se pueden explicar alteraciones como la «posesión» argelina y sus dimensiones de género, donde la enfermedad aparece como el signo más evidente de la subjetividad frustrada, siendo una manifestación de la subordinación histórica de las mujeres y de sus estatus de explotada en la sociedad argelina; en este sentido, el análisis de trastornos como «manías», «depresiones», etc., puede revelarnos planes y proyectos de las mujeres, luchas por el ejercicio del poder en el ámbito social y de las relaciones familiares⁷⁴. En cualquier caso, sea ésta o no la interpretación adecuada, estamos de acuerdo en la necesidad de una perspectiva sociocultural que matice lo estrictamente estructural, y que en el ámbito colonial haga visible lo que la mirada y el pensamiento occidental no vio ni pensó⁷⁵.

⁷⁴ BULLARD (2001).

⁷⁵ En este sentido, puede verse también: WILCE, J.M. (1998), The pragmatics of «madness»: Performance análisis of a Bangladeshi woman's «aberrant» lament, *Cultura, Medicine and Psychiatry*, 22 (1), 1-54; STEPHEN, M.; SURYANI, L.K. (2000), Shamanism, psychosis and autonomous imagination, *Culture, Medicine, and Psychiatry*, 24 (1), 5-40.