

## **Mujeres y salud mental**

**Mabel BURÍN**

Psicoanalista.

Buenos Aires. Argentina

### **Resumen**

Este trabajo se refiere a las dificultades que se presentan cuando tratamos de estudiar los problemas psicopatológicos de las mujeres. La especificidad femenina en sus modos de enfermar nos ha llevado a postular lo que denominaremos *patologías de género*. Al caracterizar esas «patologías», destacaremos un fenómeno paradigmático del malestar femenino: *los estados depresivos*. A continuación se propone un análisis de la problemática que genera el tratamiento habitual del malestar de las mujeres con psicofármacos y se sugieren algunas alternativas basadas en la formación de grupos terapéuticos de mujeres y de autoayuda.

*Palabras clave:* género, mujer, psicopatología, depresión, psicofármacos, grupos terapéuticos, autoayuda.

### **Abstract**

This article refers to the difficulties that arise when we attempt to study women's psychopathological problems. Female specificity in becoming sick has led us to postulate what we shall call *gender pathologies*. In defining these «pathologies», we shall center on a paradigmatic phenomenon of female discomfort: *the state of depression*. This is followed by an analysis of the problems that appear with the customary treatment of women's discomfort with medication. Alternative approaches based on self-help and therapeutical women's groups are suggested.

*Key words:* gender, woman, psychopathology, depression, psychopharmacology, therapeutical groups, self-help.

### **Construcción de la noción de salud mental de las mujeres**

El campo de la salud mental de las mujeres está en formación. Se va construyendo como área específica dentro del campo de la salud general de las muje-

res. Desde una *concepción tradicional*, cuando se habla de salud femenina generalmente se hace referencia a la salud reproductiva y se tratan los problemas relacionados con esa función reproductora: menstruación, embarazo, parto y climaterio. La salud mental femenina

queda así unida a problemas psíquicos consecuentes a estas situaciones. Esta perspectiva tradicional enfatiza, además, la distinción entre «lo normal» y «lo patológico» en la salud mental de las mujeres de acuerdo con criterios derivados de una perspectiva médico-psiquiátrica para determinar qué es lo saludable y qué lo enfermizo en la mujer. Una perspectiva que subordina la salud mental femenina a los ciclos biológicos, que supone incluso que una cierta locura es normal y esperable debido al comportamiento cíclico de nuestro funcionamiento hormonal.

A medida que avanzan los conocimientos sobre la salud mental de las mujeres esa perspectiva tradicional ha sido sustituida por una concepción más «moderna» que pone el énfasis en los estados de armonía y de equilibrio para caracterizar la salud mental. Según esta orientación, también denominada *concepción tecnocrática* de la salud, se supone que la salud mental es un estado al que hay que arribar mediante implementaciones técnicas utilizadas por expertos, principalmente mediante psicoterapia o psicofármacos. Para esta concepción, la salud mental es un bien que sólo unos pocos pueden asegurarse, aquellos que pueden acceder a ponerse en manos de los técnicos y sus tecnologías.

Una orientación actual es la *concepción participativa* en salud mental, que si bien se encuentra todavía en estado de gestación y de ensayos múltiples, reconoce la necesidad de ubicar a las mujeres como sujetos sociales activos. Se basa en las necesidades de la población con la cual trabaja, definiendo las acciones y los criterios de salud mental desde la perspectiva de sus protagonis-

tas, con la colaboración de equipos de salud multidisciplinares. Esta perspectiva reconoce que la salud mental es una noción que sus mismas protagonistas, las mujeres, van construyendo en distintos momentos de sus vidas. Su objetivo está centrado en un proyecto de concienciación y de transformación de las condiciones de vida de las mujeres; especialmente de sus vidas cotidianas, así como aquellos factores opresivos que constituyen modos de vida enfermantes.

Como alternativa a las clásicas divisiones dicotómicas salud-enfermedad, normal-patológico, hemos introducido una nueva categoría de análisis, la noción de *malestar*, un concepto que no participa de las características dicotómicas previas; por el contrario, como noción transicional, a medias objetiva y subjetiva, interna y externa a la vez, goza de una condición paradójica que no refrenda la clásica diferenciación sujeto-objeto, externo-interno, sano-enfermo o normal-patológico.

### La psicopatología femenina

¿A qué llamamos *psicopatologías*? Las teorías y las prácticas tradicionales abonan la idea de la existencia de parámetros *normales* de comportamiento ante los cuales se etiqueta como comportamientos patológicos a aquellos que se desvían de la norma. En esta perspectiva, la normalidad se identifica con salud y la desviación como patología, como enfermedad. Nuestra aproximación a la psicopatología es bastante reciente en lo que se refiere a la perspectiva de patologías de género femenino. Esta psicopatología se está construyendo como un campo cuyos límites son aún imprecisos. En él confluyen

conocimientos provenientes de la psiquiatría, de diversas teorías psicológicas, de la sociología y de la psicología social. Hasta ahora, la investigación se ha focalizado en dos de los padecimientos psíquicos de mayor frecuencia entre las mujeres: las histerias y las depresiones.

Se han analizado y criticado no sólo las teorías que sustentaban los modos tradicionales de comprensión de estas problemáticas, sino también las prácticas sociales que les daban origen y las prácticas terapéuticas que se ofrecían a las mujeres en tales circunstancias.

Algunos conceptos clave provenientes de diversas disciplinas contribuyen a ampliar nuestros conocimientos sobre estas problemáticas. Nociones tales como *roles de género* (también roles sociales y/o sexuales, según distintos autores) han contribuido notablemente a la construcción de hipótesis sobre los modos de enfermar de las mujeres mediante la utilización de conceptos intermedios tales como los estereotipos de roles, asunción y adjudicación de roles, expectativas y desempeño del rol, etc., conceptos provenientes de diversos modelos de la psicología social.

Nos hemos ocupado especialmente de estudiar la salud mental de las mujeres y sus modos de enfermar desde una perspectiva que intenta explicar las vicisitudes de la construcción social de la subjetividad femenina, para lo cual hemos apelado reiteradamente a otras nociones, tales como la de división sexual del trabajo entre varones y mujeres (trabajo remunerado y trabajo doméstico), las relaciones de poder entre varones y mujeres y entre mujeres, la separación entre los ámbitos de vida privado y público, para dar cuenta de la compleja

trama por la cual se construye el malestar femenino.

Si analizamos la especificidad femenina en los modos de registrar su malestar es porque consideramos que existe una *psicopatología de la diferencia sexual* basada en la construcción social de la subjetividad femenina. Se trata de una psicopatología de las mujeres que no descalifica los conocimientos ya obtenidos, sino que intenta darle nuevos sentidos a los viejos padecimientos, aportando nuevas articulaciones con nuestros estudios actuales.

Un estudio pionero de los años setenta que presentaba a sesenta y nueve médicos de ambos sexos un cuestionario acerca de los estereotipos en los roles sexuales reveló la existencia de un doble modelo de salud mental para hombres y mujeres. Sus concepciones acerca de los hombres sanos no difería significativamente respecto a su concepción de lo que es un adulto sano; sin embargo, sus concepciones acerca de las mujeres sanas sí difería significativamente con respecto a lo que se pensaba de los hombres sanos y de los adultos sanos en general. Según estos resultados, las mujeres sanas son más sumisas, menos independientes, menos aventureras, más influenciables, menos agresivas, menos competitivas, más excitables, más sensibles, más susceptibles, más sentimentales, más presumidas y preocupadas por su aspecto físico, menos objetivas... Para los encuestados, el criterio de salud mental aplicable a las mujeres es el de alguien muy adaptado a su rol sexual, aceptando las expectativas inherentes a ese rol y ofreciendo un apropiado desempeño del mismo, aun a pesar de que tales conductas generalmente se consideran

poco deseables desde el punto de vista social para un adulto bien adaptado. Una de las conclusiones de esta investigación es que la ética de la salud mental en nuestra cultura es masculina. Podemos argumentar, a partir de estos resultados, que el modelo de salud mental en nuestra cultura es un modelo masculino, mientras que las mujeres tendrían una salud mental patológica esperable, construida socialmente como norma de género. Esta expectativa acerca de los roles sexuales de las mujeres en nuestra sociedad se expresa en forma de estereotipos de roles femeninos que por su frecuencia terminan siendo naturalizados e invisibilizados. Un ejemplo característico de esto lo constituye la depresión de las amas de casa, así como la depresión de las mujeres de mediana edad, fenómenos que analizaremos como modelos paradigmáticos de las psicopatologías de género femenino.

### **La construcción de los estados depresivos de las mujeres en nuestra cultura patriarcal**

Nuestro modo de concebir la psicopatología de género nos aleja de la perspectiva tradicional que caracterizaba las histerias o las depresiones como estructuras clínicas. Nosotros las analizamos como procesos, en tanto que elementos de una personalidad que se van conjugando como modos de actuar, de sentir, o de pensar que ofrecen distintas respuestas ante determinados acontecimientos. Al abordar el malestar femenino enfatizamos su carácter evolutivo, su progresiva construcción, sea cual fuere la forma de expresión que éste adquiera. Esta perspectiva de construcción diná-

mica se opone a la noción de estructura que define ciertos modos de concebir las depresiones de las mujeres. Dentro de esta perspectiva de *construcción dinámica del malestar femenino*, nuestro enfoque nos orienta a entender los sentidos que se le otorgan a dicho malestar, especialmente a la construcción de sentidos enraizados en *las condiciones de la vida cotidiana de las mujeres*. No reafirmamos la idea positivista de que la salud preexiste a los sujetos y que lo único que debemos hacer es preservarla. Nuestra noción es que vamos construyendo nuestra salud mental de acuerdo con ciertos procesos históricos, sociales y económicos cuyos múltiples entrecruzamientos la van configurando. Aplicamos el mismo criterio a la «psicopatología» de las mujeres. No se trata de que algo originariamente «normal» haya degenerado en «patológico». Se trata, por el contrario, de *un modo de ir siendo*, de cómo nos vamos construyendo como mujeres de nuestra generación, de nuestra cultura, de nuestro grupo étnico; esto es, atravesadas por múltiples determinaciones que van configurando nuestro modo particular de *ir siendo*. En este contexto de comprensión ubicamos el concepto de malestar femenino en el campo de la salud mental.

Tradicionalmente la psicopatología de las mujeres se ha basado en criterios provenientes de las teorías y prácticas médicas, con lo cual se ha producido el fenómeno caracterizado como *medicalización* de nuestros conflictos. Ese fenómeno consiste en establecer diagnósticos, pronósticos y diseños terapéuticos que se asemejan mucho a los procedimientos en las prácticas médicas. Más adelante veremos como la respuesta más

frecuente a los problemas de malestar femenino es el tratamiento con psicofármacos.

Proponemos otros modos de comprensión de las patologías de las mujeres: el origen social de los conflictos, su interrelación con los modos psíquicos de producción del malestar a través de los sentidos que cada sujeto otorga a tales conflictos (por ejemplo, en las diversas formas de expresión de los estados depresivos), y recursos conceptuales y técnicos que den cuenta y permitan abordar la compleja situación resultante. Este modo de comprender la psicopatología de las mujeres nos orientará probablemente a  *criterios de prevención* para el malestar femenino y, cuando se trate de psicoterapia, a otorgar nuevas significaciones al padecimiento de las mujeres, en particular como expresión de condiciones de vida opresivas que padecen por ser miembros del género femenino.

Sobre esta base hemos intentado articular modelos teórico-clínicos de comprensión de las  *patologías del género femenino en función de las áreas de poder privilegiadas* en las cuales desarrollan su vida cotidiana las mujeres de nuestra cultura. Recordemos que, tal como hemos expuesto más extensamente en otros trabajos (Burín, 1987; Burín, 1990),  *nuestra cultura ha identificado a las mujeres en tanto que sujetos con las mujeres-madres*, asignándoles un lugar y un papel social considerado como garante de su salud mental. Nuestra cultura patriarcal ha utilizado diversos recursos materiales y simbólicos para mantener dicha identificación, tales como los conceptos y las prácticas del rol maternal, la función materna, el ejercicio de la

maternidad, los deseos maternales, el ideal maternal, etc. También hemos descrito cómo se han producido, a partir de la revolución industrial, la gestación y la puesta en marcha de estos dispositivos de poder en relación con las mujeres, a la vez que su profunda y compleja imbricación con la división de dos ámbitos de acción y producción diferenciados: el ámbito doméstico y el extradoméstico. Asimismo, dos áreas de poder diferenciadas para varones y mujeres: para ellos el poder racional y económico, para ellas el poder de los afectos. Esta distribución de áreas de poder entre los géneros ha tenido efectos de amplio alcance sobre la salud mental de hombres y mujeres. En el caso de las mujeres, la centración en el poder de los afectos, si bien representó un recurso y un espacio de poder específico (dentro del ámbito doméstico y mediante la regulación y el control de las emociones que circulan dentro de la familia), sin embargo también les significó modos específicos de enfermar y de expresar su malestar. Las familias nucleares constituidas en las últimas décadas han ido estrechando los límites de la intimidad personal y ampliando la especificidad de las funciones emocionales de la mujer. Junto con el estrechamiento del escenario doméstico, también el contexto social de las mujeres se ha reducido en tamaño y ha perdido perspectivas: su rol familiar y doméstico ha pasado a constituirse en paradigma del rol de género femenino. Ese rol familiar se ha ido centrando cada vez más en los niños y en los hombres (padres, maridos); además, se ha ido configurando una serie de prescripciones respecto de la «moral materna» que se

supone a los modelos femeninos, caracterizados emocionalmente como receptivos, capaces de retener y de nutrir, tanto a los niños como a los hombres cuando regresan al hogar tras su actividad extradoméstica cotidiana. A las emociones «inmorales» del mundo masculino extradoméstico, competitivo y egoísta, se le opuso una «moral» doméstica femenina dominada por emociones de amor, generosidad, altruismo y entrega. El ajuste a esa supuesta moral femenina garantiza a la mujer un lugar y un papel en la sociedad y en la cultura, con pautas definidas acerca de cómo pensar, actuar y sentir su desempeño de los roles familiares. La singularidad de los roles femeninos (el rol maternal, el rol de esposa y el rol de ama de casa) impone unas determinadas características a los afectos circulantes para poder ejercer esos roles con cierto grado de eficacia: docilidad, comprensión y generosidad, en el rol de esposa; amorosidad, altruismo y paciencia en el rol materno; disposición sumisa para servir (servilismo), receptividad y ciertos modos inhibidos, controlados y aceptables de agresividad y dominación (para el manejo de los asuntos domésticos) en el rol de ama de casa.

### **Los roles femeninos como fuente de malestar**

Con el correr de la experiencia acumulada históricamente por las mujeres en estos roles de género, paulatinamente se ha ido produciendo el fenómeno inverso. Sucede que el desempeño de esos roles de género, lejos de garantizar su salud mental, generan cada vez más las condiciones de malestar psíquico que

amenazan la salud mental de las mujeres. Con la multiplicación de escuelas y otros espacios educativos y recreativos para los niños fuera del hogar, con el avance de las tecnologías que invisibilizan la producción doméstica como fruto del esfuerzo personal de las mujeres (por ejemplo, mediante el uso de aparatos electrodomésticos), con el aumento y difusión de los anticonceptivos que otorgan mayor libertad a la sexualidad femenina y la liberan de la función reproductiva y le permiten ejercerla fuera del ámbito doméstico, con la experiencia acumulada por las mujeres en el trabajo extradoméstico (especialmente como resultado de las necesidades apremiantes impuestas por las dos guerras mundiales), con estos y otros hechos sociales y económicos, se han multiplicado los factores que hacen que los roles de género tradicionales femeninos dejen de tener el valor y el sentido social y cultural que tuvieron anteriormente. La crisis de los sentidos tradicionales de los roles femeninos ha implicado también la crisis del sentido que para las mujeres ha tenido hasta ahora su liderazgo emocional. Las mujeres han comenzado a sentir que su poder afectivo va perdiendo significación histórica y social, especialmente a medida que numerosas teorías y prácticas psicológicas lo cuestionan y dan cuenta de los errores, abusos e incumplimientos de las mujeres en el ejercicio de tal poder. La decepción resultante fue configurándose en determinados grupos de mujeres, tales como las de mediana edad, cuando sus hijos crecen y se alejan del hogar, en forma de preguntas tales como: «¿y ahora, qué?» o «¿ya no sirvo?»; preguntas que expresan la crisis del significado que han tenido en sus vidas los roles de madre,

esposa o ama de casa; vidas en crisis porque esos roles quedan vacíos de sentido. Se han descrito cuadros clínicos de estados depresivos caracterizados como «neurosis del ama de casa», «síndrome del nido vacío», «depresión femenina de la mediana edad», etc.

Debemos destacar la observación de que *el desempeño de los roles de género tradicionales coloca a las mujeres en condiciones desventajosas para preservar su salud mental*. Algunas estudiosas han particularizado los modos de vida tradicionales en el cumplimiento de tales roles, como por ejemplo, el rol de esposa asociado a la dependencia económica del marido, factor que vulnera la autoestima de las mujeres; el rol de ama de casa en relación con las oportunidades educativas ofrecidas a las mujeres, que las orienta hacia profesiones de escaso prestigio o poder social; el rol maternal como factor de riesgo para la depresión en mujeres jóvenes con varios hijos pequeños.

¿Qué ocurre con aquellas mujeres cuyas vidas no responden al desempeño de los roles tradicionales de su género? ¿Acaso evitan padecer el malestar femenino? Quizás no encontremos de forma visible en este grupo de mujeres las formas tradicionales de la cultura patriarcal, pero sí hallaremos formas más sutiles de opresión en sus vidas, que también provocan malestar psíquico. Es necesario desentrañar el ejercicio de la *violencia invisible* sobre las relaciones de pareja y su expresión en las relaciones de poder en la vida conyugal, el poder patriarcal en las prácticas médicas o en otras prácticas sanitarias o asistenciales (como el abuso sexual o económico que ejercen algunos psicoterapeutas sobre

sus pacientes femeninos). De la investigación de estos casos podrían surgir nuevas hipótesis para indagar acerca de las condiciones de vida enfermantas para las mujeres. Ya no será en las tradicionales y visibles formas patriarcales, sino en las sutiles -casi invisibles- formas de opresión que, utilizando otros recursos, producen los mismos efectos.

### Mujeres y psicofármacos

Al parecer, el consumo de tranquilizantes es el doble entre las mujeres que entre los varones; ¿por qué esta prescripción y este consumo excesivo de tranquilizantes entre las mujeres?, ¿es un remedio para sus conflictos como mujeres? Los tranquilizantes son drogas correspondientes al grupo de los denominados *psicofármacos*. Los psicofármacos incluyen varios tipos de drogas: los ansiolíticos o tranquilizantes, usados para combatir los estados de ansiedad; los antidepresivos, que se prescriben para tratar estados caracterizados por sentimientos de tristeza, abatimiento, llanto, etc.; y los somníferos, usados para provocar el sueño. Se trata de drogas legales cuya fabricación y distribución es legal. Esta constituye una forma específicamente femenina de drogarse. Nos referimos en particular al amplio grupo de las *benzodiazepinas*, denominadas «drogas maravillosas» cuando fueron descubiertas, ya que parecían proporcionar todo tipo de ventajas de las drogas utilizadas hasta ese momento (las denominadas barbitúricos), sin presentar ninguno de sus efectos adversos. En los países donde se ha estudiado la pauta de consumo de los tranquilizantes del tipo benzodiazepinas (EE.UU., Canadá, Rei-

no Unido y Australia), la relación entre mujeres y hombres recetados con tranquilizantes es de dos a uno. El consumo estimado de psicofármacos en la población femenina alcanza al 10% de dicha población. Algo no debe andar muy bien en nuestra sociedad si una de cada diez mujeres debe drogarse para comenzar el día o para poder irse a dormir cada noche. ¿Qué explicación dar a este fenómeno?

A partir de los años setenta, varios grupos pertenecientes al movimiento de mujeres y de promoción de la salud concentraron su atención en el uso excesivo de tranquilizantes por parte de las mujeres; especialmente entre las de mediana edad y mayores. Estos sectores de la población femenina han sido calificados como grupos de riesgo para el abuso de tranquilizantes. En su mayoría, los estudios se han centrado en:

- a) Denunciar la actitud lucrativa de los laboratorios productores de psicofármacos, que encuentra en las mujeres un mercado consumidos preferencial y hacia las cuales dirigen su publicidad.
- b) Resaltar la complicidad de los médicos con los laboratorios, desinteresándose de otras alternativas terapéuticas al tratamiento psicofarmacológico para las mujeres que les consultan, así como una marcada actitud discriminatoria en sus modos de escucharlas y prescribirlas.
- c) Analizar las condiciones de vida de las mujeres -especialmente el trabajo del ama de casa, las problemáticas del rol maternal y las referidas al envejecimiento femenino-

que parecen constituir factores estresantes y/o depresógenos. En Canadá, uno de estos grupos describe un cartel de una campaña publicitaria dirigida a los médicos en el cual se ve a estos contemplar a una mujer como si estuviera encarcelada detrás de unos barrotes formados con escobas y cepillos, con la frase «Usted no puede liberarla, pero puede ayudarla a que se sienta menos ansiosa» y ¡prescribe un tranquilizante!

Los síntomas de ansiedad, tristeza, tensión o enojo que expresan estas mujeres hacia sus condiciones de vida se han vuelto cada vez más radicalizados en nuestra cultura: han obtenido el estatus de «enfermedad». El sistema de salud dominante tiende a visualizar estas reacciones emocionales como patológicas y responde ofreciendo éstas drogas para «tratar la enfermedad». Las mujeres mismas son percibidas como «el problema», por parecer débiles, dependientes, emocionalmente incontrolables y necesitadas de ayuda para afrontar sus problemas. Lo que resulta llamativo es cómo nosotras mismas hemos internalizado el estereotipo de nuestra fragilidad y vulnerabilidad, de nuestra inadecuación y de la idea de que debemos acudir al médico en busca de ayuda. Y aunque oscuramente percibimos que los psicofármacos no constituyen solución alguna para nuestros problemas, parece que sólo somos capaces de someternos a esa prescripción y de conformarnos con obtener repetidamente la misma receta tras cada consulta, si bien en dosis crecientes a medida que nos habituamos a los tranquilizantes.



## Afrontando el malestar sin psicofármacos

La mayoría de los estudios revela la actitud patriarcal con que se trata el malestar de las mujeres. Más que la búsqueda de las causas que originan los síntomas, se apunta a ofrecer una droga que rápidamente los silencie. Nos preguntamos si compete al sistema médico atender consultas por problemas derivados de las condiciones de vida de las mujeres, aun cuando estos problemas se expresan como trastornos de salud. Quizás no sea de incumbencia del sistema médico, sino del sistema social más amplio en el cual éste se inserta. Si éste fuera el caso, debemos pensar en ampliar los criterios y recursos de salud mental, sin reducirlo a los estrechos límites del sistema de salud dominante.

En los talleres de reflexión con agentes de salud en Buenos Aires y en Madrid, los participantes coincidieron en señalar algunos factores de riesgo para el uso de psicofármacos en las mujeres. Se trata de situaciones generadoras de ansiedad en las cuales las mujeres son especialmente vulnerables y pueden conducir al consumo de psicofármacos; son las siguientes:

- el trabajo maternal tradicional y la maternalización (subordinación a la maternidad) de los roles de la mujer, especialmente el rol de esposa o el rol laboral,
- las expectativas sobre el rol de género femenino como encargado de mantener el equilibrio y la armonía de los vínculos familiares,
- la doble jornada de trabajo, con la experiencia de sentir demasiadas exigencias y responsabilidades que

le obligan a un esfuerzo agotador, continuado y constante,

- la inseguridad económica o laboral,
- los problemas de la pareja, la falta de comunicación, la dependencia económica de la pareja y su incidencia en la baja autoestima de las mujeres,
- el aislamiento, la soledad y la falta de redes sociales que caracterizan a las mujeres de mediana edad que ejercen como amas de casa tradicionales.

Nuestra propuesta consiste en insistir sobre la necesidad de investigar más a fondo esta problemática y de ofrecer recursos mejores que aquellos con los que contamos en la actualidad para atender el malestar de las mujeres. Pensamos que las estrategias de silenciación de tal malestar no resuelven los conflictos. Insistimos en los recursos que contemplan la constitución de *grupos de mujeres* que afrontan juntas su malestar: hemos podido comprobar en diversas experiencias la eficacia de los grupos terapéuticos de mujeres, los grupos de reflexión y los grupos de autoayuda. En ellos, *las mujeres elaboran una conciencia de sujeto colectivo y construyen lazos de ayuda mutua y de solidaridad que les permiten afrontar de un modo creativo su malestar.*

## Referencias

- BURÍN, M. (1987). *Estudios sobre la subjetividad femenina. Mujeres y salud mental*. Buenos Aires: Grupo Editorial Latinoamericano.
- BURÍN, M. (1990). *El malestar de las mujeres. La tranquilidad recetada*. Buenos Aires: Paidós.