La angustia como problema de género

Moisés Rozanes Tassler

"Y no encontré [palabra] no es ninguna angustia,
pues abarrotas el largo almacén de lo factible
donde lo real es mayor que la realidad."
Palabra... Carlos Drummonj de Andrade

I. Introducción

Al plantearnos aquí el problema de la angustia en términos de género es justo reconocer que existe poca información al respecto y que se trata de un campo relativamente nuevo. Epidemiológicamente, la prevalencia ha sido de tres mujeres por cada hombre. Sin embargo, la práctica clínica en los últimos años, en nuestro medio, parece desmentir este dato. Cada día son más los hombres que acuden en busca de ayuda psiquiátrica por ataques de pánico, y al mismo tiempo, son más las mujeres que presentan cuadros clínicos de angustia relacionados con estilos de vida que antes eran fundamentalmente masculinos. La búsqueda del éxito conlleva el temor al fracaso. Para algunas el éxito significa el dejar de ser amadas, desenmascarando una pobre autoestima.

De ahí que resulte necesario profundizar en el estudio de las diferencias en que se manifiestan los problemas de salud mental de acuerdo al género. Esta distinción puede hacerse conforme a parámetros definidos como son:

- Contexto social y cultural
- Características biológicas y médicas
- Experiencias de vida y eventos traumáticos

Además, es importante reflexionar sobre las ventajas de utilizar nuevas perspectivas en psicoterapia y tratamientos farmacológicos específicos. El presente trabajo señala y desarrolla brevemente algunos de estos parámetros.

II. La angustia humana

Se llama angustia al estado de aprehensión, tensión o desasosiego que surge anticipando un peligro cuyo origen es en gran medida desconocido o difícil de identificar. El miedo, a diferencia de la angustia, es la respuesta emocional que se presenta conscientemente ante una causa externa que resulta amenazante o peligrosa. La angustia es un fenómeno ineludible de la vida intelectualmente desarrollada y es expresión de sensibilidad. El punto de partida filosófico de toda angustia es la posibilidad —exclusivamente humana— de tener conciencia del sentido y el significado de la vida, pero sobre todo del final irrevocable de la misma.

Este singular talento, compartido por hombres y mujeres, en determinadas circunstancias es capaz de desencadenar sentimientos de incertidumbre y zozobra. Pero sin angustia, paradójicamente, no habría motivación hacia el trabajo, el estudio, la reflexión ética, la creatividad artística, el desarrollo tecnológi-

co y el avance científico. El letargo de la inercia se apoderaría del potencial neural y viviríamos los humanos como una especie más en el concierto de los instintos.

Sin embargo, la angustia tiene un lado sombrío y profundamente doloroso que puede ser sólo un síntoma apremiante o una enfermedad compleja y un reto importante para la salud mental pública. No es exagerado afirmar que quien sufre de angustia experimenta una de las condiciones clínicas más limitantes de la vida personal y social, y de la salud en general. En los trastornos de angustia aparecen síntomas psico-somáticos que pueden confundirse con enfermedades cardiacas, (opresión y dolor en el pecho, palpitaciones) pulmonares, (dificultad para respirar, sensación de asfixia), neurológicas, (mareo, zumbido de oídos, dolor de cabeza, sensación de desvanecimiento, hormigueo en la piel, temblores) y/o musculares (dolores de espalda y cintura). En los trastornos de angustia se presentan síntomas psicológicos como fallas en la atención, concentración y memoria: sensación de debilidad y cansancio exagerados, dificultad para dormir, y lo más grave, desesperación y miedo intensos sin motivo aparente.

La impresión que tiene la enferma(o) angustiada(o) de que está perdiendo, o puede llegar a perder, la claridad y armonía de su pensamiento, la adecuada resonancia de sus emociones y el control voluntario de su conducta es motivo de profunda infelicidad. Uno de los temores más comunes es el temor a "perder el juicio, llegar a la locura". Esto se debe a que los trastornos de angustia pueden provocar una alteración del pensamiento, en la que el yo (*self*), inexplicable y súbitamente, se percibe como incapaz de mantener contacto con la propia identidad, trastocando la congruencia entre los procesos cognoscitivos, las emociones y el comportamiento.

III. Factores culturales y sociales

En la actualidad las mujeres están sometidas a presiones y exigencias que juegan un papel importante en el desencadenamiento de la angustia. En la medida en que la mujer va ganando un lugar, muchas veces destacado, en áreas de estudio y trabajo donde el hombre ocupaba posiciones exclusivas y preponderantes, el temor al fracaso y al rechazo tienden a incrementarse.

El ir abriendo brechas difíciles sin el apoyo de los sistemas masculinos, y con frecuencia sin el consentimiento familiar y cultural, es un elemento de riesgo para la angustia. El nivel de auto-exigencia, en general, tiende en la actualidad a ser mucho más elevado en la mujer que en el hombre.

Esta situación es comparable al de algunas etnias minoritarias en su lucha histórica por destacar y sobreponerse al rechazo y la discriminación. Cuando son muy altas las expectativas y las metas de cualquier índole, aumenta la posibilidad de sufrir depresión y angustia. Por ejemplo, el alto índice de suicidios entre estudiantes de origen asiático en Estados Unidos.

A continuación se expone uno de los posibles escenarios psicosociales de esta patología de género:

Se trata de una mujer profesionista, entre los 25 y 45 años de edad, que trabaja exageradamente, dedica más tiempo que nadie a sus obligaciones —principalmente con relación a otras mujeres con quienes establece fuerte rivalidad—, se preocupa de mantener una imagen intachable de servicio, su idea de lealtad a la organización o empresa sobrepasa los límites comunes y razonables de cualquier actividad laboral, está disponible las 24 horas del día, los 365 días del año, y descuida crecientemente la ternura y calidez en las relaciones de amistad y pareja, y la cercanía con sus hijos.



Si alguien comenta sobre los inconvenientes de esta actitud, ella se justifica con argumentos lógicos, basados en lo impostergable de sus deberes. En momentos de soledad, tristeza y frustración, le es muy difícil buscar ayuda, ya sea informal o profesional, lamentándose que sus amistades sean escasas o nulas, y que sólo la buscan cuando desean obtener algo de ella. Habitualmente no socializa fuera del lugar de trabajo, y si lo hace sus relaciones son más bien frías y competitivas. Evita tomar vacaciones y días de descanso, pero cuando viaja procura realizar actividades que sean "provechosas" en términos laborales. Por lo tanto, es una persona adicta al trabajo (*workaholic*), ambivalente hacia el placer y la alegría, con antecedentes familiares disfuncionales, donde el papel de responsabilidad y presencia del padre durante la infancia y adolescencia fue escaso e inconsistente; mientras que la madre, en calidad de víctima, tuvo que sobreponerse a la ausencia o negligencia paterna con excesivo esfuerzo y sacrificio.

Esta mujer logra algunos éxitos y reconocimientos dentro del medio laboral pero no se siente feliz y sufre de síntomas físicos sin un correlato orgánico definido. Debido a que tiene poca conciencia del origen psicológico de su malestar, difícilmente se propone modificar el patrón de vida que lleva. Un día, sin previo aviso, la asalta una crisis de angustia, descomponiendo así el orden aparente de su existencia.

En el caso masculino, también el riesgo de padecer trastornos de angustia proviene, en buena parte, de demandas de tipo social y cultural en las que al varón se le señala como proveedor económico único o principal de la familia. En los tiempos que vivimos —al parecer interminables— de desempleo, deterioro agudo del poder adquisitivo, deudas bancarias impagables y demás restricciones de los satisfactores materiales, el rango de discrepancia entre lo que se logra con lo que supuestamente debiera lograrse es fuente de frustración y congoja.

El perfil del hombre que sufre de ataques de pánico, agorafobia y somatizaciones es claro: tiene educación media o superior, rasgos de personalidad obsesiva; generalmente es honesto, responsable en el trabajo, está en edad productiva, vive en familia, con hijos, y tiene antecedentes de síntomas de angustia desde la infancia y adolescencia. Uno que otro, de niño, se vio privado de la figura del padre, ya sea por abandono, muerte —"a mi padre lo asesinaron"—, o por alcoholismo e incapacidad psicológica. Algunos tuvieron padres golpeadores, rígidos e incapaces de mostrar ternura. Las madres fueron, o siguen siendo, modelo de esfuerzo en el trabajo y dureza afectiva con el fin de enfrentar la soledad o la agresión del cónyuge. A menudo crearon alianzas no explícitas con los hijos, fundamentalmente con los varones —pero también con las hijas mayores— en contra del padre, con la consigna de trabajar sin tregua.

El ambiente familiar descrito es propicio para los trastornos de angustia, al convertir en destino la propuesta —consciente o inconsciente— de restitución y resarcimiento, a expensas de la tranquilidad y salud mental de los hijos.

El hombre, proclive a enfermar de angustia, enfrentará en la vida adulta una alta probabilidad de sentirse incompetente ante sus propias expectativas de éxito. Esto tiende a lesionar la auto-imagen de masculinidad, inscrita en valores tradicionales y obsoletos, incrementando así sentimientos de frustración, inseguridad e incompetencia sexual.

IV. Factores médicos

Los nuevos estilos de vida de la mujer traen aparejados cambios en ciertos hábitos de salud y por consecuencia, en los riegos de enfermar. El uso y abuso de drogas se encuentra en primer lugar. Las sustancias anfetamínicas, que disminuyen el apetito, son sumamente peligrosas en personas obsesionadas con disminuir su peso corporal de la manera más rápida posible. Los cuadros de angustia intensa, depresión secundaria, riesgo suicida y en ocasiones psicosis severas son subestimados por estas mujeres atrapadas en el consumo de anorexígenos. También se ha visto incrementado el alcoholismo en la población femenina, al igual que el tabaquismo y en menor medida, el consumo de cocaína.

Parece haber una necesidad femenina de identificación con el poder machista a través de conductas que simbolizan una supuesta libertad y fuerza. Últimamente en lugares públicos es ostensible el número de mujeres que fuman en comparación con los hombres. El fumar predispone al asma, a la enfermedad obstructiva pulmonar y a la neumonía, y éstas, por sí mismas, son causas de angustia.

Existen también padecimientos como angina de pecho, arritmias cardiacas, prolapso de la válvula metral e insuficiencia cardiaca congestiva que se asocian con el desencadenamiento de angustia aguda. Por último, hay que tomar en cuenta el uso de algunos medicamentos que por sus efectos secundarios

pueden asociarse con crisis de angustia como los compuestos con pseudo-efedrina, , utilizados en problemas de vías respiratorias y alergias, esteroides y otros agentes anti-inflamatorios no esteroides. Todos ellos son capaces de disminuir el umbral para que se presente un ataque de angustia. La importancia de esto último radica en la práctica común de la automedicación y el intercambio de recetas y remedios como una forma de solidaridad femenina.

Otra cuestión importante, desde el punto de vista médico, es la probabilidad de enfermar de angustia por predisposición hereditaria. Aunque hay autores que han hecho estudios genéticos que señalan un rango del 30 al 40 por ciento de heredabilidad en algunos trastornos de angustia en mujeres, lo cierto es que existe una gran dificultad para discriminar entre factores de transmisión genética y aquellos de tipo familiar y ambiental. Lo más probable es que se de una combinación de circunstancias en la aparición de los trastornos de angustia: el riesgo familiar hereditario, los rasgos específicos de la personalidad, las experiencias traumáticas en etapas tempranas de la vida y los modelos defectuosos de aprendizaje.

Además, es necesario recalcar que el énfasis biológico en el origen de estos padecimientos en mujeres ha sido utilizado para estereotiparlas como "el sexo débil, que reacciona por naturaleza, con actitudes poco racionales y manipulatorias", a diferencia del hombre, quien —siguiendo esta misma línea argumentativa— es intelectualmente más sólido y racional. La verdad es que los trastornos de angustia se encuentran entre los síndromes psiquiátricos con menor concordancia diagnóstica, por lo que cualquier afirmación categórica en este sentido, en la actualidad, se hace sobre bases científicas dudosas y su contenido tiende a ser meramente ideológico y discriminatorio.



V. Los factores traumáticos

Este capítulo es de particular importancia a raíz de descubrimientos hechos en las últimas dos décadas, acerca de los devastadores efectos en la salud mental de mujeres y hombres por eventos extremos vividos en la infancia o en etapas posteriores de la vida. La información científica recabada viene a hacer contrapeso a las tesis neurobiológicas sobre el origen de los trastornos de angustia.

Una experiencia se considera traumática en la medida en que provoca miedo intenso, incluso terror, asociado con una sensación avasalladora de desamparo e indefensión. El trauma puede vivirse directa o indirectamente. Es decir, tan dañina puede resultar una agresión en mi contra, como el que sea testigo de una agresión similar en contra de otras personas, sobre todo si son cercanas o queridas.

Existe una clara relación entre trastornos de angustia, género y determinadas experiencias traumáticas. Por ejemplo, la violación y el abuso sexual, al igual que la violencia doméstica, incluyendo el maltrato a los hijos, son formas de agresión contra la mujer, que adquieren el carácter de traumático en la medida en que exista un peligro inminente de muerte, y se produzcan lesiones severas o amenazas a la integridad física. Las personas que han tenido este tipo de experiencias pueden presentar un "trastorno de estrés postraumático". Quien sufre esta enfermedad revive en su mente y cuerpo, con asombrosa precisión, los hechos traumáticos originales. Le sobrevienen, en forma involuntaria y repentina, recuerdos que se creían borrados, imágenes aterradoras, pensamientos en que se mezclan la impotencia y la desesperación, sensaciones de pánico, insomnio, irritabilidad, dificultad para la concentración, actitudes de hipervigilancia y reacciones desproporcionadas ante estímulos irrelevantes o insignificantes para los demás.

Hay autores que calculan que cerca de la mitad de las mujeres diagnosticadas con trastornos de angustia-pánico, obsesivo-compulsivo y depresión mayor tiene antecedentes de abuso sexual en la infancia. También se ha encontrado una alta prevalencia de estos padecimientos en mujeres golpeadas dentro de su hogar y otras circunstancias relacionadas con la criminalidad creciente, en medio del desempleo y la pobreza.

En cuanto a los hombres, deben tomarse en cuenta las condiciones que la sociedad y la cultura, les impone —o se auto-imponen— de vivir situaciones de violencia, potencialmente generadoras de trauma y, por lo tanto, de angustia. La guerra es un ejemplo claro, aunque el "privilegio" de asistir al campo de batalla es compartido con mujeres en la mayoría de los ejércitos modernos y grupos armados no convencionales. De la guerra y la violencia política derivan la tortura, el desplazamiento forzado —creando poblaciones de refugiados que tratan de sobrevivir en condiciones desastrosas—, la persecución religiosa de etnias y la "limpieza racial". En esta última versión de barbarie, practicada por los soldados serbios en Bosnia, la fertilidad del cuerpo de las mujeres del enemigo fue utilizado con fines de agresión y venganza masculinas.

Sin embargo, debe recordarse que los hombres también son objeto de abuso sexual y maltrato infantil, aunque en menor proporción que las mujeres. En los internados, conventos y prisiones es común que se cometan violaciones sexuales de adolescentes y adultos por hombres que aprovechan su jerarquía y la confianza que la sociedad y la iglesia les ha otorgado. Además, hay quienes siguen pensando que la buena educación debe ir acompañada de golpes. Aquí el efecto traumático es doble para el varón, pues no es suficiente con que se le maltrate física y verbalmente, además se le exige suprimir la expresión de su sufrimiento en aras de una imagen deformada de virilidad y con la amenaza de aumentar el castigo. "No llore, pórtese como hombre, si no le sigo dando."

Este absurdo es una de las causas de que sean tan comunes las crisis de angustia en hombres que se consideran a sí mismos "muy hombres" y para quienes los estereotipos de masculinidad representan modelos inquebrantables. El sufrimiento, físico o emocional, les resulta ajeno y las expresiones de fragilidad y ternura son sinónimo de falta de hombría de aquellos que desprecian públicamente —deshuevados— pero en el fondo envidian. Con frecuencia mitigan sus sentimientos de inferioridad y dudas sobre su identidad masculina con alcohol u otras drogas, y se permiten llorar en circunstancias que terminan siendo grotescas. Debido a todo lo anterior, es muy difícil para estos pacientes encontrar la relación entre sus crisis de angustia, el ambiente psicosocial en que viven y los eventos traumáticos que han experimentado, ya que operan en ellos mecanismos inconscientes de defensa al servicio de evitar una realidad en la que se fracturan los soportes de un ideal del yo psicológicamente endeble.

VI. Experiencias de vida

Las diferentes etapas del ciclo reproductivo en la mujer traen aparejados ciertos riesgos en la estabilidad emocional. Se han descrito algunos cuadros de depresión y angustia en el periodo postparto. Hay quienes al principio y final de su embarazo sufren de angustia intensa, lo cual es bien conocido por los gineco-obstetras debido a los vómitos incoercibles. Frecuentemente, una madre sin experiencia tiene preocupaciones sobre el cuidado de su bebé, pero en algunos casos éstas llegan al extremo de convertirse en ideas obsesivas acerca de algún daño o enfermedad, y a la capacidad para ser "una buena madre".

Hay hipótesis que atribuyen al rápido decremento hormonal un efecto negativo en la función de la

serotonina, provocando el inicio de un trastorno obsesivo-compulsivo. La efectiva respuesta a los medicamentos bloqueadores de la recaptura de la serotonina hace pensar que pueden ser estos cambios hormonales, junto con una predisposición hereditaria, más que los problemas de adaptación a la maternidad, los factores que desencadenen los síntomas obsesivos-compulsivos y la angustia y depresión del puerperio.

Es muy importante realizar una campaña de educación en salud mental para que tanto médicos como pacientes y familiares estén conscientes de la patofisiología de la angustia durante estos procesos reproductivos, ya que las consecuencias de un mal manejo afectan al bebé, a la madre y a toda la familia.

Deben mencionarse también las consecuencias de un aborto o la pérdida de un embarazo avanzado. Un conjunto de síntomas de angustia pueden estar presentes acompañados de vergüenza, duelo no resuelto, y el peso psicológico de mantener el secreto o el engaño.

A pesar de que los procesos del ciclo reproductivo antes mencionados, tienen un efecto directo en la mujer, también implican un riesgo para la pareja masculina en cuanto a depresión y angustia. La comorbilidad en el hombre está poco estudiada y muchas veces deja de diagnosticarse y tratarse.

VII. Conclusiones

- En la última década se ha observado en la práctica clínica un cambio en la prevalencia de los trastornos de angustia de acuerdo al sexo y a las modalidades de incidencia. Hacen falta nuevas investigaciones epidemiológicas que tomen en cuenta criterios de género.
- Es necesario estudiar la angustia de acuerdo a parámetros clínicos y sociales definidos, que incluyan diferencias de género, para tener una aproximación más realista de esta patología.
- Los espacios ganados por la mujer en la actualidad le imponen nuevas presiones psicológicas. La necesidad de lograr a toda costa el éxito académico y profesional se ha convertido en un importante factor de riesgo que aumenta los trastornos de angustia.
- Los hombres con rasgos de personalidad obsesiva, en edad productiva, con antecedentes de síntomas de angustia en la niñez y la adolescencia, y cuyos valores de masculinidad están definidos por la cultura machista, son más vulnerables para sufrir crisis de angustia. El deterioro de la situación económica actual representa una seria amenaza a la capacidad real del hombre para cumplir con las expectativas culturales de ser los principales proveedores familiares.
- Deben considerarse también como factores de riesgo para los trastornos de angustia los cambios fisiológicos del ciclo reproductivo de la mujer, el uso y abuso de sustancias generadoras de ansiedad y la predisposición genética a este tipo de padecimientos.
- Las experiencias traumáticas, como el abuso sexual, el maltrato infantil y la violencia doméstica, merecen especial cuidado debido a la frecuencia y gravedad de las consecuencias que tienen en la salud mental, y en particular, en los trastornos de angustia y depresión.
- Por último, cabe hacer énfasis en que esta revisión no pretende agotar los parámetros de investigación de la angustia relacionados con las características de género. Faltan, entre otras, las relaciones intrafamiliares, las diferentes etapas del ciclo vital y los estilos de tratamiento utilizados. Solamente se han presentado aquí algunos elementos que pueden servir para la reflexión diagnóstica y la creación de nuevas propuestas de manejo y tratamiento.♦

Bibliografía

Blume S. B. "Gender differences in alcohol-related disorders". *Harvard Review of Psychiatry*, 1994, 2:7-14.

Peebles M. J. "Posttraumatic Stress Disorder: A historical perspective on diagnosis and treatment". *Bulletin of the Menninger Clinic*, 1989. 534: 274-286.

Reid W. H., Wise M. G. *DSM-IV Training Guide*. Bruner/Mazel Publishers, 1995.

Rosenbaum J. F. Pollock R. A. Otto M. W. Pollack M. H. "Integrated treatment of panic disorder". *Bulletin of the Menninger clinic*, 1995. 59: A4-A9.

Van de Kolk B. Fisler R. E. "Chilhood abuse and neglect and loss of self-regulation". *Bulletin of the Menninger Clinic*, 1994, 58: 145-168.

Van der Kolk B. A. "The body keeps the score: Memory and the evolving psychobiology of the posttraumatic stress". *Harvard Review of Psychiatry*, 1994. 1:253-265.

Zaubler T. S., Katon W. Panic disroder an medical comorbidity: A review of the medical and psichiatric literature. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 1996. 60: A12-A38.

Zerbe K. J. "Anxiety disorders in women", en *Bulletin of the Menninger Clinic*, 1995; 59: A38-A52.