

Psiquiatría social

Psiquiatría y Salud Integral. 2003;3(3):62-70

Palabras clave: salud femenina, género, factores psicosociales,

Las mujeres centroamericanas y la psiquiatría

Dra. Gioconda Batres M.

RESUMEN

El artículo plantea que el análisis de la salud de las mujeres, especialmente la salud mental, no ha incorporado por parte de la psiquiatría, la perspectiva de género. La adquisición del género, que es un aprendizaje social e históricamente construido, ha colocado a la mujer en una posición de inferioridad que la convierte en un ser humano de alto riesgo para presentar trastornos en los que están presentes la culpa, baja autoestima, la depresión, dado que los roles femeninos tradicionales inhiben un estilo de vida independiente. Los sistemas teóricos disponibles proveen interpretaciones parciales de la vida de las mujeres pues han sido construidos a partir de paradigmas tradicionales que no han considerado los efectos de los procesos de socialización en la vida de las mujeres. La terapia género-sensitiva propone como eje central el reconocimiento de las dificultades que ha tenido para las mujeres vivir en una sociedad sexista, así como el impacto de esta realidad en su salud mental.

ABSTRACT

This article proposes that the analysis of womens health, particularly mental health, has not incorporated the perspective of gender from a psychiatric standpoint. The acquisition of gender, which is a socially and historically built learning process, has placed women in a position of inferiority. This transforms her into a human being at high risk for disorders in which guilt, low self-esteem, and depression are present due to traditional feminine roles that inhibit independent lifestyles. The available theoretical systems provide partial interpretations of womens lives, since these have been built based on traditional paradigms that haven't considered the effects of the socialization proceses in their lives. Gender-sensitive therapy proposes the recognition of the difficulties that living in a sexist society poses to women, and the impact of this reality on their mental health, as its central axis.

Introducción

La salud de las mujeres tiene su propia especificidad, sin embargo, los estudios sobre su salud son escasos en la región, salvo en cuanto a su función reproductora. Esta situación no es sorprendente si consideramos que, para emprender estudios que completen todos los aspectos de la salud femenina, debe vencerse una resistencia de los científicos para considerar a las mujeres como un grupo social sujeto a situaciones de riesgo particulares en el campo de la salud.

Los argumentos que se esgrimen frente a este planteamiento señalan que hombres y mujeres que comparten la misma clase social se hallan sujetos a los mismos factores de riesgo sobre su salud. Sin embargo las conclusiones de los estudios realizados sobre las condiciones de vida de las mujeres de todo el mundo revelan que, aunque estas divergen de acuerdo a la clase social y al nivel de desarrollo de cada país o región, las mujeres de todas las clases sociales y de todos los países se encuentran en una situación de desventaja en comparación a los hombres en cuanto a

La Dra. Gioconda Batres Méndez es psiquiatra y directora de la Revista Oficial del Colegio de Médicos de Costa Rica.

educación, trabajo, situación legal, participación social y política. Por lo tanto, puede suponerse que las carencias y necesidades derivadas de esta situación de desventaja social incidieron en todos los aspectos de su vida incluyendo su salud física como mental. En ese contexto, hay problemas que requieren urgente atención:

- Los embarazos frecuentes
- Los embarazos en adolescentes
- La medicación propia de los modelos médicos, los cuales utilizan drogas y medicamentos como modo de mitigar el malestar originado por las condiciones de vida de las mujeres.
- Los problemas de salud derivados de las características del trabajo femenino.
- Las secuelas de la violencia de género.
- Las secuelas psicológicas de la opresión femenina.
- El modelo de salud mental.

Todos estos temas son controversiales por razones ideológicas y es claro que no se pueden abordar sin, inevitablemente, confrontar las creencias y valores que sustentamos sobre la identidad y las funciones que las mujeres deben cumplir; en la sociedad, sobre la estructura y función de la familia.

Concepción de la salud femenina en los siglos XIX y XX

En el siglo XIX coexisten 2 concepciones diferentes respecto a la salud de las mujeres, las que, como en cada momento histórico, responden a una lógica que combina elementos económicos y moralistas.

Las mujeres de clase media alta eran consideradas esencialmente enfezadas, delicadas y débiles, ya que se consideraba que su rol fundamental era participar solamente en los pasatiempos de la familia. Por su parte, las mujeres de clase baja se consideraban esencialmente saludables y robustas, debido a que se requería su incorporación en el mercado de trabajo, como mano de obra barata. Al mismo tiempo, y como forma de controlar y evitar las relaciones sexuales entre clases sociales diferentes, eran consideradas como focos de enfermedad, sobre todo de aquellas relacionadas con enfermedades venéreas.

A fines del siglo XIX todos los síntomas femeninos tanto físicos como psicológicos, se explicaban por el funcionamiento ovárico. De este modo podía ejercerse una vigilancia estrecha de la sexualidad femenina. Se sustentaba que la personalidad femenina estaba regida por el funcionamiento ovarico.

Entre las causas que determinaban la operación estaban las siguientes: que la paciente fuera irritable, que comiese “como un hombre”,

que tuviese tendencias eróticas o que padeciese de dismenorrea. Durante la época victoriana lo destacado era la prevalencia de los cuadros histéricos como expresión del malestar femenino.

En términos de salud mental, se ha utilizado una "ideología de la diferencia" sobre la enfermedad mental, que aseguró la marginación social de aquellos considerados como diferentes, adoptando sistemas de control social que garanticen tal marginación, de acuerdo con diversos niveles de desarrollo socioeconómico; que las ideas claves son las de la clase dominante. Las mujeres han caído dentro de esta práctica de castigar lo diferente.

Agrego que en la problemática de la salud mental de las mujeres, además de las determinaciones clasistas, hay otro orden de determinación que atraviesa las clases sociales, el cual es la perspectiva sexista como productora de condiciones de vida enfermantes. Es decir la configuración del género sexual femenino como género devaluado, desjerarquizado, en nuestra cultura latinoamericana, salvo en las representaciones sociales que glorifican las mujeres madres.

Una concepción dual de salud

Hasta hace una década, los médicos norteamericanos, hombres y mujeres, seguían percibiendo a sus pacientes femeninas del mismo modo en que lo hacía Sigmud Freud hace 50 años. Entre sus conclusiones se destaca que los médicos, psicólogos(as) y trabajadores(as) sociales poseían un doble estándar de salud para hombres y mujeres.

Su concepción para hombres sanos correspondía a su concepción de un adulto sano. Su concepción de mujer sana difería significativamente de la que tenían sobre adulto sano. Por consiguiente para ser sanas, las mujeres deberán aceptar las normas estereotipadas correspondientes a su género, a pesar de ser conductas consideradas socialmente menos deseables.

Desde la perspectiva de la salud mental concebida para los hombres, la adquisición del género femenino conlleva la aceptación de que las mujeres disponen de una salud mental patológica o de una normalidad anormal. Los clínicos tienen diferentes conceptos de salud para hombres y mujeres, los que corresponden a estereotipos.

Aflicción psicológica y género

Durante los últimos años se han dado cambios importantes tanto en el campo del conocimiento científico, en lo referente a la identidad femenina y la condición de la mujer, así como en las formas en que la misma ha sido construida y transmitida culturalmente. Estos cambios se acompañan de una abundante literatura que comprende

mejor la experiencia femenina, aporta nuevos enfoques psicológicos y sociológicos, entre otros. Paralelamente ha surgido una corriente de investigación crítica sobre la condición de la mujer, la diferencia entre los géneros y la realidad social. Esta literatura ofrece también una nueva guía para leer las teorías psicológicas tradicionales y los métodos de investigación que las acompañan. Encara fundamentalmente los efectos psicológicos derivados del status de subordinación en la mujer y los efectos en su salud mental.

Las formulaciones básicas en la psicología de la mujer como tradicionalmente se postula son cuestionadas por los estudios de género y muchos conceptos han sido reconceptualizados. Estos puntos de vista contemporáneos antagonizan en amplios aspectos las creencias establecidas por las teorías psicológicas vigentes. Este abordaje constituye un reto para nosotras las(los) profesionales en salud mental, nos crea una obligación ética: el entender cómo el contexto social, el rango que ocupa la mujer en la sociedad, contribuye al origen y a la persistencia de los problemas de las mujeres. Tiene implicaciones psicológicas obvias en la vida de una mujer, su papel en la sociedad, el modelo de socialización que enfrenta, las expectativas culturales, en el sentido que su personalidad se desarrolla en un marco que define a la mujer como un grupo desvalorizado.

He encontrado que el exceso de síntomas psicológicos que acostumbramos ver en las mujeres no es intrínseco a ser biológicamente mujer, pero sí a la condición de subordinación que caracteriza los roles tradicionales femeninos, a la definición de los mismos en la familia. Bajo estos términos las mujeres han sido socializadas para satisfacer las necesidades de otros, y no las suyas, las que pasan a ser secundarias. Entonces, estos síntomas están relacionados con las limitaciones que estos roles les imponen, con la ausencia de gratificaciones y con la incompatibilidad de estas funciones con las necesidades y aspiraciones de muchas mujeres. Para aquellas que trabajan, existe además la sobrecarga que les impone la doble jornada.¹

Pretendo revisar con ustedes algunos problemas psicológicos de las mujeres, esperando también identificar los grandes espacios entre teoría y realidad, explorar algunas áreas en donde es necesario investigar aún más. Señalar conceptos implícitos en teorías psicológicas vigentes en donde la mujer es vista con características desvalorizadas como algo “innato” e inevitable. Estas teorías actualmente forman parte del entrenamiento de médicos, psiquiatras, psicólogos(as) que se articulan y operan en la práctica clínica y generan determinada actitud en la relación terapéutica.

Transmisión social del comportamiento de género

La adquisición del género significa el aprendizaje social de normas que nos informan lo que una persona, hombre o mujer, está obligada a seguir; nos informan también de lo prohibido y lo permitido para cada sexo. El género está constituido por las construcciones sociales, culturales y psicológicas que se han impuesto a las diferencias biológicas. Estas normas, se transmiten a través de diferentes instituciones, entre las que están la familia y la escuela. Los roles son las actividades y funciones relacionados con el género y son determinados también por la cultura.

Las feministas introdujeron el concepto sexo-género para señalar el conjunto de operaciones mediante las cuales una sociedad transforma la sexualidad biológica en productos que lo son de la actividad humana. El género, como conjunto de pensamientos y emociones, contribuye a estructurar la sociedad, estableciendo jerarquías de las actividades humanas, en donde lo masculino tiene más valor que lo femenino.²

La jerarquización de los géneros, establece una relación de poder entre ambos. El género tiene una vertiente colectiva y otra individual. Su transgresión requiere de grandes cambios individuales con altos costos emocionales, pero parece haber una especie de inhibición cognitiva individual que impide la toma de conciencia genérica además de todas las sanciones sociales y económicas que existen para quienes transgredan los mandatos genéricos. Esto tiene que ver con que la identidad de género es estructurada e internalizada desde la primera infancia (18 meses), y está asociada entonces a factores cognitivos y emocionales que desde el punto de vista psicológico hacen más difícil su deconstrucción.³

En psicología, el estudio científico del sexo y el género, se abordan por primera vez a fines del siglo XX, en el marco de los estudios sobre inteligencia, e ingresa abiertamente hasta hace dos décadas, con los reportes de antropólogos norteamericanos e ingleses, ampliamente discutidos en la literatura sobre el tema. Por el peso de las expectativas culturales, la coerción familiar y la educación, en nuestras sociedades latinoamericanas una mujer se convertirá en lo que por "naturaleza" se dice que es. Una vez introyectados los roles sexuales se cierra firmemente el aparato psíquico, formando una pantalla permanente a través de la cual se percibe y experimenta el mundo.

Propongo que algunos trastornos psicológicos de las mujeres son el resultado del conflicto y la tensión generada por su rol sexual y las exigencias que impone la socialización y que las coloca en un nivel

desigual en nuestra sociedad. El que la mujer busque terapia es entonces razonable y hasta inevitable.

Por lo anteriormente analizado, las mujeres presentan un alto riesgo de trastornos en los que están presentes la baja autoestima, el autocastigo, la culpa, la depresión, el aislamiento social. Tradicionalmente las mujeres han recibido el diagnóstico de histéricas y en forma peyorativa. Mas si leemos literatura sobre el trastorno histriónico estaremos de acuerdo en que el concepto de personalidad histérica encierra una descripción de las cualidades adscritas históricamente a las mujeres y que éste se asigna fundamentalmente a ellas. Cuando un hombre recibe el diagnóstico lleva implícito que hay dificultades en su identidad sexual. Para otros autores este diagnóstico en hombres se considera una “anomalía clínica”.⁴

Muchos de los indicadores diagnósticos de la histeria están íntimamente relacionados con aspectos que culturalmente han sido esenciales en la feminidad y el atractivo femenino. Entonces podríamos decir que las mujeres sufren de personalidad histérica en masa y más bien es sorprendente que alguna no la tenga, si consideramos la enorme presión que se ejerce en el proceso de socialización. Por ejemplo, los roles tradicionales femeninos que se refuerzan en la niña son casi exclusivamente histéricos y existe fuerte presión para que las mujeres adopten este estilo de personalidad.

A las mujeres se les enseña que un estilo de vida independiente y de predominio de lo intelectual no es nada atractivo, que debe encontrar su realización en ser madre y esposa, y se les enseña a prepararse para esto. El modelo de feminidad se basa entonces en un modelo de dependencia, de búsqueda de seguridad en un proveedor masculino, énfasis en la belleza y el arreglo personal, prohibición de conductas asertivas y abiertas, dependencia intelectual y docilidad, desarrollo exagerado de características como sensibilidad y prohibición de características como independencia y racionalidad.

Sin duda para muchas mujeres el abandonar un modelo de interacción personal infantil y sexualizado para asumir uno crítico, independiente y por lo tanto “fálico”, genera gran ansiedad. Además existen sanciones sociales, como el epíteto de “mujeres castrantes” a quienes transgredan los roles asignados.

Todas estas consideraciones van en el sentido de establecer una crítica dirigida a la conceptualización de la salud de las mujeres para los grandes sistemas científicos. Creo que es necesario incorporar los estudios de género en el entrenamiento de los profesionales en salud mental, para tener una mejor comprensión de los problemas que afectan a las mujeres. Y explicar la manera como las actitudes y

valores que internalizamos alteran el diagnóstico y el tratamiento de las mujeres.

Es mérito del movimiento de mujeres, el iniciar el cuestionamiento de la teoría y la práctica de las ciencias de la conducta, para introducir nuevos paradigmas en dichos estudios y la perspectiva de género, no solo en el abordaje terapéutico, sino también en la etiología de las dificultades de las mujeres. Opino que la gran influencia del psicoanálisis freudiano dentro de las teorías contemporáneas ha sido un obstáculo y ha contribuido a que muchos teóricos(as) de la psicología y psiquiatría se hayan resistido a repensar la situación de las mujeres. Sin embargo, este no es un problema solamente del psicoanálisis. Por el contrario, el género está ausente abiertamente en la mayoría de las corrientes del pensamiento del siglo XX y se usa abiertamente en la psicología hasta los años setenta.

Los aportes que la terapia sensible al género ha hecho a la práctica terapéutica y a la teoría son innegables. Uno de ellos ha sido precisamente el cuestionamiento de las teorías psicológicas vigentes, tan distanciadas de la vida de las mujeres. Existe todo un mensaje metapsicológico que hemos guardado como base de todo nuestro conocimiento. Una tarea que he emprendido en los últimos años, es hacer una relectura de muchos clásicos. Freud, Piaget, Erickson, Laing, Rogers. Esa nueva mirada a la luz del género me ha ayudado a entender que estos autores no pensaban en las mujeres cuando construyeron sus teorías. Ahora comprendo mejor que las mujeres hemos crecido en espacios bidimensionales y dicotómicos y que los constructos teóricos tales como la teoría psicoanalítica, la teoría del rol, del desarrollo cognitivo, la psicología humanística, tienen en común un enfoque masculino universal.⁵

Los sistemas teóricos disponibles proveen interpretaciones parciales de la vida de las mujeres y a menudo están muy lejos de proporcionarnos una mejor comprensión. Actualmente, América muestra un alentador interés por integrar el género a la ciencia,⁶ por aceptar, a la luz de la teoría de género, que los sufrimientos de las mujeres están en relación con la expresión internalizada, y que roles genéricos adscritos al ser masculino contribuyen también a la internalización de dicha opresión.

Otro de los grandes vacíos de la psiquiatría y la psicología en relación a las mujeres es que no se ha incorporado la falta de poder de éstas dentro y fuera de la familia. A las mujeres se nos ha negado el acceso directo al poder formal, acceso a recursos esenciales y a la autoridad. El poder interpersonal de las mujeres es indirecto y descrito

como "armas femeninas", pero este es una forma de desvalorización, una carencia de poder formal.

La práctica terapéutica debe devolverle ese poder a las mujeres y empoderarlas para que replanteen sus comportamientos, especialmente aquellos que han necesitado utilizar por su desventaja, llamados manipulatorios o histéricos. Es nuestro trabajo, como terapeutas, validar las percepciones de las mujeres y reducir sus sentimientos de inadecuación.

La tarea de este análisis es analizar el poder utilizado contra las mujeres, el cual es parte del andamiaje ideológico para mantenerlas en donde están. Estas formas de poder se usan cuando las mujeres se rehusan a plegarse, cuando transgreden las normas. Son una especie de represalia, un control social, que va desde el asesinato hasta la violencia física, sexual, psicológica y económica. Otro poder coercitivo es la ciencia, que ha usado conceptos como: "madre desnaturalizada", "víctima provocadora", "bruja castrante", "frígida", "con problemas hacia la autoridad, o con trastornos límite, e histriónicos de la personalidad".

Las mujeres, hemos aprendido muy bien estas lecciones de la psicología y la psiquiatría sintiéndonos malas, culpables, cuando nos atrevemos a cambiar las reglas de lo prohibido para nuestro género. Culpar a las víctimas y amoldarlos a la subordinación, "disfrutando" sus ventajas han sido una triste labor de la psiquiatría y la psicología.

La terapia género-sensitiva con mujeres coloca el comportamiento de la mujer en el contexto de la sociedad sexista y las diferencias de poder en la familia y la sociedad. Sin embargo la mujer siempre enfrentará un gran dilema en terapia, "un doble vínculo", entre sus necesidades y lo que le pide la sociedad. El enojo estará entonces inscrito siempre en los sentimientos a enfrentar, como resultado de estos dobles mensajes.¹

La terapia género-sensitiva tiene como tema central el reconocimiento de que para las mujeres, vivir en una sociedad sexista, ha tenido un costo en su salud mental. Que la opresión que ha vivido, basada en el género, la clase y la raza, han generado grandes problemas en su autoestima y en la falta de poder y autonomía. Por lo tanto, esta terapia explica los roles exigidos a las mujeres, más que el conflicto individual que, además, no toma en consideración el sistema socioeconómico en que vivimos. El foco de esta terapia, la cual evita el uso de etiquetas de diagnóstico, es la opresión generica y el estrés que ésta produce como la fuente de patología. Se apoya la exploración de los recursos internos de las mujeres y su capacidad para cuidarse y autocurarse. Se exploran varios estilos de vida y acepta

distintas orientaciones sexuales. Se estimula la adquisición de destrezas para una vida independiente. Se analizan las diferencias de poder para ayudar a las mujeres a diferenciar las fuentes de angustia externas de las internas. Se reconceptualizan los padecimientos para que las mujeres dejen de culparse a sí mismas, de ser víctimas.

Las(os) terapeutas género-sensitivos deben examinar su estilo de vida y sus estereotipos. Debe estar inmersos en un proceso continuo de concientización y comprometerse con los esfuerzos sociales para lograr la equidad. La terapia no es una panacea total y se debe estimular otras formas de crecimiento y apoyo, en adición de la experiencia terapéutica. El gran reto de las mujeres en terapia es el de cómo convertirse en personas en esta sociedad sexista. El gran reto de los(as) terapeutas es ayudarlas en la obtención de sus legítimos derechos en esta sociedad.

Deben removerse muchos paradigmas para incluir las variaciones de género en el estudio y práctica de la psicoterapia. Estas modificaciones dependerán de cuánto se modifiquen, en la sociedad, las inequidades de género y se genere la conciencia de que la desigualdad conduce a la violencia. Mientras tanto, los hospitales psiquiátricos y las consultas estarán repletas de mujeres maltratadas por la violencia de género, tan injusta como la esclavitud. **PSI**

Bibliografía

1. Batres, G. *Del Ultraje a la Esperanza. Tratamiento para las Secuelas del Incesto*. ILANUD. San José, Costa Rica. 1977.
2. Benería, L. ¿Patriarcado o sistema económico? En: Amorós C. et. al, *Mujeres, Ciencia y Práctica Política*. Madrid, España. 1987.
3. Jayme M. y Sau. N. *Psicología diferencial del sexo y el género*. ICARIA, Barcelona, España. 1996.
4. American Psychiatric Association. *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV*. Edición española. Masson, S.A. Barcelona, España. 1995.
5. Lemer, H. *Women in Therapy*. Jason Aronson Inc. New Jersey. 1988.
6. Batres, G. *Conferencia: Supuestos conceptuales y principios orientadores de la intervención terapéutica con niños y niñas víctimas del abuso sexual*. Encuentro México-Panamá "Por un No a la Violencia Intrafamiliar y el Abuso contra las Personas Menores de Edad". Fundación Paniamor. San José, Costa Rica. 2001.

Bibliografía adicional consultada

- Brodsky A, Hare-Mustin R. *Women and Psychotherapy*. The Guilford Press. N.Y. 1980.
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). *Género, pobreza y seguridad social en Centroamérica*. México. Julio 1997;LC/MEX/R.617.
- Delegación de la Mujer del Instituto Nacional de las Mujeres. *Mujer y violencia*. San José, Costa Rica. 1998.
- Gove, W. Mental illness and Psychiatric Treatment. En: Roth M. (Ed.) *The Psychology of Women*. Yale University Press. N.Y. 1987.
- Grenensan M. *A New Approach to women and therapy*. Mc Graw-Hill Book Co. N.Y. 1983.
- Instituto Nacional de las Mujeres. *Diagnóstico situacional de la Violencia intrafamiliar en el marco nacional*. San José, Costa Rica. 1998.
- Lamas, M. *Debate Feminista*. Año 7 Vol. 13. IMPRETEL. México. 1996.
- Rovira, G. *Mujeres de maíz*. Ediciones Era, México. 1998.
- Unger, R. *Female and Male. Psychological Perspectives*. N.Y. Harper and Row. 1979.