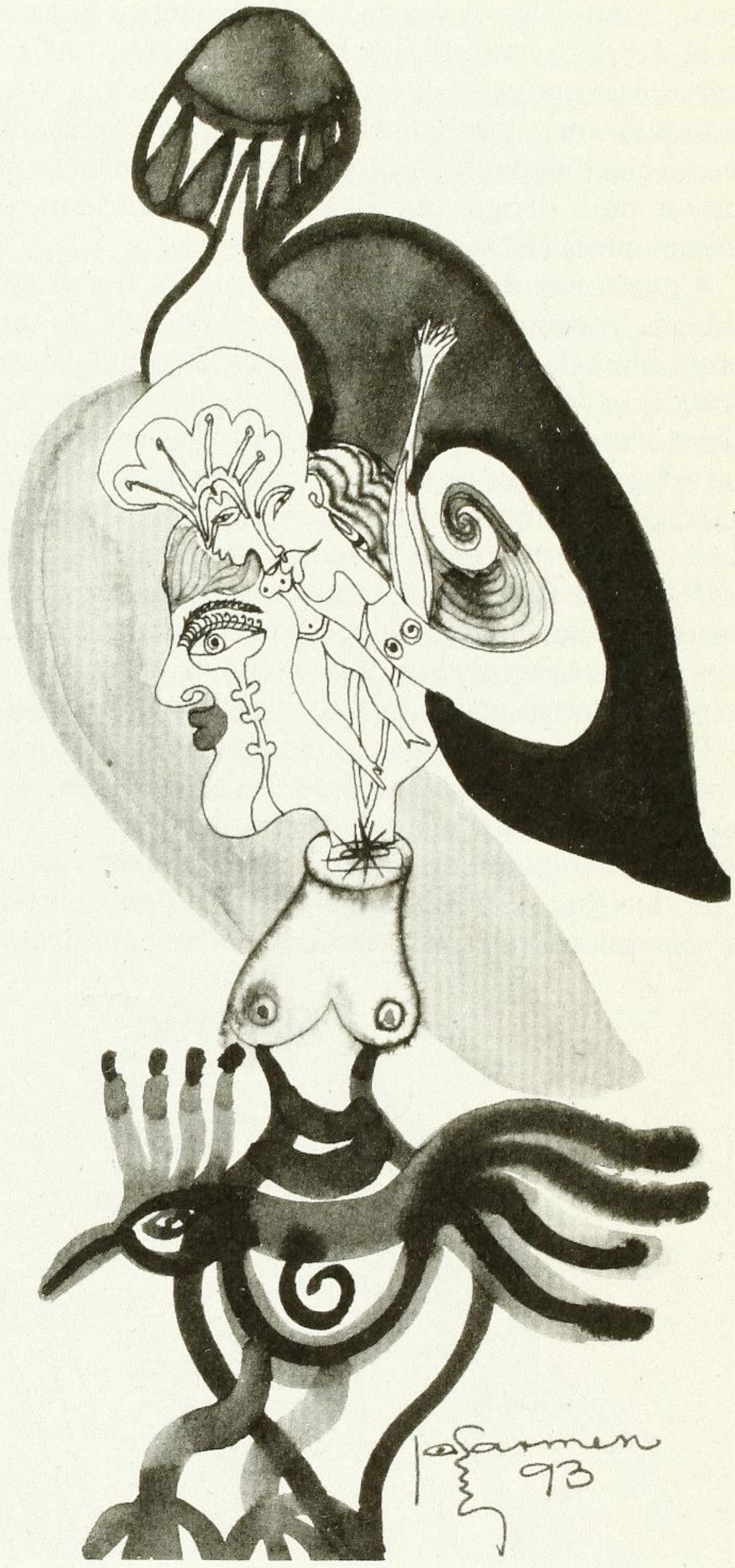
Mujer, pobreza y salud mental *



Los escasos datos sobre la incidencia y prevalencia de los trastornos mentales nos dan una visión poco precisa de la magnitud del problema. Por otro lado, los recursos asignados a la atención e investigación de los problemas de salud mental han sido insuficientes, ya que el financiamiento se ha dedicado a problemas más apremiantes (De la Fuente, 1988).

Hasta hoy, a pesar de las recomendaciones de la OMS, los conceptos de salud y enfermedad, han estado vinculados a una concepción médico-biológica, que impide una comprensión y abordaje acordes a la problemática. La falta de comprensión de los fenómenos ambientales en el proceso de la enfermedad mental resulta más grave en los países en desarrollo, ya que los efectos de la desnutrición, la miseria, el hacinamiento, el desempleo y la contaminación quedan al margen de los programas de salud. Esto conlleva, como señala Matrajt (1992), una evasión de responsabilidades y una falsa percepción de los problemas, que redunda en alienación. Contemplar los aspectos sociales permite, por lo tanto, el uso de otro tipo de estrategias, además de la médica.

Como señalan Burín, Moncarz y Velázquez (1990:23), "la noción acerca de la salud mental de las mujeres no sólo se realiza según criterios sexistas sino también clasistas, o sea, por el sexo dominante y la clase en el poder". Las condiciones sociales en el origen de los trastornos es más relevante en el caso de las mujeres, por su condición de inferioridad con respecto al poder y por la opresión y dependencia a que son sometidas.

La pregunta de si las mujeres muestran más problemas de salud mental que los hombres ha sido investigada en muchos países. En términos generales, se ha observado que cuando los datos provienen de poblaciones que no están en tratamiento, no se presentan diferencias en las tasas globales de salud mental entre los sexos. Cuando las estadísticas provienen de los servicios de salud, se observa que las mujeres solicitan ayuda con mayor frecuencia, ya sea a especialistas de salud mental o a médicos generales de otras áreas (Hankin, 1990). En México encontramos datos similares: las mujeres acuden a la consulta médica en una proporción de cinco por cada dos hombres (Padilla y Peláez, 1985). Esto con frecuencia se interpreta como que las mujeres padecen más a menudo trastornos mentales y no como que ellas solicitan ayuda con mayor frecuencia que los hombres, como es el caso.

Diferencias en los tipos de padecimientos entre uno y otro sexo son reportadas con mucha consistencia en países con diferentes culturas y niveles de desarrollo. En las mujeres se ha encontrado mayor frecuencia de trastornos de depresión y ansiedad y en los hombres desórdenes de la personalidad de carácter antisocial y abuso en el consumo de alcohol y drogas (Hankin, 1990).

La Encuesta Nacional de Salud (Medina Mora, 1992) reporta 17 por ciento de mujeres adultas con sintomatología depresiva severa en comparación con 8.5 por ciento de hombres. Hay reportes muy consistentes de que en la práctica médica general las mujeres presentan trastornos emocionales con mayor frecuencia (Medina Mora, 1985, Padilla y Peláez, 1985). El sexo femenino se caracteriza por sintomatología depresiva, en tanto que el masculino por un perfil de ansiedad. Cifras más elevadas de ideación suicida e intentos de suicidio son reportadas para mujeres, mientras que los suicidios consumados son tres veces más frecuentes en los hombres (Saltijeral y Terroba, 1987; Medina Mora, 1992). En mujeres mayores de 65 años las neurosis son reportadas como más

* Extracto del trabajo de Lara Asución y Salgado, Nelly, elaborado por Gloria Careaga.

frecuentes, y en los hombres los síndromes cerebrales (Martínez Lanz, 1983).

En cuanto al consumo de alcohol y de estupefacientes encontramos clasificados como bebedores excesivos al 2 por ciento de las mujeres y al 27.3 por ciento de los hombres (ENA, 1990). El 2.1 por ciento de las mujeres reporta haber usado drogas alguna vez en su vida, mientras que esto ocurre en el 7.6 por ciento de los hombres (ENA, 1990). Hay una preferencia por parte de los hombres al uso de drogas médicas (tranquilizantes y sedantes) y no médicas (inhalables, mariguana, alucinógenos, cocaína), mientras que las mujeres consumen más drogas médicas (analgésicos, narcóticos y estimulantes) (ENA, 1990).

Algunos estudios han sugerido que los trastornos severos son más frecuentes en los hombres. Datos de los servicios de tercer nivel de atención reportan en consulta externa mayor frecuencia de todos los trastornos en los hombres, con excepción de "otras psicosis no orgánicas" y las neurosis, las cuales son más frecuentes en las mujeres. Otra diferencia importante entre los sexos es que hombres y mujeres expresan los padecimientos de diferentes maneras. Aún en el caso de la depresión, las mujeres presentan sentimientos de tristeza, soledad, incapacidad y dependencia, mientras que los hombres muestran sentimientos de culpa, de fracaso personal, de no hacer bien las cosas y de desesperanza (Newmann, 1984).

Burín et al., (1990) hacen hincapié en que el modelo médico tradicional, al hacer referencia a la salud de las mujeres, generalmente alude a la salud reproductiva. Desde esta perspectiva, su salud mental, efecto de los avatares de su función reproductiva, se traduce en psicoprofilaxis obstétrica, depresión puerperal, trastornos de la menopausia, etc.

La madurez de la mujer sólo es concebida en tanto madre. Esta identificación de la salud mental de las mujeres alrededor del rol de madre tiene múltiples consecuencias en sus vidas, las cuales han sido discutidas por numerosas autoras. El énfasis en el rol de madre,

1) limita la elección de otros roles, los cuales define como insanos o desadaptados,
2) lleva a una idealización de la maternidad y al fomento de expectativas inalcanzables sobre el rol de madre, como son abnegación, entrega, renuncia, generosidad y altruismo, todas en grado superlativo,
3) la sexualidad es vista como incompatible con el rol materno y el erotismo queda supeditado a la procreación,
4) los sentimientos hostiles y otros sentimientos "negativos" se tienen que reprimir al considerárseles como no femeninos y no maternos,
5) dedicar tiempo y reflexión a sí mismas es visto como egoísta y autocomplaciente,
6) el rol de madre permea todos los roles, lo cual convierte a las mujeres en madres no sólo de sus hijos sino de sus esposos, padres, jefes, colegas, pacientes, etc.

Las expectativas de género, que mantienen un tono de tradicionalismo en nuestra sociedad, se relacionan, como ya habíamos mencionado, con la salud emocional. Expectativas muy claras para uno y otro género son reportadas en todos los niveles socioeconómicos (Lara, 1993).

En los grupos de menores ingresos se manifiestan con mayor intensidad los rasgos ligados al machismo y al síndrome de sumisión, así como otros aspectos patológicos y de fatalis-

mo (Béjar, 1979; Días Guerrero y Melgoza Enríquez, en prensa). Un mayor tradicionalismo se observa en las mujeres de bajo nivel de escolaridad, representado por una descripción más acentuada de sí mismas como sumisas, pasivas, dependientes y poco seguras de sí mismas (Lara, 1993), actitudes que se relacionan con sintomatología depresiva (Lara, 1991).

Alducin (1989) reporta menores niveles de satisfacción personal en las mujeres pobres. El trabajo es visto como un recurso para mantener a la familia y vivir mejor; los objetivos más importantes son ayudar a la familia, educar a los hijos y trabajar.

Algunos estudios sobre los problemas de salud mental en América Latina señalan que éstos tienden a aumentar, no sólo debido al crecimiento demográfico, sino por causas socioeconómicas como el endeudamiento externo, el decremento en el producto interno bruto, el desempleo urbano y el proceso de urbanización desordenado (Levav, 1989).

México, país en desarrollo intermedio, comparte problemas de salud con el mundo industrializado y con el mundo subdesarrollado, "de hecho, es un país en peligro de tener lo peor de ambos mundos" (De la Fuente, 1992:299); siendo las zonas marginadas que circundan a las grandes ciudades aquéllas en las que los problemas de salud alcanzan su expresión más dramática. Por otra parte, la desnutrición, la contaminación ambiental, los cambios en la estructura familiar y la crisis económica, factores prevalecientes en nuestro país, inciden negativamente en la salud emocional (De la Fuente, 1992).

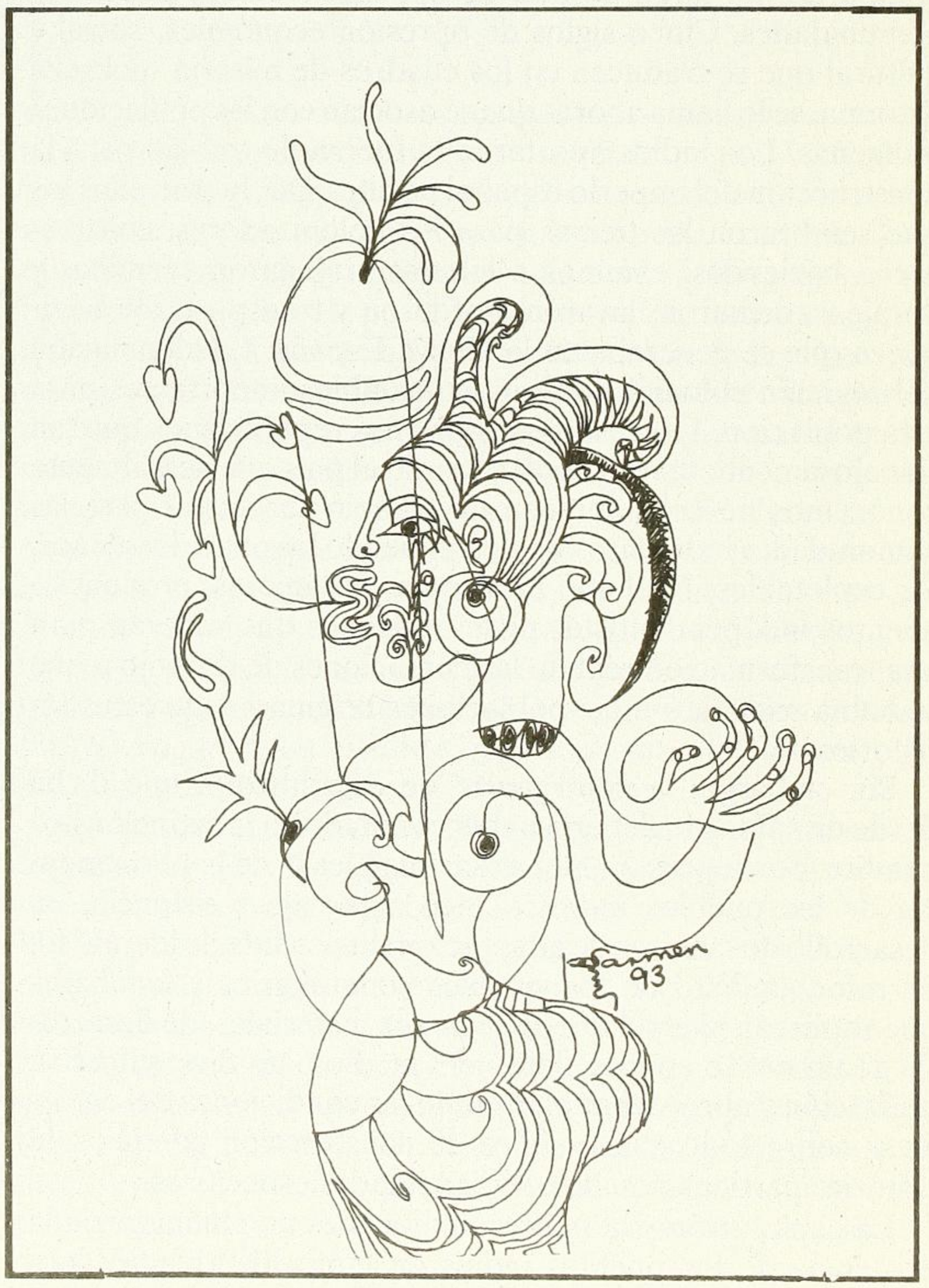
Encontramos que ante la adversidad, las personas usan mecanismos de adaptación y de defensa como son la resignación, el fatalismo y la tolerancia extrema, la mayoría de los cuales están asociados a ideas religiosas.

En las mujeres se ha planteado la existencia de un denominador común de su patología: la resignación. Esta resignación atávica de la mujer mexicana pobre se manifiesta en el conocimiento de que nada puede ni debe hacerse para cambiar las cosas, porque así han sido siempre; igual suerte le ha tocado a la madre, a la abuela y a todas las mujeres de la casa (Jimenez, 1985).

La crisis económica reciente ha afectado mayoritariamente a las mujeres, quienes ostentan más altos niveles de pobreza. La gran variedad de estímulos adversos que enfrentan las mujeres de bajo estrato socioeconómico -desnutrición, enfermedades infecciosas, falta de acceso a los servicios de salud, embarazos múltiples, ausencia de datos prenatales, aborto, etc.- y la poca frecuencia con que experimentan situaciones placenteras contribuyen a que presenten sentimientos de opresión, desesperanza, inseguridad, aislamiento social. Estas condiciones llevan a que las mujeres pobres sean consideradas como una población vulnerable para el desarrollo de problemas de salud física y mental, particularmente la depresión (Lewinsohn, Sullivan y Grosscup, 1979; Belle, 1982; Pearlin y Johnson, 1977).

Lara et al., (1993a) encontraron en un grupo de mujeres afectadas por la crisis económica de la última década, efectos negativos en su salud emocional. Estas mujeres perciben su medio como abrumador y se resisten contra él, manteniendo su orientación y apoyo en su propia realidad, y efectuando esfuerzos para lograr sus aspiraciones. Algunas de estas mujeres tienen cierta conciencia de que es el exterior lo que las limita, reaccionando con justificado enojo; pero la gran mayoría tiende a autoreprocharse la no consecución de sus metas, lo cual las hace sentir inadecuadas y disminuye su autoestima.

Belle (1988) en su estudio sobre el contexto psicosocial en el que se desenvuelven las mujeres trabajadoras pobres, concluye que en ese contexto la depresión aparece como una respuesta ineludible a un medio ambiente que, por un lado, niega a las mujeres el control sobre las cosas importantes de la vida, y por otro, ofrece casi ninguna esperanza de que su vida mejore.

Así, habríamos de adentrarnos aún más en el estudio de la condición de las mujeres en la actualidad. Es de todos nosotros sabido que la realidad que las mujeres vivimos cada día ha sufrido muchos cambios, nuestra inserción en la vida pública, el uso de métodos anticonceptivos, han significado nuevas exigencias sociales con antiguas valoraciones de mujeres, madres, familia. No hay datos que nos indiquen la repercusión que esta nueva realidad está teniendo en nuestras vidas personales.

Es necesario por lo tanto, promover estudios que clarifiquen el papel actual de la mujer, contrastándolo con las exigencias socioculturales en cada uno de los estratos, que nos permitan comprender la situación interna real que cada una de nosotras vivimos y promover los cambios socioculturales que se adecuen a las condiciones actuales.