

MUJER Y SALUD MENTAL

PAULA QUIROGA

Mujer y salud mental

Antes de abordar el complejo tema de salud -salud mental en la mujer-, se hace necesario puntualizar una serie de conceptos que, como funciones de un continuo, se integran y correlacionan entre sí.

Entendemos la salud como integración de las dicotomías presentes en toda cultura: cuerpo-mente, razón-afecto, individuo-grupo, instrumentos que posee la comunidad para enfrentar los conflictos cotidianos. En este orden, la enfermedad aparece como la no posibilidad de resolver los conflictos que cada situación vital puede presentar, una vía indirecta de demandas de necesidades expresadas en forma de síntomas. Estos conceptos serán redefinidos en cada momento histórico ajustándose a la organización socioeconómica y a la cultura concreta.

En este sentido, al estudiar la salud en la mujer dentro del marco de una estructura socio-histórica, se hace necesario el replanteamiento de los conflictos que supone el aquí y el ahora ser mujer, tomando en cuenta si su forma de percibirse o de aproximarse a la realidad, tiene una base biológica o de aprendizaje social.

Los distintos autores que se han ocupado de estudiar la

frecuencia de trastornos psiquiátricos específicos según el sexo, afirman que existe un predominio de las mujeres en la neurosis (en relación 3/1 con los hombres), en las depresiones (de 2/1 a 3/1) y en la anorexia nerviosa (10/1). En cambio, en los hombres, predominan las toxicomanías sociopatológicas en relación 5/1 con respecto de las mujeres y los retardos mentales (2/1).¹

El hecho de que la mujer se encuentre con mayor riesgo que el hombre de sufrir síntomas depresivos y reacciones neuroticas, está muy relacionado con el papel que se le ha asignado a través de toda la historia.

En este sentido, consideramos que la demanda mayoritaria de atención psiquiátrica es una de las pocas vías que se ofrece socialmente a la mujer que sufre profundos sentimientos de culpabilidad e infravaloración.

A este respecto, se ha comprobado la capacidad de la cultura para crear y mantener desórdenes mentales (Leighton - Hughes)² a través de diversos modos:

1. Promoviendo sanciones frente a determinadas conductas.
2. Vigilando conductas pretendidamente desviadas.
3. Creando roles estresantes e innecesarios.
4. Estableciendo patrones de relación y sancionando otros.
5. Marginando al enfermo con la descalificación sistemática de su pensamiento.
6. Creando situaciones de vulnerabilidad.

Roles sexuales en el contexto familiar - ideológico

Definiremos rol como conducta que implica una cierta expectativa ante las personas, como consecuencia de su posición dentro de determinado grupo o vínculo social. Los términos mujer, hombre, madre, no implican relaciones biológicas, sino más bien un sistema de tareas, obligaciones y privilegios especificados socialmente. El niño(a) viene a este mundo, en el contexto de una familia concreta, con determinada ideología, clase social, cultura y religión y se espera de ella que las asuma o se integre a ella.

El individuo marcado por la clase económica a la que pertenece, reproducirá y conformará el sistema de valores concretos; igualmente desarrollará los roles con mayor o menor claridad, flexibilidad y apertura. Serán estas formas de dominación las que propongan a la mujer determinados lugares y roles en la sociedad y las que en última instancia le darán atributos específicos a su condición de mujer.

Como señala Liliana Mizrahí (Bogotá, 1984), la problemática de la mujer se hace más comprensible si se le aborda desde el ámbito de la ideología, entendiéndola como el conjunto de representaciones, imágenes, ideas y conceptos que describen, explican y justifican una situación social y que se constituyen como un sistema complejo de pensamientos e ideas, sistema que proviene de los sectores dominantes. Veamos:

1. La ideología define los actores sociales como un hecho natural evidente y aceptable. Así la mujer es definida como naturalmente frágil, emotiva, pasiva...

2. La ideología define la relación entre los actores determinando lo legítimo de lo NO en la sexualidad, por ejemplo.

3. La ideología incita a la acción: propone objetivos prácticos y medios para alcanzarlos. La ideología patriarcal determina como objetivo para la mujer la constitución de la familia.

4. La ideología sitúa a los sujetos en el tiempo y reinterpreta su pasado: la mujer será primero hija y después esposa.

5. La ideología desplaza el lugar de las relaciones y de las conductas hacia un universo imaginario moral y emocional.

6. La ideología dominante se apoya sobre otros discursos ideológicos: el discurso de la ideología patriarcal se articula con la ideología religiosa.

En este sentido, la locura de la mujer se presenta como una acusación a la sociedad patriarcal que ha marcado la separación entre salud y enfermedad mental, la misma que conduce diariamente a la enajenación a las que han sucumbido al rol subalterno asignado y a las que han intentado salirse de él. Quien tiene el poder ha establecido quién es el otro: la mujer, cuáles serán sus necesidades, sus límites... y hasta ha fijado un ideal de salud mental donde la pasividad, la indiferencia y la tolerancia hacia la expropiación de su cuerpo son sus virtudes más apreciadas.

Quien tiene el poder establece quién es el otro: la mujer, cuáles serán sus necesidades, sus límites... la no aceptación a este rol impuesto es lo que conducirá en último término al constante cuestionar su "ser en sí misma". Colocada en la contradicción de existir como persona o aceptar ese "ser mujer"; en tanto que para los hombres, esta transgresión de lo establecido pone en cuestión su "ser para los demás". Y es en ese sentido que "la locura" de la mujer se presenta como acusación a la sociedad patriarcal que ha marcado la separación entre salud y enfermedad mental.

Cuando estas reacciones desembocan en el internamiento, la

actitud de la familia es de inhibición y culpabilidad. Si la enferma presenta síntomas de alcoholismo o de intoxicación por drogas, se rompe inmediatamente la comunicación con la familia, que no entiende nada y prefiere situarse al margen.

En las mujeres casadas, la mayoría de los síntomas se presentan al cabo de pocos años de matrimonio, cuando el mito del hogar se ha roto, y se produce entonces un vacío que provoca una reacción individual. Por lo general son pacientes de clase baja, que no trabajan, son amas de casa y casi siempre les cuesta hablar de las relaciones sexuales, que resultan generalmente fuentes de angustias y de miedo.

Cuando llega la mediana edad (la mayoría de las mujeres internadas son menopáusicas) las contradicciones del rol femenino se acentúan. Al dejar de ser sexualmente atractivas y no haber a su alrededor sujetos a los qué darse o en los cuáles anularse, lo que en la juventud eran virtudes (dulzura, modestia, generosidad), se han convertido con el paso de los años, en autodestrucción y autocastigo.⁴

Así en la salud mental de la mujer inciden sentimientos, actitudes, factores sociales en última instancia relacionados con los siguientes:

1. En la sociedad occidental, el sexo actúa como un determinante fundamental del status, canalizando al individuo hacia roles específicos y determinando la calidad de su propia interacción con los demás.

2. Hay razones que permiten suponer que las mujeres, a causa de los roles que desempeñan normalmente, están más predispuestas que los hombres a tener problemas emocionales, limitadas a un único rol social principal y única satisfacción.

En cambio, los hombres cumplen dos roles: cabeza de familia y trabajador y dos fuentes de gratificación: su trabajo y su familia.

3. Un amplio número de mujeres encuentran que la mayoría de sus actividades instrumentales, como criar hijos, resultan frustrantes.

4. El rol de ama de casa es relativamente invisible y carente de estructuras y esta ausencia de visibilidad y estructura, no le permiten cavilar sus preocupaciones y de ese modo, su ansiedad va alimentándose dentro de sí misma.

5. Incluso si la mujer casada trabaja, normalmente se encuentra en una posición menos satisfactoria que el varón casado. Las mujeres sufren una discriminación laboral por lo cual muchas

veces mantienen una posición que no corresponde a su nivel educativo.

6. A esto se une el hecho de que las casadas que trabajan normalmente piensan que el producto del trabajo suyo no es más que un suplemento a los ingresos familiares y esto hace que adquieran un compromiso poco serio con su carrera. Las mujeres tienden a concebir su carrera en términos de lo que "los hombres harán" en tanto que los hombres conciben sus carreras en términos de sus propias necesidades. En el mejor de los casos probablemente muchas mujeres se sienten inseguras y carentes de control sobre su frustrante futuro. Rose (1951) y Epstein (1975) han señalado que las diferentes expectativas con las que se enfrentan las mujeres son poco claras y difusas y que esta falta de especificidad les crea problemas.

7. Y finalmente lo que tal vez sea más importante, la mujer casada que trabaja, presenta un estado de agotamiento mayor que el de su marido. Además de un empleo aparente, normalmente realiza la mayor parte de las tareas domésticas, lo que significa que trabaja una cantidad de horas diarias considerablemente mayor que su cónyuge.

8. Los roles sexuales rígidamente estereotipados limitan la libertad de las mujeres para elegir el modo de vida que más se adecúe a sus necesidades y capacidades. Esto puede contribuir a la depresión, la culpabilidad, la apatía y otras conductas autodestructivas (Adams, 1972; Bart, 1971).

9. La sociedad impone castigos a las mujeres que eligen estos roles sexuales estereotipados, a las mujeres divorciadas, solteras o que no tienen hijos. Con frecuencia tienen que enfrentarse a una actitud social de ostracismo y recelo.

10. Por regla general, se enseña a las personas a considerar que las características, actividades y empresas masculinas son superiores a las femeninas (Goldberg 1968, Miller y Mac Reynolds, 1973), al internalizar esta devaluación, las mujeres pueden llegar a un concepto inferior de sí mismas y puede desconsiderar su autoestima.

11. Otra fuente de prejuicios es el sexismio institucional, alimentado por actitudes negativas de la sociedad, por la discriminación en los planos legal, económico y político, que crean profundos conflictos en las mujeres respecto a su rol. De este modo las condiciones sociales resultantes de las concepciones culturales tradicionales de la mujer le han producido un efecto de deterioro en su salud psicológica y en su desarrollo personal.

12. Ante toda esta situación las psicoanalistas feministas

denuncian que los mismos prejuicios imperantes en nuestra cultura también están presentes en las teorías clínicas de la personalidad y en toda la literatura médica contemporánea y, en consecuencia, si las actitudes y prácticas de tratamiento reflejan estos prejuicios, los médicos se muestran indiferentes hacia las quejas de sus pacientes contra el *status quo*. Es más, el sistema de salud mental está orientado, fundamentalmente, a adaptar a las mujeres a la realidad social existente.

En este sentido es importante señalar un estudio realizado por Denisse Russell en 1987,⁵ en el cual relaciona el diagnóstico psiquiátrico y la opresión de la mujer, señalando que el hecho de la adopción del DSM-III en los países occidentales, trabaja contra los intereses de una mejor salud para las mujeres, en 3 modos fundamentales:

1. Formación conceptual de la definición del desorden mental.
2. Problemas de subjetividad.
3. Interés mayoritario para describir situaciones individuales a nivel superficial; no tomando en cuenta valores sociales que en última instancia conformarán un ideal de salud mental.

Estas tres limitaciones metodológicas preservan el orden en que se encuentra la salud mental en nuestros países, que continúa oprimiendo a las mujeres. Las teorías clínicas proporcionan estándares para evaluar la conducta del paciente, para determinar su salud o enfermedad mental y para formular objetivos de tratamiento y si las teorías refuerzan las concepciones estereotipadas acerca de los intereses, la práctica clínica puede muy bien servir para perpetuar tales concepciones.

El papel del psiquiatra tanto en la entrevista como en el tratamiento está estructurado para impedir cualquier intercambio genuino entre el paciente y el médico, y es precisamente esta carencia de comunicación, lo que se considera como la señal de la enfermedad del paciente por lo que hay que "tratarlo" como indica Pichón Rivière.⁶ En realidad, el obstáculo que domina tanto a la psiquiatría como al conocimiento, es el prejuicio, la modalidad de un pensamiento autoritario, etnocentrista como: "mi experiencia es la única válida". Es absolutización de los propios valores, una negación de la experiencia del otro, de la experiencia ajena, ya que no es posible tampoco adentrarse en los conflictos, miedos y ansias de libertad de las mujeres que han sido consideradas locas porque se han rebelado individualmente contra su negación como personas.

Mujer y Salud Mental: Las terapias alternativas

Las investigaciones acerca de la intervención de las fuerzas

biológicas, psicosociales y políticas que moldean la conducta individual, han servido para afianzar los nuevos intentos desde el propio accionar por y para las mujeres. Los estudios que profundizan y que subrayan la importancia de los efectos que tiene la socialización sobre las mujeres, de las normas culturales y de los valores sociales que les afectan y de las respuestas sociales, creándose en este andar, discusiones importantes que marcan el rumbo de las teorías posibles, sean éstas formas de terapias alternativas no sexistas, feministas, o por otro rumbo de un accionar más colectivo, tipo programas de inserción en la comunidad a nivel de prevención primaria en la salud mental o dinámicas de animación socio-cultural.

En este caso hay una vasta experiencia de inserción de esta metodología, trabajando con grupos y asociaciones de amas de casa, donde lo esencial como dice Ander-Egg "es que el grupo sea capaz de expresar sus propios valores enraizados en su condición histórico-protagonica en la vida social, cultural, económica y política".⁷

Ante las nuevas formulaciones de terapias alternativas a la salud mental de la mujer, podemos definir en esencia sus aportes:

A. La experiencia de los programas de prevención primaria en salud mental

Al interno de las experiencias de los programas preventivos establecidos en la estructura de las instituciones dedicadas a la salud pública, subyacen unas conceptualizaciones, unas formas de visualizar estos factores sociales de la salud mental y la enfermedad. Pero previamente se hace necesario la conceptualización de la salud mental.

Dentro de la conceptualización de la salud mental, como concuerdan la mayoría de los autores consultados (Pichón-Riviére, Vaquero, Bergman, Zaiter), hay que considerar al individuo como un ente bio-psicosocial, de ahí que haya que integrar las manifestaciones corporales fisiológicas, sensuales, sexuales, con los procesos psicológicos internos que se dan en el cuerpo humano como los factores emocionales, imaginativos, de pensamiento, de lenguaje, motivacionales. En este sentido la salud mental, se conforma por la capacidad de desarrollar una perspectiva integradora de la realidad como sería la elaboración de un proyecto de vida que incluya la conciencia de la finitud de ese propio proyecto.

Los departamentos de salud mental comunitaria surgen a partir de los años 70 en la República Dominicana dirigidos a la acción de grupos organizados y a individuos que participan en la promoción de la salud psicosocial así como también en la elaboración, implementación y evaluación de los programas. Este flujo de

acción de salud mental hacia y desde la comunidad ha surgido como respuesta a una revolución de alcance mundial. Esto, a juicio de Juan Marconi (en su estudio esbozo *Modelos de valor epidemiológico para la investigación y la acción en América Latina*), que ha roto el esquema del caso individual y del marco hospitalario de la psiquiatría y al crecimiento de las expectativas crecientes que permiten a las comunidades exigir e imponer sus derechos a la salud mental. En este orden, las acciones se ven fundamentadas en:

-La problemática de la salud mental se la ubica en un contexto social.

-El análisis de la realidad es ubicado en el marco histórico-estructural de la sociedad dominicana actual.

-Se participa con grupos organizados de la comunidad.

-Es necesario establecer unas relaciones horizontales entre los profesionales y los grupos participantes ya que en el conocimiento y en la aproximación a una problemática determinada, la participación de ambos es de vital importancia.

-Concientizar acerca de los determinantes de los problemas que se manifiestan a través de unos procesos educativos, logrando con esto que los grupos participantes puedan ser hábiles en la determinación de las causas, identificar sus manifestaciones y plantear las soluciones posibles enmarcadas dentro de una estructura social.

Ahora bien como señalan Marconi y De moya, en realidad en la problemática de la aplicación e inserción en la comunidad de estos fundamentos, se ven los reflejos del modelo socio-político actual que supone una concepción vertical, etnocéntrica y autoritaria del paso de conocimientos desde una cultura universitaria, que almacena todas las soluciones en la salud mental, hacia un estrato inferior que sólo percibe programas mediante la acción de los servicios de salud.

En contraposición, el modelo relativista cultural, incluyéndose aquí las experiencias de las prácticas de animación socio-cultural, coloca tanto a la universidad como a los servicios de salud, horizontalmente, junto a las culturas de la comunidad, todos enfrentando en la actividad, una problemática u objetivo común y esto por la inserción de los colectivos hacia la salud mental de la comunidad, mostrando unas concepciones respetuosas de todos los valores culturales, sabiendo que la comunidad ha enseñado desde siempre y sigue buscando las soluciones a los problemas de salud mental.

B. Las dinámicas grupales de animación socio-cultural

Ezequiel Ander-Egg define la animación socio-cultural como un conjunto de técnicas sociales que, basadas en una pedagogía participativa, tiene por finalidad promover prácticas y actividades voluntarias, con la participación activa de personas que se desarrollan en el seno de un grupo o comunidad determinados y que se manifiestan en los diferentes ámbitos de las actividades socio-culturales, que procuran el desarrollo de la calidad de la vida. Mediante este tipo de dinámicas se pretende descubrir las formas prácticas en que el grupo pueda ser capaz de expresar y dinamizar sus vivencias a través de unas reflexiones críticas de lo que representan los valores de una determinada comunidad como un proceso de recuperación y la devolución de estos mismos valores al pueblo. La programación de las actividades tiene como objetivos, como lo indica Antonio De Moya (una era ha muerto, otra está naciendo):

a. Aumentar la capacidad de los participantes para analizar su situación como personas dentro de un colectivo como integrados a una realidad más amplia, interpretándola más críticamente.

b. Aumentar la capacidad de organización para ir con otros grupos defendiendo sus intereses, programas acciones personales y colectivas en un proceso de cambio.

c. Realizar acciones que transformen las condiciones de vida, a la vez que se participa en el nacimiento de nuevas relaciones sociales y humanas alternativas. Como señala Jorge Cela (Cultura Popular), la fuerza que tiene la creación cultural es el poder construir su propio mundo, y es en este punto que al trabajar por la creación de una cultura popular, se tiene que hacer énfasis en hacer descubrir al pueblo el poder construir su propio mundo.

C. Las asociaciones y los grupos terapéuticos de mujeres

Estos colectivos de mujeres surgen como alternativas a lo que ha venido siendo el sistema formal de salud mental: como grupos realizan sus propias investigaciones al mismo tiempo que funcionan como colectivos de salud o centros de salud Self-Help. Estos sistemas de ayudas alternativas tienen como estrategias fundamentales:

-Una orientación en la búsqueda del desarrollo personal concentrando el poder entre sus miembros que como colectivo no se centra en un terapeuta.

-Se encuentran orientados hacia situaciones de crisis como violaciones, embarazos no deseados, crisis conyugales, malos tratos por parte del marido.

Estos grupos desde las primeras reuniones, actividades, surgen como respuesta a necesidades individuales y al tiempo que se ofrecen como un colectivo de reflexión y activadores reforzándose al mundo exterior. De esta manera el grupo se operativiza y la necesidad de una cierta estructura grupal comienza a reflejarse cambiándose así la marcha que como un colectivo receptor pasivo y consumidor de primer orden pasa a ser un elemento activo, cuestionador y exigente. Es entonces cuando se pasa a la apropiación de un "Hablemos de nosotras mismas" como la frase de reconocimiento del propio espacio y del propio cuerpo; es en esta etapa que comienza la sexualidad como un emergente transformado en objeto de análisis y reflexión grupal. Conformándose esta fase de vital importancia porque representa la valoración, la información y el control sobre el propio cuerpo.

Es spontáneamente como lo señala Pichon-Riviére en la conformación del grupo comienzan los contenidos-tareas entendiéndose en este proceso la fijación de la hora, del espacio, de las responsabilidades compartidas junto a la creación de dinámicas que atraviesan los diferentes estadios vitales por los que pasa el colectivo:

- Un sentido de pertenencia.
- Un sentido de cooperación.
- Un abordaje de las tareas.

Con el tiempo estos grupos terapéuticos se van constituyendo en base a una lucha intensa contra la alienación, unidas ya las mujeres en medio de las dudas y los prejuicios ante un peligro que se siente en común, el de perderse en medio de la nada.

Las experiencias de las prácticas de animación sociocultural

Estas experiencias se han centrado básicamente en los colectivos de amas de casa en zonas rurales. Partiendo de la premisa fundamental de que en la medida en que se trabaja con la mujer en su aspecto corporeidad y cotidianidad se contribuye a crear una adecuada salud mental, considerando que ésta no es más que el convencimiento de sentirse bien consigo misma, estando consciente de lo que se es, de las necesidades de trascendencia, esto es la construcción de los propios proyectos de vida. En sentido general se consideran los siguientes objetivos:

-Desvelar mitos y prejuicios inculcados y aprendidos durante los procesos de socialización.

-Analizar el carácter social de la subvaloración que se tiene de la mujer y cómo ésta es conformada por medio de una infraestructura de opresión y marginación social.

-Promover la capacidad de autorreconocimiento; haciendo énfasis en las potencialidades físicas y sexuales hasta ahora inhibidas y develar cómo esto ha tenido repercusión directa en lo que han sido los proyectos de vida socialmente impuestos a la mujer.

-Visualizar al colectivo como parte integral de una comunidad determinada, a la cual se le une no sólo la cercanía territorial, sino que también la igual forma de expresar, de sentir y de actuar que les concierne a todas por igual y que por tanto deben ser enfrentadas colectivamente.

Las experiencias de las sicoterapias con orientación feminista

Las terapeutas consideran que el enfoque que se le debe dar a la interpretación de los cuadros sintomatológicos que presentan las mujeres debe tener como punto de partida una visualización psicosociosexual, ya que en este sentido consideran los síntomas como formas no saludables de manifestar la problemática, como vías indirectas de demandas de necesidades. En este punto consideran que radica su importancia para el proceso terapéutico.

Otras conceptualizaciones que ellas aportan y de fundamental importancia son los conceptos de Desarrollo personal: como la capacidad ilimitada de auto-conocimiento, la capacidad y disponibilidad para el cambio, así como también la capacidad de remodelar las relaciones personales y su incidencia social.

El concepto de Espacio, en sus tres modalidades esenciales:

-El Espacio Interior: que lo conforman el cuerpo y los procesos internos que se dan en él.

-El Espacio Interrelacional: que es la delimitación estricta del espacio propio, del espacio del otro y el común.

-El Espacio Social: este último ha sido el más abordado por las propias mujeres por el hecho de que la discriminación social se ha hecho objetivamente visible.

Entre las características del desarrollo de este tipo de terapias se puede mencionar:

-Las terapias reflejan la convicción de que el cambio personal y el cambio sociopolítico están indisolublemente ligados.

-La identificación de las prácticas sexistas en la conformación del individuo y sus consecuencias constituye un ingrediente importante del tratamiento.

-Se eligen estrategias terapéuticas en consonancia con los principios feministas de que si se pretende ayudar a las mujeres

a transformar los aspectos opresivos de sus vidas, fuera de la situación terapéutica, es consecuente por tanto eliminar también los aspectos opresivos de la terapia.

Los objetivos de estas terapias entre otros son ayudar a las mujeres a descubrir-redescubrir sus fuerzas, sus sentimientos de independencia. Reflejándose esto en que la mujer se considere a sí misma como igual a otras mujeres, conformante de un grupo con los mismos tipos de problemas, expectativas y necesidades.

La libertad creadora. Identidad y mujer.

Si partimos de los enfoques anteriormente expuestos y retomamos los planteamientos de Liliana Milrahista reconociendo la posición de inestabilidad tan profunda que la mujer tiene en la sociedad, requerida constantemente para estar redefiniendo su identidad, su función y su sentido de este mundo, estaremos de acuerdo entonces en que estos factores comprometen las estructuras primarias de su identidad. Es entonces que tendremos que remitirnos al movimiento dialéctico que se da entre ella, la sociedad y la cultura.

Así como todavía la mujer encarna valores culturales como el darse a otros antes que a sí misma; también es cierto que con mayor fuerza tiende a transformarse en su par antinómico: la mujer transgresora capaz de lograr con sus conductas y con sus respuestas ser fuerza crítica. Y es en este sentido que la mujer se define como creadora, creadora de su auto-reconocerse, auto-valorarse en lucha constante por alcanzar su identidad, en lucha constante por denunciar a través de su condición de transgresora verdades que percibe enmascaradas por la cultura, y al momento de denunciarlas pone en marcha el difícil y doloroso proceso de cambio a través del cual desmitifica escenas cristalizadas, normas rígidas y arbitrarias, descubre trampas, desarticula ficciones. En este sentido la mujer es creadora de un tiempo y un espacio histórico diferentes en la sociedad.

La necesidad de crecer, de buscar, de explorar son modos de ser protagonistas de nuestra contemporaneidad, como señala Pichon-Riviére.

Es necesario librar la capacidad creativa de los grupos, liberar la imaginación colectiva limitada por la organización represiva de la vida cotidiana. En este sentido la mujer que convierte su propia vida en un proceso de creación de sí misma, trasciende su soledad existencial, forja sus propias armas de lucha; rompe las membranas que otros y ella tejieron para aislarla y sentada frente a sí misma, se mira y se interroga. Es la que se pierde y se reconquista, la que va comprendiendo que se es tiempo.

Hemos sentido que la responsabilidad no es de uno solo, sino que es compartida: me siento más libre. Yo en todos los sentidos después de las reuniones he estado aprendiendo; y aunque ya tengo un trabajo, me siento segura por fin, ya se seguir hacia adelante, ya me relajo, me río con mis hijos.⁸

Conclusión: hacia una nueva conceptualización de la problemática mujer - salud.

La mujer a lo largo de su historia se ha visto envuelta en imágenes o identidades que no encuentran correspondencia con las que han venido siendo sus expectativas y necesidades por lo cual la construcción de esa imagen se revierte en un proceso de búsqueda en soledad y sufrimiento; con el riesgo de que su cotidianidad se convierta en un proceso de psicopatologización, encasillamiento y somatización y es en ese sentido que se hace necesario en primer lugar considerar la salud mental de la mujer como una resultante de la conjugación de variables económicas, políticas, sociales, culturales y de los conflictos desencadenantes de las mismas.

Es importante facilitar unos espacios de reflexión que permitan la toma de conciencia de la realidad que significa el rol femenino socialmente determinado, de las contradicciones que llevan implícitas, de los conflictos propiciatorios para que éstos puedan ser resueltos de forma crítica.

Así mismo la necesidad de buscar formas de intervención alternativas e institucionales, ya que se hace urgente el análisis en profundidad de la formación universitaria que recibe el profesional de la salud mental. Esto para la reducción de prejuicios y barreras culturales que puedan existir entre ellos y la población en general.

Por último se hace necesario la integración de los profesionales de la salud mental a organizaciones propias, desde las cuales de manera colectiva y organizada, sea posible cuestionar y participar activamente dentro de la dinámica social.

NOTAS

1. Sáez B., Carmen. *Mujer, locura y feminismo*. Madrid, 1979.
2. Gutierrez, Remedios, "Conflictos de valores en un colectivo de mujeres" en *Primeras Jornadas Mujer y Salud Mental*. Madrid, 1987.
3. Ideología, Mujer y Salud Mental (1er. Encuentro sobre la salud de la mujer). Bogotá, Mayo 1984.
4. Sáez, Carmen, ob. cit.
5. Informe del *Psychiatric Diagnosis and the oppression of Women*. Russel, Dennise; *International Journal of Social Psychiatry*, 1985. Vol. 31.

6. De Quiroga, Ana P., *Origen y fundamento del pensamiento de Pichon-Rivière*, Buenos Aires, 1981.
7. Ander-Egg, E. *Prácticas de animación socio-cultural*. Nueva Era, México, 1980.
8. Comentario de una integrante del colectivo de amas de casa, del área de animación sociocultural en Cambita Garabito, bajo la coordinación del Departamento de Psicología del Instituto Tecnológico de Santo Domingo.

BIBLIOGRAFIA

- Aresti, Lore. "Reflexiones sobre la posibilidad de una madre grupal para las mujeres huérfanas y silenciadas" del 8vo. Congreso Internacional Psicoterapia de Grupo. México, abril 1984.
- Barnes, Mary. *Viaje a través de la locura*. Ediciones Martínez Roca, Londres, 1974.
- Cela, Jorge. *Cultura Popular*. Ediciones Populares, Santo Domingo, 1980.
- , "Tengo un malestar en la cultura". Revista *Estudios Sociales*. Año XVII, Núm. 56, abril-junio, 1984.
- Colectivos de Salud de las Mujeres de Boston. *Nuestros Cuerpos, Nuestras Vidas*. Boston, 1979.
- De Quiroga, Ana P. *Origen y fundamento del pensamiento de Pichon-Rivière*. Buenos Aires, 1981.
- La mujer feminista: la mujer y la salud mental. Junio-Julio 1985; vol. #19. Madrid, España.
- Marconi, Juan. *Esbozos de modelos de valor epidemiológicos para la investigación y la acción en América Latina*. Colección Ciencia del Hombre. Santo Domingo, 1977.
- Organización Mundial de la Salud. *La salud de las mujeres en las Américas*. Washington, D.C., 1985.
- Primer Encuentro Regional sobre la Salud de la Mujer. *Es preciso volar*. Editorial Gaceta, Bogotá, 1984.
- Primeras Jornadas de mujer y salud mental. Sáez, Buenaventura, Carmen. Serie Documentos 6. Madrid, 1986.
- Sáez Buenaventura, Carmen. *Mujer, locura y feminismo*. Dédalo ediciones, Madrid, 1979.
- Sespas. *Psicología Comunitaria en Dominicana*. Santo Domingo, 1980.
- Sespas. Zaiter, Josefina y Taveras, Ramón. *Programas del Depar-*

