

DE LO PERSONAL A
LO COLECTIVO:
CUESTIONES
PSICOLÓGICAS Y
FEMINISTAS DE LA
SALUD MENTAL DE
LAS MUJERES

U. Vindhya

Traducción de Moisés Silva

Originalmente publicado en inglés en Bhargavi V. Davar
(ed). *Mental Health from a Gender Perspective*. Copyright ©
Bhargavi V. Davar, 2001. Derechos reservados. Reproduci-
do con la autorización de la propietaria del copyright y los
editores, Sage Publications India Pvt. Ltd., Nueva Delhi,
India.

En gran parte, la salud de las mujeres ha sido vista en términos de su salud reproductiva o del impacto del trabajo sobre su salud. Sin embargo, se considera que más mujeres que hombres en el mundo sufren trastornos mentales. Aunque activistas e investigadores han hecho énfasis en las presiones y dificultades que las mujeres enfrentan durante el matrimonio, la crianza de los hijos y otros eventos relacionados con la reproducción, cuestiones tales como si existen trastornos mentales específicos de las mujeres, cuáles son las condiciones que fomentan la enfermedad mental, qué clase de aproximaciones de intervención y prevención pueden ser adoptadas y si puede la salud mental ser en realidad parte de la agenda de los grupos de mujeres, no han recibido mucha atención. Esta "marginalización" de las cuestiones de salud mental de las mujeres por parte del movimiento de las mujeres es comprensible por dos razones.

En primer lugar, el movimiento de las mujeres en nuestro país (la India) ha tenido que enfrentar durante las últimas dos décadas una enorme variedad de cuestiones y problemas que son, generalmente, consecuencias y efectos de la presión social de las mujeres. Las cuestiones de supervivencia —tierra, trabajo y salarios, protección del ambiente— han dominado en su mayor parte las preocupaciones del movimiento de las mujeres en los últimos años. Además, cuestiones como la violencia sexual y familiar, el acoso y la discriminación en los lugares de trabajo y las condiciones laborales, desigualdades en servicios como la alfabetización y la atención a la salud, y un examen y cuestionamiento de las diversas formas en que el Estado, mediante su sistema legal, opera para promover el *status quo*

o para oponerse a los cambios favorables a las mujeres son unos cuantos ejemplos de las iniciativas e intervenciones del movimiento de las mujeres. La enfermedad mental no figura en la agenda porque es vista como una manifestación de un problema individual, sin relación directa con la opresión social, y no como algo común a todas las mujeres.

Aunque los grupos de mujeres en este país no están unificados por una sola perspectiva feminista, el hilo conductor básico es una ideología progresista que convoca a la acción y el cambio, en tanto que los cuerpos de conocimiento o disciplinas centrales a la salud mental —la psicología y la psiquiatría— tienen una ideología conservadora que busca el ajuste y la continuidad. Así, mientras que el movimiento de las mujeres, con sus bases en el marco del trabajo feminista, está comprometido con la actividad política y el cambio colectivo, la psicología, con raíces en la experiencia y la conducta individual, busca soluciones individuales y el cambio individual, lo que tal vez explique por qué el feminismo y la psicología han sido considerados incompatibles.

En segundo lugar, las nociones tradicionales de enfermedad mental se basan en su mayoría en el modelo médico, que busca una patología subyacente para ser curada con su tratamiento especializado. El modelo psicológico fortalece también la noción de que la enfermedad mental, incomprensible en términos de la gente común, es un dominio que es mejor dejar a un especialista, ya sea un psicólogo o un psiquiatra, y que está más allá del alcance de las organizaciones de mujeres.

El presente trabajo hace un modesto intento por explicar las contradicciones y tensiones entre los puntos de vista feminista y psicológico de la salud mental de las mujeres, y concluye con una discusión de cómo la crítica feminista de la psicología tradicional no necesariamente tiene que llevar a un irreparable distanciamiento con la psicología. En vez de eso, la crítica puede ser utilizada para una comprensión más sensible, tanto de las mujeres individuales como de las cuestiones de salud mental de las mujeres, por parte de los grupos de mujeres.

La salud mental como un problema individual

Esencialmente, la psicología como ciencia del individuo tiene sus raíces en la experiencia y la conducta individual. A fines del siglo XIX, cuando la psicología occidental declaró ser independiente (de la filosofía) y ser una rigurosa ciencia experimental, indicó que estaba comprometida con el paradigma objetivo y positivista de las ciencias naturales. La insistencia de la psicología moderna en la objetividad ha llevado a los psicólogos a afirmar que la suya es una ciencia libre de valores y éticamente neutral. Existe también una resistencia por parte de los psicólogos a explicar el papel de los valores en su disciplina. Para ser justos con los psicólogos, esta creencia en la neutralidad de valores de su ciencia es sólo parte de una creencia generalizada en la posibilidad de unas ciencias sociales objetivas y libres de la ideología que ha informado la lógica que ha fortalecido los cimientos de la perspectiva modernizadora de la posguerra en las ciencias sociales (Alvin, 1990).

Pero el poder de la declaración de neutralidad de valores de la psicología está en la función ideológica que esa idea conlleva: pre-dispone al público a aceptar las aseveraciones de la psicología de manera acrítica y a considerarlas verdades apolíticas más que declaraciones condicionadas sociohistóricamente. Al promover de este modo una imagen tan despolitizada de los hallazgos de la psicología, la imagen ha servido en realidad para promulgar la ideología reinante del *status quo*. Así, las descripciones "objetivas" de la conducta se convierten en efecto en prescripciones de lo que es deseable, y nuestra definición de "deseable" está generalmente en conformidad con la de los aparatos ideológicos de la sociedad, cuya función más importante es producir una socialización exitosa (Sarason, 1981). Bajo la apariencia de una investigación neutral a los valores, la psicología de hecho ha propagado valores como el individualismo (Spence, 1985), la supremacía masculina (Neham, 1981), la conformidad política (Jacoby, 1975) y la glorificación de la tecnología para resolver los problemas humanos (Woolfolk y Richardson, 1984), reforzando así la ideología del humanismo liberal.

Sin embargo, quizá en ninguna otra área como en la de la salud mental somos testigos de las suposiciones ideológicas y cargadas de valores que están en la base de las definiciones de normalidad y anomalía. Bajo el disfraz de definiciones de salud mental libres de valores, la psicología ha promovido activamente suposiciones dominantes acerca de cómo es la sociedad y qué significa ser normal. La psicología tradicional, en su mayor parte, ha asumido que el

hombre masculino y la mujer femenina son los modelos del desarrollo "sano" (Ben, cit. por Vaughter, 1976).

La construcción de la psicología de la enfermedad mental de las mujeres está basada en estereotipos dominantes acerca de lo que es apropiado o inapropiado en la conducta de las mujeres. De este modo, si las mujeres se desviaran de las nociones de conducta "femenina" socialmente prescritas, podrían ser etiquetadas como "trastornadas" o "enfermas". El influyente trabajo de Chesler (1972) y el muy citado estudio de Broverman *et al.* (1970) mostraron que hay dobles

* En la novela *Catch 22*, de Joseph Heller, un soldado del ejército norteamericano descubre que puede ser exentado del servicio en el frente de guerra por enfermedad mental. Sin embargo, un artículo del reglamento militar ("Catch 22") determina que quienes tienen la capacidad de solicitar tal exención están en perfecto uso de sus facultades mentales (N. del T.).

estándares en la evaluación de la salud mental de los hombres y de las mujeres. En lo que ha sido denominado el "Catch 22" * de la salud mental de las mujeres, tanto la conformidad como la no conformidad con el rol femenino pueden generar definiciones de mala salud psicológica. Como Chesler (1972) ha argumentado,

las mujeres que corresponden totalmente con el rol femenino (si y cuando son hospitalizadas) probablemente serán tratadas por "conductas predominantemente femeninas" como depresión, intentos de suicidio, neurosis de ansiedad o paranoia; mientras que las que rechazan o se sienten ambivalentes acerca de su rol de mujer podrían ser hospitalizadas por "conducta menos femenina", como esquizofrenia o lesbianismo.

No sabemos hasta qué punto esto es válido para nuestra sociedad, aunque hay evidencias de que en esta sociedad las mujeres sufren más de trastornos neuróticos que tienen un origen psicosocial

que de trastornos severos de origen orgánico o biogenético (Davar, 1995a). Podemos también estar más seguros de que la ambivalencia o el rechazo de cualidades femeninas asociadas con la conducta de "buena esposa y madre" es problemática para las mujeres (Addlaka, en este mismo libro). La insatisfacción con las expectativas tradicionales de feminidad en nuestra sociedad es tal vez considerada algo más "desviado". Un "síntoma" común expresado por los hombres que acompañan a las mujeres que son llevadas a tratamiento psiquiátrico es que "no hace ningún trabajo doméstico, sólo se queda sentada".

La psicología de hecho le da un apoyo "científico" a la visión dominante de las mujeres que son juzgadas severamente e incluso etiquetadas como enfermas si no cumplen con las obligaciones de una buena madre y esposa. Como Caplan y Hall-McCorquodale (1985) mostraron, los estudios clínicos de conducta patológica incluyen una extensa culpabilización de la madre por una gran cantidad de trastornos y dificultades. Las madres han sido y continúan siendo implicadas en psicopatologías que van desde la conducta del incendiario hasta la incontinencia, el abuso de drogas y las pesadillas. La etiqueta de "madre esquizofrénica" fue una explicación común de la esquizofrenia hasta la reciente aceptación de una causa más interactiva, bio-psico-social, de este trastorno.

Culpabilización de la víctima y violencia en contra de las mujeres

Una variante relacionada con este cuadro es la culpabilización de

la víctima. Una suposición básica sobre la que muchas explicaciones psicológicas están construidas –la visión acontextual del individuo– lleva a atribuir las experiencias desfavorables en la vida de una persona a mecanismos que no funcionan bien dentro de él o de ella. En la investigación psicológica abundan los términos que culpabilizan a la persona. La universalidad de la culpabilización de la víctima no carece de suposiciones sexistas o racistas. En un contexto como la violencia en contra de las mujeres, las víctimas de la violencia deben enfrentarse a una cultura que prefiere acentuar la responsabilidad de las mujeres por provocar los ataques físicos o sexuales. Es improbable que la afirmación o la validación necesarias para recuperarse del trauma se puedan dar cuando la culpabilización de la víctima se convierte en una herramienta para apoyar y justificar la dominación y el poder de los hombres e inducir la ansiedad y el sentimiento de culpa de las mujeres. Además, como indica Walker (1989), las mujeres víctimas de violencia no pueden entender la neutralidad. Su agudizado sentido de peligro y la necesidad realista de seguridad las lleva a categorizar a quienes desean estudiarlas como "a favor" o "en contra" de ellas.

Sin embargo, una situación peculiar surge en el contexto de la violencia doméstica, en el que tanto la culpabilización de la víctima como la búsqueda de una psicopatología en el (hombre) agresor absuelven al perpetrador de su responsabilidad y le niegan justicia y derechos a la mujer víctima. La investigación psicológica occidental ha buscado entender la violencia doméstica mediante el examen de las características de hombres y mujeres individuales. Tal inves-

tigación (por ejemplo, Roy, 1977) se ha enfocado en los rasgos de personalidad o la presencia de una psicopatología como causantes de la violencia. Por ejemplo, los hombres golpeadores han sido caracterizados como pasivo-dependientes, infantiles o carentes de control de sus impulsos, en tanto que las mujeres que han estado en el lado receptor de esa violencia han sido etiquetadas como masoquistas, paranoicas o deprimidas. Las críticas feministas han hecho énfasis en la manera en la que las explicaciones psicológicas pueden ser aplicadas diferencialmente a los hombres y a las mujeres (Bograd, 1988). En general, las teorías de rasgos tienden a disculpar a los hombres golpeadores mediante referencias al abuso del alcohol o malas historias infantiles. En contraste, a las mujeres golpeadas se les implica en el abuso, ya que muchas teorías psicológicas sugieren que ellas necesitan o toleran el abuso. Las mujeres son vistas como creadoras de su propia victimización. Lion (1977: 177), por ejemplo, habla de la "provocación" de las mujeres golpeadas, y afirma que "la víctima puede evocar la violencia en una persona vulnerable". Faulk (1977: 121) se refiere a las mujeres golpeadas como "quejosas y exigentes". Tampoco es raro encontrar que se trate a la violencia hacia las esposas como un fenómeno no peor que la agresividad verbal de las mujeres. Por ejemplo, Deschner (1984: 19) establece un paralelo entre la violencia física de un hombre y lo que ella llama "persecuciones verbales de una mujer (hostigamiento)". Al igualar el hostigamiento con la violencia, se trivializan la intensidad y las consecuencias de los golpes.

La idea, generalizada en la literatura, de que el hombre pierde el control, de que la violencia está fuera del dominio de la decisión y que los golpes ocurren durante breves episodios irracionales, construye, como lo indica Ptacek (1988: 152),

un perfil contemporáneo del golpeador como alguien que no está necesariamente *enfermo*, sino que está más bien sólo *temporalmente enloquecido*. Visto desde esta perspectiva, el golpeador no es lo suficientemente anormal para ser considerado un psicópata, ni suficientemente responsable para ser considerado un criminal.

Pero los propios testimonios de los hombres violentos contradicen esta idea de la pérdida de control. Como Ptacek reporta a partir de su trabajo con hombres golpeadores, éstos afirman que su violencia está más allá de su control racional, pero al mismo tiempo admiten que la violencia es deliberada y consciente. Lo que es más importante, mediante su énfasis en la psicopatología, la mayoría de las explicaciones psicológicas ignoran la cuestión del poder. No pueden explicar por qué esposos supuestamente patológicos y fuera de control golpean a sus esposas y no, por ejemplo, a sus jefes, o por qué contienen su ira hasta que están en la privacidad de sus hogares. En tanto que la culpabilización de las víctimas abunda en la investigación psicopatológica acerca de la violencia doméstica, se pasan por alto la responsabilidad del hombre y la del contexto social patriarcal que sanciona el uso del poder y la violencia.

En una revisión de las prioridades de investigación de la salud mental de las mujeres, Russo (1990) llama la atención hacia otras tendencias tradicionales a enfocarse en los perpetradores de la violencia en contra de las mujeres, más que en los efectos de la violencia sobre sus víctimas. La tarea de evaluar el impacto de la violencia en la salud mental se vuelve mucho más ardua cuando se tiene que enfrentar el hallazgo de que la victimización de las mujeres es cometida con más frecuencia por parientes y amigos que por extraños (Koss, 1990). La contribución de las historias de violencia a trastornos severos en mujeres —que van desde depresión mayor hasta estrés postraumático— es ignorada, aunque varios muestreos comunitarios han encontrado una fuerte relación entre una historia de victimización violenta y ciertos trastornos mentales (cit. por Koss, 1990). En la India no podemos, quizá, ni siquiera imaginar la gravedad del problema, ya que incluso los estimados del nivel de violencia no son ni extensos ni exhaustivos (ver Sriram y Mukherjee en este libro). Tampoco existen descripciones sistemáticas del papel que las historias de violencia juegan en la etiología de los trastornos mentales en las mujeres.

La medicalización de los eventos relacionados con la reproducción

La medicalización y psicológica-
lización
(que es a su vez depen-

diente del modelo médico) de experiencias de las mujeres tales como el embarazo, la menstruación y la menopausia han tenido conse-

cuencias de largo alcance, creando una serie de paradojas. Reisman (1983: 16) señala:

Al tratar de liberarse del control que los procesos biológicos han tenido sobre sus vidas, las mujeres han fortalecido al mismo tiempo el control de una visión biomédica de su experiencia. Cuando las mujeres visitan a un médico y reciben atención sintomática, las causas sociales de sus problemas son ignoradas. Y conforme los médicos reconocen la experiencia de las mujeres y tratan sus problemas desde una perspectiva médica, esos problemas son despojados de su contenido político.

La medicalización de la menstruación, por ejemplo, refuerza la idea de que las mujeres son controladas por la biología en general y por sus aparatos reproductivos en particular. Como Reisman argumenta, esto ha sido usado para legitimar la exclusión de las mujeres de posiciones de poder con base en una supuesta inestabilidad emocional e irracionalidad causada por desequilibrios hormonales fuera de control. El hecho de que el síndrome pre-menstrual (PMS) sea una categoría de diagnóstico, a ser tratada y controlada, desvía la atención de una etiología social. En vez de observar las circunstancias de las vidas de las mujeres que las pueden volver irritables, deprimidas o molestas, esas fuertes emociones son ignoradas. La contradicción, como indica Reisman, yace en el hecho de que "la etiqueta del PMS les permite a las mujeres estar molestas y decir lo que piensan unos

días al mes, aunque al mismo tiempo invalida el contenido de su protesta" (Reisman, 1983: 11). Asimismo, las feministas han mantenido que el descubrimiento-invencción del PMS y la prisa por establecerlo como entidad diagnóstica fueron financiados por los laboratorios farmacéuticos ansiosos por poner en el mercado nuevos fármacos para "curarlo" (Parlee, 1979).

Como la menstruación, el peso de las mujeres y las categorías de diagnóstico psiquiátrico de anorexia nerviosa y bulimia son ejemplos actuales de la relación entre las normas sociales de feminidad y el control social médico. Como Conrad y Schneider (1980) han notado, el potencial de medicalización de hecho aumenta conforme la ciencia descubre las sutiles correlaciones fisiológicas del comportamiento humano. En particular, a medida que sabemos más acerca de la fisiología femenina y de los complejos componentes bioquímicos relacionados con experiencias como la menstruación, el embarazo, el aumento de peso y otras, la cuestión será cómo reconocer este conocimiento sin permitir que estas experiencias humanas sean distorsionadas por el entendimiento científico. "Desmedicalizar" no es negar los componentes biológicos de la experiencia o darle la espalda a descubrimientos y tratamientos que puedan aliviar el dolor y el sufrimiento; más bien, como Reisman sostiene, la desmedicalización es "alterar la propiedad, producción y uso del conocimiento científico" (Reisman, 1983: 16). De hecho, el predominio de mujeres diagnosticadas con trastornos afectivos subraya la importancia de investigar la relación entre la depresión y los eventos relacionados con la reproducción, los roles sociales y las

circunstancias de la vida de las mujeres (Russo, 1990). La naturaleza psicosocial de los problemas de salud de las mujeres hace ver la necesidad de ir más allá de los estrechos enfoques biomédicos y construir una base de conocimientos de mayor alcance.

Cambio colectivo y cambio personal

En vista de la concepción de la psicología de la enfermedad mental como un problema individual, se entiende que busque soluciones también individuales. Estas soluciones, desarrolladas a partir de la tradición clínica y terapéutica, se consideran científicas y objetivas. Cuestionar la política de la desigualdad y las causas sociales del sufrimiento psicológico y luchar por el cambio colectivo son considerados incompatibles con los objetivos científicos de cambio individual. Esa idea se deriva quizá de la polarización de la ciencia como objetiva y neutral a los valores, y la política como subjetiva y partidaria (Kitzinger, 1990). Por otro lado, gran parte de la literatura crítica acerca de la concepción de la psicología de la enfermedad mental de las mujeres ha sido motivada por la teoría feminista, que trata a la enfermedad como una consecuencia de la posición de las mujeres en la sociedad, marcada por la división sexual del trabajo y el poder patriarcal. En una de las primeras formulaciones de la construcción social del género, Weisstein, apuntando hacia la posición en que las mujeres se encontraban en relación con la psicología, dijo que "la psicología no tiene nada que decir acerca de cómo son realmente las mujeres, qué necesitan y qué quieren, esencialmente porque la psicología no lo sabe" (Weisstein, 1970: 268). El compro-

miso de la psicología con el método experimental ha servido de hecho para oscurecer las conexiones entre la experiencia individual y las instituciones y estructuras sociales. Las feministas acusan a la psicología y la psiquiatría de patologizar a las mujeres, de atribuir problemas a la mujer misma en vez de ver su enfermedad como un producto del contexto social y político que la oprime (Ussher, 1990). Como Henley (1985) comenta sardónicamente, la psicología de las mujeres tiene que enfrentarse con una psicología en contra de las mujeres.

La psicología se basa en una interpretación individualista del mundo y entiende el malestar en términos de disfunción. La respuesta inmediata y natural de la psicología es entonces tratar de corregir este proceso disfuncional. Aunque reconoce las "fuerzas de la sociedad", la psicología afirma que éstas no están bajo su control y por lo tanto no están abiertas a la investigación de los psicólogos. Esta clase de lógica no tiene nada de malo si se limita a las áreas en las que el malestar es visto como resultado directo de una percepción errónea del mundo real. Sin embargo, como han indicado las psicólogas feministas:

Nos parecía cada vez más que las percepciones erróneas de este tipo eran rara vez así de simples, y que aunque la psicología podía (a veces) alterar esto, podía también causar malestar al no contemplar las fuerzas por las cuales esas percepciones erróneas habían sido establecidas, experimentadas e interpretadas. El resultado de este enfoque ve al individuo como

de alguna manera en falta, y por lo tanto culpable. Este sentido de responsabilidad es fácilmente equiparado con la culpabilidad, e incrementa los sentimientos de inadecuación y culpa en la mayoría de nosotros. Si aceptamos entonces por qué le sirve a la sociedad (al tiempo que se evita un análisis funcional) perpetuar tales sentimientos, nos acercamos, creemos nosotros, a comprender por qué la psicología está estructurada como lo está y cómo... a las mujeres les toca la peor parte posible de esto (Adcock y Newbigging, 1990: 173).

No es que la perspectiva feminista niegue o ignore por completo la validez o importancia de las explicaciones psicológicas para la comprensión de la salud mental de las mujeres. En lugar de esto, las feministas buscamos conectar nuestros análisis psicológicos con una comprensión del contexto social patriarcal, de la distribución desigual del poder y de los patrones socialmente estructurados y culturalmente sostenidos de relaciones entre hombres y mujeres, y de qué manera estos patrones contribuyen a los problemas de salud psicológica de las mujeres.

La investigación actual, tanto en Occidente como en nuestro país, indica que no son sólo las mujeres quienes figuran más prominentemente en los trastornos neuróticos, sino más bien que son las mujeres casadas las que experimentan mayor malestar emocional que las solteras, viudas o divorciadas (Gove, 1972). En otro estudio, Gove y Tudor (1973) confirmaron el argumento de que las mujeres casadas y limitadas a su casa tienen más probabilidades de experi-

mentar enfermedades mentales que las mujeres no casadas. Una explicación de esta diferencia es que la mujer casada y sin empleo se ve frecuentemente confinada al restringido dominio doméstico, donde su imagen de sí misma y su prestigio social son tal vez insignificantes en comparación con los de la mujer que trabaja. Además, el estudio de Gove y Tudor (1973) encontró también que las mujeres casadas tienen más probabilidades de tener problemas de enfermedad mental que los hombres casados. Sin embargo, los resultados fueron los opuestos en el caso de personas no casadas. Dentro de cada una de las categorías de no casados –solteros, divorciados o viudos– más estudios encontraron que los hombres tenían tasas más altas de enfermedad mental (Gove y Tudor, 1973: 828). En breve, esto significa que el matrimonio es más ventajoso para disminuir el estrés en los hombres que en las mujeres. De hecho, se reporta que el suicidio es más común entre hombres solteros que casados (Turner, 1989). En tanto que el matrimonio parece funcionar mejor para los hombres, quizá porque sus preocupaciones emocionales son “lavadas y procesadas” por sus esposas, no se puede decir lo mismo de las mujeres. Ocupadas atendiendo las necesidades emocionales de los demás, las mujeres parecen quedarse con sus propias necesidades de dependencia insatisfechas. Los resultados de una investigación sociológica (Gove y Geerken, 1977) muestran que la más vulnerable, desde el punto de vista de la enfermedad mental, es la esposa y ama de casa sin empleo.

Veamos por ejemplo la depresión, que no sólo afecta a una mayoría de mujeres, sino en la que se reporta que más mujeres que

hombres la sufren. Los sentimientos de impotencia, frustración, ansiedad, inadecuación, culpa y soledad que se combinan en la depresión no pueden ser entendidos si la vemos sólo en los términos de las características psicológicas de las mujeres, como una deficiencia o una incapacidad de enfrentar la realidad. Ciertamente parece probable que las mujeres tienen más posibilidades de pasar por experiencias que generan esos sentimientos, y ésta es la razón por la que las mujeres tienden a ocupar las posiciones subordinadas en las relaciones con los hombres. Son otra vez las mujeres quienes tienen más posibilidades de ser inhibidas de formar vínculos sociales fuera de las relaciones maritales, desarrollar otros intereses o buscar logros ocupacionales fuera del hogar. La autoestima, que con frecuencia actúa como un amortiguador contra la depresión, es también problemática para las mujeres. Se considera que la autoestima se deriva de (a) experiencias positivas de dominio o dedicación a una actividad importante y (b) la participación en relaciones íntimas y satisfactorias (Sniderman, 1983). Las mujeres tienen oportunidades limitadas de tener experiencias de dominio, y el trabajo no es algo central para su autodefinición. Incluso si las relaciones familiares son cruciales para su autodefinición, es posible que no refuercen su autoestima, ya sea porque estas relaciones no son igualitarias o porque los roles familiares de esposa y madre son vistos como naturales y, por lo tanto, no llevan consigo ningún orgullo o distinción especiales.

Cuando las cosas salen mal en el hogar, las mujeres son más vulnerables porque tienen menos opciones. La discrepancia entre los

ingresos promedio de los hombres y de las mujeres y las inseguridades económicas y sociales que sufren las mujeres llevan también a sensaciones de depresión. Los orígenes sociales de la depresión, el impacto de eventos estresantes y las complejas relaciones entre género, roles sociales y salud mental están ya bien documentados en la literatura sociológica (Brown y Harris, 1978). Mientras que Shah (en este libro) ha hecho énfasis en los aspectos psicosociales de la depresión, yo deseo subrayar la importancia de un amortiguador social —una amistad cercana, por ejemplo— para minimizar el impacto de tales fuerzas estructurales y psicológicas. Cuando no hay tal amortiguador y una mujer se encuentra experimentando un aislamiento social extremo, es posible que se desarrollen psicosis depresivas (Brown y Harris, 1978).

La presencia del apoyo social ha sido identificada como una variable crítica para moderar los efectos de eventos amenazadores que empujan al individuo hacia el malestar mental. La gama de relaciones sociales disponibles para un individuo proporciona un mecanismo por el cual se puede aliviar el peso del estrés emocional y manejar las fuentes objetivas del estrés de manera colectiva. Esta fuerza de las relaciones sociales ha sido denominada el fondo de sociabilidad y está compuesto por la intimidad, la red de preocupaciones comunes, la capacidad de desarrollar relaciones sociales de apoyo, la confirmación del prestigio social propio y la sensación de alianza con otros que proporcionan una base de apoyo (Turner, 1989: 78).

Afortunadamente para nosotras, aún se puede contar con el apoyo comunitario —en la forma de parientes, amigos, conocidos, compa-

ñeros de trabajo y vecinos— para actuar como una forma de amortiguador contra eventos amenazadores. La extensión de la red social de un individuo, y en particular de una mujer, es consecuentemente importante para protegerla tanto de amenazas externas como del estrés.

Las organizaciones de mujeres y la salud mental

En este contexto, en primer lugar, en vez de dejar a la mujer a que ubique su malestar en términos de su propia psicopatología, los grupos de mujeres pueden proporcionar un entorno que haga visible la conexión entre el sufrimiento privado y las causas sociales. En segundo lugar, si somos capaces de desmitificar el tratamiento "especializado" de la enfermedad mental, podremos quizá ver con mayor claridad que el método de tratamiento en su forma más simple requiere confianza, conversación y comprensión. Compartir en forma colectiva las experiencias personales de la opresión de las mujeres es en cualquier caso un aspecto existente y valioso del funcionamiento de los grupos de mujeres. ¿Por qué debe compartirse sólo con respecto a casos directos y explícitos de opresión como, por ejemplo, la violación y los golpes del esposo? ¿No se puede incluir una comprensión de las necesidades de cada una? Los "síntomas" pueden entenderse entonces no como indicadores de enfermedad, sino como "luchas por preservar o expresar algún aspecto profundamente necesario de la identidad personal..." (Miller, 1976: 381).

Comprender estas necesidades significa ver los problemas desde el punto de vista de la mujer. En su investigación con mujeres gol-

peadas, Walker (1989) utilizó protocolos de entrevista cara a cara de ocho horas, que resultaron ser un factor crítico para obtener datos confiables y válidos. Walker afirma que las víctimas necesitaban el tiempo para percibir a los investigadores como interesados en ellas para poder hablar de la experiencia de violencia por la que habían pasado. En relación con esto, ¿qué podría ser más relevante que un colectivo de mujeres que pueda validar la realidad de la percepción de la mujer y apoyar el cambio, más que el ajuste? En vez de una terapia tradicional en un escenario neutral y distante, un grupo de mujeres puede de hecho reformatear constelaciones de emociones y conductas desde el punto de vista de la mujer. Por ejemplo, en contraste con las visiones dominantes de las mujeres golpeadas como víctimas indefensas o mujeres provocadoras que se lo buscaron, y en vez de ver la personalidad de la mujer como un factor preexistente que contribuye al abuso, la estructura de apoyo de un colectivo de mujeres puede proporcionar el espacio para examinar estas situaciones como consecuencias de una brutalización repetida y de una violencia que potencialmente amenaza la vida. Incluso una pregunta como "¿Por qué las mujeres permanecen en una relación violenta?", en las situaciones convencionales de investigación y terapia, de una manera sutil, se culpa a las mujeres por su propia victimización. Por otra parte, una pregunta como "¿Qué factores sociales le impiden a la mujer marcharse?", puede ser examinada dentro de la atmósfera de apoyo de un grupo de mujeres.

Debemos admitir que las críticas feministas sostienen que no puede haber un espacio de encuentro entre el punto de vista femi-

nista y el psicológico, porque dicen que la psicología sólo trata de reubicar lo político y lo patológico dentro de la psicopatología de lo personal. A través de la búsqueda de soluciones individuales al malestar de las mujeres, las feministas indican que el impacto de la psicología en el feminismo sólo puede llevar a la despolitización del feminismo (Wilkinson, 1990). Sin embargo, aunque los argumentos feministas —así como los psiquiátricos radicales— dan explicaciones de por qué las mujeres se sienten mal en términos de sus roles y su posición en la sociedad, evitando explicaciones biológicas reduccionistas, sus explicaciones pueden ser de poca ayuda para la mujer individual que se siente deprimida. Hay muchas mujeres que necesitan ayuda directa e inmediata, que no puede ser proporcionada sólo por un análisis teórico de la enfermedad mental como una consecuencia de la opresión social.

Más aún, el malestar mental puede estar a varios niveles, desde los relacionados con las privaciones materiales y la pobreza hasta las relaciones interpersonales y de cuestiones existenciales o elecciones de vida. Buscar sólo una reorganización de las estructuras sociales no dará fin a la miseria de las mujeres. Aunque esto pueda parecer insignificante frente al gigantesco cuadro de la infelicidad de las mujeres, los grupos de mujeres pueden ciertamente proporcionar un espacio para construir fuertes redes de apoyo al reconocer y valorar la competencia de las mujeres en vez de apuntar hacia sus debilidades y deficiencias por superar, así como al insistir que el cambio personal es igual de importante que el cambio social.

Al hacer esto, un grupo de mujeres no debe ser acusado de despolitizar o de cambiar ideales políticos por terapéuticos. Al ver, comprender y hacer conexiones entre nuestro estado psicológico y la posición estructural de las mujeres, los colectivos de mujeres pueden dejar claro que el cambio individual y el cambio colectivo pueden tener lugar simultáneamente. De este modo, incluso mientras luchamos con nuestros "complejos de inferioridad", nuestro "condicionamiento", nuestras "fobias" y nuestros "roles sexuales", nuestra lucha no tiene que ser aislada y solitaria, sino colectiva.

Si aceptamos que los problemas de las mujeres son más debidos al malestar que causados sólo por la enfermedad, el ambiente de atención y apoyo que un grupo de mujeres puede crear puede ser estimulante no sólo para las mujeres en busca de ayuda, sino también para las compañeras del grupo. Las mujeres que trabajan en un grupo en una variedad de cuestiones y con una cantidad de personas se pueden acostumbrar al papel de "escucha y ayuda", que puede tener un efecto de agotamiento. La presión de tener que escuchar constantemente con simpatía y reprimir sus propias preocupaciones en nombre de "causas mayores" y "problemas de las demás", puede a veces bloquear las necesidades de dependencia de cada una de las compañeras del grupo.

En este contexto, quisiera mencionar una experiencia reciente que tuve cuando una activista que trabajaba con un grupo local vino a verme reportando sentimientos depresivos. Durante mis sesiones de asesoramiento con ella, me dijo que había otras en el grupo que habían tenido "rachas de depresión" y a quienes también les

haría bien hablar conmigo. Lo que siguió fue una serie de sesiones grupales informales en las que presencié una descarga de ansiedades, sensaciones de depresión, resentimiento en contra de otras compañeras y miembros de su familia, agotamiento y fatiga de tener que enfrentar "un problema u otro" todo el tiempo, deseos de llevar una "vida normal" pero al mismo tiempo una rebelión contra la idea de una existencia de *status quo*. La mayoría de las mujeres eran de clase media, en sus años veinte o treinta, estudiantes o con empleos como profesoras, empleadas, vendedoras, etcétera. La presión de llevar vidas no convencionales, enfrentarse a familiares y vecinos por su "conducta poco femenina" y defender "causas impopulares", la idea implícita de que el "sufrimiento privado" es secundario a los intereses mayores de las "causas públicas", los efectos de agotamiento de tener que escuchar historias de violencia con una deprimente regularidad en el entorno de clase media de una ciudad pequeña, el dolor y la humillación, estaban evidentemente afectando el bienestar psicológico de las compañeras mismas. Conforme avanzaron las sesiones, las compañeras reconocieron que la "cura" no era lo que se estaba buscando, sino más bien que el espacio que las sesiones proporcionaban a las activistas para ventilar sus propias ansiedades y depresiones les daba una comprensión y claridad, no sólo acerca de sus propias necesidades y motivaciones y de las demás, sino también acerca de cómo sus propias vidas estaban posicionadas frente a una sociedad que enajena, lastima y, al mismo tiempo, les permite llevar vidas con una mayor sensación de sentido. Mi interacción con este grupo se facilitó en parte porque las compañeras no me

conocían simplemente como psicóloga, sino también como colega activista. Valdría la pena que los grupos de mujeres reflexionaran acerca de la necesidad de incluir las cuestiones de salud mental en su agenda, y del valor de establecer conexiones con terapeutas y psiquiatras sensibles a estas cuestiones o con un grupo profesional si éste existe en su ciudad. No estoy prescribiendo una sesión semanal con un terapeuta como un estimulante para las organizaciones de mujeres, sino sólo apuntando hacia la utilidad de interactuar con profesionales de la salud mental para subrayar la responsabilidad que los grupos de mujeres tienen de mantener su propio bienestar psicológico.

En un trabajo poderosamente evocativo acerca de la dinámica de la violencia y la sexualidad, Geetha (1996), con base en su experiencia de trabajo en un centro de mujeres, ilustra cómo el grupo proporciona una estructura de apoyo para las mujeres en sus intentos por contrarrestar la violencia, en sus batallas legales y en las varias y frecuentemente difíciles tareas de la supervivencia. Las mujeres que acudían al centro en busca de ayuda iban de asistentes domésticas, trabajadoras de la construcción y vendedoras ambulantes en las clases trabajadoras, a mujeres de clase media y de las castas más altas. Geetha dice que

El espacio del centro les da a estas mujeres una identidad que es diferente de la que usualmente se otorgan a sí mismas. Nuestras conversaciones y formas de estar y trabajar juntas han creado esta comunidad de mujeres que, sobre todo, se

sienten lastimadas, castigadas y humilladas por ser mujeres y esposas. Buscan constantemente traducir sus preocupaciones a un lenguaje que le permita a cada mujer captar la especificidad de su problema, pero que también le permita reconocer sus heridas en el dolor que otra mujer ha soportado y sobrevivido (Geetha, 1996: 2).

Es esta misma "comunidad de mujeres" lo que una organización de mujeres puede fortalecer y nutrir. A pesar del énfasis actual en el reconocimiento de la diversidad entre las mujeres y la diferencia en su experiencia de la opresión, éste no elimina una potencial identidad entre las mujeres. Este concepto de identidad descansa en la idea de que las mujeres comparten experiencias similares: una situación externa de opresión económica, discriminación legal, etc., y una respuesta interna de sensación de inadecuación y de horizontes limitados. Así, pese a la falta de unidad política, una respuesta compartida a una experiencia compartida puede postularse como la base para un sentimiento común entre las mujeres.

La psicología puede contribuir a un análisis feminista en la investigación y ofrecer a las mujeres que se sienten mal una alternativa al modelo médico. De hecho, la explicación feminista de la construcción social del género encaja con la comprensión de los problemas de salud mental de las mujeres, que son causados en su mayor parte por factores psicosociales. La psicología, como disciplina reflexiva, creada por personas acerca de las personas, está fundada en unos cimientos de "explicación científica" cargada de suposicio-

nes ideológicas, la mayoría de las cuales son parte de las cosas que la ideología dominante da por hechos. El reconocimiento de la psicología como una práctica social no debe, sin embargo, restarle su valor para entender y proporcionar una visión a fondo del malestar de mujeres y hombres individuales. Un colectivo de mujeres con un enfoque feminista de las causas sociales de la opresión de las mujeres puede ofrecer el espacio, la estructura y el alimento para producir un cambio tanto personal como colectivo.

Bibliografía

- ADCOCK, C. y K. NEWBIGGING. "Women in the Shadows. Women, Feminism and Clinical Psychology", en E. BURMAN (ed). *Feminists and Psychology Practice*. Sage, Londres, 1990, pp. 172-188.
- ALVIN, Y. S. *Social Change and Development. Modernization, Dependency and World System-Theories*. Sage, Nueva Delhi, 1990.
- BOGRAD, M. "Feminist Perspectives on Wife Abuse. An Introduction", en K. YILLO y M. BOGRAD (eds). *Feminist Perspectives on Wife Abuse*. Sage, Newbury Park, 1988, pp. 11-27.
- BROVERMAN, I. K., *et al.* "Role Stereotypes and Clinical Judgements of Mental Health", en *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, núm. 34, 1970, pp. 1-7.
- BROWN, G. W. y T. HARRIS. *Social Origins of Depression. A Study of Psychiatric Disorder in Women*. Tavistock, Londres, 1978.
- CAPLAN, P. J. e I. HALL-McCORQUODALE. "Mother-Blaming in Major Clinical Journals", en *American Journal of Orthopsychiatry*, núm. 55, 1985, pp. 345-353.
- CHESLER, P. *Women and Madness*. Double Day, Nueva York, 1972.
- CONRAD, P. y J. W. SCHNEIDER. *Deviance and Medicalization: From Badness to Sickness*. Mosby, San Luis, 1980.

- DAVAR, B. V. "Mental Illness Among Indian Women", en *Economic and Political Weekly*, núm. 30, 1995a, pp. 2879-2886.
- DESCHNER, J. P. *The Hitting Habit. Anger Control for Battering Couples*. Free Press, Nueva York, 1984.
- FAULK, M. "Men Who Assault Their Wives", en M. ROY (ed). *Battered Women. Psychological Study of Domestic Violence*. Van Nostrand Reinhold, Nueva York, 1977.
- GEETHA, V. "On Bodily Love and Hurt". Ponencia presentada en el 26 taller de *Investigación metabiológica interdisciplinaria*, en el Instituto Maderas de Estudios del Desarrollo sobre el Replanetamiento de la Modernidad India. La economía política de la sexualidad india. Chennai, del 1 al 3 de agosto de 1996.
- GOVE, W. R. "The Relationship Between Sex Roles, Marital Status and Mental Illness", en *Social Forces*, núm. 51, 1972, pp. 34-44.
- y M. D. GEERKEN. "The Effects of Children and Employment on the Mental Health of Married Men and Women", en *Social Forces*, núm. 56, 1977, pp. 66-76.
- y J. F. TUDOR. "Adult Sex Roles and Mental Illness", en *American Journal of Sociology*, núm. 78, 1973, pp. 50-73.
- HENLEY, N. "Psychology and Gender", en *Signs*, núm. 11, Londres, 1985, pp. 101-119.
- JACOBY, R. *Social Amnesia*. Beacon, Boston, 1975.
- KITZINGER, C. "Resisting the Discipline", en E. BURMAN (ed). *Feminists and Psychological Practice*. Sage, Londres, 1990, pp. 119-136.
- KOSS, M. P. "The Women's Mental Health Research Agenda: Violence Against Women", en *American Psychologist*, 1990, 45(3): 374-380.
- LION, J. R. "Clinical Aspects of Wife Battering", en M. ROY (ed). *Battered Women. Psychological Study of Domestic Violence*. Van Nostrand Reinhold, Nueva York, 1977.
- MILLER, J. B. *Towards a New a Psychology of Women*. Van Lans, Londres, 1976.
- NAHEM, J. *Psychology and Psychiatry Today*. International Publishers, Nueva York, 1981.
- PARLEE, M. B. "Psychology and Women", en *Signs*, núm. 5, Londres, 1979, pp. 121-133.

- PTACEK, J. "Why Do Men Batter their Wives?", en K. YLLO y M. BOGARD (eds). *Feminist Perspectives on Wife Abuse*. Sage, Newbury Park, 1988.
- REISMANN, C. K. "Women and Medicalization. A New Perspective", *Social Policy*, verano, 1983, pp. 3-18.
- ROY, M. *Battered Women. Psychosociological Study of Domestic Violence*. Van Nostrand Reinhold, Nueva York, 1977.
- RUSSO, N. F. "Overview. Forging Research Priorities for Women's Mental Health", en *American Psychologist*, núm. 45, 1990, pp. 368-373.
- SARASON, S. B. "An Asocial Psychology and a Misdirected Clinical Psychology", núm. 36, 1981, pp. 827-836.
- SNIDERMAN, M. S. "Self-Esteem in Psychotherapy", en *Canadian Journal of Psychiatry*, núm. 28, 1983.
- SPENCE, J. T. "Achievement American Style", en *American Psychologist*, núm. 40, 1985, pp. 1285-1295.
- TURNER, R. P. *Medical Power and Social Knowledge*. Sage, Newbury Park, 1989.
- USSHER, J. "Choosing Psychology or not Throwing the Baby out with the Bathwater", en E. BURMAN (ed). *Feminists and Psychological Practice*. Sage, Londres, 1990, pp. 47-61.
- VAUGHTER, R. M. "Review Essay: Psychology", en *Sings*, núm. 2, Londres, 1976, pp. 120-146.
- WALKER, L. E. "Psychology and Violence Against Women", en *American Psychologist*, núm. 44, 1989, pp. 695-702.
- WEISSTEIN, N. "Kinder, Kirche, Küche, as Scientific Law. Psychology Constructs the Female", en R. MORGAN (ed). *Sisterhood is Powerful*. Random House, Nueva York, 1970, pp. 228-244.
- WILKINSON, S. "Women Organizing Withing Psychology. Two Accounts", en E. BURMAN (ed). *Feminists and Psychological Practice*. Sage, Londres, 1990, pp. 140-162.
- WOLFOLK, R. y F. C. RICHARDSON. "Behaviour Therapy and the Ideology of Modernity", en *American Psychologist*, núm. 39, 1989, pp. 777-786.