

**LA SALUD MENTAL DE
LAS MUJERES. UNA
PROPUESTA PARA EL
DEBATE**

Ada Caridad

Alfonso Rodríguez

Quizás una de las limitaciones que encontramos con mayor frecuencia en el tema de la salud mental radica, precisamente, en la ausencia de un deslinde entre el campo de la salud de aquel otro que atiende a los trastornos mentales y/o enfermedad mental. De ahí que, cuando tratamos de profundizar en cualquier documento, reporte de investigación o texto sobre dicho tema, comenzamos a encontrar cifras que nos remiten a la ausencia de bienestar psíquico y a un elevado número de personas que padecen y/o padecerán a causa de trastornos mentales en los próximos años.

Vamos algunos ejemplos que ilustran lo antes dicho: "La salud mental es tan importante como la salud física para el bienestar general de los individuos, las sociedades y los países. Rese a ello, sólo una pequeña minoría de los 450 millones de personas que padecen un trastorno mental o del comportamiento está en tratamiento".¹

¹ OMS. Presentación del capítulo 1 "La salud pública al servicio de la salud mental", *Informe sobre La Salud en el Mundo 2001*. Salud Mental: Nuevos conocimientos, nuevas esperanzas, Organización Mundial de la Salud, 2001, p. 1.

Los trastornos mentales y conductuales son frecuentes: Más de 25% de la población los padece en algún momento de la vida. ..Los trastornos mentales y conductuales afectan en un momento dado al 10% de la población adulta aproximadamente. Alrededor de 20% de todos los pacientes atendidos por profesionales de atención primaria padecen uno o más trastornos mentales. En una de cada cuatro familias, al menos uno de sus miembros puede sufrir un trastorno mental o del comportamiento. ..Se ha estimado que, en 1990, los trastornos mentales y neurológicos eran responsables

de 10% de los AVAD totales perdidos por todas las enfermedades y lesiones. En 2000 ese porcentaje había aumentado 12%, y se prevé que llegará hasta 15% en 2020.²

² *Ibid.* Presentación del capítulo 2, "Carga de los trastornos mentales y conductuales", p. 19.

Claro que conocer la magnitud del problema que se nos avecina y la situación de salud mental existente nos permite: 1) develar la importancia del tema en salud pública, aspecto sumamente necesario si se toma en cuenta el número de países que no tienen políticas dirigidas a la protección de la salud mental; 2) identificar los recursos necesarios para la prevención de enfermedades mentales y su atención; 3) identificar las poblaciones de riesgo y minimizar los factores de riesgo de dichas poblaciones y, por último; 4) crear y potenciar servicios que permitan la integración de las personas que padecen de trastornos mentales a la construcción de salud mental en su entorno social.

La salud mental en el contexto de la salud pública

A pesar de la escasa importancia que se ha concedido al tema en las políticas públicas y de salud, la salud mental tiene una vinculación directa con el desarrollo de las personas, las comunidades y los países en general. La OPS/OMS considera la salud mental como

el núcleo de un desarrollo equilibrado de toda la vida, que desempeña una función importante en las relaciones interpersonales, la vida familiar y la integración social. Es un factor clave para la inclusión social y la plena participación en la comunidad y en la economía. En realidad, la salud mental

es mucho más que la mera ausencia de enfermedades mentales, es una parte indivisible de la salud y la base del bienestar y el funcionamiento eficaz de las personas. Se refiere a la capacidad de adaptarse al cambio, hacer frente a las crisis, establecer relaciones satisfactorias con otros miembros de la comunidad y encontrar un sentido a la vida.³

³ OPS. *La salud mental en las Américas: Nuevos retos al comienzo del milenio*. Documento presentado a la Sesión del Subcomité Ejecutivo de Planificación y Programación de la Oficina Panamericana de la Salud, Washington, del 14 al 16 de marzo de 2001.

Sin embargo, más que adaptarse al cambio, la salud mental supone la capacidad de transformar las situaciones que generan malestar en las personas. En el caso particular de las mujeres, pueden señalarse las situaciones injustas y de desigualdad, las asimetrías de género que las colocan en lugares de subordinación y de silencios. En adición a lo dicho, debe considerarse la capacidad de transformar las problemáticas de la vida cotidiana, la posibilidad y la capacidad de participar y decidir en los procesos que tocan directamente la misma; y, por último, las oportunidades para incidir en los procesos de desarrollo social y de ciudadanía, en especial si se considera la salud mental como un derecho humano de las personas.

Las nuevas tecnologías en el tratamiento de las enfermedades mentales no han podido borrar años de prejuicios y de estigmatización, de exclusión y de encierro asociados a éstas. Tampoco han resuelto que un alto número de personas con afecciones mentales se encuentren desprotegidas y deambulando en las calles sin oportunidad de atención por personal calificado de la salud. Mucho menos aún, modificar que las mujeres sean responsables, en su papel de cuidadoras, de las personas

afectadas sufriendo ellas, a su vez, un mayor riesgo de padecer en términos de su salud física y mental, aspecto que retomaremos más adelante.

Los procesos de globalización, las reformas de Estado y del sector salud y las formas actuales de organización del trabajo matizan el panorama de la salud en nuestros países. El contexto actual se caracteriza por una polarización cada vez mayor de la riqueza y una inusitada extensión de la pobreza con el impacto que ello supone para la salud.

El director de la Organización Panamericana de la Salud, en la introducción al taller Salud y Desarrollo Humano en *La nueva economía*, señaló:

⁴ G. A. Alleyne. "Salud y desarrollo humano en la economía global". Introducción al taller Salud y Desarrollo Humano, en *La nueva economía: Contribuciones y perspectivas de la sociedad civil en las Américas*. División de Salud y Desarrollo Humano, Organización Panamericana de la Salud, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud, University of Texas Medical Branch, Washington, 2000, pp. 7-13.

...la economía global no produce riqueza para todos, induce a la desigualdad en una escala mundial... desigualdad que, cuando se le considera injusta e incorrecta, debe ser considerada como inequidad..⁴

Dichas inequidades se expresan con la emergencia de nuevas identidades sociales: los pobres, los desempleados y los subempleados, donde están sobre-representadas las mujeres. Además, son diversas las formas de tráfico humano (explotación infantil, adolescente y de mujeres como mano de obra barata y para la prostitución). Se estima que 250 millones de menores entre 5 y 10 años son explotados en el mundo en situaciones laborales irregulares; el trabajo infantil emerge como una solución ante la imposibilidad de inserción de los adultos en el mercado de trabajo.

Esta degradante situación remite no sólo al tema de derechos humanos, sino que requiere ser visualizada en el contexto de la salud pública

debido al impacto que la malnutrición, el agotamiento, la vulnerabilidad a las enfermedades e infecciones, la mayor exposición a daños permanentes en salud, los abusos físicos, sexuales y la violencia en general tienen sobre el desarrollo psíquico, social y la salud mental de las personas.

Desde otro lugar, la explotación de niñas, adolescentes y mujeres, en general, tiene en su base la discriminación por razones de sexo, la desigualdad económica y desequilibrios en el ejercicio de poder a partir de la organización social de género. La necesidad de las mujeres de vincularse al sector informal de la economía, la retribución diferente en trabajos donde los varones perciben un mayor salario, las diferentes formas de explotación a las que están sometidas en los puestos de trabajo y las condiciones en que desarrollan la doble jornada pueden explicar la vulnerabilidad e insatisfacción de las mismas con su cotidianidad, aspectos que requieren una mayor investigación en salud mental.

Equidad de género y salud mental

Está bien documentada la representación desproporcionada de las mu-

jerres en los sectores de pobreza, la desvalorización del trabajo femenino, la falta de oportunidades en la esfera productiva y el impacto de ello en la salud de las mujeres. Sin embargo, la mayoría de las políticas que atañen a la salud no son sensibles al género, no toman en cuenta las diferencias de mujeres y varones en cuanto a la morbilidad y a la discapacidad derivada de ésta. El campo de la salud mental no es ajeno a esta realidad y existen vacíos en cuanto al tratamiento de la equidad de género en las situaciones de salud mental.

⁵ E. Gómez. "Equidad, género y reforma de las políticas de salud en América Latina y el Caribe", Octava Sesión de la Conferencia Regional sobre la Mujer en América Latina y el Caribe, Lima, 8-10 de febrero de 2000. Contribución de la Organización Panamericana de la Salud. División de Salud y Desarrollo, Programa Regional Mujer, Salud y Desarrollo. Washington. Lo planteado por Elsa Gómez se muestra entre comillas.

Veamos algunos aspectos tratados por Elsa Gómez en relación con el tema de la equidad en salud y su correlato con el tema que nos ocupa: Gómez⁵ plantea que "las mujeres tienen una mayor necesidad de servicios de salud que los hombres". En el caso de la salud mental, esta necesidad se expresa en:

- Una mayor demanda de los servicios de salud mental (por depresión, síntomas psicósomáticos, autoestima baja, trastornos de sueño, ansiedad y cefaleas).⁶
- Mayor cronicación de las mismas en los servicios de salud por una alta medicalización de la vida cotidiana.
- Mayores índices de consumo de psicofármacos, antidepresivos e hipnóticos (adicciones a drogas lícitas, benzodiazepinas y otros fármacos).
- Mayores índices de automedicación.

⁶ A. C. Alfonso. "Salud mental y vida cotidiana", en C. Saadly y A. Alfonso. *Género salud y cotidianidad: Temas de actualidad en el contexto cubano*, Ed. Científico Técnica, La Habana, 2000.

Esta demanda/necesidad no siempre encuentra respuestas en cuanto a posibilidades de atención en los servicios de salud mental, ya que "las mujeres tienen menor acceso a remuneración", lo que limita el acceso, por una parte, y dificulta la adherencia terapéutica, por otra. La poca capacidad de pago de las mujeres es un obstáculo para el acceso a servicios de salud mental de calidad, lo cual, sin duda, agrava la percepción de salud mental, la discapacidad y el riesgo de conductas suicidas de las mismas.

Por otra parte, "las mujeres se hallan en una posición de desventaja dentro del sistema de salud", ya que:

- No se visualiza el trabajo de las mujeres como agentes de salud mental comunitaria (el trabajo de las mujeres en la producción de salud, los roles de gestión comunitaria y el trabajo en diferentes redes de apoyo en la prevención y tratamiento de la violencia, las adicciones, las conductas suicidas y otros relacionados con la salud integral, sexual y reproductiva permanecen invisibles, sin remuneración o con muy escasa, lo que las coloca en desventaja y no participación en la toma de decisiones, de estrategias y formulación de políticas de salud en el ámbito local).
- Los servicios que brindan las mujeres tienen una menor remuneración por calificación y, en el caso de plazas de igual calificación, perciben salarios inferiores que los varones por sus servicios. La propia identidad femenina, conformada en la "vocación de servicios", resulta una trampa para poner precio a sus prestaciones, resultando sus servicios peor remunerados, aun cuando ellas son las que ajustan sus tarifas.
- Las afecciones asociadas con la prestación en salud mental afectan mayormente a las mujeres. Con frecuencia sufren mayor estrés y/o síndrome de Burnout,⁷ por el grado de compromiso y de energía emocional que emplean en la solución de conflictos de "los otros".
- Existe poca representatividad femenina en los puestos de decisión en los sistemas de salud en los diferentes niveles, a pesar de la alta feminización del sector,

⁷ También conocido como síndrome de desgaste profesional, se ha descrito como un estado de decaimiento físico, emocional y mental, caracterizado por cansancio, sentimientos de desamparo, desesperanza, vacío emocional y actitudes negativas hacia el trabajo, la vida y la gente, incluye baja autoestima, sentimientos de inferioridad, ineficacia e incompetencia. Se presenta con frecuencia entre las profesionales de la salud mental y entre las que prestan servicios a mujeres víctimas de violencia.

lo que limita que en el diagnóstico de prioridades, la elaboración de programas, la formulación de políticas y en la asignación y planificación de los recursos en salud mental estén representadas las necesidades de las mujeres; esto se refleja en la ausencia de decisiones que interesen los ámbitos de la vida cotidiana.

Desde la posición de cuidado a la salud, "las mujeres son las principales proveedoras de atención dentro de la familia.. resultando las más afectadas por el aumento o reducción de los servicios públicos". En este aspecto quisiera destacar el trabajo que implica los cuidados de los enfermos mentales y por qué las mujeres cuidadoras se constituyen en un grupo vulnerable en salud mental. Algunas de las tareas que se transfieren a la familia y especialmente a las mujeres son el cuidado por el cumplimiento de la prescripción, el suministro de los fármacos indicados, los cuidados del aseo -pérdida y/o deterioro de hábitos higiénicos en algunas de las enfermedades mentales-, la vigilancia en casos de riesgo suicida e ingestión de sustancias tóxicas, la provisión de tabaco, la vigilancia frente a cuadros de excitación, la preparación de alimentos, la higiene de ropas -en personas con escaso validismo como los retrasados mentales, enfermos/as de Alzheimer y otros-. Asimismo, el pasaje de la hospitalización en instituciones de larga estadía a la atención ambulatoria significa reconocidos en los tiempos, proyectos, empleo, espacios en el hogar que inciden más negativamente en aquellas familias de bajos ingresos y, en particular, en los hogares donde las mujeres son jefas de hogar. Las cuidadoras son altamente vulnerables en cuanto a la salud mental

por el desgaste que implica la atención a portadores/as de patologías con un alto deterioro cognitivo.

Los procesos de reforma de las políticas de salud inscritos en la reorganización del Estado, vigentes hoy en muchos países, han tenido en la práctica un impacto negativo en el derecho a la salud concebido como derecho universal de las personas. A pesar de que el propósito sería favorecer la equidad de las prestaciones de salud y la eficiencia en la gestión de los servicios, en la práctica esto no ha ocurrido así, siendo las mujeres, en especial las que pertenecen a los sectores más pobres, las más afectadas por las políticas en curso que no estarían incorporando el necesario enfoque en la equidad de género. Asimismo, considerando la actual crisis de los servicios públicos de salud, el papel de las mujeres como tradicionales e históricas encargadas de la salud familiar se ha visto gravemente recargado, lo que impacta en su propia salud y bienestar e incide en una menor atención a sus problemas de salud sexual y reproductiva,⁸ aunque no sólo en dichos campos, ya que las sobrecargas a las que están sometidas las afectan integralmente, de ahí la importancia de redimensionar la salud mental en el campo de la salud pública.

⁸ Adriana Gómez. "Salud sexual y reproductiva. Del concepto a la práctica", en *Revista Mujer Salud*, núm. 1, separata 2, 2000, p. 7.

**Una reflexión anclada en la
práctica en la Atención Primaria
de Salud**

Llegado este punto, me gustaría compartir algunas reflexiones sobre las prácticas de

salud mental en la Atención Primaria de Salud. Aun cuando los sistemas nacionales de salud incluyen en sus políticas la salud mental y los programas dirigidos a la prevención y atención a los problemas de salud mental

—como es el caso de Cuba—, la práctica en la Atención Primaria de Salud requiere por parte de los prestadores de los servicios de salud mental:

1. Una visión preventiva social que posibilite la identificación de necesidades de salud.
2. Una práctica de coparticipación y coacción que potencie la participación de los diferentes actores sociales, tanto en la identificación de necesidades como en la gestión de intervención y solución de las necesidades y problemas de salud.
3. El abandono del rol omnipotente que tradicionalmente ha distinguido la formación académica biologicista.
4. La incorporación de los determinantes sociales en el análisis de los procesos de salud-enfermedad.
5. La incorporación del género como categoría explicativa y de análisis para la comprensión de la multicausalidad de los procesos que intervienen en el mantenimiento o no de la salud de las mujeres y, en particular, de su salud mental.

Necesidades especiales de atención en salud mental

Para fundamentar la existencia de necesidades especiales de las mujeres, se requiere una necesaria disgresión que permita la caracterización de las necesidades de salud y las necesidades de género. Caroline O. N. Moser plantea que

un interés definido como preocupación priorizada se traduce en una necesidad. Los intereses de género son aquellos que las mujeres (o para el caso los hombres) pueden desa-

rollar en virtud de su posición social a través de sus atributos de género. Los intereses de género pueden ser tanto estratégicos como prácticos, derivándose cada uno de una manera diferente y comprendiendo cada uno distintas implicaciones para la subjetividad de las mujeres. Las necesidades estratégicas de género son las que las mujeres identifican en virtud de su posición subordinada a los hombres en su sociedad.. se relacionan con las divisiones del trabajo, del poder y del control por género. Las necesidades prácticas de género son las necesidades que las mujeres identifican en virtud de sus roles socialmente aceptados por la sociedad.. son una respuesta a la necesidad percibida inmediata, identificada dentro de un contexto específico.⁹

⁹ C. Moser. *Planificación de género y desarrollo. Teoría, práctica & capacitación*, Entre mujeres/Elena Tristán, Lima, 1995.

¹⁰ Estas definiciones operativas están relacionadas con el trabajo que desarrollamos en el Centro Interdisciplinario de Salud de Mariano, en el proyecto "Mujer y vida cotidiana".

Para operar en la práctica,¹⁰ definimos las necesidades comunitarias de salud mental como todas aquellas situaciones que requieren atención inmediata y/o mediata para mejorar las condiciones de vida y/o la percepción de bienestar de las personas involucradas. Cuando las situaciones conflictivas son identificadas por los miembros de la comunidad, se denominan necesidades sentidas; pero en otras tantas no existe una percepción clara de las situaciones que generan malestar, por lo que los involucrados necesitan sensibilizarse para su identificación; a estas necesidades se les denominan reales.

En cuanto a las necesidades de género, consideramos que siempre van a requerir una sensibilización y/o conciencia de género en quienes partici-

pan en la experiencia de identificación y/o diagnóstico de las necesidades de salud mental.

Las necesidades prácticas de género son aquellas que guardan relación con los llamados roles de género, actuaciones asignadas socioculturalmente a mujeres y varones y que han sido asumidas durante el proceso de socialización.

Las necesidades estratégicas son aquellas que se vinculan al espacio intersubjetivo de las relaciones de género y, por ende, al ejercicio de poder—quién, cómo, dónde y para qué decide—. Las respuestas a estas interrogantes permiten delinear los campos de ejercicios de poder y de control de los recursos, así como visualizar las posiciones que ocupan las mujeres y los varones en los diferentes espacios donde interactúan.

Las necesidades de género coexisten; sin embargo, las alternativas de solución a los malestares que ambas provocan requieren tiempos e intervenciones en diferentes espacios. A menudo, estas necesidades no son identificadas como generadoras de malestares y conflictos, por lo que se necesita sensibilización e intervenciones que integren el género para que sea posible develar el impacto que la organización social de género tiene en la vida cotidiana y en la salud mental de las personas.

El enfoque de necesidades en salud y necesidades de género permite abordajes particularizados que dan respuesta a las necesidades de salud mental locales y de las poblaciones que las habitan. Veamos la importancia de esta cuestión con la observación del caso Cuba.

En nuestro país, en los años ochenta se inició un proceso de reordenamiento de la atención a la salud mental, dimensionándose la atención comunitaria de los problemas de salud; desde entonces se han ido im-

plantando un conjunto de programas dirigidos a la prevención de las conductas suicidas, los trastornos asociados con el alcohol, la atención a la violencia y, por último, la prevención y atención a las adicciones a drogas. Estos programas son el resultado de una política que integra la salud mental como parte indivisible de la salud integral y como un derecho a la salud de todos los ciudadanos del país.

No obstante, los programas a los que hacemos referencia y que responden a una política macro de atención a los problemas de salud y sociales no pueden integrar la amplísima gama de situaciones que generan malestar psíquico ni las diferencias con que los sujetos, mujeres y hombres, viven su cotidianidad desde una construcción cultural que los coloca en lugares diferentes de actuación y en posiciones diferentes de ejercicio de poder y, por tanto, condiciona una morbilidad y una mortalidad diferente y con ello una percepción diferente de la salud mental y una posición también diferente para el autocuidado y cuidado de la misma en los diferentes espacios sociales –familia y comunidad–.

De ahí que incorporar al diagnóstico y análisis de la situación de salud mental las necesidades de género y de salud, permite que las personas incidan en las prácticas y políticas que dan respuesta a las mismas en el ámbito local, así como desarrollar y monitorear acciones para la promoción y prevención de enfermedades y, lo que resulta importante, la rehabilitación de las que han resultado afectadas.

Existen múltiples metodologías para la identificación de las necesidades y la realización de diagnósticos de salud, por lo que no consideramos necesario detenernos en este aspecto, pero sí de manera muy puntual quisiera citar algunos indicadores que pueden servir como diagnósticos

de la situación de salud y de riesgo para las mujeres, los que requieren de intervenciones sensibles al género y de una desagregación por sexo de la información:

- Número de familias disfuncionales y el grado de disfuncionalidad.
- Hogares con jefatura femenina y el número de personas que lo integran.
- Nivel de ingreso.
- La población beneficiaria por ciclo de vida y por grupos de edades de intervalos cortos –importante para el enfoque de necesidades, por ejemplo, la adolescencia es un periodo de tiempo muy largo representado por personas que tienen edades que oscilan de los diez hasta los 19 años, resulta comprensible entonces que las diferencias que se dan al interior de este grupo poblacional sean muy marcadas, de ahí la importancia de una división más acorde con el desarrollo psicoemocional, sexual y social dentro de este grupo poblacional; igual sucede con las mujeres de edad mediana o la población de mujeres de la tercera edad–.
- Indicadores asociados a la salud sexual y reproductiva.
- Indicadores de desempeño de tareas en los diferentes espacios de actuación, cuidado y atención a la salud mental, familiar y comunitaria.
- Indicadores de demanda, morbilidad mental y morbilidad asociada.
- Indicadores de calidad de la demanda.
- Indicadores de consumo de fármacos y tiempo de consumo.
- Indicadores de ingestión de sustancias lícitas e ilícitas.
- Indicadores de conductas suicidas en la familia y de muerte por suicidio.
- Indicadores de síntomas y signos asociados a la violencia.

- Indicadores de funcionamiento de los servicios de salud y de la planificación de los mismos.
- Indicadores de recursos comunitarios para la gestión en salud mental.

Estos indicadores son algunos de los que permiten la identificación de la situación de salud, tanto en términos de estado de salud mental de la población femenina como de las posibilidades de recibir una atención a los problemas de salud mental que se identifiquen. Claro que cualquiera que sean los indicadores que se utilicen, se requiere la participación de los diferentes actores sociales y en especial de las mujeres en la identificación y búsqueda de soluciones a las necesidades identificadas.

En nuestra experiencia, las mujeres tienen necesidades especiales de orientación y atención relacionadas con:

- Los *roles reproductivos* que desempeñan, buscan en consulta las vías para perfeccionar la actuación de los mismos y ganar en la aceptación de los usuarios de dichos servicios. Nuestra práctica siempre ha estado dirigida a sembrar la semilla de la *duda razonable*, en cuanto a la pertinencia de dicho perfeccionamiento y/o la conveniencia de buscar alternativas para la aceptación del ejercicio de dichos roles desde una calificación diferente, colocar límites a partir de una visión de autocuidado y buscar alternativas para mejorar la percepción que las mismas tienen del desempeño (la cifra de mujeres que demandan atención por conflictos con los hijos y la pareja es más de la mitad de la población que atendemos). Los roles de cuidadoras, en especial en las mujeres de edad mediana extendida a la primera etapa de la tercera edad, son

¹¹ Durante la década de los noventa, nuestro país sufrió una severa crisis económica conocida como Período Especial que produjo serios estragos en los servicios que antes disfrutaban las mujeres y en las instituciones que brindaban atención a los ancianos: Hogares de Ancianos. Desde 1995 se ha venido produciendo un sostenido crecimiento económico que ha ido permitiendo la recuperación de los servicios sensibles a las mujeres como los de lavado, secado de ropa, planchado y otros que siempre se han brindado comunitariamente; de igual forma ha ido creciendo el número de Casas de Abuelos para la atención de las personas de la tercera edad, pero estos servicios aún resultan insuficientes dada el envejecimiento de la población.

fuelle de malestar psíquico por agotamiento físico y psíquico, depresión, ausencia y/o disminución del deseo sexual y trastornos de sueño, a lo que se unen otras dolencias físicas (cuidado de padres ancianos y de nietos —extensión de la maternidad—) agravadas por una limitada red de apoyo social.¹¹

□ La *responsabilidad por el cuidado de los afectos* se constituye en sujeción a vínculos generadores de violencia intrafamiliar y de género. Las mujeres tienen dificultades para identificar en su vida cotidiana la violencia psicológica de la que son víctimas. El proceso para la toma

de conciencia requiere sensibilidad de género, para hurgar y develar en las historias de vida aquellas situaciones que permitan la toma de conciencia y la toma de decisión por las mujeres.

□ Los *patrones sociales de belleza asociados a la juventud* inciden en la percepción que se tiene del cuerpo sexuado y el grado de aceptación del mismo. No tenemos experiencia en el tratamiento de desórdenes alimentarios, a pesar de una práctica sin interrupción de más de 20 años en la Atención Primaria de Salud. Sin embargo, la presión que dichos modelos tienen en las mujeres las lleva a descalificar su cuerpo y el disfrute de su sexualidad. El aumento de peso, la pérdida de la juventud y la baja autoestima son algunas de las quejas que acompañan la falta de deseo sexual, los desencuentros de pareja y la anorgasmia que tratamos en nuestras consultas. Existe un fenómeno nuevo, asociado al incremento de turismo extranjero en la década de los noventa, la presencia y movilidad de un escaso número de mujeres jóve-

nes en los espacios turísticos dedicadas al comercio del cuerpo y de favores sexuales; ellas han asimilado patrones de belleza también importados –la Barbie– sin una cultura de alimentación ni de práctica de ejercicios físicos que respalden este modelo; esto requiere ser investigado para documentar el impacto de estas nuevas conductas en la salud mental de las jóvenes dedicadas al trabajo sexual.

- Los *sentimientos de pérdida, los duelos*, conectan con una socialización femenina y una identidad conectada con *el cuidado de los otros y en el servicio a los demás*. El alejamiento, la separación y la muerte son vividas como fracaso, incapacidad *para comenzar de nuevo*, dolor, depresión y angustia. Éste es el caso de muchas mujeres que vivencian la soledad como insostenible, una vez que se han separado o han muerto sus parejas. En aquellas que sus hijos y esposos han abandonado el país para residir en el exterior de forma permanente, se generan incertidumbre e inseguridad con relación al reencuentro.
- La *doble jornada de trabajo y la gerencia del hogar*; nos habíamos referido a los roles reproductivos y en esta oportunidad vamos a colocar la mirada en la combinación de roles y la administración de los recursos del hogar. Durante los años del período especial, la doble jornada se ha visto agravada por carencias de los recursos que se utilizan en el hogar, el transporte, el combustible para el fluido eléctrico y otras; esto ha reclamado de las mujeres una mayor entrega, un mayor esfuerzo y una mayor creatividad para la gerencia del hogar y con ello se ha acompañado de nuevas cuotas de malestar ligado a los roles reproductivos.

Muchas y diversas son las razones que permiten el análisis de las necesidades específicas de las mujeres en el tema de la salud mental, en particular si se cruzan con otras variables como identidad y subjetividad.

Comentarios finales

Firmeramente creo que la Atención Primaria de Salud y la comunidad son pilares fundamentales en el cuidado y atención de los problemas de salud mental, pero no son los únicos, sobre todo si consideramos la salud como una construcción donde intervienen factores de diverso orden y en diferentes niveles de actuación.

La salud mental de las mujeres requiere visualizarse desde diferentes aristas:

1. El estado de salud (el grado de bienestar que brindan las sociedades, la educación, la seguridad, el empleo, las remuneraciones acordes con su trabajo, las oportunidades para el crecimiento como sujetos sociales, el ejercicio de ciudadanía y de participación, las redes sociales y la percepción que las mismas tienen de lo antedicho, que se traduce en bienestar, capacidad de transformar y calidad de vida).
2. La atención a la salud-planificación, acceso y prestación de servicios que protejan la salud mental con justicia, respeto por la autonomía y por la calidad de vida de las mujeres.

Tal complejidad sólo puede lograrse en la confluencia de políticas públicas con perspectiva de género; políticas dirigidas a visualizar la salud como un bien público, no como mercancía y la salud mental de las mujeres como un derecho humano de las mujeres; políticas, estrategias y ac-

ciones que den respuesta a necesidades específicas; recursos humanos formados en la visión de que la medicina es una ciencia social y que se requiere de todos y todas para el logro de la salud; redistribución de los recursos que garantizan la atención a los problemas de salud de las mujeres y las investigaciones en el campo y, por último, plataformas de promoción y prevención en salud mental dirigidas a la población en general.

Mientras que este estado ideal no se presente, se hace necesario nuestra contribución para que las mujeres tomen conciencia de la necesidad de su toma de poder en las cuestiones que atañen a su vida cotidiana y su salud mental.