

Edición N° 54 - junio 2009

Género y enfermedad mental

Por Roxana Graciela Rojas Ortiz

Licenciada en trabajo social, actualmente residente de tercer año de la residencia Interdisciplinaria de Salud Mental, en el hospital Neuropsiquiátrico El Sauce, Mendoza, Argentina

Ella mueve sus brazos buscando, buscando lo que otros no ven, escuchando y respondiendo lo que otros no escuchan ni responden, ella busca y pide que la ayuden a encontrar, a sacar aquello que ve en el piso de la sala, ella pide que comprendan su angustia, que entiendan lo que sucede.

Introducción

De la observación de las mujeres internadas en el hospital psiquiátrico El Sauce de la provincia de Mendoza, surge la inquietud acerca de cómo observan el mundo, cómo se ven a sí mismas y, principalmente, cuál es la vivencia que tiene la mujer al atravesar las puertas de una institución psiquiátrica, así como también, qué pasa con el contexto que la rodea, el cual queda puertas afuera.

Para esta reflexión se parte de considerar y vincular tres términos: género, subjetividad y el binomio salud–enfermedad. Se toma la conformación de lo que se puede denominar ‘ciclo’, el cual comienza con los primeros síntomas de una enfermedad hasta la remisión de la sintomatología, conjuntamente con el fortalecimiento de los aspectos sanos y recuperados de la mujer.

La idea principal es mostrar cuáles son las expectativas de género planteadas culturalmente y analizar cómo influyen esas expectativas en la lectura de la enfermedad mental, así como también observar las prácticas realizadas por los equipos interdisciplinarios, particularmente por el área de trabajo social, en función del ciclo marcado en el párrafo anterior.

En torno a lo expuesto, aparecen preguntas referidas a: ¿Cómo es tratada la mujer?, ¿cómo está incapacitada?, ¿cómo son los sujetos plausibles de protección?, ¿se escucha y se trabaja realmente con la singularidad de cada mujer con sus propias formas de construir de estar y ser en el mundo, o los profesionales la observamos solo en función de nuestras propias concepciones? El tema propuesto también se basa en la observación de los profesionales que trabajan con la mujer que presenta sintomatología psiquiátrica; al respecto, las inquietudes pasan por saber cuáles son los prejuicios a los que se enfrentan cuando trabajan con mujeres, considerando que los mismos son propios de una socialización de género particular.

Este trabajo intenta ser una forma de comenzar a rescatar la identidad de género y las pautas de socialización para lograr la modificación, aunque sea mínima, de aquellos factores estresantes para la mujer y el fortalecimiento de aquellos que contribuyen a la salud. La intención es que los equipos tratantes se aproximen a una nueva lectura de la mujer que se encuentra internada, rescatando la observación, el discurso, la propia historia y la socialización, las cuales brindan las pautas para una mejor acción profesional.

En cuanto a la metodología usada para el desarrollo de este artículo, se hace una revisión bibliográfica articulada de una lectura crítica sobre la acción profesional llevada a cabo con mujeres internadas que padecen alguna enfermedad psiquiátrica.

Los profesionales son testigos de la angustia, el miedo, las culpas y las fortalezas, que son elementos activos del proceso que va desde una crisis hasta la recuperación y fortalecimiento

de los aspectos sanos de la mujer, y que pueden influir en el contexto y en las reacciones que el mismo tiene frente a la internación, además del hecho de ver a la mujer –la que histórica y culturalmente se ha considerado sostén del hogar, fuente de afectividad y dadora de cuidados tanto a niños como a hombres– en medio de lo que puede constituirse en una fisura en la historia familiar y, por supuesto, en la historia particular, fisura que por lo tanto se traslada a la subjetividad y a la identidad.

Lo planteado, más allá de considerarse como interrogantes, pueden ser aquellos aspectos que marquen la dirección de nuestra acción, la que sin duda puede marcar la vida de la paciente dentro y fuera del hospital

Conceptos Generales

Partimos de indicar, según lo referido por la OMS, que la forma de enfermar y de manifestar una enfermedad por parte de la mujer es diferente a la del hombre. Esto puede fundamentarse en que desde el nacimiento, más aún, antes del mismo, los seres humanos somos marcados por una socialización de género diferencial según el sexo biológico, lo que deja una impronta en la forma de ser, en la de relacionarse, percibir y de estar en el mundo.

Para una mejor comprensión de la propuesta, se definen los términos con los cuales se trabaja en este artículo: Género, socialización de género, subjetividad y el binomio salud-enfermedad. Se define ‘género’ como «la red de creencias, aptitudes, normas, conductas y actividades que diferencian a hombres y mujeres, siendo esta diferencia producto de un proceso sociohistórico de construcción social» **-1-**; y ‘socialización de género’, como un «proceso que comienza desde el nacimiento, el cual se encuentra inmerso en la vida cotidiana que implica una diferencia en el tratamiento de niñas y niños, considerando aquellas propiedades atribuidas a la mujer y al varón».

Esto se relaciona con la ‘noción de subjetividad’, la cual es definida por la antropóloga mexicana Marcela Lagarde como «la particular concepción del mundo y de la vida del sujeto, está *constituida* por un conjunto de normas, valores, creencias, lenguajes y formas de aprender el mundo consciente e inconsciente. Se *estructura* a partir del lugar que ocupa el sujeto en la sociedad y se organiza en torno a las formas de percibir, sentir, racionalizar y accionar sobre la realidad. Se *expresa* en comportamientos actitudes y acciones del sujeto en su existir y se construye en los procesos vitales del sujeto, en el cumplimiento de su ser social en el marco histórico de su cultura. Es la elaboración única que hace el sujeto de su experiencia vital» **-2-**.

Con respecto al binomio salud-enfermedad se considera lo expuesto por Pichón Reviere, que relaciona la salud mental con «la capacidad de un sujeto de aprehender la realidad desde una perspectiva integradora (...) con capacidad para transformarla, modificándose a su vez el mismo» **-3-**.

Se la define también como un proceso dinámico influenciado por múltiples factores (biológicos, psicológicos y sociales) por lo que se debe tratar de analizar y abordar la salud mental de hombres y mujeres de distinta manera, no solo por las diferentes características biológicas, sino porque ambos desempeñan disímiles roles en diversos espacios y tienen estilos y responsabilidades diferentes, según lo consignado para cada sexo a lo largo de la historia.

La mental, en términos generales, es considerada como una alteración de los procesos cognitivos y afectivos del desarrollo, considerado como anormal lo que determine el grupo social de referencia del cual proviene el individuo. Se manifiesta en trastornos del razonamiento, del comportamiento, de la facultad de reconocer la realidad y de adaptarse a las condiciones de la vida.

Definidos los términos principales, y volviendo al tema planteado, aparecen preguntas referidas a lo que ocurre con la mujer que ha construido su subjetividad con base, por ejemplo, en una maternidad ideal o a ser y estar para otros cuando presenta, en algún momento de su ciclo vital, síntomas de una enfermedad mental que alteran su vida cotidiana: ¿Cómo se vincula su historia personal con la enfermedad?, ¿qué dice la mujer acerca de cómo experimenta esta nueva

situación?, ¿cómo fue el antes de la internación?, ¿qué pasa durante y después de ella?

A continuación se marcará la relación existente entre género, (considerando la subjetividad) y enfermedad mental, a fin de establecer el marco general de relaciones que permite la lectura de lo observado en la internación de las mujeres en un hospital psiquiátrico.

Salud mental, género y subjetividad

El proceso de salud-enfermedad mental, vinculado a la subjetividad, implica el estudio o análisis de la forma de enfermar de la mujer y cómo un trastorno psiquiátrico la afecta. La comprensión de este proceso así como la subjetividad se explican en función de considerar las pautas históricas, culturales y sociales de un lugar determinado que influyen en la forma de ser y de percibir el mundo por parte de la mujer. Se puede considerar que los trastornos psiquiátricos, como la subjetividad, configuran un sistema particular de normas y creencias, anudadas a comportamientos, actitudes y acciones que el sujeto realiza y que son esperadas por su entorno familiar y por la sociedad en general.

Se observa entonces que existe una construcción de la subjetividad femenina establecida en torno a un determinado contexto, así como también una construcción en función de la salud y de los trastornos psiquiátricos de semejantes características. El medio socio cultural delimita el proceso salud-enfermedad, lo que se espera y lo que no, y marca para la subjetividad lo que «debe hacer» una mujer para ser considerada como tal. Por ejemplo, establece el ser «buena madre, esposa, ama de casa y trabajadora» y marca qué actitudes no debe tomar para no ser considerada «loca»; en este caso, no debe manifestarse agresiva, irritable, intolerante ni poco afectiva, entre otras cosas.

Se infiere, según lo expuesto, que la cultura, sumada a la trayectoria familiar e individual, influye en la forma de ser y en las conductas de la mujer, la que se ve ligada, generalmente, al cumplimiento de la función materna (diversos autores vinculan la construcción de la subjetividad de la mujer en torno a la maternidad y lo que ello implica), la afectividad y a una determinada lectura que debe hacer sobre la sexualidad, el trabajo, el mundo público y el privado.

En función de lo mencionado, la subjetividad de la mujer es la particular e individual concepción del mundo y de la vida que cada una elabora a partir de su condición genérica, de las adscripciones socioculturales que la cruzan; surge del resultado de ciertas nociones, juicios y prácticas sociales de carácter históricas internalizadas, así como también de su propia trayectoria inserta en los aspectos mencionados. La mujer sintetiza elementos de diversas concepciones del mundo que constituyen su situación vital específica y que hacen que devenga en sujeto social. Destacamos, considerando la definición propuesta, cómo a lo largo de la historia la forma de ser en el mundo y de verse a sí misma de la mujer ha estado cruzada por la visión que parte del hombre, o, mejor dicho, que parte del poder religioso o político que detentaba el hombre. La forma en que la mujer se considera y la forma en que construye la realidad para poder ser aceptada en la misma fue marcada históricamente a partir de lo que otros piensan, dicen y necesita de ella. Tema que implica un análisis exhaustivo y detallado.

Subjetividad femenina y enfermedad mental

Indicada la relación entre el proceso salud-enfermedad y subjetividad, se considera en este trabajo lo que puede sucederle a la mujer que pasa por una internación psiquiátrica, dada la presentación de síntomas que hacen presumible una patología mental.

Como eje articulador de este apartado, se considera la pregunta en torno a cómo se transforma la subjetividad femenina a partir de la presencia de la enfermedad mental, y cómo hace una mujer para adaptarse a las múltiples exigencias sociales y familiares, rescatando y fortaleciendo la salud. La articulación se realiza a través de una lectura circunscripta a la salud-

enfermedad mental de mujeres que pasan por una internación. Se puede pensar así que la subjetividad de la mujer, previa a la aparición de una enfermedad, se transforma o modifica con ella, y más cuando atraviesa una internación, dado que la forma de actuar y de verse a sí misma cambia, por lo que cambia el contexto que la rodea y con el cual se relaciona.

En función de lo planteado, se considera que la aparición de un trastorno psiquiátrico y la internación en un hospital de salud mental implican una modificación en la vida cotidiana de una persona, alteración que podría tener el matiz de «impacto o fisura» biográfica. También puede ocurrir que sea parte de una continuidad esperable dada por la socialización singular de cada mujer (en los casos donde la mujer busca la internación, dado que la misma se transforma en parte de la dinámica familiar). Se produce una transformación en la subjetividad de las mujeres, quienes perciben, viven y manifiestan de manera diferente y particular la enfermedad y salud, dada por las condiciones y pautas propias a la construcción de su identidad genérica, construcción marcada por una cultura patriarcal y rígida en cuanto al papel a ocupar por la mujer, más allá de que ha ido cambiando paulatinamente a través del tiempo.

El Institut Municipal de Salut Pública de Barcelona indica que «las principales desigualdades en la salud mental de las mujeres se debe a los riesgos diferenciales adquiridos, derivados de roles, estilos de vida y prácticas cotidianas establecidas según el género» **-4-**. Esto se vincula con una socialización de género histórica, relacionado con la evolución de la concepción de la mujer, lo que conforma el contexto general donde se desarrolla la historia particular y singular de cada una, siendo éste el entorno donde se constituye el encuadre de una internación y la significación particular que la misma adquiere.

La perspectiva de género (en relación a la noción de subjetividad y a la socialización) en salud, en el caso del estudio de la internación psiquiátrica, implica un análisis dirigido a contextualizar la influencia de los factores sociales que conforman la subjetividad diferencial entre hombres y mujeres y, por lo tanto, los modos de vivir, enfermar y recuperarse.

En la bibliografía general sobre género y salud consultada para este trabajo se encuentran citados aquellos factores que inciden en el «malestar de las mujeres» **-5-** o factores que pueden desencadenar trastornos psiquiátricos en la misma. Desde este punto de vista se parte para inferir las modificaciones que podrían producirse antes, durante y después de una internación, dado que no solo cambia ella, en cuanto a la elaboración única de su experiencia vital, sino el contexto que la rodea (por ejemplo, la familia), el cual modifica su forma de percibirla y la forma de enlazar la recuperación de la mujer con las expectativas, exigencias y requerimientos que sostienen su identidad de género.

Una mirada a las pacientes del Hospital El Sauce

Se considera a los fines únicamente operativos, y en función de sistematizar el estudio de mujeres con sintomatología psiquiátrica, la existencia de un *ciclo* conformado por *tres periodos*, entre los que encontramos el de **pre internación**, con dos *fases*: una marcada por el comienzo de la sintomatología y otra de acentuación de la primera. La culminación de este periodo puede ser la **internación propiamente dicha**, que es el segundo periodo, el cual presenta, una fase crítica o aguda (al momento del ingreso), una fase de recuperación paulatina y la final de pre -alta (cuando la paciente se encuentra compensada pero se continúa trabajando sobre su estabilidad y con el contexto en función del regreso a su vida cotidiana); como tercer y último periodo consideramos el de **pos internación**, que presenta como eje la lectura de las expectativas y ansiedades propias del reintegro de la mujer a su ámbito cotidiano.

Los periodos considerados (pre-internación, internación propiamente dicha y pos internación) se vinculan con la noción de subjetividad y las temáticas que atañen a la mujer, como son la maternidad, la sexualidad y la cotidianeidad de la vida doméstica y extradoméstica,

no por una cuestión azarosa, sino por ser construcciones que se repiten socio-histórica y culturalmente.

Periodo de pre internación

La aparición de los primeros síntomas da inicio a la primera fase, siendo la segunda el punto que deriva en la internación. Se puede observar que la subjetividad de la mujer en este momento se encuentra construida con relación en parámetros vinculados a su vida cotidiana dentro de dos ámbitos: el **público** y el **privado**.

El **ámbito privado** es donde las exigencias que presenta la mujer giran en torno a la realización de labores domésticas como la limpieza del hogar, la preparación de alimentos, el cuidado de la higiene y la salud del grupo familiar y personal, así como también todo lo correspondiente al rol y la función materna. Siendo estas actividades propias de una socialización de género que establece un papel construido, asignado e idealizado sociocultural e históricamente, el cual fomentan expectativas inalcanzables para este rol, como la abnegación, la entrega y el ser responsable del sostén afectivo, teniendo que reprimir obligadamente aquellos deseos hostiles, por no ser considerados maternos o femeninos.

En este ámbito, la mujer, desde niña, es educada para realizar el paso a paso de las labores domésticas y desempeñar su rol maternal, paralelo a la delimitación de la sexualidad hacia la esfera de la reproducción, con las excepciones que la modernidad ha impuesto, pero dependiendo mayormente del lugar social donde se encuentre la mujer y del capital cultural y social que posee.

Se ha podido observar que gran número de mujeres que presentan sintomatología psiquiátrica poseen una historia en lo privado marcada por hechos como el abuso sexual, la violencia intrafamiliar, la adicción de alguno de sus progenitores o el abandono a temprana edad, entre otros. Lo que se suma a problemas actuales como el aumento de responsabilidades económicas, la desintegración de la familia nuclear y la notable pérdida de las redes de apoyo social. Si bien no se intenta realizar un vínculo causal entre los hechos mencionados y el binomio salud-enfermedad mental, sí se intenta mostrar cómo confluyen estos elementos en la forma de ver, ser, actuar y estar de una mujer, y cómo marcan estos hechos la identidad, la forma de enfermar y la de recuperarse.

En cuanto al **ámbito público** (referido a la mujer que realiza un trabajo remunerado), se encuentra que su inclusión en el mundo laboral depende de la escolaridad alcanzada y del capital social **-6-** existente en esa mujer. Principalmente, las mujeres que son internadas en el hospital realizan actividades como labores domésticas o cuidado de niños, lo que puede implicar cierto aislamiento, bajos ingresos, carencia de beneficios y jornadas prolongadas, lo que se correlaciona con la baja escolaridad. También pueden ser profesionales que presentan factores estresantes como la problemática con la cual trabajan, los bajos ingresos y las exigencias de una doble jornada laboral. Al respecto, encontramos cómo las actividades laborales pueden constituirse, según la mujer y su historia, en un factor estresante o en un factor protector de psiquismo.

Sin embargo, aunque la mujer realice una actividad laboral (según los casos observados) los parámetros que ella y su familia pueden considerar como importantes, o donde observan la salud o la sintomatología psiquiátrica, son aquellos vinculados al ámbito doméstico o privado, tomando como eje la función y el rol materno como pauta de lo normativo esperado, dado que se aguarda que la mujer pueda cumplir con las funciones de cuidado, contención y acompañamiento del niño y la familia, así también que pueda realizar todas aquellas actividades concernientes al mantenimiento del hogar.

Cuando comienzan a presentarse los síntomas psiquiátricos, estos se evidencian en las dificultades para realizar (o en el incorrecto o nulo desempeño) aquello estipulado como pautas acordadas y propias de su género, observándose en mayor medida dentro del hogar los cambios

producidos por el proceso de una enfermedad psiquiátrica, ya que hay casos donde cambia la dinámica cotidiana, o puede ser que la dinámica sea caótica y se constituya en un factor desencadenante a tener en cuenta en el proceso.

Los síntomas, según lo referido por las pacientes, se van «adueñando» o «invadiendo» las esferas de su vida. Lo cotidiano puede tornarse amenazante o asfixiante apareciendo, al momento del ingreso, por ejemplo, frases por parte de la paciente como: «No podía hacer nada, las voces me dicen que hago todo mal», «todo me molesta, mis hijos, mi marido...», y de parte de familiares se escucha: «Descuida a los chicos», «no ordena la casa», «hace demasiada comida», «no tiene ganas de hacer nada»; es así que al afectar la sintomatología la voluntad, la afectividad o el criterio de realidad de la mujer, se ven afectadas dimensiones propias de lo esperable para el rol genérico de la misma. Las frases muestran en qué dimensiones la mujer y su entorno observan los síntomas. Esto marca aquellos aspectos propios de la identidad de género donde queda marcado el «no estar para otros» y el «no poder cuidar de otros».

En la mujer, los síntomas transforman el modo de percibir y actuar en el medio y en las relaciones más inmediatas (marido, hijos, familiares), cambiando la subjetividad; paralelamente a este proceso se produce una modificación en la forma de ser percibida por ese medio, el cual puede minimizar, amplificar o comprender lo que le sucede a la mujer y a ellos frente a esta situación, sin olvidar que este contexto puede actuar como detonante de la patología.

Por determinados hechos puntuales se puede reconstruir el punto de referencia de donde parten los primeros síntomas psiquiátricos y su anudamiento con lo cotidiano en la esfera privada. Si se considera al espacio social de la mujer dentro de lo doméstico como primordial, este podría ser el que permite la observación de la enfermedad, su evolución y el incremento de la sintomatología, como también aquellos aspectos conservados.

Una vez detectada la perturbación, la mujer puede demandar atención en forma voluntaria (si tiene noción de enfermedad) o, en caso contrario, puede ser internada por la familia, quien suele utilizar la vía judicial o policial.

Periodo de internación propiamente dicha

Es el periodo comprendido entre el ingreso y el alta hospitalaria. Presenta tres fases:

Primera fase . Crítica o aguda. Va desde el ingreso hasta que comienzan a remitir los síntomas. Durante esta fase podemos observar que la paciente se encuentra en lo que podemos denominar como «sensación de perplejidad» frente al cambio de su contexto. El hecho de estar internada en un hospital produce una transformación en la cotidianeidad, dado que pasa del ámbito del hogar, donde desarrolla gran parte de su experiencia vital, y del ámbito público, donde trabaja, al espacio cerrado de una institución con reglas, horarios y actividades diferentes a lo habitual.

La mujer, al presentar trastornos en la percepción, la memoria, la atención o el pensamiento (ya sea en su curso o contenido), ve alterado su proceso de integración adaptativa a la realidad, dado que se modifica su forma de percibir la realidad por los fenómenos que la invaden, lo que, sumado al cambio producido por la internación en un hospital de salud mental, da como resultado un aumento de la ansiedad, la exacerbación de la afectividad, mayor cantidad de molestias, sentimientos de tristeza e irritabilidad.

Esto puede vincularse a que culturalmente estas expresiones son más aceptables en las mujeres, lo cual puede relacionarse a exigencias sociales y culturales, lo que tiene su correlato con el aumento de la demanda de atención, al equipo profesional y que el mismo se vea muchas veces desbordado por ésta, en la mayoría de los casos. Aparecen también temores respecto a

perder los hijos o el trabajo de una forma más exacerbada en algunos casos presentados.

Se produce una transformación en la subjetividad de la mujer, dado que una persona organiza su conducta y accionar en función de su manera de percibir, racionalizar y sentir el medio en el cual se encuentra. Alterados estos aspectos, se modifica la forma de estar y ser en el mundo de la mujer. Si bien este proceso se inicia con la aparición de los primeros síntomas, en esta fase se produce lo que podemos denominar como el mayor cambio en la forma en que percibe su medio y en la forma en que es percibida por el contexto del cual proviene. La mujer puede sentirse amenazada por el equipo y su entorno, como el entorno también puede sentirse amenazado frente al replanteo de la situación familiar, dado que la vida privada queda expuesta frente al equipo tratante, quien suele cuestionarse hasta dónde debe investigar y conocer.

En este periodo da comienzo lo que denominamos «ciclo de acción profesional» -7-. Mayormente, la mujer internada presenta una trama conformada por pareja, hijos y familiares directos, la que se encuentra cruzada e influida por variables históricas culturales y sociales propias de la perspectiva de género, donde se suma el binomio salud-enfermedad mental. Esta trama debe ser, en lo posible, estudiada, dado que conforma la cotidianeidad y el espacio vital de la mujer, considerando además que esta red puede o no ayudar a la mujer en su recuperación.

Esto implica que las acciones planteadas por el equipo deben ser estratégicas, abarcadoras e integradoras, ya que deben tratar de cubrir variables distintas a las presentadas al trabajar con hombres debido a que la mujer, como se ha explicado, presenta una socialización diferente al ser culturalmente considerada como el «sostén afectivo y nutricio del hogar», esto marca de manera diferencial la forma de enfermar y manifestar la enfermedad, influyendo en la dinámica familiar, la que muchas veces ya se encontraba afectada, pudiendo también ser la enfermedad emergente de una situación familiar particular.

El equipo no solo evalúa la forma de ser, estar y relacionarse con su contexto (durante su fase de remisión de la sintomatología y pre alta), sino que puede evaluar previamente las pautas de género establecidas desde su contexto próximo hacia ella, tanto las que pueden llegar a interferir con su recuperación, como también aquellas que pueden colaborar con la misma.

Por lo mencionado, el equipo interdisciplinario debe mantener, además, una mirada sobre aquellas actitudes o exigencias que responden a la socialización particular de cada profesional involucrado, para disminuir la interferencia de la propia socialización con la de la paciente; esto ayuda al logro de una mirada más abarcadora desde la identidad genérica particular de la paciente.

En cuanto a la acción interdisciplinaria realizada por un equipo, en función de la perspectiva de género en esta fase, se encuentra la evaluación de las siguientes variables:

- El desempeño de actividades domésticas y extra domésticas, a fin de evaluar los factores protectores y los estresantes, considerando además las exigencias del medio en el cual se encuentra, para trabajar sobre la posible modificación de ellas.

- La pertenencia o no a una familia disfuncional -8- conjuntamente con el estudio de aquellos episodios que pudieron constituir un punto de inflexión en la historial vital y conformación de la identidad

- Evaluar la situación socioeconómica de la paciente, particularmente si se encuentra a cargo de la jefatura del hogar, o realiza la denominada doble jornada laboral.

Se trabaja en este periodo, principalmente, a través de entrevistas indirectas a familiares y a la paciente, esta última en la medida en que se encuentre en condiciones de poder hacerlo. Sin embargo, por medio de las entrevistas iniciales se pueden inferir las pautas situacionales donde se encuentra la mujer.

Segunda fase. Se toma a partir de que comienza a **remitir la sintomatología**

psiquiátrica. Desde este punto se puede descubrir la perspectiva de género en las construcciones sociales, vinculares y familiares, donde ha sido socializada y donde la mujer ha construido su rol e identidad, pero desde la visión y el relato de la propia mujer. Esto permite observar cuáles son los elementos constitutivos de la conducta según la singularidad de la experiencia vital de la paciente y cómo estos elementos se han constituido en factores estresantes para ella. Se pueden observar las variables históricas, sociales y familiares de género, entre otras, que estipulan la forma particular en que la mujer enfermó, cómo vive su enfermedad y la internación en la institución, así como también qué elementos puede tomar para fortalecer los aspectos sanos o recuperados luego de la fase de crisis.

Complementando lo expuesto en el párrafo anterior, se produce la reconstrucción de las pautas que conforman la estructura familiar de la paciente, con la identificación de aquellas que se han repetido generacionalmente, así como también la vivencia del ciclo vital individual y familiar, los hitos de la vida, conjuntamente con el impacto de los cambios económicos, sociales o políticos, que pudieran haberla afectado.

Se observa que con la remisión de los síntomas suele aparecer en la mujer el sentimiento de culpa y ansiedad frente a no poder cumplir con las funciones establecidas para ella en lo doméstico (principalmente la referida al cuidado de los hijos) y en lo extra doméstico -9- debido a la internación; aunque puede disminuir el temor de perder a sus hijos, y, si trabaja, el temor de perder su fuente de ingresos puede mantenerse (mayormente por el temor a la discriminación). Lo mencionado vuelve a vincularse a la socialización de género en torno al «ser» y «estar para otros», no solo en cuanto a ser considerada el pilar afectivo del hogar (inculcado por construcción cultural), sino por constituirse muchas veces como el único sostén de hogar (tomando en cuenta la situación económica actual y la precariedad de la inserción laboral); esto puede observarse en que las mujeres suelen ser más demandantes del alta que los hombres.

A nivel familiar puede resultar difícil comprender la remisión de la sintomatología, como también que el hecho de pasar por una institución psiquiátrica produce cambios en la forma de ser y estar de una mujer. Frente a estos cambios, el núcleo familiar puede actuar de tres maneras: Considerar a la mujer como discapacitada, que estará sujeta a cuidados y que no tiene capacidad de decisión. Otra conducta de la familia consiste en ver a la mujer como si nada hubiera ocurrido, lo que implica la necesidad de que vuelva a ocuparse de todas sus labores, sin tomar en cuenta los efectos de la medicación o del tiempo necesario para la remisión de la sintomatología. También hay núcleos familiares que pueden llegar a comprender los cambios producidos no solo en la mujer sino en el mismo grupo familiar, lo que muestra cierta plasticidad frente al cambio, siendo estos últimos una minoría de los casos observados.

Se suele contar mayormente con familias disfuncionales, por lo que el núcleo familiar suele estar tan enfermo como la paciente, dado que la familia en algún momento se constituyó en el terreno propicio para la emergencia de la enfermedad, aunque también en ella se encuentra la posibilidad de rescatar los aspectos saludables para el bienestar de la paciente.

La finalidad en esta fase del equipo profesional es observar cómo se puede y qué elementos existen para enlazar a la mujer que pasa por una internación psiquiátrica (en función de un conocimiento integral) a su vida cotidiana, preparándola para las exigencias socioculturales que pueden recaer en ella, pero ayudándola a relativizar esas exigencias con la revisión de su socialización histórica y con la incorporación de nuevas pautas que contribuyan a un desarrollo integral de su persona.

Durante la internación, propiamente dicha, es de utilidad la observación de valores, creencias, vivencias y conductas en función de variables propias de la mujer, como puede ser la particular forma de experimentar la maternidad, la sexualidad, la vida cotidiana, el mundo privado y público que pudieron haber producido la enfermedad psiquiátrica. Al respecto pueden considerarse variables como:

El ciclo vital de la mujer y de la familia, lo que permite una mirada abarcadora de su enfermedad mental y de las posibilidades de recuperación de aquellos aspectos involucrados en la misma, así como el fortalecimiento de los aspectos sanos. Se incluye el estudio de la salud reproductiva (menarquia, periodos menstruales, partos, abortos espontáneos o provocados y climaterios) desde la vivencia y concepción particular de la paciente, así como la síntesis y actuación de las construcciones culturales referidas a su ciclo reproductivo.

- El consumo de sustancias lícitas, ilícitas o fármacos, considerando también el tiempo de consumo, lo que motivó y qué le genera el mismo, y si se vincula o no con la variable anterior.

- Deben considerarse indicadores de síntomas y signos asociados con la violencia intrafamiliar histórica y actual, considerando la violencia de género y particularmente la vinculada a la mujer que presenta una patología psiquiátrica.

- Debe evaluarse la demanda de la mujer desde su singularidad y en función del medio con el cual interactúa. Principalmente si está en situaciones de conflicto.

La remisión de la sintomatología permite al equipo realizar entrevistas directas e indirectas, así como también en conjunto (paciente–familiares) para evaluar lo mencionado.

Tercera fase. Pre alta. Es cuando la paciente presenta una remisión general de su sintomatología, lo que le posibilita poder procesar las vivencias experimentadas antes y durante la internación en el hospital. Comienza a reconstruir la subjetividad previa a la internación, pero tomando en cuenta el cambio que pudieron producir la enfermedad y el paso por una institución psiquiátrica. Evalúa la forma de enlazarse nuevamente a su vida cotidiana, considerando los aspectos que atañen a los efectos de la enfermedad y del tratamiento y evaluando, además, el modo y la vivencia de su enfermar como también el modo, la vivencia y el actuar a partir de la salud.

En este periodo la familia suele presentar elevados montos de ansiedad, pues no puede comprender (o demora en hacerlo) este proceso que existe entre el fortalecimiento de los aspectos sanos y los que pueden haber sido afectados por la enfermedad, además de no tener la certeza de cómo actuar en consecuencia. El cambio en las pautas de vinculación familiar necesita tiempo para poder modificarse, por lo que en esta fase se plantea lo que ha ocurrido y lo que es esperable tanto en lo familiar como en la experiencia particular de la mujer.

En esta fase las entrevistas con la paciente y sus familiares son de importancia, ya que en este momento puede pautarse la revisión en conjunto de los modos de comunicación, entre otras cosas, además de poder acordar las pautas de tratamiento por las partes involucradas. Es el momento propicio para los acuerdos y las acciones frente a situaciones que desborden lo esperado por ambas partes, por ejemplo: acuerdos referidos al tratamiento, a las actividades a realizar y las precauciones, sin olvidar reforzar los aspectos saludables.

Son importantes, más que la fase anterior, las entrevistas en conjunto familiares-paciente para comenzar a trabajar con la ansiedad, el miedo y las vivencias de ambas partes, poniendo en el eje lo que se espera de la mujer y lo que está en condiciones de poder brindar, y por qué no lo que no está obligada a hacer.

Periodo de pos internación

El tercer periodo es el de pos internación: Éste puede resultar el más complejo tanto para la familia como para la paciente, debido a que ambas partes deben elaborar los cambios producidos en la forma de actuar, aprehender y comprender el medio. La paciente, ya en su espacio vital cotidiano, debe poner en práctica las pautas de su subjetividad modificadas ahora por la

internación, o por consecuencias del padecimiento psiquiátrico, rescatando y fortaleciendo aquellos aspectos de la socialización y vinculación que puedan resultarle protectores y tratando de trabajar o atenuar aquellos que se constituyen en estresantes.

Esta tarea implica el acompañamiento de los profesionales debido a que las exigencias del medio sociocultural (que a veces se ven suspendidas durante la internación) vuelven a establecerse a las mujeres; muchas de ellas descubren cómo la enfermedad ha afectado su voluntad o su afectividad, otras presentan mayores dificultades en lo que respecta al cumplimiento de su función y rol materno; la sociedad, el contexto y la familia suelen exigirle que cumpla con estas actividades, así como que se responsabilice por las labores domésticas, sin embargo, si la voluntad está afectada, la mujer presenta una ansiedad propia de los roles estereotipados de género que no puede afrontar como antes, principalmente en la esfera privada, sumado a que debe incorporar a su vida un tratamiento psico-farmacológico con todo lo que implica (controles, organización de medicación, reorganización de horarios, entre otros), por lo que se debe trabajar con la revisión y flexibilización de las autoexigencias de la mujer.

El ser, el sentir y el actuar de la mujer pueden llegar a oponerse a lo que se espera de ella, cayendo así no solo en el estigmatización que la considera una incapaz, sino en que, al ser colocada y definida desde este lugar, ella puede llegar a adquirir esta equivalencia, por lo que el paso por una institución puede marcar cómo será la identidad de una mujer, la que se ve exigida por su socialización genérica a pautas vinculadas al sostén de otros, cuando en realidad necesita ser sostenida.

La particular concepción del mundo y de la vida, si no se evalúan los aspectos saludables y no se elabora la forma particular de enfermar, así como también la recuperación y el trabajo sobre aquello perdido o sobre el deterioro, lleva a una particular forma de percibir el contexto, donde todo aquello que la mujer haga o piense sea visto solamente desde la enfermedad, quedando entrampada con el estereotipo de «loca», desvalorizándose su palabra, sus acciones y su identidad.

Según lo referido, en este momento el equipo profesional debe evaluar lo consensuado durante la internación, ayudando a reelaborar las ansiedades y las frustraciones frente a las expectativas. Entre las variables a analizar encontramos:

- La vivencia subjetiva de la mujer previa, durante y posterior a la internación en lo referido a normas, valores, actitudes y construcciones de género que la influyen, así como aquellas construcciones sociales referidas a la enfermedad mental que afectan y se complementan con la identidad genérica.

- Reincorporación a sus ámbitos cotidianos (privado y público) ayudando a elaborar, según lo planteado, aquellas exigencias propias a las expectativas de género, tratando de trabajar sobre su elaboración, además de colaborar para que disminuya la ansiedad que puede generar el miedo a volver estar internada o a volver a padecer la sintomatología, para lo cual debe ser instrumentada.

- Se debe trabajar con la identificación no solo en función del género, sino en relación al estigma que puede sentir la mujer por haber estado en una institución de salud mental internada, debido que al encontrarse en el medio suelen aparecer temores referidos a la discriminación.

La observación de las variables mencionadas, entre otras, a lo largo del ciclo, permite tener un panorama integral de la mujer, de su forma de enfermar y de su vinculación con las pautas genéricas de su construcción y las características del contexto al cual pertenece, considerando además los aspectos saludables y la internación. El estudio ayuda a una contextualización del trastorno psiquiátrico desde el género, partiendo desde este conocimiento para la recuperación.

Conclusión

A lo largo de este trabajo se desarrolló un panorama general de lo que puede ser y significar la enfermedad y una interacción en un hospital psiquiátrico para la mujer; se utilizaron, a modo de esquema general, diferentes periodos con sus respectivas fases, pero se debe tener en cuenta que no existen límites demarcados entre una fase y otra, como también que lo planteado dependerá de la enfermedad, del número de internación, de la edad y el grupo familiar, entre otras variables.

Se observa que la acción de los equipos interdisciplinarios que trabajan con mujeres suele verse desbordada por la demanda de la mujer y por la complejidad de la red familiar y social que conforman el contexto donde se encuentra, lo que puede inferirse de la práctica cotidiana durante el periodo de internación y pos-internación.

Es función del equipo interdisciplinario poder trabajar y flexibilizar estereotipos de género que son aplicados a la mujer y que son demandados por la familia, además de todo lo mencionado a lo largo de este capítulo, a fin de lograr una flexibilidad en las pretensiones, conjuntamente con una modificación de exigencias existentes antes de la aparición del trastorno psiquiátrico. Los profesionales deben trabajar con la mujer el paso que se dará de la institución a su vida cotidiana, y ayudar al entorno a reincorporarla desde un lugar diferente basado en la comprensión. Si bien lo postulado puede resultar difícil de lograr, es necesario comenzar con pequeñas relecturas de la socialización para permitir un cambio progresivo en favor del bienestar de la paciente y de su familia.

Además, también es campo de acción el trabajo con las pautas genéricas interpuestas, presentes y ejercidas por el contexto o la red donde se encuentra la mujer. Existe, en varios de los casos presentados, una red familiar que exige a la mujer –según las pautas culturales históricas propias de la familia– un rol y unas actividades en función de tal, que en muchas ocasiones la paciente –que se encuentra en recuperación, medicada o con ciertas áreas afectadas por la enfermedad– no puede realizar.

Se puede observar, también, cómo durante el proceso que va desde la pre internación a la pos internación las preguntas planteadas en torno a la mujer que presenta una enfermedad mental, el género y la acción profesional, van teniendo respuestas, aunque las mismas nunca pueden ser contundentes y definitivas, pues solo son aproximaciones a la realidad.

El preguntarnos, el comprender, el poder considerar otras variables, el ampliar nuestra visión, permite a los profesionales un análisis más abarcador e integral, donde la causalidad única no existe, donde cobra valor lo singular, la palabra, la observación, el decir y el vivir del otro con relación en su historia.

El evaluar la situación familiar desde la vivencia de la propia subjetividad permite a los profesionales una búsqueda de alternativas distintas y flexibles, a su vez que ayuda a no caer en querer imponer desde la propia socialización pautas de acción a la mujer y a su grupo familiar, sino trabajar desde los elementos existentes la recuperación.

La demanda de la mujer debe comprenderse en función de la socialización de su identidad, allí pueden estar las respuestas para su recuperación. Debe ser tratada en equipo para poder disminuir en equipo la ansiedad que muchas veces genera la demanda de la mujer.

Este trabajo requirió no solo la búsqueda de lecturas sobre el tema, demandó la conexión y el recuerdo de la experiencia de trabajar con mujeres con una conexión, una observación diferente; desde otro lugar, con otra mirada; cuando como profesional se comienza a incorporar esta visión, se logra establecer otro vínculo en la acción, vínculo sustentado en la escucha desde un lugar diferente. Así se comprende, desde ese lugar, el mundo de quien tenemos día a día frente a nosotros.

ÍNDICE BIBLIOGRÁFICO

- 1 - ALFONSO RODRIGUEZ, Ada Caridad. La salud mental de las mujeres; una propuesta para el debate. En Revista La Ventana, nº 16, año 2002.
- 2 - ALIZADE Miriam, SEELIG Beth. El techo de cristal. Editorial Lumen. Buenos Aires 2007.
- 3- BREILH Jaime. La salud-enfermedad mental como hecho social. En Reproducción Social y Salud de Betancourt Oscar. Editorial Universidad de Guadalajara.2000.
- 4- BURÍN Mabel, Estudios sobre la Subjetividad Femenina. Mujeres y salud mental. Centro Editor Latinoamericano. Buenos Aires 1987.
- 5- BURÍN Mabel. Género, Psicoanálisis y Subjetividad .Editorial Paidós Buenos Aires.1999.
- 6- BURIN Mabel e MELER Irene. Género y Familia. Editorial Paidos. Tercera edición. Buenos Aires.1998.
- 7- CARNOT, Edith, El libro de la joven. Ediciones Stvdivm. España 1970.
- 8- CHAVEZ. Magali Reyes. Rompiendo mitos de género. Colegio de Bachilleres del estado de Sinaloa. 2006.
- 9- CARAVEO ANDUAGA, Jorge y Cols. Psicopatología en familiares de tres generaciones. En revista Salud Publica en México. Vol. 47. Año 2005.
- 10- de OLIVEIRA, Orlandina. (Coordinadora). Trabajo, poder y sexualidad. Programa interdisciplinario de Estudios de la Mujer. D. R El Colegio de México.1991.
- 11- ESPINOZA Guadalupe. Genero, equidad y salud en el marco de los derechos humanos. Hacia una política de salud con enfoque de género. Instituto Nacional de la Mujer. 2007.
- 12- FIORINI GLOSER Leticia. Lo femenino y el pensamiento complejo. Lugar Editorial. Buenos Aires 2001.
- 13- FOUCAULT, Michel. El poder Psiquiátrico. Siglo XXI Editores. Buenos Aires. 2005.
- 14- FOUCAULT, Michel. Historia de la locura en la época clásica tomo I. Editorial Fondo de la Cultura Económica. Buenos Aires 1990.
- 15- FOUCAULT. Michel, Historia de la sexualidad. Tomos I, II y III. Siglo XXI Editores Buenos Aires. 2003
- 16- FUENTES CARRILLO, Martha. Proceso epidemiológico de las enfermedades mentales. Gacetilla de información genero
- 17- GIMTRAP. Las mujeres en la pobreza. Editorial El colegio de México.1997.
- 18- GRANADOS, José Arturo. Patrones de daño a la salud mental: Psicopatología y diferencias de genero. En revista Salud Mental. México Vol. 16 N° 1 año 2006.
- 19- LAGARDE Y DE LOS RIOS Marcela. Los cautiverios de las mujeres: madresposas, monjas, putas, presas y locas. Editorial Universidad Autónoma de México. Primera reimpresión México 2001.
- 20- LOPEZ FERNANDEZ, Ignacio. Cuadernos de Psiquiatría comunitaria. Publicación de la Asociación Asturiana de Salud mental Vol. 3, N° 1 año 2003.
- 21- MC GOLDRICK Mónica. Genogramas en la evaluación familiar. Editorial Gedisa.2005
- 22- MONTES GONZALEZ, Soledad. Las mujeres y la salud. D.R El Colegio de México.1995.
- 23- MORENO Kena. Mujer y Drogas. Colegio de Bachilleres del Estado de Sinaloa. México. 2005.
- 24- NORWOOD Robin. Mujeres que aman demasiado. Ediciones B, S.A. 2004.
- 25- PEREZ-GIL ROMO, Sara Helena. Género y salud femenina. Experiencias de investigación en México. Centro de Investigaciones y Estudios Superiores de Antropología Social. Coordinación Editorial. Universidad de Guadalajara.
- 26- PRONAMUSA (Programa Nacional Mujer y Salud). Mujer y salud. (Seminario taller)

1996.

27- RICARDO Gloria. La mujer y sus emociones. Editorial HLM Producciones. México 1992.

28- RICHARD SUAREZ. Manuel. Introducción a la Psiquiatría. Editorial Polemos. Buenos Aires. 2006.

29- ROHLFS, I. Genero, desigualdades y salud pública: conocimientos y desconocimientos. En revista Gaceta Sanitaria N° 14. Año 2000.

30- RODRIGUEZ PEREZ Beatriz Eugenia. Alianza matrimonial y conyugalidad en jornaleras migrantes. Instituto Nacional de las Mujeres. México 2005.

31- TENORIO, Rosalba. Panorama de la investigación del trabajo social en el ámbito de la salud mental. Revista Salud Mental. Vol. 28. Año 2005.

32- VALDEZ, Rosario y Cols. Violencia de género y otros factores sociales asociados a la salud emocional de las usuarias del sector salud en México. En Revista Salud Publica en México/Vol. 48. Año 2006.

NOTAS

- 1- BURÍN Mabel. Género, Psicoanálisis y Subjetividad .Editorial Paidós Buenos Aires.1999.
- 2- LAGARDE DE LOS RIOS, MARCELA. Los cautiverios de las mujeres, madresposas, monjas, putas, presas y locas. Editorial Universidad Nacional Autónoma de México.2001. Pág. 295
- 3- BURÍN Mabel. Estudios sobre subjetividad Femenina en Mujeres y Enfermedad Mental, Grupo Editor Latinoamericano 1987, Capitulo II.
- 4- ROHLFS, I. Institut Municipal de Salut Pública de Barcelona.2000. Pág.4.
- 5- Factores incidentes en el malestar de la mujer: los autores citados plantean que las exigencias de la maternidad, la idea cultural del «ser para otros», más el cumplimiento y las exigencias de la denominada «doble jornada laboral» aunado a empleos de baja calificación, con salarios mínimos y aumento de las presiones laborales, se trasforman en elementos que contribuyen al deterioro de la salud de la mujer.
- 6- Capital social: termino acuñado por el sociólogo francés Pierre Bourdieu (1930-2002), el cual hace referencia al capital conseguido por la red de relaciones que establece un sujeto con el campo (medio).
- 7- Ciclo de acción profesional: período comprendido entre la internacion de un paciente y su alta con la consiguiente derivación a consulta externa o a otro efector de salud, este ciclo de acción es llevado a cabo por el equipo interdisciplinario en función de objetivos y actividades trabajadas en conjunto.
- 8- Familia disfuncional: es aquella cuyos miembros juegan papeles rígidos y en la cual la comunicación está severamente restringida a las declaraciones que se adecuan a esos roles. Los miembros no tienen libertad para expresar todo el espectro de experiencias deseos necesidades u sentimientos, sino que deben limitarse a jugar el papel que se adapte En NORWOOD ROBIN. Mujeres que aman demasiado Editorial biblos. Buenos Aires. 2006 Pág.; 23.
- 9- Si bien se consideran estas situaciones, se debe tener en cuenta a las mujeres que vivencian su internación como una «salida» o «descanso» frente a graves problemas familiares para ellas, el hospital se transforma en un espacio de contención y socialización. El punto a considerar es qué lectura realizan de la realidad y de las instituciones.