

*La salud mental de las
mujeres*

María Elena Ducci

Instituto de Estudios Urbanos.

Pontificia Universidad Católica de

Chile

meducci@puc.cl

LA SALUD MENTAL DE LAS MUJERES

María Elena Ducci

RESUMEN: El trabajo que aquí se presenta es un resultado parcial de una investigación - acción realizada en un barrio popular de la periferia de Santiago de Chile. Trata el tema de la salud mental en las mujeres habitantes de vivienda social producida por el estado chileno en la década de 1990, asunto que surgió como de gran relevancia en nuestras investigaciones sobre la relación entre la vivienda y la salud. Se hace aquí una revisión general del tema de la salud mental y específicamente la salud mental de la mujer y su manejo. Se discute también el rol de la mujer y su situación en el contexto social en el que se desenvuelve. Posteriormente se exponen los resultados del estudio realizado en Villa Los Navíos, «una villa como muchas», donde frente a los altísimos niveles de alteración emocional encontrados entre las mujeres intentamos entender más a fondo por qué se sienten deprimidas, angustiadas y desesperanzadas. Del estudio realizado se desprendieron acciones cuyos resultados preliminares abren ciertas posibilidades de acción a futuro.

PALABRAS CLAVE: Salud mental femenina, vivienda popular.

RESUM: El treball presentat és un resultat parcial d'una investigació-acció realitzada en un barri popular de la perifèria de Santiago de Xile. Estudia el tema de la salut mental a les dones habitants de vivenda social produïda per l'Estat xilè en la dècada dels noranta, assumpte que sorgí com de gran rellevància en les nostres investigacions sobre la relació entre l'habitatge i la salut. Es fa una revisió general del tema de la salut mental i específicament la salut mental de la dona i la seva gestió. Es discuteix també el rol de la dona i la seva situació en el context social en què es desenvolupa. Posteriorment, s'exposen els resultats de l'estudi realitzat a Villa Los Navíos, «una *villa* com moltes», on, enfront dels altíssims nivells d'alteració emocional que trobam entre les dones, s'intenta entendre més a fons per què se senten deprimides, angoixades i desesperançades. De l'estudi realitzat es despregueren accions els resultats preliminars de les quals obren certes possibilitats d'acció en el futur.

PARAULES CLAU: salut mental femenina, habitatge popular.

ABSTRACT: This paper presents the partial results of an action-research project implemented in a working class neighbourhood on the outskirts of Santiago de Chile. It deals with the mental health of female residents in social housing built by the Chilean government in the 1990's, crucial in our research on the relationship between health and housing. A general revision of mental health and specifically of women's mental health and its management is followed by a discussion of the role of women in their social context. Later, we show the results of research conducted in Villa Los Navíos, «a settlement like many others», where we found extremely high levels of emotional disturbances in women. We attempted to understand why women were feeling this tremendous depression, anxiety and hopelessness. The study allowed us to develop actions which led to preliminary results that open up possibilities for future action.

KEYWORDS: Female mental health, social housing.

1. Introducción

Los estudios y las acciones en salud se han centrado, desde hace varias décadas en los países en desarrollo, en la salud materno-infantil y esto ha permitido lograr importantes avances en el mejoramiento de los niveles de salud de la población. La atención sobre la salud de las madres ha estado dirigida básicamente a la mujer embarazada y durante el período de lactancia, por la importancia que tienen estas etapas en la salud posterior de los hijos. En las últimas décadas, las relaciones entre la salud general de las personas y su salud mental han ido adquiriendo una importancia creciente y con ello el estudio de la salud mental de las mujeres adquiere una relevancia especial en la definición del bienestar de las familias.

El trabajo que aquí se presenta es un resultado parcial de una investigación realizada en un barrio popular de la periferia de Santiago de Chile entre 1992 y 1997. Producida por el estado chileno a principios de los noventa, «Villa Los Navíos» es una villa similar a cientos de conjuntos de vivienda social construidos a lo largo del país en la década, por lo que lo que observamos aquí es representativo de la situación de cientos de miles de personas. La investigación profundizó en los temas de salud y sus relaciones con el hábitat, y uno de los problemas de salud más importantes que surgieron del diagnóstico del barrio, fueron los de salud mental, expresados básicamente por las mujeres residentes, a través del consultorio de salud aldeaño. Este fenómeno nos llevó a estudiar más detalladamente el tema y a desarrollar una investigación en profundidad con las mujeres residentes.

Se presenta aquí, en primer lugar, una revisión general de la forma como se está manejando el tema de la salud mental en un

contexto más general de salud y de las particularidades que presenta la salud mental de la mujer y su manejo. Se discute también el rol de la mujer y su situación en el contexto social en el que se desenvuelve. Posteriormente se exponen los resultados del estudio realizado en el barrio, donde encontramos altísimos niveles de alteración emocional y donde hicimos un intento serio por entender más a fondo por qué las mujeres se sienten deprimidas, angustiadas y desesperanzadas.

En el barrio, al igual que en cualquier asentamiento popular, el rol de proveedor es ejercido fundamentalmente por el hombre, en tanto, la mujer se encarga de la crianza de los hijos y de las tareas domésticas. Los hombres pasan la mayor parte del día fuera de la villa, en su trabajo. En cambio las mujeres desarrollan su vida cotidiana al interior de la vivienda, en el barrio y en las instituciones que prestan servicios a la familia: el consultorio, la escuela. Por lo mismo, ellas sienten y viven el barrio de manera distinta a los otros miembros de la comunidad, lo que las lleva a tener necesidades y formas de relación particulares. El día de la mujer transcurre en gran parte al interior de su pequeña vivienda, cuyo aislamiento de las casas vecinas es muy deficiente, por lo que se confunde con facilidad lo colectivo con lo privado, y se dan pocas posibilidades de intimidad familiar y de pareja. El conocimiento de este contexto donde se desarrolla la vida de las mujeres y sus historias de vida nos abrieron muchas claves para comprender mejor lo que sucede. En el recuento de las acciones emprendidas para enfrentar los problemas, aunque incipientes y de corto alcance, encontramos elementos que nos permiten mirar con optimismo hacia adelante, por el positivo efecto que encontramos en las mujeres con las que trabajamos.

2. Relacionando salud y salud mental

Ya en los años sesenta se empezó a detectar la existencia de altos niveles de morbilidad psiquiátrica en la atención primaria de la salud, tendencia que ha ido en aumento, estimándose que entre el 25% y el 30% de los pacientes tienen un componente psicológico significativo en su presentación. La evidencia acumulada destaca la estrecha relación que existe entre desórdenes físicos y mentales y hay estudios que muestran que los médicos generales son los profesionales contactados más frecuentemente por problemas psicológicos «...ellos tienen contacto constante con los grupos de alto riesgo de la comunidad: los angustiados, los enfermos crónicos, mujeres que trabajan en período post-parto y madres con niños pequeños» (Corney y Strathdee, 1996, 191). Paralelamente, se ha demostrado que, de hecho, la mayor parte de la atención de la salud mental esta siendo provista por el sector de atención primaria de la salud. «...una proporción importante de los casos que se atienden a nivel primario consisten en pacientes con problemas significativos de salud mental como su primer o segundo motivo de consulta» (Broskowski, 1996: 17). En ambientes muy distintos se ha documentado que los pacientes con diagnóstico de desorden mental tienen tasas mucho más altas de utilización de los servicios médicos generales que los que no lo tienen, «...tasas que llegan a veces a ser tan altas como 100% mayores que el resto de los pacientes...» (Burns, Burke y Kessler, 1996, 18).

Aunque no hay consenso, existe una serie de posibles explicaciones de la alta incidencia de consultas de origen psicológico a nivel de atención primaria. Una hipótesis posible es que las personas psicológicamente alteradas pueden tener una menor tolerancia a los síntomas de las enfermedades físicas o una mayor tendencia a

buscar ayuda médica. También muchas de ellas pueden ser más propensas a somatizar sus problemas psicológicos. Algunas pueden tener más problemas de salud que los que tienen menos alteración psicológica, las personas consideradas 'normales'. Otra posibilidad es que los pacientes prefieren asistir a los centros de medicina general, ya que hay menos estigma en acceder a la atención primaria de salud que acudir a atención de salud mental.

Es importante, por otra parte, tomar en cuenta que una enfermedad médica puede ser enmascarada por una alteración psicológica y una alteración psicológica puede 'causar' o exacerbar síntomas somáticos. (Broskowski, 1981). Asimismo, aunque no se entienden bien las razones, se ha comprobado que las dificultades emocionales pueden aumentar la susceptibilidad a los gérmenes o hacer a una persona más propensa a accidentes. «...un cuerpo creciente de evidencia demuestra que los factores psicológicos podrían jugar un rol importante en la defensa inmunológica contra enfermedades infecciosas, enfermedades auto inmunes y cáncer» (Gallant et al., 1997, 25).

La mayor conciencia sobre las interrelaciones entre factores psicológicos y de comportamiento con la salud general y la atención médica sugiere la necesidad de una creciente cooperación entre profesionales de la salud mental y profesionales tanto de medicina general como especializada. (Broskowski, 1981).

Algunas de las ventajas que presenta la coordinación entre ambos tipos de atención son: mejorar el diagnóstico, referencias más exitosas, creciente integración de ambos tipos de atención y mejor seguimiento de los pacientes (Burns, 1981).

Se ha encontrado también que la contaminación ambiental afecta a la salud mental, específicamente, por ejemplo, la asociación de aluminio y altos niveles de plomo en el

ambiente ha sido relacionada con la enfermedad de Alzheimer. En un contexto más general, destaca la importancia que tienen los sistemas de apoyo social para la salud mental (Tudor, 1996). «...Hay una buena cantidad de evidencia que... el aislamiento social y la falta de intimidad confidencial afectan la salud mental...» (Tudor, 1996, 116)¹. «Los vecinos y las redes sociales son importantes para la salud mental de los individuos y de la comunidad, así como lo son las familias y tribus» (Tudor, 1996, 116)

3. Los roles de la mujer

La salud mental de las madres es de primordial importancia para el desarrollo adecuado de la familia, y también tiene efectos sobre su comunidad. Por una parte, los diversos roles que le toca cumplir a la mujer son fundamentales para los demás miembros del grupo familiar. La mujer es madre, esposa, ama de casa, a veces aportadora de ingresos, y es en torno a ella que se organiza la vida diaria. (Rodda, 1991) «Dentro de la familia, generalmente las mujeres toman la mayor parte de las responsabilidades del manejo del hogar y, cuando hay niños, casi siempre es la mujer la que se hace cargo de su cuidado» (UNCHS, 1996, 121). Loyd sostiene que, a pesar del movimiento de liberación femenina, el rol de la mujer sigue siendo estando ligado fundamentalmente a la familia: «El rol de la mujer comprende bastante más que ser una esposa y una madre. Las mujeres son las custodias del hogar, el símbolo más importante de estatus e identidad de la familia» (Loyd, 1982).

Por otra parte, Moser destaca otro aspecto. «A pesar de que las mujeres no se ven necesariamente a sí mismas como líderes naturales, juegan un papel muy importante en la formación de estas organizaciones (comunitarias). En muchas sociedades tanto hombres como mujeres consideran esto como una prolongación del rol doméstico de la mujer.» «En su rol como agentes comunitarios las mujeres muchas veces se involucran en actividades vitales, pero en general no reconocidas. Estas incluyen movilizarse para obtener los servicios básicos y mantenerlos una vez que han sido obtenidos...» «...frecuentemente las mujeres son particularmente efectivas para negociar y organizar la participación de la comunidad, a pesar de la gran cantidad de tiempo que deben dedicar a sus labores domésticas» (Moser, 1992, 66).

Es entonces importante recordar que el mejoramiento de la salud de la mujer y su acceso a los servicios de salud tiene un impacto positivo en la salud de los hijos y otros miembros de la familia. «Si las mujeres adquieren comportamientos saludables que tienden a reducir las tasa de enfermedades coronarias, cánceres, etc., también sus familias tenderán a desarrollar estilos de vida que promueven una buena salud» (Blumenthal y Wood, 1997, 10)

4. La salud mental femenina

La mayor parte de los estudios realizados, especialmente las encuestas aplicadas a comunidades, muestran que más mujeres que hombres presentan algún tipo de problema de salud mental. La depresión está entre los principales problemas de salud

¹ Carey (1988) plantea que existe una 'interacción dinámica' entre la gente y su contexto.

mental que afectan a las mujeres en todo el mundo. Ésta es entendida como la reacción frente a la percepción de una pérdida, y la ansiedad o miedo a una posible pérdida. El miedo puede ser a perder la estima, respeto, estatus, amor, ingreso, personas cercanas, al rechazo, cesantía, retiro, y todos estos miedos producen inseguridad e incapacidad para prever y enfrentar los problemas del diario vivir (Smyke, 1991).

La evidencia empírica muestra que la depresión es más común en mujeres que en hombres. Sin embargo, aunque no hay consensos al respecto, se piensa que la diferencia puede ser más aparente que real. Por una parte las mujeres reportan más fácilmente sus tensiones emocionales, reconocen que están deprimidas y buscan tratamiento (Smyke, 1991). También se observan diferencias en la forma de diagnosticar los problemas mentales entre hombres y mujeres, ya que gran parte de los diagnósticos están influenciados por las expectativas culturales y estereotipos de lo que es «comportamiento normal». Hay comportamientos, como el consumo de alcohol y drogas, que en los hombres no son considerados necesariamente como patológicos, a no ser que se trate de casos de alcoholismo o drogadicción avanzados. Es así que los hombres tienen salidas socialmente aceptadas para sus tensiones emocionales, y esos mismos comportamientos en las mujeres son considerados «desviaciones». «Cuando un hombre, bajo fuerte presión, se comporta en forma ‘desviada’, se le atribuye mucho menos psicopatología que a una mujer con el mismo comportamiento» (WHO, 1987, 234). «Investigaciones en atención primaria han mostrado que los médicos generales diagnostican más del doble de episodios de enfermedad mental en mujeres que en hombres.... lo cual puede ser producto de una serie de factores, no necesariamente de una morbilidad real» (Corney y Strathdee, 1996, 193).

Hay investigadoras feministas que sostienen que las mujeres tienen mayores probabilidades de obtener un diagnóstico de desorden mental que los hombres, lo que explicaría la sobre representación femenina en las estadísticas de salud mental. Sin embargo, estas diferencias también pueden deberse a que las mujeres reportan más sus enfermedades y porque los médicos generales tienden a diagnosticar más problemas psicológicos en las mujeres. Esto último permitiría entender porque «...los síntomas reportados por mujeres son investigados menos meticulosamente que los mismos síntomas reportados por hombres» (Goudsmit, 1994).

Es importante también tomar en cuenta las estrechas relaciones que se dan entre los estados mentales y las situaciones sociales, como lo señala Durkheim. «Podemos decir entonces, con seguridad y sin ser excesivamente dogmáticos, que gran parte de nuestros estados mentales, incluyendo algunos de los más importantes, son de origen social» (Durkheim, 1964, 325). Tanto más grave resulta lo anterior en el caso de las mujeres, las cuales son más vulnerables a la pobreza porque ganan menos que los hombres, tienen un menor acceso a los recursos y servicios y con ello menos posibilidades de obtener un trabajo (UNCHS, 1996). Muchos de los problemas femeninos están ligados a dificultades en sus relaciones personales, producidas por situaciones de pobreza, violencia doméstica, maternidad sin pareja, etc.

Este tipo de situaciones responden mejor a intervenciones sociales o apoyo psicológico que a tratamiento psiquiátrico. Las alteraciones psicológicas en las mujeres muchas veces «...pueden ser tratadas efectivamente por otros profesionales, tales como trabajadores sociales o terapeutas, o por fuentes menos formales, tales como una familia extensa, grupos efectivos de iguales

o servicios voluntarios de auto-ayuda» (Corney y Strathdee, 1996). Un elemento fundamental para la efectividad en la prestación de estos servicios de apoyo es la confianza, indispensable para que las mujeres se sientan seguras de pedir lo que necesitan.

Cuando se analizan los distintos sistemas que pueden ser utilizados para hacer frente a las alteraciones en la salud mental, parece útil distinguir entre prevención y promoción. En el primer caso el interés estará centrado en los elementos de la salud mental que deben ser promovidos para que las personas sean menos susceptibles a ciertos riesgos previamente identificados o predecibles². La promoción, por su parte, estará interesada en promover la autonomía y las relaciones interpersonales que son parte de la «vida mental» del individuo (Tudor, 1996). La promoción de la salud mental se preocupa por los estresantes psico-sociales o ‘dolor psico-social’, producido por factores tales como hambre, la falta de vivienda, la pobreza y la opresión (Tudor, 1996). En el campo de la promoción de la salud mental, el Capítulo de Ottawa (1987) y el reporte del grupo de trabajo de la OMS (1986) dan una gran importancia a la participación de la comunidad y, entre otros elementos, plantean que los ‘ambientes de cooperación social’ son esenciales para la salud mental y su promoción. También sostienen que la infraestructura social y la acción comunitaria son factores de gran importancia para el desarrollo y mantenimiento de comunidades mentalmente saludables (Tudor, 1996).

Algunos autores plantean que puede preverse un aumento de las intervenciones de comportamiento, como ejercicio, meditación y cambios en los estilos de vida y hábitos, como complemento o sustituto de los tratamientos médicos ortodoxos, tales como medicación y cirugía. También serán utilizadas intervenciones basadas en elementos psicológicos para mejorar la respuesta de los pacientes, acelerar su recuperación de procedimientos médicos necesariamente disruptivos (por ejemplo, cirugía) o para manejar pacientes con procesos crónicos o terminales. «Las intervenciones psicológicas serán utilizadas para prevenir enfermedades y para el mejoramiento de la salud» (Broskowski, 1981, 19).

5. La situación en la Villa

En el diagnóstico global de la problemática de salud y hábitat realizado en Villa Los Navíos, surgió la salud mental como un problema explicitado por muchas mujeres de la comunidad ante el personal de salud del consultorio cercano, así como también en las entrevistas que realizamos con diferentes líderes naturales y formales. Esto nos decidió a hacer un estudio más detallado de lo que estaba sucediendo y posteriormente, a buscar algún tipo de acción concreta que, a modo de un programa piloto, nos permitiera descubrir algún camino para mejorar la situación de ansiedad, angustia y depresión que explicitan muchas de las mujeres. Para conocer el estado general de la salud mental

² A veces resulta difícil justificar la prevención en salud mental porque se basa en cuestiones como ‘calidad de vida’ o ‘competencia social’ que son mucho menos cuantificables que la renta, la tasa de empleo o el nivel de lectura.

en las mujeres del barrio, se utilizó una metodología relativamente simple de medición que mostró que casi la mitad de las madres pueden ser consideradas como «casos probables» con problemas de salud mental. Entre aquellas que mostraban mayores grados de alteración emocional, seleccionamos diez mujeres de las que conocimos su historia de vida, lo cual nos permitió entender las causas y circunstancias que están generando las tensiones que dificultan a muchas mujeres enfrentar la vida en forma equilibrada.

La prevalencia de problemas emocionales se midió por medio de un cuestionario respondido por las propias mujeres: Self response Questionnaire (SRQ-20). Este cuestionario, desarrollado para evaluar el estado de salud mental, permite a personal no especializado en salud identificar individuos con problemas mentales. Los principales aspectos que aborda el cuestionario son la ansiedad, la depresión y los problemas psicosomáticos, los que de acuerdo a la práctica médica y diversos estudios en comunidades, son las expresiones más frecuentes de problemas de salud mental. El cuestionario fue desarrollado por Harding et al. (1983) y ha sido probado y validado con estudios psiquiátricos en profundidad en Colombia, Sudán, India, Filipinas, Kenia y Brasil (Reichenheim y Harpham, 1991)³. Está compuesto por 20 preguntas a responder con Sí o No, cuatro sobre síntomas físicos y 16 sobre aspectos psico-emocionales. Para establecer una comparación con estudios realizados en otros

países se utilizó el mismo sistema de evaluación que Reichenheim y Harpham (1991) y Mari (1986) usaron en estudios anteriores en Río de Janeiro y Sao Paulo. De acuerdo a éste, un puntaje de 7 respuestas positivas o menos se considera bajo y de 8 ó más se considera alto, es decir, como posibles casos con problemas de salud mental. Los puntajes considerados altos (de 8 ó más respuestas positivas) no implican necesariamente que existan desórdenes psiquiátricos reales, sino sólo deben ser entendidos como casos probables de problemas mentales. El cuestionario se aplicó a 255 madres en el colegio de Villa Los Navíos, pidiéndoseles que lo respondieran al finalizar la primera reunión anual de padres de familia (marzo 1993). Se obtuvo una respuesta completa en el 87% de los casos (222). La información fue procesada utilizando el paquete estadístico SPSS/PC. Los valores de χ^2 mostraron un alto nivel de significación ($\alpha=0.01$) lo que ratifica el buen funcionamiento de la tabla. El universo estudiado corresponde a madres con hijos en la escuela de Villa Los Navíos; el 60,4% de ellas tiene de 1 a 3 hijos y sólo el 5,2% tiene más de 5 hijos. La gran mayoría declaró ser casada o vivir con un conviviente (80,2%). Como se verá más adelante, los casos estudiados en profundidad permitieron asimismo comprobar una excelente relación entre los niveles más altos de desequilibrio medidos a través del cuestionario y las situaciones más graves de salud mental en las historias de vida.

³ Este artículo presenta los resultados de un estudio realizado en la Fabela de Rocinha en Río de Janeiro y compara los resultados de más de 30 estudios de salud mental realizados en distintos países. También señala en detalle las características del cuestionario utilizado, mostrando su sensibilidad y especificidad comprobada por medio de estudios clínicos.

Cuadro 1. Cuestionario SRQ-20. Número de respuestas positivas.

Puntaje	Casos	%
19	1	0.4
18	4	1.8
17	3	1.4
16	4	1.8
15	9	4.0
14	11	5.0
13	9	4.1
12	12	5.3
11	14	6.3
10	1	5.9
9	9	4.1
8	10	4.5
7	17	7.6
6	20	9.0
5	28	12.6
4	14	6.3
3	13	5.9
2	13	5.9
1	7	3.1
0	11	5.0
TOTAL	222	100.0

La proporción de mujeres que mostró un alto nivel de desórdenes mentales fue de 44,6%, cifra muy alta si se compara con otros estudios realizados en adultos. En un total de 25 estudios comparados por Reichenheim y Harpham (1991), en 21 países industrializados o en desarrollo, sólo en 2 casos, ambos en Brasil, se encontró un

porcentaje más alto. Todos los estudios restantes muestran niveles del 37% o menos⁴. Reichenheim y Harpham (1991) midieron los niveles de salud mental materna en Río de Janeiro y encontraron a un 36% de las madres con probables problemas mentales.

⁴ Mari (1986) encontró un 50,3% y Busnello et al., (1983) detectó un 55,4% de adultos con problemas mentales.

Cuadro 2. Respuestas positivas al cuestionario SRQ-20.

	%
1. ¿Tiene dolores de cabeza frecuentes?	60,4
2. ¿Tiene mal apetito?	23,5
3. ¿Duerme mal?	43,9
4. ¿Se asusta fácilmente?	48,8
5. ¿Le tiemblan las manos?	43,5
6. ¿Se siente nerviosa, tensa, preocupada?	74,4
7. ¿Tiene mala digestión?	31,1
8. ¿Le cuesta pensar claramente?	43,3
9. ¿Se siente infeliz?	25,3
10. ¿Ha estado llorando más de lo normal?	29,0
11. ¿Encuentra difícil disfrutar de sus actividades diarias?	34,1
12. ¿Le cuesta tomar decisiones?	51,4
13. ¿Es muy difícil su trabajo diario?	35,8
14. ¿Es usted incapaz de tener un papel útil en la vida?	25,9
15. ¿Ha perdido interés en las cosas?	26,9
16. ¿Se siente como una persona inútil?	19,2
17. ¿Le ha pasado por la mente la idea de terminar con su vida?	28,4
18. ¿Se siente cansada todo el tiempo?	41,7
19. ¿Tiene sensaciones desagradables en su estómago?	43,7
20. ¿Se cansa fácilmente?	58,1

Entre los problemas de mayor incidencia destacan el que el 74,4% declaró que se sentía *nerviosa, tensa, preocupada* y el 60,4% reportó *dolores de cabeza frecuentes*. Los otros principales problemas reportados, en forma decreciente, fueron: cansarse fácilmente, dificultad para tomar decisiones, asustarse fácilmente, dormir mal, manos temblorosas, sensaciones desagradables en el estómago, dificultad para pensar claramente y cansancio constante (todos afectando a más del 40%).

Aunque la pregunta sobre pensamientos suicidas tuvo menor incidencia, debe destacarse que cerca de un 30% (28.4%) de

las madres declaró haber pensado terminar con su vida, casi duplicando el 15% encontrado por Reichenheim y Harpham en Río de Janeiro (Reichenheim y Harpham, 1991). Esto, por sí sólo, está indicando una crítica situación social que está afectando directamente a las madres de familia y que debe ser enfrentada en forma urgente. Cuando se compara la prevalencia de las preguntas entre los grupos de alta y baja frecuencia (con 8 o más respuestas positivas o con 7 y menos) destacan los pensamientos suicidas presentes en el 83,6% de las mujeres con una alta frecuencia de problemas mentales, y sólo en un 16,4% de

las que mostraron una frecuencia baja. Pareciera que éste es el índice más claramente relacionado con una situación crítica de angustia y/o depresión, junto con llorar más que lo normal (87%-13%) y haber perdido interés en las cosas (84%-16%).

Se encontró que, del total de mujeres que mostraron una baja frecuencia en el cuestionario, el 82,3% era casada o con conviviente, proporción que bajó al 76,6% entre las mujeres que mostraron una frecuencia alta, es decir aquellas que pueden ser consideradas como casos probables de problemas mentales. Puede inferirse que, aunque no se observa una diferencia importante, el hecho de contar con marido-compañero parece disminuir algo la posibilidad de tener problemas de salud mental. La diferencia entre ambos grupos (casadas o con conviviente y mujeres sin pareja) es muy escasa en casi todas las preguntas, pero destaca por su mayor distancia la pregunta acerca de la infelicidad. El 35,8% de las que respondieron que se sentían infelices eran mujeres sin pareja, y sólo 14% de las que contestaron no sentirse infelices eran mujeres solas. En cambio, es sorprendente que la variable tener o no pareja no cambió prácticamente en nada la presencia de pensamientos suicidas: del grupo de mujeres que los ha tenido (28,4% del total) el 79,7% eran casadas o con conviviente, proporción que subió sólo al 80,3% entre las que declararon no haber pensado en terminar con su vida.

De acuerdo al número de hijos, las mujeres con un solo hijo reportaron muchos menos problemas: ninguna de ellas ha pensado en terminar con su vida y el puntaje máximo fue un 8,1% que encuentra difícil su trabajo diario. Las mujeres con 2 y 3 hijos tienen la mayor proporción de respuestas positivas, con un mínimo de 37%; sobresale el haber perdido interés en las cosas, temblor de manos y dificultad para tomar decisiones (65%, 57% y 55%, respectivamente). Entre las madres con 4 ó más hijos, destacan la falta

de apetito, los pensamientos suicidas y la dificultad con el trabajo diario (58% en los 2 primeros y 55% en el último). Los pensamientos suicidas no aparecen entre las madres de 1 hijo, pero el 42% de las que tienen 2 ó 3 hijos han pensado en terminar con su vida y el 57,7%, de las mujeres con 4 o más hijos (¡casi el 60%) también lo han hecho. Pareciera que hay una relación entre el aumento en el número de hijos y las mayores dificultades familiares que llevan a sentimientos de impotencia y desesperación a las madres.

Cuando se intenta encontrar las causas subyacentes a estos estados de insatisfacción emocional, es claro que no existe un sólo factor que determine estados de ansiedad, depresión, etc. Hay autores que señalan que, en un entorno tan difícil como el que se vive en los barrios populares, como Villa Los Navíos, un estado de ansiedad y/o de depresión resulta casi una respuesta «normal» frente a una constante situación de pobreza, inseguridad, violencia, etc. Las causas son siempre multifactoriales y se necesita una confluencia de circunstancias adversas a nivel individual y social, aunque varios estudios han mostrado que a menor nivel socioeconómico aparecen más casos de problemas mentales.

Estudios sobre el suicidio muestran que más hombres que mujeres cometen suicidio, aunque las mujeres intentan terminar con su vida más que los hombres (WHO, 1987: 124). Una explicación es que las mujeres realmente no quieren morir, pero están enviando señales para mostrar su ansiedad e impotencia. También, como en general las mujeres usan métodos menos violentos como sobredosis de drogas, es más fácil salvarlas. Por último, el hecho de querer escapar de un situación intolerable está siempre en conflicto para la mujer con su rol de madre y su sentido de responsabilidad frente a los hijos. Algunas de las razones para intentar suicidio, encontradas en estudios de mujeres en India y Bangladesh (WHO, 1987), resultan válidas en Chile,

como se verá mas adelante: violencia física o abuso psicológico del marido y problemas con la familia.

6. Las historias de vida

Para conocer más a fondo la situación crítica que están enfrentando muchas mujeres de Villa Los Navíos y entender mejor las causas reales que subyacen a un estado de, en el mejor de los casos, inestabilidad emocional, se realizaron entrevistas personales abiertas con un grupo de ellas, elegidas entre los puntajes más altos de la encuesta. Se seleccionó un grupo de 10 mujeres, entre las que expresaron los mayores grados de depresión, angustia e insatisfacción con su situación de vida, y se les realizaron entrevistas abiertas que permitieron obtener sus historias de vida en una forma bastante completa. Los casos elegidos trataron de cubrir los mayores puntajes, dentro de un rango de 14 a 19 puntos (que fue el máximo encontrado). Se tuvo cuidado asimismo de que las mujeres no fueran vecinas cercanas para evitar que las opiniones estuvieran influidas por la convivencia diaria. Otro aspecto fundamental para la selección de las

mujeres a entrevistar fue una favorable disposición de las mismas a participar en el trabajo. Las entrevistas cubrieron aspectos relacionados con la familia original y la familia actual de cada mujer, aspectos socioeconómicos y laborales, sus relaciones personales (autoestima, pareja, hijos, familia restante) y sociales (vecinos, etc.). Pensamos que la información obtenida puede ser considerada verídica por diversas razones. A ninguna de las entrevistadas le pareció desagradable la «conversación», muchas expresaron que les había permitido hablar sobre temas en los que normalmente no piensan, y que les había servido de desahogo. En general se mostraron abiertas al hablar de sus problemas con una persona ajena a su mundo diario (la que, por lo mismo, no resultó amenazante) y en ocasiones se comprometieron emocionalmente al narrar sus historias (llanto, etc.). Siete de las 10 entrevistadas están entre los 31 y 35 años, sólo una (el caso más extremo) tiene menos de 30 años y otra (el caso más benigno) tiene 50 años. Sólo una de ellas fue bastante agresiva durante la entrevista, negándose abiertamente a participar en cualquier otra actividad posterior («...siempre esas cosas terminan en pelea...»).

Cuadro 3. Síntesis de las historias de vida.

Número	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Edad	29	35	31	33	41	36	32	35	35	50
Estado civil	cas	con	cas	con	cas 3con	cas	cas	con	cas	sep
# hijos	2	4	5	3	4	4	3	4	6	3
Años casada	11	14	6	1	2	8	13	2	6	18/2 sep
Educación	analfab.	analfab.	–	7B	4B	4M*	1M	3B	3M	8B
Actividad	lav. oc.	jard. inf.	lav. oc.	–	Empl	–	–	–	–	cost. past.
Ingresos	45	40	mbj	100	30	37.5	100	49	70	80+

cas=casada; con=conviviente; sep=separada; B= básica; M= media; lav.oc.=lavados ocasionales; jard.inf.= jardín infantil; cost.past.=trabajos de costura y pastelería.

* También estudió para auxiliar paramédico y trabajó 1 año en un hospital antes de casarse.

Los temas más importantes que surgieron de las entrevistas se refieren a la infancia, abandono del hogar paterno, la pareja, educación y trabajo, ingresos, relaciones no familiares, salud, satisfacciones y autoestima; temas que se desarrollan a continuación.

Infancia

El rasgo común más evidente en todas las entrevistas, con una sola excepción, es el haber pasado por una infancia infeliz, con experiencias traumáticas y mucho sufrimiento. Todas las mujeres hablaron de una falta de afecto, de cariño, como una característica de su niñez y hasta señalaron esto como causa de su incapacidad de dar cariño a sus hijos:

«...fui igual que una niña abandonada...»
«Conmigo no fueron cariñosos...eso a uno la marca, porque uno tiende a hacer lo mismo con sus hijos. A mi me cuesta decirles a mis hijos que los quiero, no se cómo hacerlo...»

Todas ellas provienen de una familia con una situación extrema de pobreza, en general con gran número de hijos. Otra constante es un padre alcohólico, castigador, tanto con la esposa como con los hijos.

«Mi papá era muy malo... tomaba, le pegaba a mi mamá...»
«... mi papá me pegaba como un animal, desde que tengo uso de razón...»
«... a mi me quemó con una plancha...»
«... mi niñez fue bien mala. Tuvimos que salir todas (las hermanas) arrancando porque con todas intentó violarlas (el padrastro) ...lo intentó con todas y con ninguna lo consiguió. Ahora una tiene miedo de ir para allá porque lo sigue intentando con las nietas...»

En algunos casos uno o ambos progenitores abandonaron el hogar y los hijos debieron integrarse a otro grupo familiar.

Por ejemplo, Doris, hija de madre soltera empleada doméstica, vivió con su abuela hasta los 3 años y al morir ésta se crió con la familia que vivía en la misma casa, pagándoles con trabajo doméstico.

Abandono del hogar paterno

La difícil situación familiar hizo que la mayor parte de las entrevistadas se casaran o formaran una pareja muy jóvenes, para salir de la casa, ya que se sentían incapaces de liberarse por su cuenta. Esto también llevó a que muchas de ellas se casaran casi sin pensarlo y sin conocer a su pareja.

«... le digo la franca,... nos conocimos un día y al otro nos casamos... es que yo tuve un pequeño problema en la casa mía y entonces yo quise salir de la casa...»
«Cuando a veces uno no haya qué camino agarrar, primero salir de la casa, se mete con cualquiera...»

A pesar de reconocer que formaron una pareja con la intención de salir del hogar paterno, todas tenían la expectativa de formar una familia y recibir afecto de ella, cosa que sólo una de las entrevistadas logró:

«Yo necesitaba cariño, protección, apoyo... en mi esposo lo encontré. Lo sigo encontrando porque es un hombre que tiene mucha paciencia... y no tiene ningún vicio, ni siquiera fuma. Ha salido bueno, no tengo de qué quejarme...»

La pareja

A excepción del caso anterior, todas las mujeres expresaron tener problemas con su pareja actual y ninguna de ellas declaró estar satisfecha con la relación. Como problemas más frecuentes se señalaron: consumo excesivo de alcohol, graves problemas económicos, falta de cariño o apoyo, falta de confianza, problemas de comunicación.

Las siguientes expresiones muestran la visión que tienen de su pareja:

«... gana poco y se gasta la plata en trago... por eso nos enojamos...» «... a mí no me gusta que esté en la casa porque se pone a tomar con los amigos...»

«No me gusta que esté él aquí porque me aburre, también toma, tiene sus vicios...

Yo a veces le digo '... por que no te vai y me dejai sola...', porque toma mucho y yo no quiero eso para mis hijos, porque yo pasé por eso mismo...»

«... porque él se droga también, toma cuestiones que venden por aquí mismo la gente... le he encontrado en las casacas ... unas pastillas chiquititas... a veces anda como loco... las venden por aquí mismo, entonces yo le digo: "tu tenís plata para drogarte, pero no para un pan..."»

Muchas de ellas hablan del maltrato dado por el marido como algo casi normal.

«... Yo he sufrido harto con él, y todavía lo aguanto... Sí, él me pegaba, me maltrataba... me dejaba los ojos morados... los niños veían... Una vez una vecina le pegó aquí cuando él me estaba pegando... Siempre me decía: 'Vós no tenís na' que meterte en mis cosas. Yo me mando solo y soy dueño de hacer lo que quiera...»

«... una vez que me metieron una calumnia esta gente (vecinos)... yo estaba acostada y llegó a patearme, me sacó de la cama de las mechas, me dejó pa'la historia..., con lo niños, todo adelante... no le importa nada...»

«... me ha golpeado muchas veces, pero yo me he ido de la casa... Pero ahora mi mamá falleció, entonces yo no tengo donde ir...»

La mayor parte de ellas no habló directamente de sus relaciones sexuales, pero ninguna dió a entender que esta fuera una parte agradable de su relación de pareja. Aún en un caso en el que la entrevistada reconoce que el marido la quiere y la apoya mucho, las relaciones sexuales son para ella un esfuerzo:

«...nosotros teníamos problemas en las relaciones, entonces yo siempre le decía que se buscara otra mujer para que lo satisficiera... de repente no quiero que me toquen, que me hagan cariño... la mayoría de las veces... Quiera o no quiera yo tengo que complacerlo igual... ahora no me hago tan mala sangre como antes, porque pienso que no saco nada. El quiere relaciones muy seguidas y eso son los problemas... Yo le digo que no me encontró botada en la calle...»

A pesar de lo anterior, todas han tenido una sola pareja, con la excepción de Lidia quien ha convivido con 3 personas y ha estado con su última pareja sólo 2 años. El único caso de separación es Guillermina, cuyo marido de casi 20 años se fue a vivir con otra mujer hace 2 años, pero sigue manteniendo a la familia, los visita regularmente y hace constantes arreglos en la vivienda, donde planea volver para su vejez. Guillermina pasó por una etapa depresiva de la cual parece estar recuperándose y es la menos afectada del grupo estudiado⁵.

La mayor parte de las entrevistadas dijo haber «aguantado» por los hijos y por no sentirse capaces de mantener por sí mismas el hogar.

«... pero yo no puedo echarlo porque él tiene que ver por sus hijos, también porque ¿qué voy a hacer sola con mis hijos?...»

⁵ A la hora de organizar un trabajo en conjunto, Guillermina resultó ser el elemento más positivo del grupo.

«... este es mi lugar, y yo tengo que estar aquí y soportar, pase lo que pase, yo tengo que estar aquí no más...»

Educación y trabajo

Es sorprendente el bajo nivel de escolaridad encontrado entre estas mujeres, declarándose tres de ellas analfabetas.

«Soy la mujer más ignorante del mundo...» expresó una de ellas.

Ninguna de las entrevistadas tiene un trabajo estable, a pesar de que en algunos casos la situación económica es extremadamente precaria; una de ellas hace trabajos domésticos fuera del barrio y algunas lavan ropa de vecinas o hacen arreglos de ropa de forma esporádica, recibiendo algún ingreso ocasional. Tienen claro que su bajo nivel de escolaridad limita sus posibilidades laborales, y hace que sólo puedan optar a trabajos escasamente remunerados. La excepción es Patricia, quien terminó estudios medios y hasta se recibió de paramédico, trabajando 1 año. Desde que se casó abandonó el trabajo y, a pesar de que su familia es una de las que está en peor situación económica, no se siente capaz de trabajar porque sus cuatro hijos son muy pequeños (tiene mellizos de 2 años).

Ingresos

Dado que las mujeres entrevistadas no trabajan o lo hacen solo ocasionalmente⁶, el ingreso familiar es aportado por el marido, siendo en la mayor parte de los casos insuficiente para pagar alimentación y servicios.

«... tenemos problemas a veces, porque ahora está sin trabajo él... Ayer me pagué el familiar de los niños y tuve que comprar cosas para ellos... pero se me va en un ratito la plata. Ahora los

dividendos los estoy debiendo porque no he tenido cómo pagarlos...»

«Fui a dejar a los niños, los mandé de vacaciones para allá (donde los padres) porque, realmente aquí estamos mal, lo iban a pasarlo mal aquí... yo tuve que ir a conseguirme plata para ir a pagar la luz, que eran 8 mil y tantos pesos, tenía miedo que me la vinieran a cortar... ahora se me terminó el gas, cociné a parafina que hay...»

«...hay veces que lo pasamos mal, ahora por este momento no tengo, no tengo na'. Ahora no tengo pan, ni he almorzado na' todavía. Porque ese es el problema que el sueldo no nos alcanza... Yo realmente no le puedo pedir más porque más no gana él...»

Relaciones con los vecinos

Las entrevistadas tienen poca relación con personas ajenas a su familia directa. Sólo asisten a algunas reuniones del colegio de los hijos y a dejarlos o buscarlos. También asisten ocasionalmente al consultorio médico y visitan o son visitadas muy raramente por sus familias (hermanos, padres, etc.). Algunas de ellas no han visto a sus familiares en años.

Se relacionan, muchas veces en forma conflictiva, con los vecinos. Las vecinas son definidas como «conocidas» y en general declararon no tener amigas. En la práctica, sin embargo, reciben cierta ayuda solidaria de parte de algunas vecinas, para casos excepcionales de cuidado de niños, préstamos de dinero y de alimentos. El siguiente testimonio muestra el tipo de relación que se crea:

«En una ocasión me pelié con mi esposo y salí a la calle sin saber que hacer, ya no aguantaba más... pensé irme donde mi mamá, pero no puedo ir para allá

6 Sólo Cecilia trabaja hace 1 mes en un jardín de niños del barrio donde gana 10 mil pesos mensuales y Lidia gana 30 mil al mes como empleada doméstica.

porque no me crié con ella... También pensé en matarme... Se me ocurrió irme donde una vecina y ella me aconsejó que me tranquilizara, que pensara en los niños y cuando mi marido llegara de mal genio, tratara de ignorarlo. Esta misma amiga a veces me cuida los niños o, si estoy muy mal, le da de comer al más chico...»

Los conflictos con vecinos y vecinas «peladores, envidiosas...» llevan a veces a agresiones físicas y generalmente se producen por acontecimientos sin importancia:

«...peleé con la hija de la vecina del frente... porque vino a cobrarme... y yo no tenía plata,... y me trató super mal... incluso me trató hasta de maraca, me pescó el pelo... yo la pesqué de la blusa, le hice tira la blusa, nada más...»

Declaran desconfiar de los vecinos y evitar en lo posible que estos conozcan su problemática, cosa bastante difícil en viviendas pareadas de tres metros de ancho con pésima protección acústica. A pesar de esto sienten que la mejor forma de resguardar su intimidad es encerrarse en su casa.

«... porque yo voy a pedirles algo y después sacan en cara o sabe todo el pasaje. Entonces prefiero morirme de hambre aquí sola con mis hijos, pero no le pido a nadie...»

Salud

Todas ellas declararon diversas dolencias, muchas de ellas de origen psicosomático: dolores de cabeza, insomnio, dolores menstruales, alteraciones hormonales. Sin embargo, en general no acuden al médico, porque sienten que el sistema de atención es complicado.

Dos de ellas declararon haber tenido problemas nerviosos y haber sido tratadas por psiquiatra, pero ambas habían abandonado el

tratamiento y consumen esporádicamente calmantes y tranquilizantes sin prescripción médica.

«... yo soy enferma de los nervios, o sea, estoy enferma... a veces me dan ganas de quitarme la vida, pero después me arrepiento, como tengo niños...»

«... yo no salía ni los fines de semana de la casa,... incluso estoy con pastillas antidepresivas. Me bajó una depresión muy grande y estoy en tratamiento médico.»

«... porque cuando él llega curado parece que es el diablo, el demonio el que se mete en mi cuerpo y no hallo qué decirle a él...»

Satisfacciones, esparcimiento

La mayor gratificación que encuentran las mujeres está en su grupo familiar, en sentirse queridas por sus hijos. Su expectativa mayor es que los hijos alcancen una educación y bienestar superior al propio. Las citas siguientes muestran la forma como algunas de ellas se sienten:

«Por ejemplo, yo escucho una discusión, tienen problemas los vecinos y yo escucho discutir y parece que me lo dicen a mí, y ya parece que pescara mis monitos y me mandara a cambiar a la punta del cerro...»

«... mi único rato que lo paso bien es cuando estoy en el colegio... ahí conversamos un poco con la gente, de las lecturas, nos enseñan a leer...» (está en el curso de alfabetización de adultos)

«...la comedia, la de la tarde... en eso me divierto, me río...»

«Hay días que lo paso bien, días que lo paso llorando, porque mi marido toma. Entonces yo digo a veces: 'Castigo de Dios', o sea, Dios me castigó por haberme salido de la casa y haberme metido con él, no se... Esos son mis pensamientos que yo tengo...»

Casi nunca salen de la villa y en general sólo lo hacen en casos de estricta necesidad. Salir de la casa es, para muchas de ellas, más un problema que una satisfacción. Una de ellas declaró que se mareaba en las micros y otra que conoció el centro de Santiago recién el año anterior.

Sólo una de las mujeres entrevistadas habló abiertamente de disfrutar con actividades como «tomarse un traguito con el marido», ir a fiestas, bailar, etc. En general parece poco aceptado que la mujer en este nivel social pueda expresar libremente este tipo de gustos, sin ser considerada una persona poco seria.

Autoestima

Es fácil esperar, de un cuadro como el descrito, que las entrevistadas tengan un bajísimo nivel de autoestima, lo que al mismo tiempo produce el que se sientan incapaces de hacer algo por salir de su crítica situación, ya sea económica, familiar o emocional.

«Yo creo que no tengo ninguna cosa buena...»

«... yo le digo a mi mamá, que a mi fue la única que me hizo con puros defectos, con nada bueno...»

«... yo no se nada, tengo mi cabeza cerrada...» «... me arreglo y me encuentro fea, cada día estoy peor...»

«...soy muy tímida, tengo poca personalidad... soy mañosa... no me encuentro nada positivo...»

El estado depresivo es casi generalizado, muchas de ellas han pensado en quitarse la vida y sentirse agobiadas, constantemente nerviosas e incomprendidas. Esto lleva a que no se sientan capaces de manejar las situaciones que las agobian, a no ser capaces de manejar su propia vida y por lo tanto no ven ninguna posibilidad de revertir las condiciones en las que viven.

«... Yo creo que mis problemas no tienen solución... porque nadie me va a solucionar que mi marido deje de tomar...»

Lo aprendido

Conocer más a fondo la vida de estas diez mujeres nos permitió entender mucho mejor lo que está ocurriendo al interior de ellas, lo que ellas sienten y la forma cómo su historia y su realidad actual las está llevando a situaciones de desequilibrio emocional. Claramente, hay elementos comunes que se desprenden de este conjunto de situaciones personales.

Un patrón común es el haber pasado por una infancia llena de sufrimientos, con experiencias traumáticas, maltratos y falta de afecto por parte de los padres. Su infancia transcurrió en general en situaciones de extrema pobreza, familias con gran número de hijos, con padre alcohólico y violento, o integradas a otros grupos familiares por desintegración de la propia familia. Todos los casos analizados muestran, como una causal básica de la inestabilidad emocional que reportan estas mujeres, las malas experiencias infantiles, confirmando la importancia de la familia como «...unidad básica de desarrollo y experiencia de realización y fracaso... ..es también la unidad básica de la enfermedad y la salud...» (Ackerman, 1971)

Es frecuente el reconocimiento de haber formado una pareja por abandonar el hogar paterno y liberarse de situaciones familiares que parecían insoportables. Muchas mujeres parecen sentir culpa por haber actuado precipitadamente y de alguna manera sienten que su actual estado es una especie de «castigo» merecido.

Otra constante es el vivir en una mala relación de pareja, que se caracteriza por un marido alcohólico (y/o drogadicto), maltrato constante, muchas veces físico, e incomunicación. Es especialmente importante el hecho de que las mujeres no ven ninguna

posibilidad de solucionar el alcoholismo de su pareja, el cual señalan como la causa principal de sus problemas. Es notable que, a pesar de lo anterior, la mayor parte de las mujeres hayan tenido una sola pareja, a la cual se sienten obligadas a «aguantar» por los hijos y por su propia incapacidad de enfrentar la vida sin un compañero.

Es claro entre las mujeres que el hecho de tener un bajo nivel de educación y especialmente el analfabetismo funcional (que se supone casi inexistente en Chile), les dificulta el manejo de sus problemas familiares y económicos y les impide conseguir un trabajo bien remunerado. Gran parte de las mujeres viven en una situación de pobreza extrema, con ingresos bajísimos e inestables. Por esta razón experimentan una permanente sensación de que lo que hay no alcanza y en cualquier momento su grupo familiar va a pasar hambre, lo cual sin la menor duda es una fuente mayor de estrés.

Dadas las condiciones de pobreza y relativo aislamiento en que viven, las mujeres pierden contacto con su familia (padres, hermanas/os) y amistades anteriores. Los bajos ingresos hacen que el trasladarse a otras zonas de la ciudad pase a ser un lujo muchas veces imposible de afrontar. Por otra parte, el sistema de asignación de las viviendas sociales subvencionadas por el estado facilita la destrucción de las redes familiares que, en situaciones de pobreza suelen ser de gran importancia. Los beneficiarios de los programas de vivienda postulan al subsidio por su condición de allegados: por ejemplo, hijos/as casados que viven con los padres. Las nuevas viviendas son construidas en la periferia de la ciudad, lejos del barrio de origen y el costo que implica el traslado hace imposible mantener contacto con la familia y amistades en el lugar de residencia anterior.

La relación con los vecinos, caracterizada como conflictiva, es frecuentemente definida como de desconfianza, falta de

solidaridad, etc. Esto es resultado básicamente de dos factores: uno, ya señalado en el punto anterior, es el sistema de selección de las familias beneficiarias de los programas de vivienda social. El grupo de nuevos vecinos resultante es de una gran variedad y no hay un conocimiento previo ni una historia común entre ellos. El otro factor que influye directamente en la relación entre vecinos, son las características del barrio y de las viviendas. La falta de privacidad y la escasez de espacios para acoger las actividades de los distintos grupos (niños, jóvenes, adultos) son características de los conjuntos habitacionales producidos por el estado. Los problemas y discusiones familiares son oídas por los vecinos y el hacinamiento genera un constante factor de tensión que muchas veces resulta en peleas y roces con los vecinos.

Aún cuando la mayor parte de las mujeres se expresa en forma negativa de la relación con sus vecinos, en la práctica casi todas ellas reciben cierto tipo de ayuda de vecinas: cuidando a los hijos en casos de urgencia o apoyándolas con dinero o alimentación en los momentos de más carencia. Existe una incipiente solidaridad que tiende a crecer con el transcurso del tiempo y en la medida en que se va gestando una historia común.

Constantemente sufren dolencias diversas, muchas de origen psicosomático, a pesar de lo cual, el tratamiento de los problemas de salud es considerado sólo cuando existen problemas muy avanzados. Para las mujeres que viven en una constante situación de urgencia económica y luchando por sobrevivir, existen muchas otras prioridades que les impiden prestar atención o prevenir sus problemas de salud. Más aún si se trata de problemas de salud mental, los cuales en nuestra cultura son ocultados al máximo y sólo son reconocidos cuando se presentan crisis nerviosas severas («*se volvió loca...*»). Por ser este un punto central, es retomado en la discusión final.

Las satisfacciones, el sentirse bien y disfrutar con una actividad, relación, etc., son un tema poco frecuente para muchas de las mujeres. Aunque no lo expresan así, pareciera que no se sienten con derecho a ello, enfrentando situaciones económicas y familiares tan complicadas y sintiéndose crónicamente deprimidas y angustiadas. Asimismo, el desarrollo de actividades recreativas se ve dificultado por la inexistencia de espacios apropiados en el barrio y la escasez económica les impide salir a un parque, visitar familia, etc.

La autoestima, producto del panorama anterior, no puede ser más que de muy bajo nivel, lo cual genera un estado depresivo crónico, muchas veces acompañado por sensaciones de ansiedad y angustia que impiden a estas mujeres manejar los problemas concretos y múltiples que enfrentan. Esto las transforma inmediatamente en un grupo muy vulnerable, con serias posibilidades de caer en estados nerviosos patológicos que pueden resultar irreversibles.

7. Taller de mujeres

En un intento por actuar, ayudando a estas mujeres a romper los círculos viciosos en que se encuentran atrapadas, diseñamos el programa piloto que se explica a continuación. Las mujeres entrevistadas fueron invitadas a participar en un taller de alimentación. Se trataba de organizar una actividad que tuviese aceptación tanto de parte de las mujeres como de sus maridos y que permitiera hacer reuniones donde se intercambiaran experiencias y se posibilitara la creación de nuevas amistades. El taller de alimentación se diseñó con varios objetivos: además de permitir la convivencia del grupo,

se buscaba darles principios de higiene en la preparación de alimentos y al mismo tiempo enseñarles nuevas recetas económicas y nutritivas que les ayudarían a mejorar la nutrición de su familia⁷. La investigadora a cargo del taller, psicóloga con amplia experiencia en trabajo comunitario, tuvo la responsabilidad de guiar las conversaciones y mantener el grupo en torno al interés original: el trabajo culinario. El taller se inició con cinco participantes y se realizaron sesiones semanales en la casa de una de ellas: Guillermina, donde había espacio suficiente y buena disposición de su parte⁸. La instructora de cocina, señora con vasta experiencia como profesora de cocina «ecológica», les enseñó nuevas formas de preparar y aprovechar productos comúnmente usados en este nivel socioeconómico y logró despertar el interés de todas ellas. Mientras los alimentos se cocinaban, todas las mujeres hablaron de sus problemas y descubrieron que no estaban solas en la angustia, depresión y desesperanza que sienten. Las conversaciones, espontáneas, trataban de la vida diaria, los maridos, los problemas del barrio, de los hijos, etc. Después del primer mes, contentas con la experiencia, decidieron continuar el taller y, con nuestro apoyo, iniciaron un pequeño negocio, que duró aproximadamente un mes medio, cocinando y vendiendo panes de pasqua durante el mes de diciembre. A pesar de algunos contratiempos, la experiencia fue positiva y todas consiguieron ganar un ingreso extra, continuando posteriormente tres de ellas con esta actividad y diversificando su producción.

El resultado de la primera etapa del taller fue más que satisfactorio y hasta cierto punto sorprendente. En todas las mujeres participantes se observó un cambio y, en

⁷ Además de la problemática de salud mental, se detectó que existe un problema de higiene que debe ser tratado mejorando los sistemas de preparación de alimentos.

⁸ El hecho de encontrarse separada y ser la mayor, facilitó el importante papel que jugó para estabilizar al grupo.

cierta forma, la experiencia del taller les abrió una puerta donde antes sólo había un callejón sin salida. Además de adquirir conocimientos nuevos siempre útiles en cocina e higiene, todas ellas encontraron, al menos, una nueva amiga, algo muy difícil de conseguir en un ambiente tan conflictivo como el que viven estas mujeres. Dos de las participantes, que estaban en una peor situación emocional, encontraron en la otra una buena amiga y cada una, separadamente, decidió solicitar ayuda psiquiátrica, lo que implicó un avance muy positivo.

Al iniciar el nuevo año, 1994, el grupo se reorganizó integrando a nuevas vecinas, ampliando sus actividades y pasando a tratar temas personales con mayor profundidad, para lo que se usó una metodología vivencial que ayudó al crecimiento personal⁹. La evaluación de la experiencia ha sido positiva, se produjo una clara mejoría de la autoestima y se descubrieron nuevos estilos de relación con el entorno inmediato, con resultados positivos, como descubrir nuevas amigas entre ellas.

«Una aquí se siente en confianza. Yo espero con ansias los días martes, por que se que lo voy a pasar bien».

«La otra vez probé eso de hablar con mi marido que ustedes me dijeron. Me atreví a decirle lo que sentía. Después me sentí tan bien».

«Yo nunca había salido entre mujeres y menos a tomar once afuera...»

Si bien el estado de salud mental de estas mujeres estaba influido directamente por su historia familiar es también indudable que el ambiente en el cual viven no favorece la expresión de conductas sanas. En este sentido la experiencia del taller demostró que mejorando algunas condiciones del entorno

es posible ayudar a las mujeres a romper el círculo vicioso en el que se sienten atrapadas.

Un resultado inesperado del desarrollo alcanzado por estas mujeres es su integración, desde el año pasado, al mundo del trabajo. Dos años después todas trabajaban, dos lo hacen en servicio doméstico fuera del barrio y otra en su casa para una fábrica de confecciones. En una reunión reciente del grupo, una de ellas le preguntó a la coordinadora: *«¿que nos hizo usted que ahora nos atrevemos a trabajar y antes que estábamos peor (económicamente), no nos atrevíamos...?»*

8. Abriendo el debate

Entendiendo la salud no sólo como la ausencia de enfermedad, sino también como la capacidad del individuo y del grupo de movilizar sus recursos para mejorar sus condiciones de vida, puede concluirse que hay una importante proporción de mujeres del sector popular que presentan problemas serios de salud mental, los cuales deben ser tratados antes de que se transformen en crisis nerviosas irreversibles. El estudio realizado en Villa Los Navíos mostró claramente que el estado de salud mental de las mujeres entrevistadas, además de estar influido directamente por sus historias personales, también es afectado por una situación ambiental muy poco adecuada para un sano desarrollo familiar y personal. El insuficiente tamaño y deficiente calidad de las viviendas y la convivencia forzada con familias muy diversas en espacios muy pequeños (calles de seis metros de ancho, carencia de lugares de juego para los niños, etc.) generan tensiones diarias que aumentan

⁹ En la segunda etapa participaron 8 mujeres y se realizaron actividades recreativas fuera de la villa, como pasear por el centro de Santiago y actividades manuales, como tejido a palillos y crochet.

la carga emocional que soportan las mujeres, obligadas a permanecer en el barrio la mayor parte de sus vidas.

La aparente mayor incidencia de problemas de salud mental observada entre las mujeres es, en nuestra opinión, resultado de la mayor apertura con que hablan de sus problemas y al mismo tiempo de la carencia de otras salidas a las tensiones emocionales que en los hombres son consideradas casi normales: básicamente el alto consumo de alcohol y/o drogas. Mas aún, los hombres, al ser los sostenedores económicos del hogar, deben necesariamente salir cada día al trabajo, por lo que no experimentan la sensación de aislamiento y hasta encierro que llegan a sentir las mujeres que se quedan cuidando a los hijos y que no pueden pagar los viajes a otras zonas de la ciudad (ni siquiera a comprar a los centros comerciales más cercanos).

El tipo de mujer que tiene mayores posibilidades de convertirse en un caso probable de enfermedad mental, de acuerdo a los resultados de este estudio, corresponde a una mujer entre 30 y 40 años, generalmente casada o viviendo con un compañero, en situación de pobreza extrema, con una mala relación de pareja, marido alcohólico, frecuentemente sujeta a maltrato. Parece importante preguntarse aquí si en realidad es éste el grupo que se encuentra en peor situación. Nuestra experiencia en trabajo con mujeres de sectores populares nos ha mostrado que existe otro grupo, aún más vulnerable que éste, que no apareció en el estudio realizado en el colegio de Villa Los Navíos (Ducci, 1994; Ducci y Greene, 1995). Son mujeres jefas de hogar que deben trabajar para mantener a sus hijos, por lo cual no se presentan a las reuniones de padres y no tienen interés en participar en actividades que no consideren indispensables. Las características, disponibilidad de tiempo e intereses de las madres jefas de hogar son distintas a las del grupo en el que focali-

zamos este trabajo, por lo que son necesarias otras formas de acción para ayudar a ese otro grupo que ni siquiera tiene tiempo para preguntarse por su estado emocional.

Nos interesa particularmente discutir un aspecto de la metodología empleada en la segunda etapa de este trabajo (el taller). El acercamiento y posterior invitación a participar en el taller de alimentación se hizo a través de las entrevistas personales. Se les explicó que las entrevistas eran un seguimiento del cuestionario contestado meses antes en el colegio. Ninguna de las mujeres se preguntó por qué había sido seleccionada y, lo que es más importante, todas ellas aceptaron inmediatamente participar y al finalizar dijeron que les había servido como desahogo (sólo una de ellas sostuvo que la había hecho recordar cosas muy tristes que prefería no tener presente). En realidad nunca pensamos ocultar el motivo por el cual fueron seleccionadas, pero dado que esto no preocupó a ninguna de ellas, no fue un tema tratado. Fue entonces cuando nos fue planteada una pregunta que nos hizo revisar a fondo el método empleado. ¿Es ético trabajar con un grupo de mujeres seleccionadas por su alta frecuencia de problemas emocionales sin explicarles los motivos de la selección? (Harpham, 1993) Haciendo una cuidadosa revisión del proceso, llegamos a la conclusión de que, no sólo resulta ético, sino que es la única manera de acceder a personas tan vulnerables como estas mujeres. Si nos hubiésemos acercado a ellas explicándoles que eran casos de posible desequilibrio mental, se hubiesen cerrado a cualquier comunicación y participación, dado que esto tiene connotaciones sociales negativas. Aún más, la experiencia nos indica que, si el marido de cualquiera de las participantes hubiera sabido que su mujer estaba considerada como posible caso de problemas mentales, le hubiera impedido participar en el grupo, para evitar quedar en evidencia ante los demás («...la vecina está en el taller de las locas...»).

Por otra parte, aún cuando algunos de los casos extremos posiblemente constituyen casos psiquiátricos (lo que es tarea de especialistas en psiquiatría diagnosticar), la mayor parte de las mujeres enfrentan situaciones de pobreza, violencia familiar, etc., tan reales que es lógico esperar que se sientan deprimidas, angustiadas y sobrepasadas por el diario vivir. Decirles que están entre posibles casos de desequilibrio mental, solamente les aumentaría la carga emocional que las agobia. En cambio, tal como pudimos comprobar mediante el trabajo del taller de alimentación, integrarlas a una actividad de aprendizaje socialmente aceptada y útil, con un grupo de iguales, resultó muy efectivo para empezar a romper su aislamiento y el círculo vicioso en que se sentían atrapadas.

En definitiva, la situación detectada entre las mujeres de Villa Los Navíos es preocupante y resulta urgente integrar a los equipos de atención primaria de la salud y los profesionales especializados en salud mental¹⁰. Es innegable la urgencia de desarrollar, en este momento del desarrollo del país, programas orientados a la prevención de problemas de salud mental entre mujeres de los sectores más pobres de la sociedad, como una forma de detener el creciente proceso de deterioro de la salud mental femenina que se observa en los barrios populares, y como factor indispensable para mejorar el nivel de vida, tanto de las mujeres como de sus familias.

Es indudable que un programa piloto de dimensiones tan reducidas como el aquí presentado no permite llegar a conclusiones fácilmente generalizables. Sin embargo, a pesar de sus limitaciones, nuestra evaluación favorable resulta de la comprobación del

positivo cambio experimentado en todas las participantes. Desarrollar formas de acción como las aquí utilizadas puede evitar que ese casi 45% de mujeres que presentan una alta frecuencia de problemas emocionales, lleguen a convertirse en casos psiquiátricos. Para ello hay que fomentar el trabajo grupal en torno a labores concretas de su interés (cocina, costura, gimnasia, etc.) donde las mujeres tengan la oportunidad de intercambiar experiencias y buscar apoyo entre sus iguales.

Bibliografía

ACKERMAN, N. W. (1971): *Diagnóstico y Tratamiento de las Relaciones Familiares: Psicodinamismos de la vida familiar*. Buenos Aires, Ed. Horme, 3a. edición.

BLUMENTHAL, S. J. y WOOD, S. F. (1997): «*Women's Health Care: Federal Initiatives, Policies, and Directions*». En Gallant et al. *Health care for women: psychological, social, and behavioral influences*, Washington, DC, American Psychological Association.

BROSKOWSKI, A. (1981): «The Health-Mental Health Connection». En Broskowski et al. *Linking Health and Mental Health*. London, Sage publications, Inc.

BROSKOWSKI, A.; MARKS, E.; BUDMAN, S. H, eds. (1981): *Linking health and Mental health*. London, Sage publications, Inc.

BURNS, B.; BURKE, J. y KESSLER, L. (1981): «Promoting Health - Mental Health Coordination». En Broskowski et al. *Linking Health and Mental Health*. London, Sage publications, Inc.

¹⁰ Esto ha sido comprendido por los encargados del área y durante el desarrollo de esta investigación se incorporaron al consultorio de salud cercano los servicios regulares de un psiquiatra.

BUSNELLO, E.; LIMA, B. & BER-
TOLOTE, J. (1983): «Aspectos interculturais
de classificação e diagnóstico». *Jornal
Brasileiro de Psiquiatria*, 32, pp. 207-210.

CAREY, WILLIAM Y SEAN MCDE-
VITT, (eds.), (1988), *Prevention and Early
Intervention*

CORNEY, R. y STRATHDEE, G.
(1996): «The Extent of Psychiatric Mor-
bidity in Primary Care». En Abel, K. et al.,
(eds.) *Planning Community Mental Health
Services for Women*. London, Routledge.

DUCCI, M. E. (1994): «Políticas de
vivienda y mujer». *Revista EURE*, vol. XX,
1994, núm. 59, pp. 73-91.

DUCCI, M. E. y GREENE, M. (1995):
*Las mujeres jefas de hogar monoparental y
el Programa de Vivienda Progresiva*.
Santiago, Chile, editorial MINVU, GTZ.

DUNCAN, J. S., (ed.) (1982): *Housing
and Identity: cross-cultural perspectives*.
New York, HM Holmes and Meier
Publishers Inc.

DURKHEIM, E. (1964): «The Dualism
of Human Nature and its Social Conditions».
En Wolf, K. H. (ed.) *Essays on Sociology
and Philosophy*. New York, Harper & Row.

GALLANT, S. J.; PURYEAR KEITA,
G. y ROYAK-SCHALER, R. (1997): *Health
care for women: psychological, social, and
behavioral influences*, Washington, DC:
American Psychological Association.

GOUDSMIT, E. M., (1994): «Stereot-
ypic Views and the Psychologisation of
Women's Illness». En Wilkinson and
Kitzinger *Women and health: Feminist
Perspectives*. London, Taylor and Francis.

HARPHAM, T. (1993): *City 93, EPH 93
(Environment and Public Health)*. Antwerp,
Bélgica, First Global and European Con-
ference.

LLOYD, B. (1982): «Women, Home and
Status». En Duncan, J. S. *Housing and
Identity: cross-cultural perspectives*. New
York, HM Holmes and Meier Publishers
Inc.

MARI, J. J. (1987): «Psychiatric
morbidity in three primary medical care
clinics in the city of São Paulo: Issues on the
mental health of the urban poor». *Social
Psychiatric*, 22, pp. 129-138.

MATHEY, K. (ed.) (1992): *Beyond Self-
Help Housing*. London, Mansell.

MOSER, C.O. (1992): «Women and
Self-Help Housing Projects». En Mathey, K.
Beyond Self-Help Housing. London,
Mansell.

O'LEARY, A. y HEGELSON, V. S.
(1997): «Psychosocial Factors and Women's
Health: Integrating Mind, Heart, and Body».
En Gallant et al. *Health care for women:
psychological, social, and behavioral in-
fluences*. Washington, DC: American
Psychological Association.

REICHENHEIM, M.E. y HARPHAM,
T. (1991): «Maternal Health in Río de
Janeiro». *British Journal of Psychiatry*, 159,
pp. 683-690.

RODDA, A. (1991): *Women and the
Environment*. London, Zed Books Ltd.

SMYKE, P. (1991): *Women and Health*.
London and New Jersey, Zed Books Ltd.

TUDOR, K. (1996): *Mental Health Pro-
motion: Paradigms and Practice*. London,
Routledge.

TYRER, P. y CREED, F. (1995):
*Community Psychiatry in Action: Analysis
and Prospects*. London, Cambridge Uni-
versity Press.

UNCHS (Habitat), An Urbanizing
World. Global Report on Human
Settlements, (1996), Oxford University
Press.

WHO (1987): «Women and Mental
Health: a post-Nairobi Perspective». *World
Health Statistics Quarterly*, vol. 40, no. 3.

WILKINSON, S. y KITZINGER, C.,
eds. (1994): *Women and health: Feminist
Perspectives*. London, Taylor and Francis.

WOLF, K. H. (ed.) (1964): *Essays on
Sociology and Philosophy*. New York,
Harper & Row.