

UN ABISMO DE TRISTEZA...

Estudios de Género y Salud Mental

Los aportes de investigadoras y teóricas feministas han tenido importante incidencia en el surgimiento del paradigma crítico de las ciencias. A la sombra del mito de la neutralidad axiológica, que el paradigma positivista reclamó para el saber científico, se sustentó la condición social de inferiorización y subordinación de las mujeres desde distintas disciplinas.

LA DEPRESIÓN

Los llamados Estudios de la Mujer y luego los Estudios de Género han puesto en cuestión, sometido a reflexión crítica y propuesto nuevas categorías de análisis para el conjunto de «conocimientos» que, desde el saber científico tradicional, había sido construido en relación con las mujeres, con lo femenino, con las desigualdades de género y con todas las formas de desigualdad social.¹

EN LAS

En el campo específico de las disciplinas denominadas de la «Salud Mental» esta perspectiva implica el despliegue de esfuerzos rigurosos y consistentes para la deconstrucción crítica de teorías y prácticas con las que se ha operado, el cuestionamiento a la división de los seres humanos propia de los modelos biomédicos y de la psiquiatrización del cuerpo/mente femeninos.

MUJERES

NOHEMA HERNÁNDEZ

Psicóloga Universidad Nacional de Colombia. Integrante del equipo de trabajo de la Corporación Casa de la Mujer, especialidad en atención a mujeres en situación de crisis. Educadora. Candidata a la Maestría en Psicología Comunitaria de la Pontificia Universidad Javeriana.

¹ Bellucci, Mabel. (1992). De los Estudios de la Mujer a los Estudios de Género: han recorrido un largo camino. En: Las mujeres en la imaginación colectiva. Buenos Aires: Plados.

D O S S I E R

En los modelos biomédicos cuerpo y psiquis se asumen como continentes aislados, con consecuencias como la fragmentación y parcelación de las personas y la sobre-valoración en los sistemas de salud de las prácticas dirigidas a los procesos somáticos de salud-enfermedad y la subvaloración del desarrollo de conocimientos, formas de intervención y prevención en salud mental. Sólo en las últimas décadas comienzan a hacer eco propuestas de integralidad.

Es en este contexto que emerge desde el movimiento feminista internacional, a partir de los años setenta, un novedoso y rico conjunto de conceptualizaciones y acciones que focalizan su atención en los problemas relativos a la sexualidad y la salud de las mujeres.

En el campo de la salud mental, a partir de la noción de construcción social de la subjetividad femenina, comienzan a proponerse otras nociones como **malestar psíquico**, se realizan investigaciones que toman como punto de partida la categoría relacional **género** para analizar la incidencia de determinadas psicopatologías y se hacen estudios dirigidos a entender cómo los estilos y condiciones de vida de las mujeres determinan sus modos de enfermar psíquicamente.

Se inician así mismo trabajos investigativo-epidemiológicos dirigidos a determinar factores de riesgo y protección para la salud mental de las mujeres y al reconocimiento de las redes de apoyo psicosocial a las que están vinculadas y que son parte del proceso de resignificación de situaciones afectivo-relacionales críticas en los diferentes momentos de su ciclo vital.

Una mirada al duelo y la melancolía freudianas

En 1915 Sigmund Freud escribe el texto "Duelo y Melancolía" estableciendo algunas precisiones fundamentales para el tratamiento del tema en

ese momento: la melancolía y el duelo como procesos diferentes, aunque posean relaciones analógicas; la carencia de unidad conceptual frente a lo que se entendía por melancolía y las diversas formas clínicas que el fenómeno mostraba; la relación de algunas formas de melancolía más con **afecciones somáticas** que con las denominadas de carácter **psicógeno**.²

Freud precisa que el duelo no se conceptualiza como estado psicopatológico, mientras la melancolía sí. En el primero, señala, hay siempre una reacción a circunstancias de pérdida de un objeto afectivamente significativo que puede ser una persona, un ideal, una situación de vida; la causa del duelo es reconocible y se relaciona con circunstancias ambientales.

Para caracterizar la melancolía Freud afirma:

*...se caracteriza psíquicamente por un estado de ánimo profundamente doloroso, una cesación del interés por el mundo exterior, la pérdida de la capacidad de amar, la inhibición de todas las funciones y la disminución del amor propio. Esta última se traduce en reproches y acusaciones, de las que el paciente se hace objeto a sí mismo, y puede llegar incluso a una delirante espera de castigo.*³

En el duelo es el mundo el que aparece **desierto y empobrecido** ante el sujeto; en la melancolía es el yo el que ofrece estos rasgos. Las personas en esta condición atribuyen a su yo el ser indigno de estimación, incapaz de rendimiento valioso y moralmente condenable.

Resume el cuadro melancólico en lo que llama **delirio de empequeñecimiento** (referido a lo moral) e incluye allí múltiples manifestaciones como **dirigirse amargos autoreproches, insultarse, esperar la repulsa y el castigo, humillarse ante los demás, compadecer a los suyos por estar ligados a persona tan despreciable**.

² Freud, Sigmund. (1915). *Duelo y Melancolía*. Madrid: Biblioteca Nueva, Tomo II, 3a. ed.

³ Freud, S. op.cit.

La labor de duelo o elaboración de la pérdida de los objetos amados comprende varios momentos, descritos por Freud a partir de las evidencias de realidad de que estos ya no existen. Tales demandas del principio de realidad son inicialmente inaceptables requiriéndose un proceso paulatino y significativo de esfuerzo psíquico para que la libido abandone todas sus ligaduras con tales objetos.

Observación fundamental de Freud en la similitud entre duelo y melancolía es que en ambos casos la persona puede saber a **quién** ha perdido pero, en el segundo, no sabe lo que con **él** ha perdido.

Respecto de la melancolía y el duelo en las mujeres, incluye algunas breves pero significativas referencias:

*Una mujer que antes de enfermar de melancolía ha sido siempre honrada, hacendosa y fiel, no hablará luego mejor de sí misma que otra paciente a la que nunca pudimos atribuir tales cualidades; e incluso la primera tiene más probabilidades de enfermar de melancolía que la última, de la cual tampoco nosotros tendríamos nada bueno que decir.*⁴

La expresión sugiere ya, desde el controvertido pensamiento de Freud, la percepción de una relación fuerte entre depresión e identidad femenina. Los rasgos que relieves hacen referencia a los que aún se expresan como ideal femenino tradicional. Las «buenas mujeres», solicitadas, exigidas y ponderadas por la cultura patriarcal se constituyen subjetivamente sobre el riesgo de la melancolía.

En este mismo escrito Freud precisa, de otra parte, cómo el estado melancólico es revelador de un conflicto de ambivalencia en la relación con el objeto. La pugna amor-odio es el motor de tal conflicto y para ejemplificarlo acude de nuevo a nuestra buena mujer:

La mujer que compadece a su marido por hallarse ligado a un ser tan inútil como ella, reprocha en realidad al marido su inutilidad, cualquiera que sea el sentido que de a estas palabras.

Al hablar del duelo y precisar que el objeto no necesariamente ha de estar perdido a causa de muerte, sino que también puede estarlo como **objeto erótico** cita como ejemplo el caso de la **novia abandonada**. Debió ser bastante frecuente en la época victoriana que mujeres en las situaciones descritas requirieran el diván freudiano.

Tal requerimiento, que con toda seguridad enriqueció los estudios psicoanalíticos a pesar de los sesgos androcéntricos y de las limitaciones del desarrollo científico propios de su época, evidencia los sentidos asignados a los papeles determinados por la cultura para las mujeres del siglo pasado, y de buena parte de este, sustentados en ideales de salud mental ligados a su capacidad de desempeño como «buenas esposas» y «buenas madres».

Las definiciones normativo-valorativas de la cultura asignadas a las mujeres, en tanto género, así como los rasgos sobre los que solidariamente se ha construido la identidad subjetiva femenina, se han orientado a continuar la ancestral legitimación de su **realización** a través del matrimonio y la maternidad, como vías exclusivas. Las transgresiones a este ideal han sido réplicas de la misma lógica.

Algunas preguntas, algunos indicadores, algunas precisiones...

Desde los argumentos hasta aquí expuestos podemos hacernos hoy muchas preguntas: ¿qué es lo que ha perdido la mujer **honrada** que se hace melancólica?, ¿qué rasgos **caracterizan** la

⁴ Freud, S. op.cit.

subjetividad de mujeres como las que Freud describe: *siempre honradas, hacendosas y fieles*?

Estas preguntas son relevantes aún ochenta años después del escrito Freudiano. Distintos estudios epidemiológicos internacionales y el último nacional sobre salud mental (1993) muestran que para las mujeres la depresión es el paradigma de su malestar psíquico.

En Colombia la proporción hombres-mujeres que se deprimen es de 10 a 15: por cada 10 hombres deprimidos hay 15 mujeres; la prevalencia de depresión sigue siendo mayor para el género femenino al igual que la obtenida en el estudio de 1987.⁵

Coincidiendo también con indicadores internacionales, a las colombianas suelen serle recetados todo tipo de fármacos con el propósito de aliviar este malestar, esta profunda tristeza. Pueden ser ellas mismas las que se automediquen, actuando en razonamiento similar: una pastilla para el dolor puede ser buen remedio para quien no puede identificar cuál es el origen de ese dolor.

Julia Kristeva (1987) psicoanalista, especialista en semiología y en teoría literaria, diferencia desde su perspectiva tres estados depresivos: el que llama *melancolía grave* caracterizado por la lentificación de todas las funciones del psiquismo, la pérdida del gusto por la vida, por el deseo, por la palabra y la intención suicida; la *depresión neurótica* que sería forma menos grave de la anterior; y la *nostalgia o spleen* al que bellamente llama *vacío del alma* relacionándolo con la producción de algunas obras literarias y de arte.

Para Kristeva la fragmentación del tejido social, vivida en nuestros tiempos, contribuye a profundizar la fragmentación de la identidad psíquica experimentada por las mujeres y hombres que se deprimen, aunada al

incremento constante de la violencia como generador de pérdida del *sentido de la vida*, del deseo de vivir, de la esperanza de futuro. La depresión es el mal del siglo.⁶

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) distinguen también tres tipos de estados depresivos:

- 1) los síntomas depresivos, relativos a los estados de duelo vividos por todas las personas;
- 2) las depresiones unipolares, divididas en depresión endógena y depresión reactiva o neurótica. La primera se liga a cambios bioquímicos del cerebro y su manejo sería preferentemente farmacológico. La segunda constituye un *síndrome depresivo* de origen psíquico también llamado neurótico, situacional o psicógeno.

Es reconocido también por estos organismos que el segundo tipo afecta más a las mujeres que a los hombres. Para explicarlo se ha acudido a hipótesis hormonales, psíquicas y sociales.

- 3) El tercer tipo es el de los llamados trastornos bipolares que alternan los períodos melancólicos con otras manías. Considerada la forma más grave de depresión, al parecer, tiene componentes genéticos y afecta por igual a hombres y mujeres.

¿En qué terreno buscar entonces las explicaciones a la mayor incidencia de depresiones *reactivas, unipolares, neuróticas, situacionales, psicógenas...* en las mujeres?

Con base en la experiencia de más de una década de compartir con mujeres en situaciones de crisis a partir del contexto institucional de la Corporación Casa de la Mujer, podemos afirmar con seguridad que cualquier modelo explicativo debe pasar por situar las condiciones de vida de

⁵ Ministerio de Salud, Centro Nacional de Consultoría. (1993). Estudio Nacional de salud mental y consumo de sustancias psicoactivas. Colombia 1993.

⁶ Kristeva, Julia. (1987). Soleil Noir. Dépression et Mélancolie. En: Burin, M. El malestar de las mujeres. La tranquilidad recetada.

las mujeres, los lugares reales y simbólicos que el orden social y cultural les **otorga**, más allá de fluctuaciones particulares y por identificar, reconocer y entender los contenidos, sentidos y ambigüedades asignadas a la subjetividad femenina en nuestro mundo de fin de siglo.

El ideal femenino tradicional

Herido de muerte pero sobreviviendo del aire contaminado de las más profundas ambigüedades, el ideal femenino tradicional nos sigue acompañando. La **feminidad fantástica de la cultura** requiere aún de mujeres más o menos dóciles, generosas, contenedoras emocionalmente, sostén afectivo de los otros, comprensivas, tiernas, postergando siempre las propias necesidades, cuidando la prole, alimentando el mundo.

Pero esta **feminidad idealizada** suele no corresponderse y, peor aún, entrar en franca pugna con la **feminidad efectivamente vivida**. Múltiples dificultades y sobrecargas cotidianas derivan principalmente de las dobles, triples o circulares jornadas de trabajo a las que la mayor parte de mujeres colombianas acceden, en una mezcla para algunas confusa, entre el apremio de las necesidades de subsistencia y las aspiraciones percibidas como propias y legítimas.

Pero si bien las mujeres, por fuerza, deseo o conjunción compleja entre la una y el otro, han incursionado en el **afuera** antes vedado, no han ido en la misma proporción las modificaciones necesarias en el **adentro** (léase labores domésticas, erotismo/afectividad, cuerpo/sexualidad, reproducción, control de la fertilidad, socialización de los hijos/as), ni en las lecturas que la cultura patriarcal hace de su valor y significación social.

No es gratuito que en el país se diga que la sociedad tiene **una deuda cultural** que pagar a

sus mujeres. La premura, la fatiga y el desempeño simultáneo de varios papeles es la marca de la cotidianidad de las mujeres de este fin de siglo: trabajadoras asalariadas, madres, esposas, novias, amantes, jefas de hogar, estudiantes, trabajadoras no remuneradas en labores agrícolas o en la empresa o comercio «familiar», «madres comunitarias», educadoras populares, líderes y participantes activas de la vida social-comunitaria, entre otros.

¿Por qué las mujeres se deprimen?

Los motivos más frecuentes por los cuales mujeres que se encuentran en estados depresivos demandan asesoría psicológica en la Casa de la Mujer tienen que ver, prioritariamente, con eventos de carácter relacional. La mayor parte de estas mujeres no van a la asesoría por sus sentimientos depresivos, van en la búsqueda de hablar, entender y encontrar apoyo frente a situaciones a las que atribuyen y vivencian como crisis vital:

- violencia conyugal
- conflictos severos y repetidos con la pareja
- ruptura de pareja
- infidelidad del esposo o compañero
- abandono del esposo o compañero quien se va con **otra** mujer
- conflictos familiares: con hijos/as, padre/madre, familia del cónyuge.

Como en los mejores tiempos de la Reina Victoria, las mujeres suelen elaborar durante el proceso inicial de la crisis explicaciones plenas de autoinculpación, autoreproches, expresiones de severa disminución de la autoestima y hondos sentimientos de soledad, desamparo y orfandad.

La ocurrencia de los estados depresivos se ha afirmado, como fijación en una de las etapas del duelo, antes de que la mujer busque o encuentre

apoyo. No ha hallado lugar ni palabra para la rabia o se debate entre la culpa por sentirla y la realidad de expresarla, dado que asume su expresión como no legítima para el ideal femenino idealizado y termina entonces por volverla contra sí misma; ha asumido un proyecto de vida que en buena medida no fue su elección, ha desplegado ingentes esfuerzos por **cumplir** como buena mujer para ganar el prometido poder afectivo y ahora siente que nunca lo ha tenido, ha adherido de modo acrítico a la norma social y no puede explicarse el por qué de la violencia, el abandono, la infidelidad, el continuo malestar e insatisfacción vital.

Los rasgos asignados a las personalidades depresivas coinciden plenamente con los de la **feminidad idealizada**, señala Emilce Dío-Bleichmar: pasividad, dependencia, falta de firmeza y asertividad, gran necesidad de apoyo afectivo, baja autoestima e indefensión.⁷ Podemos pensar entonces que la mujer **honrada** freudiana, más allá de los juicios de valor que el adjetivo sugiera, es toda mujer que durante la mayor parte de su vida se haya esforzado por cumplir con las múltiples y contradictorias exigencias que el **deber ser** de la **feminidad idealizada** le ha impuesto, la ambivalencia no está sólo en las mujeres en tanto sujetos, está también en el ordenamiento social.

Ser-mujer equivaldría así, y por sobre cualquier otro logro, a ser -buena/esposa/madre/hija. Este modelo de feminidad no podría ser inscrito en la subjetividad sin contar con el deseo; pero el deseo asumido como propio es el deseo del otro. Este deseo es el núcleo de la feminidad; ser femenina es construirse para el deseo de los otros; el contenido de vida de las mujeres sigue siendo el de ser cuidadoras vitales de los otros.

El bienestar psíquico de las mujeres sigue basándose en el deseo y la experiencia de estar en relación con..., como eje identificador de la organización de su yo. Un **yo-en-relación** a

partir del cual se establece que **la subjetividad de las mujeres adquiere su mayor organización alrededor de poder crear y mantener filiaciones y relaciones.**⁸

Los conflictos y crisis no surgen de esta diferencia por sí misma, surgen porque en el **orden** social y cultural patriarcal con sus sistemas normativo/valorativos e instituciones, sus individuos-varones y a veces las mujeres mismas, no le asignan valor social efectivo a tales rasgos.

La vida afectiva y la reproductividad, asignados por la cultura como espacios de poder de las mujeres, exigen mucha capacidad de postergación de necesidades y deseos propios y la especialización de lo femenino respecto de ellos. Pero invisibiliza la contraparte implícita que legitima el consecuente distanciamiento de los mismos para la masculinidad, en el contexto de la lógica de la constitución binaria de las identidades subjetivas de los géneros.

Si a lo anterior se suma que, en la práctica, el ser y hacer femeninos son profundamente desvalorizados por el conjunto social (el género masculino no los reclama para sí, se resiste a asumirlos con franqueza) hasta el punto de considerarlos **servicios improductivos social y económicamente**, no será producto de la casualidad que tanto en investigaciones clínicas como sociológicas se señale como constantes, dentro de los factores de riesgo para la salud mental de las mujeres el matrimonio, el trabajo exclusivo de ama de casa, la doble jornada de trabajo, el tener tres o más hijos pequeños en la casa, la falta de soporte o ayuda de amigas/os o familiares y la falta de comunicación íntima y confidencial con una pareja.⁹

El malestar de las mujeres, expresado en sus estados depresivos, está estrechamente ligado al lugar que le otorgan en sus vidas a las tareas de afirmación de los poderes que la tradición cultural les ha asignado. Si la identidad

7 Dío-Bleichmar, Emilce. (1991). *La depresión en la mujer*. Madrid: Editorial Temas de Hoy.

8 Dío-Bleichmar, op.cit.

9 Burin, Mabel. (1990). *El malestar de las mujeres. La tranquilidad recetada*. Buenos Aires: Píados.

femenina se sustenta sobre el poder afectivo y el deseo de ser para otros, será inevitable su posicionamiento como exclusivas responsables de la dinámica afectiva familiar y de pareja.

Las dificultades y conflictos que surjan en estos niveles de relacionamiento seguirán siendo resentidos como su falta, su gran fracaso, su pérdida. La pérdida de algo incomunicable y desconocido que se acentúa en las mujeres deprimidas es la pérdida de amor.

Pérdida del amor propio. En tal condición *la mujer sufre un desequilibrio que compromete su identidad, lo central del concepto de sí misma.*¹⁰ El temor a la pérdida o el alejamiento de los objetos amados explica en muchas situaciones los que hoy se denominan **vínculos adictivos** los cuales, a pesar de que se viva la humillación o la violencia, se mantienen para no enfrentar el abandono y la temible soledad.

Las mujeres dedicadas exclusivamente al **hogar**, como es usual decir en nuestro medio, no son las únicas vulnerables a la depresión. También aquéllas que, de hecho, han modificado las prescripciones culturales de espacios y lugares de poder pueden estar expuestas a tal riesgo si los logros y el reconocimiento en lugares y espacios sociales distintos no se acompañan de resignificación de las cargas ancestrales de malestar, sentimientos de soledad e indefensión relativos al sentido y lugar que se le asigna a esos éxitos en su proyecto de vida como mujeres.

El **ser para otros...** como impronta de la identidad femenina puede seguir teniendo el mayor peso en la atribución de sentidos. Los episodios depresivos pueden manifestarse también como producto de múltiples tareas y autoexigencias para intentar desempeñarse «bien» en todos los campos. Las dificultades reales para establecer y/o mantener vínculos afectivos sólidos e íntimos con una pareja o en un grupo familiar son acentuados en muchas

ocasiones por la resistencia de sus demás integrantes, en la práctica, a redistribuir tareas, modificar privilegios relativos y, especialmente, a someter a crítica y cambio expectativas, actitudes y valores respecto del reparto de roles de género.

¿Cómo pueden las mujeres reencontrar el amor por la vida?

Los múltiples enfoques psicoterapéuticos actuales proponen diferentes modelos explicativos y manejos de los estados depresivos reactivos. Sin embargo, muchos de ellos, desconocen los aspectos en los que aquí se ha hecho énfasis respecto de las condiciones de vida de las mujeres y, especialmente, a la constitución de la identidad femenina.

Muchas de las prácticas, aunque se aproximen a su reconocimiento, no someten a reflexión crítica y dejan incuestionados estos determinantes, limitándose entonces a imponer a las mujeres deprimidas esfuerzos de sobreadaptación al rol femenino tradicional donde está, para muchas, la fuente de su malestar psíquico.

Es necesario entonces incorporar una perspectiva participativa de las mujeres y los aportes de los estudios de género al campo de la salud en general y de la salud mental en particular, a sus análisis conceptuales y a las modalidades de atención y tratamiento que se utilizan. Por múltiples caminos se llega a la depresión y esos caminos pueden ser los que señalen las potencialidades, alternativas y posibilidades de superarla.

Propuestas de frecuente empleo como las tradicionales farmacoterapias y las psicoterapias individuales clásicas, deben ser reexaminadas y puestas en cuestión desde nuevos modelos y estrategias más integrales. Distintas modalidades de trabajo en grupo

¹⁰ Dño-Bleichmar. op.cit.

dirigidas a la autoayuda, la reflexión y la concientización o la ayuda mutua, así como las psicoterapias individuales y grupales desarrolladas por terapeutas feministas, entre otras, ameritan por sus resultados y calidad ser seriamente tenidas en cuenta para la comprensión e intervención en relación con las diferentes expresiones de malestar psíquico en las mujeres.

Emilce Dío-Bleichmar, por ejemplo, propone la utilización de **mapas de la depresión** a partir de los cuales se identifique factores de las condiciones de vida particular, sentimientos predominantes, mensajes parentales fundamentales y conceptos de sí misma y de su femineidad, determinantes del estado depresivo vivido por la mujer.¹¹

Inés Castro del Centro de Estudios de la Mujer de Buenos Aires señala como aspectos relevantes en la atención psicoterapéutica de mujeres, desde el enfoque psicoanalítico y los estudios de género: construcción de la conciencia de pertenencia al género sexual femenino, privilegio del análisis de la etapa preedípica, trastornos en el ejercicio de la

maternidad, trastornos de la sexualidad, conflictos en relación con el ámbito extradoméstico, constitución de deseos múltiples, despliegue de la función de dominio, descubrimiento de las capacidades yojicas y revalorización del saber de las mujeres en el área de los afectos.¹²

Aunque los anteriores aspectos son generales, sugieren también ejes para la atención de las mujeres que atraviesan estados depresivos de manera que les sea posible resignificar su situación de crisis, tanto en el sentido de situación de ruptura con el equilibrio previo como en el de **posibilidad de ubicarse como sujeto activo, criticante del equilibrio anterior**.

La resignificación de las crisis, cualquiera sea su naturaleza, tendrá efecto saludable y sentido esperanzador si la hostilidad diferenciadora se liga al pensamiento crítico, al **sentimiento de injusticia**, en términos de Mabel Burin (1990), como indicador de valoraciones críticas tendientes a transformaciones y no sólo al resentimiento que fija en situaciones vindicativas cuyo efecto es cambiar todo para que nada cambie.¹³

11 Dío-Bleichmar. op.cit.

12 Castro, Inés. (1987). Psicoterapia de mujeres: algunos aspectos relevantes. En: Estudios sobre la subjetividad femenina. Mujeres y salud mental. Mabel Burin y col. Buenos Aires: Grupo Editor Latinoamericano.

13 Burin, Mabel. op.cit.