

Una aproximación a los problemas de salud mental de las mujeres asistentes a la marcha de la mujer 2015¹

An approach to problems of mental health of women assistant to the march of women 2015

Valery Dawson²
Marcela Weintraub³

Resumen: En las últimas décadas, ha cobrado mayor importancia el estudio de la situación y problemáticas que afectan a las mujeres en distintos ámbitos personales y sociales. Sin embargo, existe menos literatura que aborde temáticas de salud mental que afectan a las mujeres, siendo aún más escasa en Chile. Este estudio pretende ser una aproximación a la salud mental de un grupo específico de mujeres, para conocer su percepción subjetiva en torno a los problemas de salud mental –cuadros de depresión y ansiosos- que han experimentado, y su relación con sus características demográficas. Asimismo, dar cuenta de la relevancia que estas mujeres le asignan a la salud mental, entendida como la consulta y tratamiento con un especialista de la salud en caso de presentar estos problemas.

1 Estudio original elaborado para Revista LIMINALES.

2 Valery Dawson. Psicóloga clínica, Universidad de Artes y Ciencias Sociales, ARCIS. Pos título en Terapia Familiar y de Familia, Instituto de Terapia Familiar. Vicepresidenta CERES-Caleidoscopio. valerydawson@hotmail.com

3 Marcela Weintraub. Socióloga, Universidad Católica de Chile. Magíster en Estudios Latinoamericanos, Universidad de Chile. CERES-Caleidoscopio. marcelawein@gmail.com

Palabras claves: Mujeres, Salud mental, Enfoque de género, Marcha de la Mujer.

Abstract In recent decades, it has become more important to study the situation and problems that affect women in personal and social levels. However, there is less literature that accounts mental health topics affecting women, being scarcer in Chile. The study intends to approach the mental health of a specific group of women, to learn about their subjective perception about mental health problems -depression and anxiety- they have experienced, and their relationship with their demographics. Also account for the relevance that these women assign to mental health, understood as consultation and treatment by a health specialist if they have these problems.

Key words: Women, Mental Health, Gender approach, March of women.

ANTECEDENTES

Durante la última década se ha ido incrementando el interés público por los derechos de la mujer, y las acciones realizadas a nivel gubernamental para abordar problemáticas de género. No obstante, quedan tareas pendientes para avanzar en esta materia, persistiendo las desigualdades entre hombres y mujeres.

Respecto a la actividad laboral por género, se aprecia una diferencia sustantiva entre hombres y mujeres, representando un 62% de ocupados los primeros versus un 38% de mujeres. Al comparar por el porcentaje de inactivos, la diferencia aumenta ya que un 67% de las mujeres se encuentra en esta condición. En ambos casos, esta disparidad se da mayormente en los dos primeros quintiles de ingreso. Lo anterior, a pesar de que el promedio de escolaridad entre hombres y mujeres es similar, con 10,6 y 10,4 años respectivamente (Ministerio de Desarrollo Social, 2011).

Un tema altamente relevante en la problemática de género, es la violencia intrafamiliar (VIF). De acuerdo a datos del Servicio Nacional de la Mujer -SERNAM (2012), un 32% de mujeres entre 15 y 65 años, declaró haber sufrido alguna forma de violencia por parte de un familiar, pareja o ex pareja, alguna vez en su vida. Sin embargo, para el 2012 sólo un 36% de las mujeres realizó una denuncia, y de éstas un 41% desistió posteriormente. Asimismo, una situación preocupante es que el año 2013 se cometieron 40 femicidios y 27 ataques frustrados a mujeres.

Otro ámbito importante que afecta a las mujeres y que ha sido poco abordado es la salud mental. Datos entregados por la Organización Mundial de la Salud- OMS

demuestran que, a nivel latinoamericano, existe una mayor prevalencia de alteraciones de salud mental en las mujeres, siendo los principales problemas que las afectan, la depresión y los trastornos del ánimo. Los cuadros depresivos constituyen casi el 42% de los casos de discapacidad debido a trastornos psiquiátricos entre las mujeres, mientras que en los hombres corresponden al 29%. También en la tercera edad se registran mayores problemas de salud mental en las mujeres, asociados principalmente a síndromes orgánicos cerebrales y a demencia. De acuerdo a las predicciones de la Organización Mundial de la Salud, la depresión será la segunda causa de discapacidad mundial en el año 2020, constituyendo un serio problema de salud pública, especialmente en las mujeres, que presentan este cuadro 1.5 veces más que los hombres.

Consistente con lo anterior, de acuerdo a datos del Ministerio de Salud (2015), a nivel nacional la depresión es el principal problema de salud mental entre las mujeres, correspondiendo a la segunda causa más recurrente de Años de Vida Saludables Perdidos por Discapacidad o Muerte Prematura (AVISA).

Por otra parte, la mayor concientización respecto a los derechos de la mujer ha llevado a movilizar y realizar acciones de distinta índole, para visibilizar la situación desventajosa de éstas frente a los hombres. En la primera mitad del siglo XX surgen las primeras organizaciones desde la sociedad civil, como el Movimiento Pro emancipación de las Mujeres de Chile (MEMCH) y la Federación Chilena de Instituciones Femeninas (FECHIF)⁴. Durante la dictadura, organizaciones como La Morada y el Centro de Estudios de la Mujer se enfocaron en promover la investigación y visibilidad de las propuestas relacionadas a los derechos de las mujeres, así como también a generar organización y conciencia de género entre éstas, en un contexto de lucha por la recuperación de la democracia en el país.

Desde el retorno a la democracia, diversas organizaciones feministas se han sumado a las antes señaladas, orientando sus discursos y acciones hacia diversos ámbitos tendientes al logro de la igualdad de derechos de la mujer. Si bien todas ellas apuntan a este mismo objetivo, los organismos presentan una amplia diversidad en sus principales áreas de acción: investigación, derechos sexuales y reproductivos, educación, promoción de los derechos humanos y de empoderamiento femenino, entre otras.⁵

4 El MEMCH centró su lucha en los derechos jurídicos, económicos y sociales de las mujeres, así como su movilización para el logro de sus reivindicaciones. La FECHIF se enfocó al logro de los derechos políticos y civiles de las mujeres (Gaviola et al., 1986).

5 Recientemente, el Observatorio de Género y Equidad conforma una instancia que agrupa a una amplia gama de organismos feministas, con el objetivo de articular las distintas iniciativas en un movimiento colectivo y articulado, que favorezca el empoderamiento de las organizaciones, el debate y comunicación de las propuestas hacia la comunidad y el mundo político.

En estas iniciativas que se han generado para enfrentar la desigualdad de género y tomar acciones concretas para su superación, las redes sociales han contribuido a visibilizar estos movimientos y reivindicaciones ciudadanas, y las manifestaciones públicas en torno al tema. En este contexto, una instancia importante que ha logrado posicionarse en los últimos años, y que convoca a estas organizaciones y a mujeres no directamente activistas, es la Marcha de la Mujer realizada cada año para conmemorar el Día de la Mujer el día 8 de marzo.

El presente artículo contiene información respecto a la salud mental de las mujeres asistentes a la Marcha de la Mujer realizada el 6 de marzo del 2015. Considerando que existen escasos datos de la salud mental de las mujeres en general y que es posible deducir una mayor conciencia y empoderamiento de las mujeres asistentes a la marcha respecto a la situación y derechos de las mujeres, es que se decide recabar datos que den cuenta de la problemática de salud mental -cuadros depresivos y ansiosos- en este grupo específico de mujeres, desde su propia percepción.

Objetivos del estudio

Objetivo general:

Identificar problemas de salud mental en las mujeres asistentes a la Marcha de la Mujer del año 2015.

Objetivos específicos:

Caracterizar a las mujeres que asisten a la Marcha de la Mujer en cuanto a edad, nivel educativo, situación de pareja y maternidad, situación laboral, y participación en organizaciones feministas o de derechos de la mujer.

Indagar en problemas de salud mental tales como cuadros de depresivos y ansiosos (angustia o ansiedad) que tienen las mujeres, y las acciones que toman frente a éstos (consulta y tratamiento).

Analizar la relación entre las características de las mujeres y la presencia de estos cuadros y su tratamiento.

Marco de referencia

Como fue señalado anteriormente, existe una mayor prevalencia de alteraciones de salud mental en las mujeres. Entenderemos salud mental como “un estado de bienestar en el cual el individuo se da cuenta de sus propias aptitudes, puede afrontar las presiones normales de la vida, puede trabajar productiva y fructíferamente y es capaz de hacer una

contribución a su comunidad” (OMS, 2004). Bajo este concepto, la salud mental es la base para el bienestar y funcionamiento efectivo de un individuo y una comunidad, estando determinada por factores de interacción social, y aspectos psicológicos y biológicos, y siendo altamente influenciada por las estructuras y recursos de la sociedad, y por los valores culturales.

Ahora bien, partiendo de la base que en todas las sociedades hay diferencias entre mujeres y hombres respecto a las actividades que realizan, al acceso y control de recursos, y las oportunidades para tomar decisiones, esto influye de forma determinante en los procesos de salud mental. Para entender las elevadas tasas de alteraciones de la salud mental en las mujeres, es necesario considerar las variables de género, y los determinantes sociales y culturales asociadas a éstas (Montero, et al. s/f).

Cuando nos referimos a la salud mental de las mujeres de forma operativa, nos estamos refiriendo a aquellos aspectos biopsicosociales que están asociados específicamente a la condición de mujer o a situaciones donde las diferencias de género sean significativas. En relación a esto, podemos ver que existen factores de riesgo específicos de género que pueden influir en los trastornos en la salud mental, destacando:

- La violencia de género.
- La continúa responsabilidad en el cuidado de otros.
- La sobrecarga en los roles, entendida como mayor número de responsabilidades y obligaciones asignadas al género femenino.
- Carencias socioeconómicas, como la desigualdad en el acceso al mercado laboral y en los ingresos.

A continuación se identifican las principales variables de género que pueden incidir en la salud mental de las mujeres.

1. Violencia de Género.

El alto grado de violencia física, psicológica y/o sexual al que las mujeres están expuestas, y la correspondiente elevada tasa de estrés postraumático que aparece tras sufrir esta violencia, convierte a las mujeres en el mayor grupo de personas afectadas por este trastorno. En el caso de violencia intrafamiliar, se debe sumar a la violencia física, psicológica y/o sexual, la violencia económica que las mujeres pueden sufrir por parte de sus parejas. Además de los daños físicos, las víctimas experimentan trastornos emocionales que se traducen, entre otros en: depresión, ansiedad, baja autoestima, sentimientos de dependencia, culpabilidad, y desamparo (Florenzano, R., 2003).

2. Estereotipos de género

Los estereotipos de género se conforman a partir de la educación socio cultural impartida a mujeres y hombres, lo que resulta ser un sustrato ideológico que opera, en gran parte, de forma inconsciente y actúa determinando los comportamientos. De este modo, en la socialización primaria del género femenino destacan elementos tales como:

- Identidad femenina basada en el “Ser para otros”. La identidad femenina está sostenida por el cuidado de los demás, lo que supone el mandato de que la mujer debe siempre actuar de acuerdo a las demandas de quienes la rodean. La maternidad y el instinto maternal constituyen el rol primario e ideal asignado a las mujeres, lo que genera una serie de construcciones sociales rígidas que pueden derivar en sentimientos de culpa y auto reproches, en especial cuando la maternidad es postergada en función del logro de metas personales. Sumado a esto, el cuestionamiento social frente al no cumplimiento de este mandato de género, puede generar en las mujeres una imbricada red de contradicciones emocionales. Desde este lugar, una separación matrimonial o de pareja, además de las dificultades inherentes a esta, puede implicar para muchas mujeres una cuota mayor de dolor psíquico. Dado que la identidad femenina se ha impuesto como “el ser para otros”, la situación de pérdida es vivenciada como una pérdida de una parte de sí misma, siendo experimentada con sentimientos profundos de abandono y soledad. Lo anterior se complejiza cuando en las mujeres aparecen miedos asociados a la socialización de género como, por ejemplo, el miedo a ser independientes y autosuficientes, a estar solas, a reconocerse como capaces de tomar decisiones correctas, y sentirse competentes y eficientes en el mundo público(Fernández, s/f).

- Sobrecarga de roles. Un tema al que se ve enfrentada la mujer actualmente, es la necesidad de compatibilizar la vida familiar, laboral, y personal, lo cual muchas veces se realiza en desmedro de esta última. Adicionalmente, la fractura del matrimonio y la paternidad, genera altas tasas de hogares mono parentales con mujeres jefas de hogar. Luego de una separación, es usual que la mujer se haga cargo de la crianza y, en muchos casos, sea también el soporte económico del hogar. Esto supone una intensa sobrecarga que redundo en las dobles o triples jornadas que prevalecen en la vida diaria de las mujeres, reduciendo las posibilidades de tener tiempo para sí mismas, con un impacto fuerte en la salud tanto emocional como física, ya que no sólo se carece de tiempo y dinero, sino de fuerzas y motivación para hacer cosas mínimas e indispensables en cuanto a su auto cuidado. Asimismo, la mujer sigue siendo más sancionada que el hombre cuando se trata de buscar espacios individuales;

se observa que el tiempo libre en los hombres es socialmente aceptado para aliviar sus tensiones emocionales siendo, en general, esos mismos comportamientos en las mujeres considerados “desviaciones” (Ducci, 2005).

- Altruismo y auto postergación. La rigidez en las reglas de comportamiento ha sido siempre más fuerte para las mujeres, permitiéndoseles en menor grado que a los hombres, el no cumplimiento de sus correspondientes roles y obligaciones sociales, lo que supone fuertes presiones tanto desde el entorno inmediato como del ambiente en general.

- La inhibición de la sexualidad. La sexualidad es un área en que se ponen en juego fuertemente los estereotipos socioculturales, identificando a la mujer como objeto sexual, pero siempre y cuando se mantenga dentro de los límites de una moralidad que no deje traslucir iniciativas que puedan traspasar la línea de lo socialmente aceptado. El límite es frágil y la trasgresión de este supone elevados niveles de sanción social (Fernández, s/f).

- Represión de los sentimientos hostiles. Otro factor que puede intervenir en la elevada prevalencia de depresiones entre las mujeres, se relaciona con la internalización de la hostilidad hacia sí misma, en tanto la expresión franca no es sintónica con el ideal de femineidad. Los sentimientos de ira no encuentran canalización por vías socialmente aceptadas, siendo habituales los autoreproches ligados a sentimientos de inutilidad o incapacidad. De este modo, vemos como las características propias de un estado depresivo como la pasividad, inhibición, dependencia y la represión de la rabia, son características propias de los estereotipos del género femenino (Meller, 2009).

Por último, en relación al ámbito laboral, si bien hoy en día está legitimada la participación de las mujeres en el mercado laboral y el desarrollo de herramientas y habilidades para competir en este ámbito, esto no debe influir en ningún tipo de postergación de los roles tradicionales, siendo aún cuestionado socialmente el énfasis en el desarrollo de metas personales por sobre los roles de género establecidos.

En este sentido, el papel que el trabajo puede desempeñar en el bienestar psicológico de las mujeres es complejo y depende, en gran medida, de la valoración social y las oportunidades en su proceso de desarrollo personal. Es por ello, que las mujeres aún experimentan dificultades para adquirir capacidades adecuadas para acceder a labores remuneradas, limitaciones para lograr espacios de validación y poder, inequidad en los salarios, además de condiciones estresantes de trabajo (Montero, s/f). Por tanto, muchas veces la condición de mujer, y en especial de madre, resulta ser una amenaza para los espacios de trabajo, constituyendo una fuente de mayor estrés y presión social en las

actividades laborales.

Lo expuesto da cuenta de cómo los estereotipos de género, orientados al ideal de femineidad en los distintos ámbitos, van generando que la vida de las mujeres en la sociedad actual, se desenvuelva bajo complejas contradicciones, dificultades y conflictos generados por las exigencias de género y las posibilidades reales de responder a éstas, todo lo cual puede influir en los altos niveles de malestar psicológico que presentan.

Metodología

La metodología de estudio fue de carácter cuantitativa, optando por esta técnica con el objeto de indagar en un mayor número de mujeres los ámbitos que aborda el estudio. Para esto, se elaboró un cuestionario cerrado que incorporó las siguientes temáticas:

- Características socio demográficas: edad, nivel educativo, situación de pareja actual, hijos, situación laboral, y participación en organización feminista o de derechos de la mujer.
- Problemáticas de salud mental: incidencia e intensidad de cuadros depresivos y ansiosos (de angustia o ansiedad), durante los últimos dos años.
- Acciones tomadas respecto a problemas de salud mental: consulta y/o diagnóstico por un profesional de la salud, y tratamiento psicológico y/o psiquiátrico recibido.

Cabe señalar que la pauta se adaptó al contexto, buscando que su aplicación no tuviera una duración superior a los tres minutos.

Se realizaron 210 encuestas, aplicadas cara a cara antes de iniciarse la Marcha de la Mujer. El único requerimiento de selección consistió en que las encuestadas fueran mujeres mayores de 18 años.

Posteriormente, los datos recabados fueron digitados para realizar un análisis descriptivo de las temáticas propuestas para el estudio. Es importante destacar que los resultados no pretenden ser representativos a la totalidad de las mujeres asistentes a la Marcha, sino más bien se buscó explorar estos ámbitos de estudio y generar información que dé cuenta de problemas de salud mental en estas mujeres en particular, así como también ser una instancia para la formulación de nuevas preguntas que permitan abordar con mayor profundidad esta temática.

Resultados

Caracterización de las mujeres

Los resultados de la encuesta dan cuenta de un perfil de las mujeres asistentes a la Marcha que, mayoritariamente, corresponde a mujeres jóvenes, con educación superior, que se encuentran actualmente trabajando y sin pareja; casi la mitad de ellas participa en organizaciones feministas o de derechos de la mujer.

La edad de las participantes encuestadas se concentra en un 73% entre los 18 y 35 años. Por su parte, el nivel educativo corresponde en un 89% a educación superior técnica o universitaria.

Cuadro 1: Edad de las mujeres asistentes

Rangos de edad	Número	Porcentaje
18-25	77	38,5
26-35	74	34,0
36-45	28	12,5
46-55	18	8,5
56 o más	13	6,5
Total	210	100,0

Cuadro 2: Nivel educativo

Nivel educativo	Número	Porcentaje
Educación Básica	1	0,5
Educación Media	22	10,7
Educación Superior Universitaria o Técnica	183	88,8

En tanto, un 37% de las mujeres señala tener hijos, en su mayoría uno o dos, con cerca del 40% cada opción.

Cuadro 3: Maternidad

¿Tiene hijos?	Número	Porcentaje
Sí	77	36,7
No	133	63,3

Cuadro 4: Número de hijos

Número de hijos	Número	Porcentaje
Uno	30	42,3
Dos	29	40,8
Tres o más	12	16,9

La situación de pareja de las mujeres asistentes corresponde en un 53% a aquellas que no mantienen actualmente una relación, mientras el resto se distribuye principalmente entre convivencia o en pareja (entendida esta última como “pololeo”). Respecto a la situación laboral y de estudios, sobre la mitad de las encuestas señala encontrarse actualmente sólo trabajando.

Cuadro 5: Situación de pareja

Situación	Número	Porcentaje
Casada	18	8,7
Conviviendo	36	17,4
En pareja	43	20,8
Ninguna	110	53,1

Cuadro 6: Situación de trabajo y/o estudio

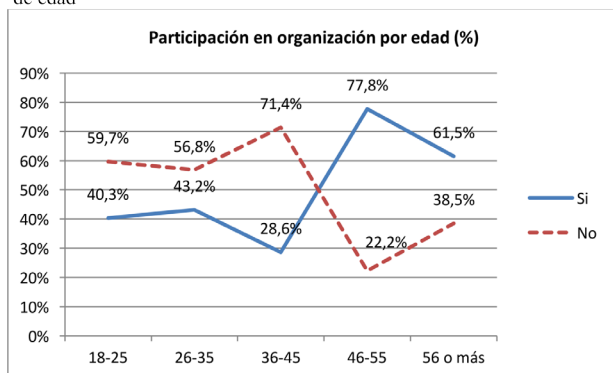
Situación	Número	Porcentaje
Trabaja	110	52,7
Estudia	42	20,1
Trabaja y estudia	40	19,1
No trabaja ni estudia	17	8,1

Finalmente, se aprecia que un 44% participa o ha participado en una organización feminista o de derechos de la mujer, siendo este porcentaje mayor entre mujeres de 46 a 55 años de edad con un 78%.

Cuadro 7: Participación en organización feminista o de derechos de la mujer

Participa	Número	Porcentaje
Sí	93	44,3
No	117	55,7

Gráfico 1: Participación en organización feminista o de derechos de la mujer según rangos de edad



Incidencia de problemas de salud mental y recurrencia de consulta y tratamiento

Es interesante constatar el significativo porcentaje de mujeres que manifiesta haber sufrido un cuadro depresivo durante los dos últimos años (66%), lo cual supera ampliamente las cifras a nivel nacional que, según datos del Ministerio de Salud (2015), corresponden aproximadamente a un 7,5% en la población general.

Cuadro 8: Sufrió cuadro depresivo en los últimos dos años

Depresión	Número	Porcentaje
Sí	138	65,7
No	72	34,3

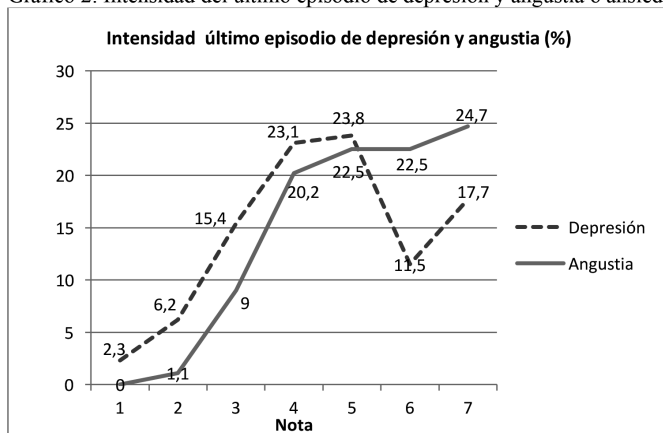
En tanto, los cuadros ansiosos (de angustia o ansiedad) en este mismo periodo de tiempo, han sido experimentados por el 52% de las encuestadas.

Cuadro 9: Sufrió cuadro ansioso (angustia o ansiedad) en los últimos dos años

Angustia o ansiedad	Número	Porcentaje
Sí	110	52,4
No	100	47,6

Se consultó a las mujeres por la intensidad del último episodio sufrido (en base a una escala de 1 a 7, siendo 1 muy bajo y 7 muy alto). Se aprecia una situación similar para depresión y cuadro ansioso, en los valores 4 y 5, existiendo mayor diferencia para los valores 6 y 7, siendo el doble en cuadros de angustia para el valor 6.

Gráfico 2: Intensidad del último episodio de depresión y angustia o ansiedad



Es importante señalar que estas cifras corresponden a la percepción subjetiva de las mujeres, ya que como se constata en los siguientes cuadros, un porcentaje inferior (46%) indica haber consultado o recibido un diagnóstico por parte de un profesional de la salud en los últimos dos años. En tanto, para este periodo de tiempo, sólo un 37% ha recibido tratamiento psicológico y/o psiquiátrico.

Cuadro 10: Consultó o fue diagnosticada por un problema de salud mental en los últimos dos años

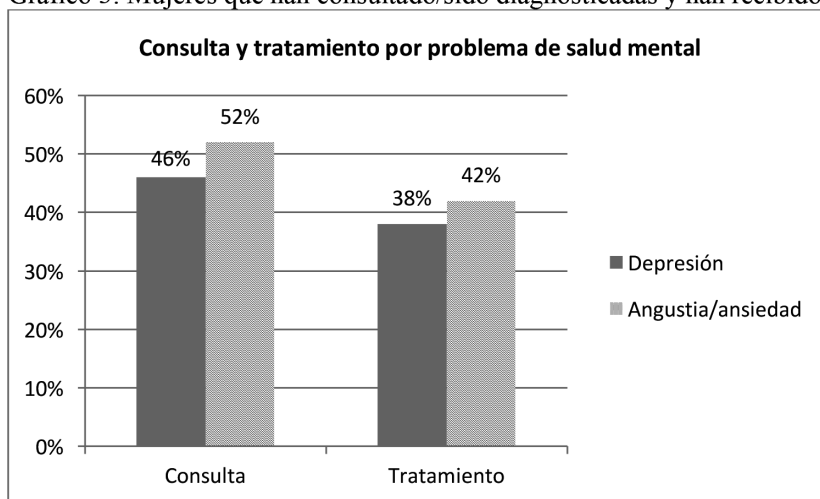
Consulta o diagnóstico por problema de salud mental	Número	Porcentaje
Sí	60	45,8
No	71	54,2

Cuadro 11: Recibió tratamiento psicológico y/o psiquiátrico por un problema de salud mental en los últimos dos años

Ha recibido tratamiento por problema de salud mental	Número	Porcentaje
Sí	48	36,6
No	83	63,4

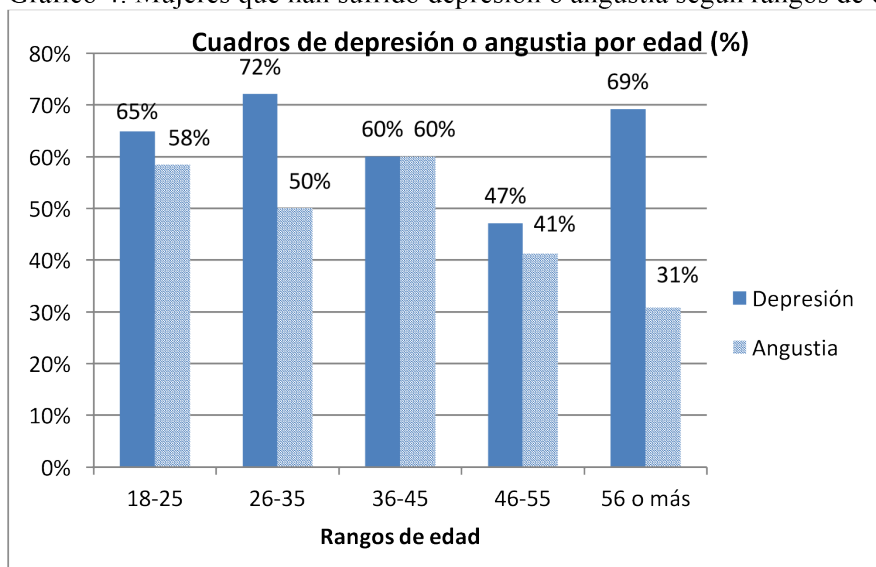
Al comparar entre mujeres que han sufrido cuadros depresivos o ansiosos, se aprecia que para este último, un porcentaje levemente superior ha consultado a un profesional de la salud, y ha seguido un tratamiento psicológico y/o psiquiátrico para abordar esta situación.

Gráfico 3: Mujeres que han consultado/sido diagnosticadas y han recibido tratamiento



En términos de edad de las mujeres, no se aprecia una tendencia clara; quienes mayormente manifiestan haber sufrido depresión corresponden a mujeres en edades entre los 26 a 35 años, y 56 o más años, con un 72 y 69% respectivamente. En tanto, aquellas entre los 18 y 25 años, y de 36 a 45, son quienes manifiestan en un mayor porcentaje haber tenido un cuadro ansioso de angustia en los últimos dos años.

Gráfico 4: Mujeres que han sufrido depresión o angustia según rangos de edad

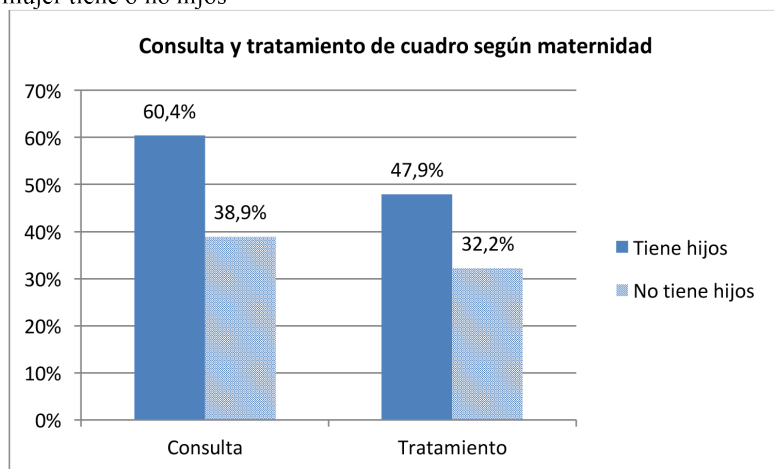


Al comparar entre mujeres que tienen o no hijos, se aprecia que ambos problemas de salud se dan mayormente entre mujeres que no los tienen, especialmente los cuadros de angustia o ansiedad que presentan un 10% menos entre estas.

No obstante, se perciben tendencias contrarias en cuanto a consultar y/o ser diagnosticada por un profesional, y recibir tratamiento psicológico o psiquiátrico. En el caso de mujeres con hijos, un 60% ha consultado o sido diagnosticada, en comparación al 39% entre aquellas que no son madres. Asimismo, un 16% más de mujeres con hijos ha recibido tratamiento psicológico o psiquiátrico.

Valery Dawson y Marcela Weintraub

Gráfico 5: Consulta y/o diagnóstico y tratamiento por problema de salud mental según si mujer tiene o no hijos



Finalmente, entre las mujeres que declaran encontrarse en pareja (pero no casadas o conviviendo), se aprecia un menor porcentaje que ha sufrido problemas de depresión o angustia. Quienes no trabajan ni estudian presentan una leve menor cifra de depresión, no obstante representan un mayor porcentaje de mujeres con problemas de angustia y ansiedad en los últimos dos años.

Conclusiones

De acuerdo a la percepción de las mujeres en relación con su salud mental, se advierten altas "cifras" de cuadros de tipo depresivo y ansioso. Sin embargo, se observa una brecha significativa entre la percepción de problemas de salud mental, y la acción de consultar a un especialista y de realizar un tratamiento. Esto pudiera estar asociado a que aún la salud mental está poco visibilizada, existiendo una falta real de conciencia respecto del impacto que tiene en el bienestar y calidad de vida de las personas. Asimismo, existe todavía desinformación respecto a las acciones a seguir frente a alteraciones de salud mental, siendo aún los tratamientos poco accesibles para la población en general.

Respecto de la percepción de problemas del ánimo por edades, vemos que la mayor cantidad de cuadros depresivos se concentran en mujeres con edades entre 26 y 35 años, y 56 en adelante. En el primer caso, podemos inferir la influencia de las expectativas sociales y/o individuales respecto del cumplimiento de las distintas funciones asignadas,

tales como lograr un nivel avanzado de estudios, independencia económica, avance profesional, conformar una relación de pareja estable y acercarse al tema de la maternidad. Lo anterior pudiera ser vivenciado por las mujeres, con niveles importantes de presión y contradicciones, lo que incidiría en su salud mental.

En el segundo caso-mujeres mayores de 56 años-se puede inferir que la percepción respecto a mayores problemas de salud mental, pudiera estar vinculada a la etapa en que los hijos se van independizando y dejan el hogar (etapa de “nido vacío”). Esto es significativo dada la función que la maternidad tiene en la identidad individual y social de las mujeres, apareciendo ésta muchas veces como un soporte identitario fundamental y un espacio en donde se satisfacen gran cantidad de necesidades emocionales. Junto a esto, la salida de la mujer del mercado laboral las conduce a repensar su vida a nivel de sus funciones y rutinas. Ambas situaciones apuntan a la necesidad de instalar algo poco común en las mujeres, que es pensar en espacios propios, independiente del cuidado del otro o del “hacer” para otros, y no sólo para sí mismas.

En relación a las características de las mujeres que perciben mayores dificultades de salud mental, vemos que las mujeres con hijos presentan menos cuadros de depresión que las que no tienen hijos. No obstante, las mujeres con hijos suelen consultar y realizar tratamiento psicológico y/o psiquiátrico en un mayor porcentaje que las que no los tienen. En este sentido, podríamos considerar la maternidad como un factor protector, que pudiera estar asociado al mayor acceso a programas de salud pública y/o privada orientada a la infancia, en donde es posible que profesionales de la salud puedan pesquisar problemáticas de salud mental en las mujeres, y generar una adecuada derivación y conciencia de tratamiento.

Por otro lado, podemos entender esto desde la lectura que las mujeres con hijos suelen consultar más, dado que están cuidando de otros y no sólo de sí mismas. En este sentido, tanto las actividades que realizan como la forma en que direccionan su vida, está sostenida en gran parte por el “ser” para otros, por lo cual realizar un tratamiento supone en primera instancia una obligación y no una forma de auto cuidado.

El hecho que las mujeres sin hijos tengan una percepción mayor respecto a manifestar cuadros depresivos se puede interpretar con que aún no cumplen con las expectativas sociales asignadas a su rol, como es la maternidad y la construcción de una familia tradicional, entre otras, lo que constituye una presión social, que es vivenciada por las mujeres en la actualidad, con niveles importantes de contradicción. O bien en el sentido contrario ya que están más atentas a sí mismas desde su propia individualidad, lo que pudiera traducirse en mayor identificación de alteraciones de la salud mental, a diferencia de las mujeres con hijos en que sus propias necesidades pasan a segundo plano en pos de cumplir con todos los roles socialmente asignados. Desde este punto de vista, no significaría que presentan menor cantidad de cuadros depresivos sino que su propio malestar es minimizado por

sí mismas, sin ser legitimado. En ambos casos se pone en juego la presión individual y social por cumplir con los roles socialmente asignados en desmedro del desarrollo de la capacidad y los espacios para mirarse y reflexionar acerca de esto.

En tanto, la menor percepción de depresión en mujeres en situación de pareja pero sin convivencia ni matrimonio, podría estar asociado a la presencia de una red de apoyo significativa, pero sin los conflictos propios de la convivencia y las exigencias asociadas a los roles de género, como el cuidado de otros y la sobrecarga de roles.

A partir de estos resultados, se plantean las siguientes recomendaciones:

Recabar mayor información y desarrollar estudios acerca de la situación de salud mental de las mujeres, y de cómo variables de género –violencia intrafamiliar, desigualdad en el ámbito laboral, sobrecarga de roles, entre otras- pudieran estar afectando la salud mental de las mujeres.

Lograr desde los organismos correspondientes, una mayor visibilización del impacto que la salud mental tiene a nivel del bienestar y funcionamiento global de las personas, de modo de generar conciencia acerca de la importancia de tomar acciones tendientes a tratar y/o prevenir las problemáticas de salud mental.

Establecer y fortalecer políticas públicas con enfoque de género para aumentar la información y el acceso a la consulta y tratamiento de problemas de salud mental, identificando también características de las mujeres como edad y nivel socioeconómico, para la implementación de políticas y programas dirigidos.

Implementar acciones sociopolíticas tendientes a eliminar los estereotipos y las desigualdades de género, tanto desde el sector educativo a partir de la infancia, como desde las concepciones socioculturales en la población en general.

BIBLIOGRAFÍA

Ducci, M.E. (2005). La Salud Mental de las mujeres. Instituto de Estudios Urbanos, Universidad Católica de Chile.

Fernández, B. (s/f). La salud mental desde la perspectiva de género. Recuperado de www.revistauricha.urich.mx/articulos/uaricha

Florenzano, R. (2003). Violencia intrafamiliar, maltrato físico y abuso sexual: Estudio empírico de sus consecuencias psicopatológicas. Revista Psiquiatría y Salud Mental 2003; XIX N°1: 49-74. Recuperado de http://www.schilesaludmental.cl/2009_enero_congreso/art_ganadores/florenzano/florenzano.pdf

Gaviola, E., Jiles, X., Lopresti, L., Rojas, C. (1986). "Queremos votar en las próximas elecciones". Historia del movimiento femenino chileno 1913-1952. Chile: Coedición Centro de análisis y difusión de la condición de la mujer, La Morada, Isis, Librería Lila Pemci y Centro de Estudios de la Mujer.

Meller, I. (2009). Género y Salud Mental. Topia, Sitio de Psicoanálisis, Sociedad y Cultura. Recuperado de www.topia.com.ar/articulos/genero-y-salud-mental

Ministerio de Desarrollo Social (2011). Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional, Casen. Recuperado de <http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/casen>

Ministerio de Salud (2015). Recuperado de <http://web.minsal.cl/portal/url/item/71e6341aec4aaae2e04001011f017bae.pdf>

Montero, Isabel (s/f). Programa de Formación de formadores/as en perspectiva de género en Salud. Universidad de Valencia. Recuperado de www.mssi.gob.es/organizacion/sns/plancalidadesns

Montero, I., Aparicio, D., Gómez- Beneyto, M., Moreno, B., Reneses, B., Usall, J. (2004). Género y Salud mental en un mundo cambiante. Temas Actuales de Salud Pública, Parte II. Sociedad Española de Epidemiología Psiquiátrica.

Organización Mundial de la Salud-OMS (2004). Promoción de la salud mental. Melbourn. Recuperado de www.who.int/mental_health/evidence/promocion_de_la_salud_mental.pdf

Organización Mundial de la Salud-OMS(s/f). Género y salud mental de las mujeres. Recuperado de www.who.int/gender/es/

Servicio Nacional de la Mujer (2012). Encuesta Nacional de Victimización por Violencia Intrafamiliar y Delitos Sexuales. Recuperado de <http://estudios.sernam.cl/?m=e&i=191>