

7_ Género, salud mental y violencia

Documento preparado por la investigadora María Eugenia Calvin Pérez, asistente social e integrante de la ONG Educación Popular en Salud (EPES). Fue enriquecido con el aporte de protagonistas de las Jornadas Participativas que impulsó en regiones del país el Proyecto Equidad, Género y Reforma de la Salud en Chile, de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS), Representación en Chile, durante el año 2001.



Algunos antecedentes

La salud, en su dimensión de bienestar psicosocial, depende de las condiciones de desarrollo económico, político-social y de salud pública¹. Dentro de esta concepción, la noción de bienestar no sólo alude a la ausencia de enfermedad, sino a calidad de vida.

El modelo de desarrollo económico chileno y la lógica de las economías nacionales insertas en el proceso de globalización han generado condiciones que afectan negativamente la calidad de vida de la población. Extensas e intensas jornadas laborales; distancia desde los hogares al lugar de trabajo; contaminación ambiental de diverso tipo; competencia, consumismo, pérdida de espacios comunitarios y de identidad; delincuencia común asociada al consumo y tráfico de drogas; existencia de profundas desigualdades en el acceso a servicios y oportunidades para el desarrollo de las personas; así como discriminación por razones de clase, género, etnia y edad, entre otros factores, generan condiciones de estrés crónico que afectan de una u otra forma al conjunto de la sociedad.

La salud mental se constituyó a partir de 1997 en una de las 16 prioridades de salud pública y clínica definidas por el Ministerio de Salud. De acuerdo con esta prioridad, el

Plan de Salud Mental y Psiquiatría² para el quinquenio 2000-2005 orienta la acción de los servicios hacia los siguientes problemas y grupos de población:

* Atención de niñas, niños y adolescentes con trastorno hiperactivo de la atención (alrededor de 6% de menores entre 5 a 7 años).

* Mujeres y adultos afectados por violencia intrafamiliar (33.6% de las mujeres; se estima que por cada 1000 que consultan en Atención Primaria, 60 presentarán una situación de violencia grave).

* Personas afectadas por la represión política en el período 1973-1990 (aproximadamente 800.000 personas).

* Personas afectadas por depresión (7.5% de la población general y casi 30% de quienes consultan en Atención Primaria). La depresión ocupa el segundo lugar en Chile entre las primeras 15 causas de discapacidad en las mujeres.

* Personas con trastornos psiquiátricos severos, como la esquizofrenia (1.02% en Santiago).

1 MINSAL. Unidad de Salud Mental. Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría. Santiago, Chile; diciembre 1999; p.19.

2 De acuerdo con las prioridades del Plan de Salud Mental y Psiquiatría, su financiamiento requiere un aumento del presupuesto de 1.2% al 5% del presupuesto total de salud.

* Abuso y dependencia de alcohol y drogas (15% de la población abusa del alcohol y un tercio depende de éste, en tanto 5% y 1% abusa y depende de las drogas).

* Adultos mayores afectados por Alzheimer y otras demencias (entre 5% y 10% de la población mayor de 65 años).

En lo que concierne a la depresión, el Plan de Salud Mental y Psiquiatría establece que las acciones deben dirigirse a grupos de personas de mayor riesgo y menor acceso, propendiendo a la equidad. Entre estos grupos se identifica a las mujeres de 20 a 45 años; aquellas que sufren enfermedades crónicas o recurrentes; mujeres en período de post-parto, climaterio o menopausia; aquellas que tienen varios hijos seguidos; mujeres que viven violencia intrafamiliar; jefas de hogar y personas en crisis; como también a adolescentes hombres y mujeres, y mayores de 65 años.

En 1989, los egresos hospitalarios por trastornos mentales representaban sólo 2% del total de egresos del país. De éstos, 44.8% correspondía a mujeres. Los «trastornos neuróticos y de la personalidad» son la principal causa de hospitalización femenina (32.7%), mientras en los hombres es el «síndrome de depresión del alcohol» (34.0%)³. En 1996 se mantenía esta tendencia, con 45% del total de egresos correspondiente a mujeres⁴.

Un estudio sobre el uso de benzodiazepinas realizado en la provincia de Santiago en 1991⁵ reveló que las mujeres consumían estos fármacos más que los hombres y, según el estado civil, la mayor proporción se concentraba en convivientes, seguidas por viudas

y separadas. Otras cifras entregadas por SERNAM en 2001⁶ demuestran que el consumo de tranquilizantes también es mayoritariamente femenino (16.9% en mujeres versus 7.5% en hombres).

Comparada con la situación de otras 14 ciudades del mundo, la Atención Primaria de Salud en Santiago registra una mayor incidencia de depresión (29.5%). Además, nuestra capital ocupa el segundo lugar en prevalencia de la ansiedad (18.7%) y el sexto lugar en dependencia del alcohol (2.5%)⁷.

En relación con la violencia intrafamiliar, si bien las cifras oficiales del sector salud indican que 33.6% de las mujeres vive alguna forma de violencia y que ésta constituye un factor de riesgo de depresión, un estudio recientemente realizado por SERNAM informa que 50.3% de las mujeres en la Región Metropolitana ha vivido algún tipo de violencia⁸. Otro estudio efectuado por EPES en el 2000 en la comuna de San Ramón revela que 55.8% de una muestra representativa de 358 mujeres reconoció vivir con su actual pareja alguna forma de violencia física, sexual, psicológica o económica⁹. El mismo estudio muestra un gran deterioro en la salud de las mujeres que viven violencia sexual, especialmente en salud mental. El 58% declaró sufrir angustia, 56.8% depresión, 53.1% alteraciones del sueño y 50.6% estrés. Más de 30% de las mujeres reportó padecer angustia y depresión durante un período de 5 o más años¹⁰.

Entre la amplia gama de trastornos de salud mental que padecen las mujeres abusadas y, en particular, aquellas que son víctimas de violencia sexual-, figuran el estrés postraumático, depresión, ansiedad, desór-

3 FLACSO .Salud, Movilidad. Fuentes: Ministerio de Salud. Anuario de Egresos hospitalarios 1989. Santiago; 1991. En: www.eurosur.org/Flacso.Mujeres.Mujereslatinoamericanas en cifras.

4 SERNAM-INE. Mujeres Chilenas: Estadísticas para el Nuevo Siglo. Santiago, Chile; julio 2001, p.92.

5 CORSAPS. Mirén A., Busto y otros. Descripción del Patrón de Uso de Benzodiazepinas en la Provincia de Santiago.

Prevalencia de Uso, Abuso y Dependencia; 1991. En: www.eurosur.org/Flacso/Mujeres.Mujereslatinoamericanas en cifras.

6 SERNAM-INE. Op.cit. p.95.

7 Goldberg DO, Lecrubier Y. Form and Frequency of Mental Disorders across Centers; 1995. En: The World Health Report 2001. Mental Health: New Understanding, New Hope. www.who.int/home_page/index.es.shtml.

8 SERNAM. Detección y análisis. Prevalencia de la violencia intrafamiliar. Documento de trabajo. Santiago; 2001.

9 Calvin ME, Toro MS. Violencia Sexual Conyugal y Oferta Pública de Servicios para su Atención. Primer informe de investigación. EPES, Santiago, Chile; mayo 2001. Año 3, N° 2, p. 37.

10 Calvin ME, Toro MS. Op.cit, p. 55 - 56.

denes de la alimentación y del sueño, falta de concentración, desórdenes de personalidad múltiple y de carácter obsesivo-compulsivo, así como sentimientos de ira, humillación y autoacusación. Entre 50% a 60% de las sobrevivientes de violación experimenta severos problemas sexuales, incluyendo miedo al sexo, problemas de excitación sexual y funcionamiento sexual disminuido¹¹.

En Chile no existe un sistema adecuado de acogida y atención para las víctimas, como tampoco un registro nacional que permita conocer el total de consultas por violencia intrafamiliar en los diversos servicios de salud. Por lo tanto, no es posible dimensionar en su total magnitud los daños en la salud física y mental de las mujeres. Los datos disponibles corresponden sólo a los casos en que la gravedad de las lesiones obliga a las víctimas a concurrir a servicios de salud para solicitar atención.

Según el Departamento de Epidemiología del Ministerio de Salud, los trastornos de estrés post-traumático en mujeres víctimas de violencia intrafamiliar alcanzaba a 3% de las consultantes en 1999¹². En tanto, estadísticas del Servicio Médico Legal indican



que de 1.985 pericias clínicas de sexología forense realizadas en 1998, 79.1% se aplicó a mujeres (25.5% por violación; 51.1% por abusos deshonestos y 2.4% por otras agresiones sexuales¹³).

El Servicio Médico Legal informó que en 1997, 79.6% de los agresores sexuales eran conocidos de la víctima y 20.4%, desconocidos. Hay que destacar que entre estos primeros, 35.5% correspondía al padre u otro familiar¹⁴. Este hecho, junto con las dificultades existentes para penalizar estos delitos, condiciona que las mujeres tengan que continuar relacionándose en alguna forma con sus agresores, lo que aumenta sus posibilidades de revictimización sexual y de daños a su salud mental.

Género y salud mental

Cinco de las siete prioridades de salud mental que la autoridad de salud ha propuesto atender corresponden a problemas originados tanto en las condiciones sociales y políticas del país como en los efectos de aprendizajes culturales vinculados a las desigualdades de género.

Los daños que presentan las mujeres en su salud mental constituyen una «denuncia de un estado de cosas, de una forma de vida insatisfactoria, de presiones y mandatos contradictorios, de sobrecarga, de exigencias inhumanas, de falta de valorización, de ausencia de reconocimiento de las propias necesidades, de cansancio, de falta de un espacio personal, de autopostergación»¹⁵.

La socialización femenina en la relación con su corporalidad impregna el imaginario colectivo y la subjetividad de cada una de las mujeres. A la vez, constituye uno de los aspectos normativos con mayor incidencia en la desigualdad de poder entre hombres y mujeres. Los test de embarazo para obtener trabajo; la satanización de la anticoncepción de emergencia y, por extensión, de toda la anticoncepción; la culpabilización de las víctimas de violación o de acoso sexual; la pues-

11Lori Heise. Violencia contra la Mujer: la Carga Oculta de Salud. Programa Mujer, Salud y Desarrollo. OPS, Washington DC; Noviembre, 1994. p. 25-28.

12 Metas de Salud para la Década. Documento de Trabajo. Gobierno de Chile, Ministerio de Salud. p.7.

13SERNAM-INE. Op.cit. p.103

14Ibidem. p.103.

15Daskal AM. Algunas Reflexiones acerca de la Salud Mental de las Mujeres. Primer Congreso Nacional Mujer y Salud Mental (1992). SERNAM; 1994. p. 27

ta en duda de la palabra de las niñas que denuncian abuso sexual o incesto, entre otras situaciones, expresan la forma en que la sociedad oprime y desempodera a las mujeres.

La doble jornada a la que se ven enfrentadas quienes trabajan remuneradamente genera sobrecarga y niveles de exigencia difíciles de satisfacer, lo que genera frustraciones e insatisfacción en sus expectativas y grupo familiar. Su inserción en el mercado laboral y los cambios que se han producido en la estructura de las familias se expresa en una tendencia creciente a la formación de hogares encabezados por mujeres. Mientras en 1970 este tipo de hogares correspondía a 20.3% del total, en 1992 llegó a 25.3%¹⁶. No obstante, desde el punto de vista social, la familia sigue siendo conceptualizada como el núcleo compuesto por madre, padre e hijas/os, y el rol de proveedor es principalmente asignado al varón. De ese modo, se mantiene invisibilizado el papel que tienen las mujeres en la generación de ingresos familiares.

Hoy, las mujeres deben bregar desde el espacio doméstico con la falta de valoración e invisibilidad que caracteriza su trabajo como dueñas de casa y también en el espacio del trabajo remunerado, para acceder al sueldo que se le pagaría a un varón por igual trabajo. El ingreso medio general de las mujeres en Chile corresponde a 68.2% del ingreso medio de los hombres y entre los profesionales con formación universitaria representa sólo el 53.4% del que perciben los varones¹⁷.

Las mujeres, en especial las que son jefas de hogar y, por consiguiente, tienen «cargas familiares», también son discriminadas en el sistema de ISAPRES a través del costo de las prestaciones, restricciones y exclusiones,

principalmente cuando se trata de atención en salud mental y reproductiva.

La discriminación en razón del sexo se convierte así en una condición que favorece el daño a la salud mental de las mujeres. Además, la aceptación social que todavía existe respecto de la violencia como forma de disciplinamiento al interior de la familia y de resolver conflictos, es un importante detonador de problemas de salud mental.

Los actos violentos y su tácita aceptación social constituyen para las mujeres un recordatorio constante de su bajo valor¹⁸. En ese marco se las ha identificado como grupo social de riesgo para la depresión, porque junto con las/os adolescentes y las/os adultos mayores se encuentran en una posición subordinada en nuestra sociedad.

El deterioro de la salud mental que caracteriza nuestra sociedad también impacta en la calidad de los servicios que se entregan, porque las mujeres, que son las que exhiben un mayor daño, son también quienes mayoritariamente trabajan en servicios comunales, sociales y personales, atendiendo demandas que involucran una fuerte carga emocional. Entre usuarias y prestadoras de salud se da un aparente conflicto de intereses, sin encontrar puntos de solidaridad frente a una problemática de género común que les genera displacer psíquico, lo que se traduce en cansancio, depresión, angustia e irritabilidad. Esto genera necesidades específicas en materia de salud ocupacional y mental, que no están siendo resueltas por las políticas y programas actuales.

Intersectorialidad

El abordaje de los problemas de salud mental, desde una perspectiva de género, requiere del concurso de actores y de sectores públicos y privados para modificar sustancialmente las condiciones sociales, culturales, económicas y políticas asociadas a su origen.

16SERNAM-INE. Op.cit. p.72.

17Ibidem. p.42-43.

18 Lori Heise. Op.cit. p.40.

La promoción, prevención y atención de los daños evidenciados en la salud mental de las mujeres exigen que se incorpore la mirada de género en todo el proceso de planificación de la política de salud.

En los sectores de Salud, Educación, Justicia, Trabajo y Previsión Social, así como en el conjunto de los servicios comunales y policiales, se requiere desarrollar un proceso extensivo de capacitación de las/os funcionarios, que cuestione el aprendizaje tradicional de roles sexuales, así como las condicionantes y comportamientos que generan y reproducen la discriminación y vio. En un plano más específico, la violencia intrafamiliar requiere ser abordada como un problema de salud pública, para lo cual es necesario generar un sistema de información y vigilancia epidemiológica, además de elaborar directrices normativas.

Igualmente, constituye una urgente necesidad conformar equipos especializados en el tratamiento de mujeres y familias afectadas por violencia, que sean capaces de dar seguimiento y articular los recursos de distintos sectores para brindar una atención integral.

La prevención de la violencia intrafamiliar hace indispensable una fuerte articulación político programática de los sectores Salud y Educación, orientada a promover los derechos de mujeres y niñas/os, mediante la introducción efectiva de estos contenidos en el currículo escolar y el diseño de programas dirigidos a la comunidad escolar y a la población local. Es preciso potenciar la organización, empoderamiento y participación ciudadana de las mujeres en torno a sus necesidades, incorporando el enfoque de género en actividades de capacitación, así como en acciones dirigidas a proveer apoyo organizacional y desarrollo personal.



Propuestas para la Reforma de Salud

- * Mejorar el status jurídico de la mujer, eliminando todas las disposiciones jurídicas, normativas y reglamentarias que limiten el ejercicio de sus derechos, y refuercen la desigualdad de oportunidades. Para lograrlo, es indispensable que el Poder Legislativo apruebe el Protocolo Facultativo que permitirá implementar efectivamente la Convención de Naciones Unidas sobre la Erradicación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer.
- * Introducir modificaciones a la Ley de Violencia Intrafamiliar que sancionen la violencia como delito y permitan hacer efectivas las medidas precautorias, además de eliminar el procedimiento de mediación frente a situaciones de violencia física con lesiones, uso y/o amenaza con armas, y en los casos de violencia sexual.
- * Impulsar la aprobación del Proyecto de Ley Marco sobre Derechos Sexuales y Reproductivos, ya que éste otorga protección específica a la integridad corporal y psicosocial de las mujeres, así como a su poder de decisión sobre sus proyectos de vida.

* Incorporar cambios en la Ley de Presupuestos que permitan dotar de recursos suficientes a los servicios encargados de atender la totalidad de los problemas de salud mental, incorporando enfoque de género. En específico, deben financiar servicios de acogida y atención integral a mujeres y niñas/os víctimas de la violencia de género, así como iniciativas para hacer efectiva la normativa legal en torno a violencia intrafamiliar y delitos sexuales.

* Lo anterior supone incluir la atención de la violencia intrafamiliar en el Plan de Salud Garantizado AUGE.

* Asegurar la incorporación de todas las prestaciones de salud mental en las ISAPRES, eliminando las restricciones e introduciendo la atención integral, sobre la base de incorporar la perspectiva de género en protocolos y normativas.

* Mejorar el status social de las mujeres dueñas de casa, otorgando valor económico al trabajo doméstico. Esto se debe expresar en un reconocimiento previsional al desempeño de su trabajo, independientemente de las cotizaciones acumuladas por el trabajador -cuando la mujer figura como «carga»- y de los criterios para otorgar pensiones asistenciales de viudez, vejez o incapacidad.

* Asegurar, a través de las políticas de Reforma de Salud, participación ciudadana efectiva y autónoma de la población, especialmente de las mujeres, en materia de decisiones en salud, para lo cual se debe contar con instancias validadas en los espacios



nacional, regional y local. Así se facilitará la apropiación de poder, el ejercicio de derechos, y un protagonismo y sentido de pertenencia sanador en mujeres y hombres.

* Garantizar espacios de promoción y atención de salud para adolescentes, que faciliten la re-elaboración de los roles tradicionales y la construcción de soberanía corpo

* Desarrollar investigaciones que avancen en la identificación y conocimiento de los diferenciales epidemiológicos por sexo, para contar con elementos específicos preventivos y curativos de los malestares de salud mental, según se trate de mujeres o de hombres.

* Desarrollar políticas de recursos humanos que incluyan capacitación con perspectiva de género y, al mismo tiempo, promuevan y protejan la salud mental de las personas que trabajan en salud.



