Aida L. Moreno de Rivera

Mujer, género y salud mental

Centro para el Desarrollo de la Mujer
Centro Istmeño de Estudios de Salud

Aida L. Moreno de Rivera

Mujer, género y salud mental

Centro para el Desarrollo de la Mujer
Centro Istmeño de Estudios de Salud

Mujer, género y salud mental
© Aida L. Moreno de Rivera
© CENTRO PARA EL DESARROLLO DE LA MUJER
© CENTRO ISTMEÑO DE ESTUDIOS DE SALUD
Todos los derechos reservados.
Se prohibe la reproducción total o parcial sin autorización de la autora o editores

La autora es doctora en medicina, psiquiatra, especialista en niños y adolescentes. Maestra en Salud Pública.

Centro Istmeño de Estudios de Salud (CIES)
Vía Simón Bolívar Nº 1 000,
oficina 221
Apartado 6851,
Panamá 5, Panamá.

La figura de la portada es una adaptación del dibujo de Malky Mc Cormick (Concepto de salud mental) Revista Salud Mundial de la Organización Mundial de la Salud, agosto septiembre, 1985.

Tiraje de 1 000 ejemplares

A las mujeres del siglo XXI

RESUMEN

Salud mental es una de las dimensiones de la salud integral, inseparable de la entidad total humana e incomprensible independientemente una de otra. Este artículo hace un abordaje a la salud mental de la mujer a través del análisis de los determinantes biopsíquicos y sociales del desarrollo y conducta humana. Analiza la evolución de los modelos de atención del proceso salud-enfermedad en la sociedad occidental y jerarquiza al modelo biopsicosocial. Señala la necesidad de enmarcar la atención de salud dentro del contexto integral del sistema sexo-género en la cultura occidental y del fortalecimiento del modelo biopsicosocial, como garante del fomento de salud integral, bienestar y calidad de vida humana.

I. INTRODUCCIÓN

Salud es bienestar y calidad de vida. Bienestar físico, mental y social en términos integrales. Integralidad no como inventario o la suma de las partes biológicas, psíquicas y sociales que requiere la vida humana, sino

estereotipos sobre la génesis de la conducta humana que inducen a posiciones extremas en nuestra sociedad. Para ello vamos a emplear un código que facilite la comunicación y el análisis de la situación de salud mental de la mujer sin pasiones ni determinismos o reduccionismos, los cuales solo contribuyen a entorpecer la conquista de la igualdad social plena entre los sexos humanos. Este código común es el lenguaje de las ciencias, los avances en el conocimiento de la biología y la estructuración social humana dentro de la cultura occidental.

Los estudios sobre la biología molecular, el mapa genético, los procesos neuroendocrinos permiten, cada vez más, el conocimiento de los procesos biológicos o leyes internas del desarrollo humano. Los avances en la investigación antropológica, etnológica, en todas las ciencias sociales, caracterizan los procesos sociales que intervienen en el desarrollo humano. La investigación de las funciones psíquicas (actividad nerviosa superior) abre puertas al conocimiento de la vida mental, la conducta humana y su génesis bio-social. Todas estas ciencias integradas van dando las claves del desarrollo humano, de la entidad total, que va más allá de la suma de las partes.

II. ORIGEN Y DESARROLLO DE LOS SERES HUMANOS

A. LOS ORÍGENES

1. Los orígenes biológicos

La vida solo fue posible en el planeta tierra cuando complejas moléculas existentes en el mundo natural adquirieron la capacidad de reproducirse, asegurando así su continuidad. La reproducción se constituye, así, en la propiedad más consistente de ese complejo fenómeno que se llama vida. En su relación con el medio circundante y con las modificaciones del mismo, las primeras moléculas replicadoras desarrollaron instrumentos de autopreservación conformando procesos vitales de las más diversas formas dando origen a las diferentes existencias de la materia viva. Este proceso de intercambio con el ambiente favoreció el crecimiento de la materia viva, de acuerdo a su modelo vital (leyes internas). Al

cambiar las condiciones del ambiente, la materia viva puede desaparecer o adaptarse al nuevo ambiente, gracias a la diferenciación de su modelo vital. Ese nuevo modelo vital es la base del crecimiento ulterior y diferenciación. Esta propiedad de cambio en la naturaleza del modelo vital y su replicación en la próxima generación es lo que denominamos evolución.

El largo proceso evolutivo de la materia viva, desde los organismos unicelulares hasta el desarrollo de formas de vida multicelulares - basado en el intercambio constante con el medio - condujo a la división del trabajo celular. Determinadas células acumularon información sobre el modelo vital y cuando estas células (denominadas gametos) se unían podía surgir una nueva vida, con mejor capacidad de adaptación. Antes de que se desarrollaran organismos diferentes según el tipo de células sexuales, surgieron formas de vida que contenían ambos tipos de células. En el proceso evolutivo, las formas de vida con células sexuales separadas demostraron tener mayor capacidad de adaptación y, por tanto, ser más apropiadas, desde el punto de vista filogenético, para el desarrollo superior. La unión de los gametos o células sexuales (masculinas y femeninas) se

convirtió así, en el principio fundamental de multiplicación y desarrollo de sistemas vivos superiores.[1]

La división del trabajo celular también llevó a la formación de células nerviosas especializadas en la relación con el ambiente, por su propiedad de irritabilidad. Estas células al unirse, conformaron el sistema nervioso, responsable en todos los seres vivos de la relación con el medio, a través del análisis de estímulos y el control de la actividad de las distintas células del organismo y de sus sistemas funcionales. En todas las etapas del desarrollo de la vida, después de la separación de los sexos, el sistema nervioso participa en el acto de apareamiento (unión sexual). El apareamiento de los seres sexuales de la misma especie garantiza la continuidad del proceso vital.

Los seres humanos, en su propia ontogenia (proceso de desarrollo individual) atraviesan las principales etapas de desarrollo de la materia viva a partir de la naturaleza unicelular hasta llegar al pleno desarrollo como especie. Contienen en su organismo todas las etapas de existencia fundamental de la materia viva que la antecedieron, combinados en un sistema unificado, en el cual cada uno de los elementos depende de la actividad vital de

los demás. Todo el desarrollo ontogénico está determinado en los genes de las células sexuales (óvulo y espermatozoide).

El sistema nervioso, la corteza cerebral, las hormonas, las funciones psíquicas (actividad nerviosa superior) hacen única a la especie humana, diferenciándola en el mundo animal. Cada sexo tiene distintos procesos neuroendocrinos en la función sexual y reproductiva que le dan identidad biopsíquica y formas de comportamiento diferentes en la unión sexual y reproductiva. El impulso de apareamiento es una función del sistema nervioso en todos los seres vivos. Impulsos procedentes de la pareja lo provocan dando lugar al "cortejo o galanteo". En la especie humana, debido a la complejidad del sistema nervioso central (actividad nerviosa superior), y de los procesos neuroendocrinos, la diferencia biológica entre los sexos no solo se manifiesta en las diversas funciones fisiológicas que intervienen en la reproducción sino también en la estructura psíquica del hombre y la mujer. Es esa desemejanza biológica la que hace nacer la atracción entre los sexos y la búsqueda de la complementariedad del uno con el otro. Biológicamente, los sexos femenino y masculino son los elementos de una unidad vital única: la especie humana. A

diferencia del resto de los seres vivos, el apareamiento en la especie humana no solo es un impulso biológico sino que se enmarca dentro de las relaciones e historia social de los seres humanos.[2]

En los seres humanos el apareamiento y la reproducción son funciones que pueden separarse. Los humanos somos los únicos seres vivos capaces de desear hijos o no, de aprovechar el apareamiento conscientemente para la reproducción o evitarla. Entre los seres vivos persisten formas sexuadas de reproducción que difieren en forma increíble, hasta llegar a la especie humana, donde "la conciencia" (función psíquica superior) permite establecer cambios cualitativos entre la función sexual y la función reproductiva, dada la condición singular: el carácter social de la naturaleza humana.

2. Los orígenes sociales

Los seres humanos somos en esencia seres sociales. Como especie, somos el resultado de un proceso evolutivo biológico donde ambos sexos son elementos indispensables de la unidad vital. Pero cada una de las fases del proceso evolutivo biológico humano fue, a su vez, fase del proceso evolutivo de las estructuras sociales humanas. Nunca hubo

un primer hombre como ente individual. Siempre hubo pareja humana. La vida humana siempre fue de grupo. El caudal genético nos da la capacidad de vivir agrupados. Se hereda la capacidad de establecer relaciones sociales, fundamentales para la supervivencia de la especie. El grupo, en su interacción con el medio ambiente, establece las reglas o normas de comportamiento social que son internalizadas a través del proceso de socialización. La especie humana tiene la capacidad de inventar comportamientos nuevos, por iniciativa individual o por exigencias del medio. Esto es importantísimo en la perduración de la especie.

Las formas de existencia social determinan la expresión del proceso vital del ser humano. El medio geográfico, las raíces culturales de cada grupo humano conforman la historia social de cada ser humano o identidad social. Cada persona nace en un grupo definido de la existencia social, crece y se desarrolla en su seno y es "socializado", (internaliza las normas de comportamiento social de su grupo). Aprende las relaciones jerárquicas o de poder existentes y las leyes para preservarlas. Tiene que someterse a las normas vigentes so pena de entrar en contradicción y convertirse en "alienado" (no cumple

o no tiene normas). Sin embargo, el grupo también puede crear nuevas normas o transformar las viejas y convertirlas en realidad, aunque sea solo dentro del grupo. Las fuerzas sociales, delineadas por la cultura prevalente, conforman estilos de vida que caracterizan los diferentes comportamientos humanos.[3]

3. Los orígenes psíquicos

La conjunción de las fuerzas biológicas y sociales determinan el desarrollo de la identidad psíquica o personalidad de cada ser humano. La interacción biosocial permitió a la especie humana constituirse en el nivel superior de organización biológica, dando origen a la actividad nerviosa superior y a la vida psíquica humana, única entre los seres vivos. Las fuerzas biológicas determinan la estructura y funcionamiento del cuerpo humano o medio interno y, a través de la actividad nerviosa superior (corteza cerebral) analiza los estímulos del medio externo(constituido tanto por el medio geográfico como sociocultural). Este análisis de estímulos se inicia desde el momento del nacimiento. Al principio, a través de los llamados reflejos innatos, como el de aprehensión, succión. Luego el niño comienza a tener experiencias de su medio social que le permiten desarrollar su

sentido de individualidad (noción del yo y del no yo). Estas experiencias se adquieren a través del desarrollo de las funciones psíquicas (actividad nerviosa superior) de atención, memoria, sensoperceptiva, pensamiento, voluntad y de la conciencia. La conciencia es la función psíquica de más alta jerarquía, exclusiva de la especie humana, ya que para su aparición se necesita condiciones biológicas superiores (corteza, encéfalo humano) y sociales (desarrollo histórico de la especie, condicionada por la vida en grupo, acciones orientadas a un fin común y a la aceptación de reglas o normas elementales de convivencia, transmitidas por la cultura).[4]

A través de la conciencia los seres humanos se percatan de lo que ocurre en sí mismos y en su medio o realidad social y reaccionan ante lo que acontece. La conciencia se estructura a través de la información(atención, memoria, sensopercepciones), que permite captar lo que acontece en sí mismo y el medio; de la integración (que valora la información, la relaciona con las necesidades y posibilidades de satisfacción y planea acciones) y por la ejecución (el impulso que induce a la acción y regula la conducta o comportamiento).[5]

El niño, en el proceso de crecimiento y desarrollo, enfrenta un cúmulo de experien-

cias en su medio cultural (valores, actitudes, convicciones, capacidades, autovaloración) que se sedimentan estructurando mecanismos psicológicos de adaptación, diferentes en cada sujeto según su actividad cortical y su medio circundante (vivienda, relaciones familiares, relaciones sociales). El medio (sobre todo en su aspecto social) influye sobre los seres humanos a través de su actividad de conciencia.

La vida psíquica, la personalidad, es el conjunto de características biológicas y psicosociales congénitas y adquiridas (aprendizaje), producto de la interrelación dialéctica entre el ser biológico y el ser social. Esta conjunción bio-social conforma en cada sexo humano su psiquis, su cosmovisión, su realidad, su autovaloración y autorrealización como persona, sus comportamientos y sentimientos, su conciencia.

B. DESARROLLO HUMANO

La materia viva está en constante movimiento. Hay desarrollo de la materia viva cuando el movimiento y las variaciones conducen a formas nuevas y superiores, a estructuras materiales y conexiones funcionales más complejas, mejor adaptadas y de mayor eficacia. Cuando se habla de desarrollo, se

sobreentiende desarrollo hacia lo superior. En la especie humana, la actividad vital es la forma de automovimiento en el cual se produce el desarrollo. Conociendo los orígenes del ser humano, sabemos que la actividad vital humana tiene un triple sentido y ello se debe a la característica privativa humana de ser, al mismo tiempo, criatura natural y criatura social, lo que le confiere una posición especial entre los seres vivos. El primero de los sentidos es el biológico (comprende la actividad de los órganos internos y externos. Abarca tanto el metabolismo como la reactividad primaria del organismo, dirigida hacia el medio circundante). El segundo sentido es el social: la acción humana que produce transformaciones del medio con vista a una finalidad determinada. Por último el psíquico: actividad interna dirigida al dominio teórico de la realidad, única entre los seres vivos: la conciencia. La actividad humana es la unidad real de esos tres aspectos que, teóricamente, pueden distinguirse unos de otros. Pero su funcionamiento integral e interdependiente le da característica humana a la especie. El desarrollo humano está determinado por las condiciones internas (disposiciones genéticas, equilibrio neuroendocrino) y externas (ambiente natural y social) del orga-

nismo. Ambas condiciones están entrelazadas y en relación íntima y recíproca. Cuando en el proceso de desarrollo predominan las condiciones internas del sistema, hablamos de maduración. Cuando predominan las externas, hablamos de aprendizaje. Maduración y aprendizaje son los procesos determinantes del desarrollo y ambos constituyen una unidad.[6] La valoración y comprensión integral del proceso vital (desarrollo humano) como algo más que la suma de las partes biológicas, psíquicas y sociales, como la integridad, es esencial en el proceso de atención al ser humano.

En los años 90, las Naciones Unidas han ampliado su concepto de desarrollo social, incluyendo el concepto de desarrollo humano, entendido este como el proceso de ampliar la gama de opciones de las personas. El espectro total de opciones humanas va desde mayores oportunidades de educación, atención médica, ingreso y empleo, un entorno físico limpio y seguro, hasta libertades económicas y políticas. Significa desarrollo de las personas como seres humanos, desarrollo para la gente y desarrollo por la gente. Al desarrollo humano le interesa tanto la generación de crecimiento económico como su distribución, tanto las necesidades básicas

como el espectro total de las aspiraciones humanas, tanto las aflicciones como las privaciones humanas, tanto la calidad como la cantidad de vida. Si bien esta concepción de desarrollo humano implica nuevos acuerdos internacionales y diseño de políticas públicas en los distintos países del mundo, lo cierto es que existe ya, como meta social, en las Naciones Unidas. Este hecho requiere que la comunidad internacional tenga como objetivo fundamental de su acción mejorar los niveles de desarrollo humano de la población. En el campo de la salud, el desarrollo humano debe ser la piedra angular de la acción. Ello implica la atención a la integridad humana.[7]

III. EVOLUCIÓN DE LOS SISTEMAS DE ATENCIÓN DEL PROCESO SALUD-ENFERMEDAD

La atención del proceso salud-enfermedad en la cultura occidental, desde la antigüedad hasta los años finales del siglo XX, ha transitado por diferentes modelos, todos ligados al desarrollo del pensamiento científico y a las transformaciones sociales, económicas y culturales de la sociedad.

El primer modelo de atención del proceso salud-enfermedad fue mágico. La enferme-

dad era causada "por espíritus" y los primeros métodos terapéuticos fueron la magia y la religión, y posteriormente la medicina religiosa. El sistema más completo de medicina religiosa de la antigüedad se desarrolló en Babilonia y Asiria. La teología y la astrología dominaban la medicina babilónica y también influyeron en las ideas médicas de los antiguos persas y judíos. La medicina egipcia fue bastante diferente a la babilónica. Fue más bien un oficio que una ciencia religiosa, aunque existía medicina mágica y religiosa. En India y China también hubo un desarrollo importante de la medicina religiosa[8]

La medicina griega apareció alrededor del siglo VI A. C. Con los griegos de la antiguedad clásica occidental se inicia el primer sistema médico racional, gracias al predominio del criterio científico en la mente humana. Hipócrates sintetiza lo mejor de la medicina empírica con los aportes filosóficos griegos, de la geometría egipcia y de la astronomía babilónica. La escuela hipocrática consideró al hombre y sus padecimientos como objetivo central de toda su acción. Este segundo modelo de atención consideraba la enfermedad como un proceso natural y que el organismo humano tenía una capacidad natural para restablecer el desequilibrio orgánico que constituye la

enfermedad. Esta concepción es uno de los grandes aportes de la medicina griega a la historia de la medicina occidental.

El desarrollo del modelo griego no significó que el modelo mágico-religioso fuera desplazado o desaparecido. Existieron simultáneamente (como aún persisten en la actualidad). Los romanos asimilaron el conocimiento griego y su medicina fue similar. Dieron una gran importancia al saneamiento básico (acueductos, recolección de basuras, baños públicos, alcantarillados).

El auge del cristianismo (siglo IV D. C.) produjo un cambio en la orientación de la medicina occidental. La medicina cristiana se organizó como un trabajo caritativo para los pobres y sus métodos se basaban más en la fe que en el conocimiento científico (los médicos eran monjes y los hospitales eran lugares para reconfortar el espíritu y tener una buena muerte). El auge de la iglesia en Europa, hizo que la medicina griega entrara en crisis. La teología convertida en disciplina empírica invadió el pensamiento científico. No obstante, la escuela médica de Salerno (sur de Italia), la medicina bizantina y árabe siguieron el curso de la medicina griega hasta la medicina moderna. [9] Sin embargo, la medicina nunca perdió su sentido religioso.

Durante toda la Edad Media la práctica de la medicina formó parte integrante del modo de vida cristiano. Se dio gran énfasis al aspecto "caritativo" de la medicina. Las condiciones sanitarias y la pobreza agravaba la situación. En contraste con Europa, los chinos se preocupaban de la salubridad de las poblaciones, al igual que los mayas y los incas en América.

El renacimiento (revolución cultural, económica y social ocurrida especialmente durante los siglos XVI y XVII) trajo avances del pensamiento científico y del desarrollo de la medicina, dejando atrás los sistemas médicos de otras civilizaciones. Se incrementa el estudio clínico de los enfermos y la terapéutica. Los estudios de la anatomía del cuerpo humano y de la fisiología avanzaron, así como los inicios del enfoque epidemiológico. Los siglos XVIII y XIX se caracterizaron por los avances, por un lado, en la patogenia de la enfermedad, dando origen al modelo biomédico en la atención a la población y, por otro, lado al enfoque de salud pública. El desequilibrio existente entre el avance biológico-técnico de la medicina y su desarrollo como ciencia social fue una de las grandes preocupaciones de los médicos y estadistas del siglo XIX y marca el comienzo de la medicina

moderna. Progresó la salud pública con programas de salubridad colectivos, tales como el saneamiento y control de enfermedades infecciosas. Nace la seguridad social. El nuevo enfoque en la atención del proceso salud-enfermedad, estaba centrado en la acción no solo, del individuo sino del ambiente en que vive (modelo de salud pública).[10,11]

Sin embargo, a pesar del gran desarrollo de la medicina como ciencia biológica y social en el siglo XX, del cambio de atención del ser humano como ente individual, al de ente social, la atención del proceso salud-enfermedad ha invisibilizado la esencia del ser humano que es su vida psíquica, su conciencia de sí y de su realidad. En el siglo XX se habla del enfoque biopsicosocial como modelo en la atención del proceso salud-enfermedad. Pero la atención del proceso salud-enfermedad sigue siendo la suma de las partes biológicas y sociales, o de las acciones preventivas y curativas, o del equipo de salud y la comunidad. Los cambios experimentados en la atención del proceso salud-enfermedad hacia finales del siglo, debido a los avances de las ciencias médicas y de la salud pública, ligados a la evolución social, económica de la población, han permitido el desarrollo de modelos de atención basados en la comuni-

dad, en el fomento del desarrollo individual y social de la población, en mejores niveles de bienestar físico, social traducidos en el incremento de la cantidad de vida, el control de enfermedades transmisibles, la existencia de nuevas fórmulas de seguridad social y preservación del ambiente ecológico, la participación social en la gestión de salud.

En años recientes (los 90) se ha comenzado a hablar de desarrollo humano y libertad política, del ejercicio de derechos y deberes, de calidad de vida. Todo ello ha ampliado el horizonte de la atención. Sin embargo, aún no se han superado las concepciones "rígidas", tanto "biológicas" como "sociales" de los prestadores de servicios de salud y asistencia social. Se habla del modelo biopsicosocial en "abstracto," sin aplicación real del concepto de integridad humana, de cantidad y calidad de vida. Del derecho como ser psíquico, a la conciencia. Los procesos biológicos no están aislados de la actividad nerviosa superior, base de la psiquis, que influye en todos los procesos y, a su vez, está condicionada por la historia o vida social en la que se desarrolla cada ser humano.

El modelo biopsicosocial en la atención del proceso salud-enfermedad debe romper estructuras mentales tanto en los prestado-

res como en los usuarios de los servicios de salud que conciben al ser humano de manera estereotipada, como una o la suma de las partes.

La atención a la integridad humana, la búsqueda de la autorrealización, de la autoestima, de la conciencia de sí y de su realidad, del bienestar y calidad de vida humana debe ser el eje primordial de la atención del proceso salud-enfermedad en el siglo XXI.

IV. SISTEMA SEXO-GÉNERO Y SALUD MENTAL

El proceso de atención de la salud a la mujer, desde el modelo primitivo de atención o medicina mágica, hasta los modelos actuales, "biologistas" o de "medicina social" (salud pública), ha estado centrado en la atención de la función reproductora. La mayoría de las estructuras de salud existentes en la sociedad occidental están diseñadas para la atención a la mujer como "madre" o reproductora.

Los programas materno infantiles enfatizan esta función femenina, llegando casi a invisibilizar las otras áreas de atención de la salud de la mujer, a no ser de otras áreas de atención biológica como la prevención del cáncer ginecológico o de mamas.

La atención a la mujer como trabajadora, como ser humano con sus propias necesidades de salud integral ha sido "ignorada" en la mayoría de las ocasiones por los prestadores de servicios de salud. Y por supuesto, dado la escasa práctica del modelo biopsicosocial en la atención de salud, la atención a la salud mental ha estado subvalorada.

La visión integral de salud mental nos lleva a considerar a cada ser humano como ente individual y social, con características únicas, con identidad o personalidad propia. Las intervenciones en salud y enfermedad tienen que darse dentro de este contexto, comprendiendo la naturaleza de las fuerzas biológicas y sociales en la conformación de la identidad psíquica o personalidad. Por tanto, la atención del proceso salud-enfermedad no puede ser "neutra" o darse sin considerar las diferencias individuales y colectivas de las distintas formulaciones biológicas y sociales humanas. Variables individuales y colectivas deben ser analizadas en el proceso terapéutico. En la atención de salud a la mujer, además de considerarse todos los aspectos señalados, debe comprenderse la existencia del denominado sistema sexo-género en la cultura occidental.

Teoría sexo-género

La investigación en sexualidad humana, la acumulación histórica de la educación sexual a partir de los años 50, conformó un léxico sexológico. En relación a la identidad sexual humana, se reconoce conformada por tres aspectos: identidad de género, rol de género y orientación sexual. La identidad de género se refiere a la conciencia de pertenecer a un sexo determinado (hombre o mujer). El rol de género es el conjunto de comportamientos asignados a los sexos socialmente (masculinidad, feminidad). La orientación sexual se refiere a la atracción o preferencia para elegir compañero sexual (en la relación coital, en la afectiva o en la fantasía)[12] John Money (1955) propuso el término rol de género para referirse al conjunto de conductas que la sociedad asigna al hombre o a la mujer en razón de su sexo biológico. En los estudios de los trastornos de identidad sexual, Robert Stoller estableció la diferencia entre sexo biológico y asignación social de género.

El desarrollo de movimientos y políticas feministas de este siglo, en especial en los años finales 70 y en los 80 llevó a la estructuración de la teoría sexo-género (sexo se refiere a lo biológico y género a la asignación sociocultural de roles o papeles sociales en

razón del sexo biológico). La teoría sexo-género señala que la conformación del rol de género (en la sociedad occidental) ha estado ligado a la consideración del sexo biológico mujer como inferior y restringido a la esfera de la reproducción, el hogar o doméstica. Dicha construcción social señala como "natural o biológica" las funciones o papeles sociales asignados a la mujer en nuestra cultura (y en casi todas las culturas humanas), por ser mujer.[13]

En la mayoría de las culturas humanas se establecen roles sexuales desiguales, en detrimento del sexo femenino, en cuanto a la valoración social. En la evolución de la cultura greco-judeo-cristiana u occidental podemos observar la posición social desigual y estereotipada asignada a la mujer, por ser mujer. Los géneros femenino y masculino no tienen el mismo nivel jerárquico ni igual valoración como seres humanos. La división estereotipada de los roles sexuales incluye asignaciones no solo de niveles jerárquicos, de valores, sino también de poder social. Esta división se ha transmitido de generación en generación, a través de la educación, de los procesos de crianza, donde las mismas mujeres han contribuido, inconscientemente o no, a su perpetuación. Los estereotipos sexuales

sociales dividen al mundo en privado y público, señalando que el público es del dominio masculino y el privado del femenino.[14]

La visión androcéntrica (el paradigma del ser humano normal es el hombre) de la cultura occidental ha originado la supuesta inferioridad de la mujer en cuanto a posición social. Esta visión ha generado la baja valoración social de la propia mujer para sí misma, no reconociéndose como ser con existencia propia, sino en relación de subordinación con respecto al hombre, lo que la lleva incluso a aceptar diversas formas de violencia (maltrato físico, psicológico, sexual). El comportamiento de los sexos humanos y de sus relaciones entre sí se enmarca en el papel que la sociedad y la cultura les asigna.

El enfoque "determinista" de la sociedad patriarcal ignora a la mujer como ser humano con identidad propia dentro del grupo social y la subordina a la relación con el hombre, conformando la errónea desigualdad social (de oportunidades, de poder) entre los sexos humanos.

La política feminista basa su acción en el señalamiento de que la desigualdad social de género establece la división sexual del mundo, concentrando el poder en el hombre como ser superior. Por tanto, la lucha feminista

debe centrarse en el cambio de las relaciones de poder social y familiar entre los géneros masculino y femenino. Este objetivo de igualdad social, como derecho humano, válido desde todo punto de vista, ha estado "empañado" por las concepciones "reduccionistas" o "deterministas" sobre las génesis del comportamiento humano. La "sobreafectividad" del discurso feminista (explicable en razón de la discriminación de género) ha incidido en que la teoría sexo-género "ignore" y "olvide" o "invisibilice" que el comportamiento humano no es solo producto de la construcción social sino, también, de las fuerzas biológicas. El comportamiento social de los sexos (hombre, mujer) es el resultado de la interacción de la biología (genes, hormonas), que se expresa en comportamientos que van desde las formas de "galanteo o cortejo" hasta la afectividad y vivencias del ser sexual y de la historia social del ser humano a lo largo de su ciclo vital ("socialización", "internalización", "aprendizaje" de normas, incluyendo las asignaciones de género). Reconocer el hecho de que el hombre y la mujer tengan identidad biopsíquica diferente, pero con igual valor en la replicación de la vida, no invalida la lucha por la igualdad social. Reconocer que la mujer tiene comportamientos "femeninos" en razón

El hombre produce mayores concentraciones de andrógenos que la mujer. Ello determina las características físicas sexuales secundarias masculina (barba, masa muscular, implantación del bello púbico, etc.) y comportamientos psicosociales: mayor agresividad, y disposición para la competencia y menor propensión a la intimidación. En uno de los estudios sobre hormonas y comportamientos se observó que la conducta criminal de los adolescentes varones correlacionaba con un alto nivel de testosterona (la mayor concentración de testosterona en el hombre ocurre en la adolescencia). En la mujer, la testosterona es la responsable del deseo sexual o libido. Diversos estudios correlacionan la menor concentración de andrógenos, en la mujer, con conductas de menor agresividad, cólera y energía, y en consecuencia, mayor respuesta a estímulos externos. Ello determina que la mujer sea más sensible a los olores, al dolor y al tacto, y que se interese más por los niños pequeños y por las actividades maternales. [15]

John Money y Anke Ehrhardt han señalado, que en ausencia de andrógenos en la etapa prenatal, todos los fetos se convertirán en hembras, tanto en la conformación anatómica como en la esfera conductual. Con base en experimentos con animales y de una serie

de estudios clínicos con sujetos humanos, han deducido el siguiente principio: si el andrógeno se halla presente en ciertos puntos críticos de la diferenciación (desarrollo prenatal), los genitales externos y ciertas partes del sistema nervioso central, que median en la conducta sexual posnatal (específica de cada sexo) se masculinizan. Si el andrógeno no se halla presente o si su acción está bloqueada, los genitales externos, así como la conducta sexual posnatal, serán femeninos.[16]

El estado psíquico de los seres humanos influye en su nivel de andrógenos. Los estudios en varones indican que las experiencias sexuales interesantes, la estimulación y actividad sexual van acompañadas de un incremento de testosterona en sangre. Por el contrario, los sentimientos de derrota, de humillación, de depresión se asocian con un nivel de testosterona espectacularmente bajo. Una tensión psíquica crónica o períodos de estrés van también asociados a un nivel de andrógenos significativamente bajo.

Los efectos del estrógeno y de la progesterona (hormonas sexuales femeninas) en la reproducción, en las características físicas sexuales secundarias femeninas (senos, caderas, implantación del bello púbico, etc.), el embarazo, el parto y la lactación son bien

conocidos. Sin embargo, la investigación sobre la influencia de estas hormonas en la conducta sexual u otras conductas humanas sigue siendo poco conocida y confusa. Existen datos a favor de que la progesterona inhibe la sexualidad femenina, posiblemente de una manera indirecta y en la medida que antagoniza la acción del andrógeno. En el ciclo menstrual se presentan fluctuaciones de estas hormonas. Los estrógenos alcanzan su cima en el momento de la ovulación (mitad del ciclo) y también muestran un alza secundaria durante la fase lútea del ciclo. Descienden abruptamente en y durante la menstruación. La progesterona, segregada por el cuerpo lúteo, aumenta en el momento de la ovulación y disminuye también durante la menstruación. Al mismo tiempo, las dos hormonas hipofisiarias (en el cerebro) que regulan el ciclo se comportan así: La hormona luteinizante (LH) sufre un incremento marcado durante un día o dos en el momento de la ovulación. La hormona folículo estimulante (FSH) se mantiene relativamente constante, con un ligerísimo aumento durante la ovulación. Los andrógenos, en la mujer, a lo largo de todo el ciclo, permanecen en un nivel relativamente constante, con un ligerísimo aumento cerca de la ovulación y en la fase

lútea. Los periodos menstruales, en cuanto a la concentración baja de hormonas sexuales (estrógenos), semejan una "minimenopausia."

Las mujeres difieren en sus respuestas conductuales sexuales (deseo sexual) a estas fluctuaciones hormonales a lo largo del ciclo menstrual. Hay mujeres que no parecen experimentar cambios libidinales a lo largo del ciclo. Otras afirman sentir cambios cíclicos, no solo en el deseo sexual, sino en la irritabilidad y el estado de ánimo. Los psicoanalistas (Benedict, Deutsch) sostienen que la libido femenina alcanza su cima cuando el nivel de estrógenos es alto (ovulación), siendo éste el periodo de mayor integración psíquica y receptividad para la mujer. Otros autores (Masters y Johnson, Kinsey) señalan que el deseo sexual y el orgasmo en la mujer, alcanza su máxima intensidad en los períodos premenstruales, menstruales y posmenstruales. Todos estos hechos demuestran la influencia de lo social en la conducta erótica humana, ya que existe una relación íntima y recíproca entre lo biológico y lo social (ya señalada) que define los comportamientos. Las relaciones recíprocas entre las hormonas sexuales y el cerebro explican esta dinámica (figura 1).

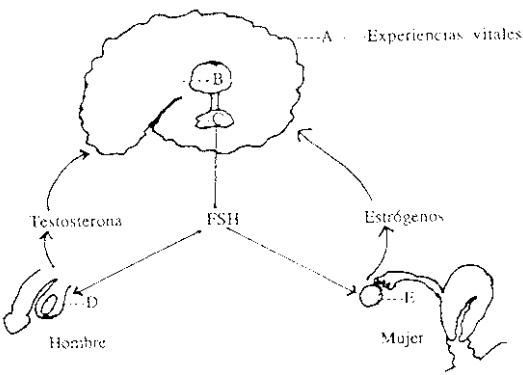

FIGURA No. 1. HORMONAS SEXUALES Y CEREBRO. (Adaptación del esquema "testosterona y cerebro". Helen S. Kaplan.[17]

A- Corteza cerebral(actividad nerviosa superior), responde a las experiencias vitales.
B- Hipotálamo (cerebro medio), conectado íntimamente a la:
C- Hipófisis: glándula secretora de hormonas.
FSH- Hormona foliculoestimulante.
D- Testículos: hormona masculina
E- Ovarios: hormona femenina

Representación esquemática de la relación recíproca e íntima entre los estímulos externos y corteza cerebral(actividad nerviosa superior) y entre ésta y otras áreas de la biología(cerebro-hipotálamo-hipófisis-testículos/ovarios). La FSH regula la secreción hormonal tanto en testículos como en ovarios.

Aparte de las fluctuaciones de la libido, el ciclo menstrual produce cambios muy significativos en el estado de ánimo, la conducta social y en la integración psíquica de un gran número de mujeres. Diversos autores estiman este porcentaje entre el 25% y el 100%. Todos los estudios concuerdan en que la incidencia de un amplio espectro de trastornos en la mujer alcanza un nivel significativamente más alto durante la fase perimenstrual del ciclo. Especialmente los siguientes trastornos:

—cambios en el estado de ánimo (depresión, irritabilidad, ansiedad, pensamientos paranoides),

—trastornos de conducta (abuso de alcohol y de drogas, crímenes violentos, accidentes, suicidios y llamadas a los centros de prevención del suicidio),

—enfermedades diversas, cefaleas, jaquecas, trastornos gastroinstestinales, brotes esquizófrenicos y recaídas.

Todos los estudios indican que el máximo trastorno y el índice más alto de violencia, de enfermedad y accidentes se da durante ocho días consecutivos, de los cuales cuatro son premenstruales y cuatro menstruales. Se da un máximo secundario durante la ovulación. [18] La investigación científica revela el nivel de

relación de las hormonas sexuales y la conducta humana y nos obligan a no "ignorar o invisibilizar" dicha relación en la atención de la salud integral a la mujer.

La concepción de desigualdad social entre los sexos no es un hecho que radica en la identidad biológica diferente del hombre y la mujer. Radica en los orígenes y desarrollo del conocimiento, del pensamiento científico de la especie humana. En el mundo primitivo, la concepción de la vida era mágica, sobrenatural. La mujer; entonces, era considerada como privilegiada por los dioses en la reproducción de la especie. No se tenía conocimiento sobre las células sexuales masculinas y femeninas, y su relación con la replicación de la vida. La mujer era protegida en función de su capacidad reproductiva. Esa fue la más importante razón, sino la única que determinó la construcción social de asignaciones de roles en razón de género. La época esclavista y la feudal reforzaron la construcción social desigual de los sexos, dando origen a la formulación social patriarcal, donde la mujer era considerada un ser inferior, "sin alma" y el hombre el ser superior, cuya misión era el conocimiento y comprensión del universo y por tanto le pertenecía todo el poder social. La misión de la mujer fue "encasillada" en la

reproducción y en la subordinación al poder del hombre. El oscurantismo religioso de la edad media contribuyó a acentuar esta construcción social, ya que el pensamiento científico se subordinó a la religión y al origen sobrenatural de la vida. El renacimiento, la revolución industrial, el desarrollo de las ciencias y la tecnología desde fines del siglo XIX y durante todo el siglo XX han permitido el conocimiento de la génesis de la vida y la igualdad de los sexos humanos en los procesos de réplica.

A pesar de todos estos avances, la construcción social desigual de los sexos ha permanecido y permanece en la estructuración mental de la mayoría de la población del planeta tierra, ejerciendo una influencia determinante en la vida psíquica de los sexos y en especial en la salud mental de la mujer.

Lo insólito es que, en los albores del siglo XXI y con los avances científicos existentes que señalan que cada uno de los sexos es vital para la preservación de la especie, conformando la unidad vital única (igualdad biológica en la replicación de la vida humana), en el orden social permanezca la desigualdad en razón de la identidad biológica de la mujer. No hay vida humana si faltase uno de los sexos humanos. Ambos sexos son iguales, impres-

cindibles en la génesis de la vida humana. Luego, a nivel social deben tener igual valoración. Iguales derechos, oportunidades y responsabilidades en la gestión social. Esta igualdad no debe confundirse con la identidad biológica diferente de cada sexo, indispensable para la replicación de la vida.

La visión sexo-género debe considerar ambos aspectos: sexo biológico y la asignación social al género. Esta concepción integral humana es fundamental para el conocimiento y análisis de los comportamientos o conductas de los hombres y mujeres en la cultura occidental. Sin embargo, siguen existiendo fronteras en el manejo integral de la conducta humana. Por un lado, la mayoría de las corrientes del movimiento feminista, sino todas, han llevado el equilibrio hacia lo social, hacia la asignación de género como único causal del malestar psíquico de las mujeres en la sociedad occidental. Esta visión llega a "invisibilizar" las fuerzas biológicas en el comportamiento femenino. Todo lo reducen al aprendizaje social. Este enfoque es parcial y "antihumano", ya que ignora la esencia de lo humano, que es la interacción biológica y social donde cada una de las partes está en relación íntima y recíproca, dando lugar a la esencia del ser, la vida psíquica y la conciencia humana.

Por otro lado, la atención del proceso salud-enfermedad en occidente sigue siendo la suma de las partes, "invisibilizando" también la esencia del ser. Tradicionalmente los enfoques terapéuticos en el campo de la atención de la salud y enfermedad mental no han considerado la diferencia biológica y de conformación social de los sexos como relevante. Esta visión es limitada y desconoce o niega los orígenes del desarrollo humano, conlleva un falso "cientificismo neutral" en las intervenciones terapéuticas reforzando los estereotipos sexuales existentes en la sociedad, o "etiquetando" comportamientos femeninos como enfermedad, invisibilizando las fuerzas sociales o biológicas de la salud y enfermedad en los seres humanos.

Una perspectiva de atención que no incluya estas diferencias en la identidad de los sexos, en su cosmovisión, en su conciencia de sí mismo y de su realidad, enmarca la acción terapéutica en estereotipos sexuales rígidos o extremos basados en una sola dimensión de la salud, de la conducta humana, como son: "La biologización", "la sociabilización" o "la psicologización". En cualquiera de estas expresiones se trata de una visión humana desintegrada, parcial.

El análisis del proceso salud-enfermedad en los sexos humanos, y sobre todo en la mujer, debe romper estructuras mentales "deterministas" en los prestadores de servicios de salud, sobre todo en la atención de salud y enfermedad mental. Es exigente el enfoque biopsicosocial y dentro de éste, reconocer la realidad de los estereotipos sexuales en la asignación del diagnóstico. El "sexismo" (mecanismo por el que se concede privilegio a un sexo en detrimento del otro),[19] predomina en el quehacer en salud como en enfermedad. Las concepciones del terapéuta sobre los roles sociales de la mujer (asignación de género) son determinantes en el diagnóstico y en las características de la acción terapeútica (ya sea a base de medicamentos o a través de la psicoterapia). Se establece la salud mental como un proceso neutro ("cientificismo neutral") para el hombre y la mujer. El bienestar mental, la vivencia de sí en la realidad, se asume como un problema "intrapsíquico" y por tanto el "malestar mental" es único y sujeto a "tratamiento neutro", sin considerar la identidad biológica y de género de la paciente y del propio terapeuta. Por ejemplo, un estereotipo común es estimar que las mujeres adquieren identidad y bienestar en la medida en que se relacionan con el hombre: "esa

mujer lo que necesita es un hombre". La paciente se desintegra como ser humano. Por un lado se desconocen las angustias, las ambivalencias, las contradicciones, la baja valoración como ser humano, la ausencia de identidad como persona individual y social, la "rabia" o "el coraje" que produce la pertenencia a un género socialmente discriminado, desvalorado. Por otro lado se "olvida" la diferencia de identidad biológica (hormonas, bioquímica) que incide también en la conducta humana. Los malestares emocionales, psíquicos, producidos por la asignación de género o de identidad biológica se incluyen como "enfermedad neutra," sujeta a "tratamiento neutro," cuyo objetivo es volver a la "normalidad" a la mujer. Para cada "malestar" se ubica un fármaco (somnífero, ansiolítico, antidepresivo, etc.) o se da "psicoterapia neutra" aceptando como "normal" la discriminación por sexo, la idea que la ausencia de un hombre en la vida de la mujer es factor de "no realización" y de falta de "equilibrio emocional" o bien se desconoce que existen influencias neuroendocrinas que inciden en los malestares emocionales, psíquicos de acuerdo con la edad de la mujer.[20]

Esta situación conlleva a la feminización de algunos medicamentos o psicofármacos

como los tranquilizantes menores o los antidepresivos. Estudios en Gran Bretaña como en Estados Unidos señalan que el número de mujeres que toman tranquilizantes es dos veces mayor al de los hombres y que este uso parece incrementarse con el aumento de edad de las mujeres. También se recetan más tranquilizantes a las mujeres divorciadas y separadas que a las solteras y casadas.[21]

La sistemática rotulación de trastorno emocional o mental a todos los comportamientos que traducen la agresión social a la pertenencia a un sexo, raza o etnia, clase social, edad, u opción sexual desvalorizada socialmente es un atentado a la igualdad de derechos como seres humanos y es una forma de violencia. Aunada a esta situación está también la explotación de la industria farmacéutica a través del mercado de los psicofármacos a la población, en especial a las mujeres.[22]

La discriminación de género no es la única que existe en la sociedad occidental, aún en los albores del siglo XXI, persiste la discriminación étnica, la de clase social, la de opción sexual, la religiosa y otras. Sin embargo, todas ellas son reconocidas para la mayoría de la población, a diferencia de la discrimina-

ción de género que suele ser "invisible", aún hasta para la mayoría de las mujeres.[2,3]

Los profesionales de la salud y sobre todo los de salud mental, tienen el deber de enfrentar las interrogantes biológicas y socioculturales a través de la investigación científica de manera de contribuir a reducir los estereotipos sexuales, existentes en nuestra sociedad en relación a la salud de la mujer y en especial, a los enfoques extremistas o reduccionistas de la salud y conducta humana como la "biologización" o el "sexismo", la "socialización" y la "psicologización".

El modelo de atención biopsicosocial de los seres humanos es el más "humano" en la atención de salud a la población. Considera no solo la dimensión biológica (modelo biomédico), social (modelo social o de salud pública) o psíquica (modelo individual, psicológico) sino que va más allá de la suma de las partes, va hacia la esencia del ser. Este modelo implica la visión del ser humano dentro de su contexto sociocultural, comunitario, como agente y partícipe del desarrollo social (ser social), como ser biológico (físico, genético, hormonal), como ente individual único (identidad psíquica). Este prisma facilita las intervenciones en la atención del proceso salud-enfermedad de la población.

Los prestadores de servicios de salud, en todos los niveles de atención del sistema, tienen el deber, la responsabilidad humana de conocer y comprender los orígenes del desarrollo humano y la concepción integral de la atención en salud como parte fundamental de su ejercicio profesional. Pero la mayor responsabilidad le cabe al equipo de salud mental, ya que ellos deben ser propulsores del cambio de enfoque de la atención de la salud mental como parte de la salud integral. Salud mental no existe como absoluto. Salud mental es salud biológica, salud social. Abarca la vida más allá de la suma de las partes, es la esencia que determina el ser.

V. SALUD - ENFERMEDAD MENTAL DE LA MUJER EN PANAMÁ

Desafortunadamente, los indicadores del proceso salud-enfermedad mental existentes en la mayoría de los sistemas de salud son los relacionados con la enfermedad. El grado de salud no tiene registros y son recientes los estudios sobre la formulación de indicadores que permitan medir el grado de salud mental o calidad de vida de la población.

En Panamá, hay escasez de investigaciones que nos permitan evaluar el estado de

salud mental de la población en general y de la mujer, en especial. La demanda satisfecha, en la atención de la enfermedad en los servicios públicos de salud, por sexo, a nivel de la atención ambulatoria, a pesar de las limitantes en la información estadística, presenta similitudes con lo que ocurre en otras regiones del mundo occidental. Un estudio realizado en el servicio de salud mental del hospital del niño, en la atención ambulatoria (Moreno de Rivera, 1976) encontró una mayor incidencia de casos en varones que en mujeres, en los menores de 12 años. Este fenómeno puede explicarse tanto debido a factores biológicos como sociales. A nivel biológico, el proceso de maduración es más lento en varones que en niñas y ello incide en una mayor prevalencia de trastornos de conducta, aprendizaje, sobre todo a nivel del medio escolar, motivando mayores consultas en los varones. A nivel social hay una mayor exigencia de comportamiento "maduro" para los varones en razón de género, sin considerar las diferencias en la maduración de los sexos. En cuanto a diagnósticos psiquiátricos, en los menores de 12 años, predominó en los varones los problemas en el aprendizaje escolar, los trastornos de conducta, la hiperquinesis, así como el autismo infantil. En el sexo

femenino, los trastornos emocionales y reacciones afectivas. En el mismo estudio, se encontró que a partir de los 12 años, la mayor demanda en la atención ambulatoria fue del sexo femenino. Predominaron como diagnósticos, los trastornos afectivos (depresión, intentos de suicidio). Nuevamente existen explicaciones biológicas y sociales al fenómeno. Por factores biológicos, los procesos neuroendocrinos en la adolescencia y por factores sociales, el peso de la discriminación y represión social a la mujer, por ser mujer.

En otro estudio sobre la demanda satisfecha en la atención del proceso salud-enfermedad mental en los servicios públicos de salud del país, durante los años 1981 - 1985, [24] se encontró que las mujeres demandan mayores consultas en la atención ambulatoria y los principales diagnósticos fueron los trastornos neuróticos y afectivos. En razón de la mayor demanda, puede explicarse las altas tasas de neurosis y trastornos afectivos en las mujeres en relación con los hombres, en todas las provincias del país. Sin embargo, la psicosis esquizofrénica que ocupó el segundo lugar como diagnóstico en ambos sexos, no tiene el grado de diferencia significativa en las tasas que presenta la neurosis y trastornos afectivos, lo que nos indica que estos diagnósticos

no se deben fundamentalmente a la mayor demanda de atención que tiene la mujer, sino a la estructuración biológica de su sexo y a la asignación de género en la sociedad occidental panameña. Hay necesidad de diseñar investigaciones epidemiológicas que contemplen el estudio tanto de factores biológicos (genéticos, hormonales) como de factores sociales (asignación de género) en la etiopatogenia de los trastornos mentales de mayor prevalencia en la mujer y en los estilos de vida o comportamientos femeninos que atentan contra su salud mental y calidad de vida.

VI. CONSIDERACIONES FINALES

En los albores del siglo XXI, la sociedad humana enfrenta diversos retos, entre los cuales se encuentra: una mejor distribución de la riquezas que permita reducir los niveles de pobreza crítica en los que se encuentra la mayoría de la población del mundo; un fortalecimiento de la participación social en el desarrollo, dándole valor real a las palabras democracia, solidaridad y paz; la reducción de las grandes disparidades sociales entre los seres humanos (no solo económica, sino también la discriminación étnica, religiosa, de clase social, de opción sexual y la de género). En el plano de la gestión de salud integral, la

sociedad humana, tiene como meta "alcanzar para todos los ciudadanos del mundo en el año 2000 un grado de salud que les permita llevar una vida social y económicamente productiva. " Ello implica disminuir las desigualdades de acceso a los servicios de atención a la población y al ambiente y elevar la cantidad y calidad de la vida humana. Esta visión de salud integral incluye la salud mental como una de sus dimensiones.

Trabajar salud mental de la mujer implica, para el terapéuta (hombre o mujer), la consideración del sexo biológico, la asignación cultural al género femenino, la conformación de su identidad psíquica. La asignación de género desigual es una de las raíces del malestar psíquico en las mujeres en sus relaciones de pareja, filiales (hijos), laborales, sociales y al igual que la identidad biopsíquica, no puede "ignorarse" en la atención de la salud integral y, en especial, de la salud mental.

El aprendizaje del rol de género se inicia desde el nacimiento al asignar los papeles sociales al sexo biológico, considerando al sexo femenino como inferior o limitado al plano doméstico. El niño y la niña internalizan los papeles desiguales a través de los procesos de crianza, la educación formal e

informal (sobre todo los medios de comunicación social). En el plano de la sexualidad, de las relaciones de pareja, la mujer internaliza la subordinación al marido, a vivir en función de él y de los hijos. Este proceso generalmente inconsciente lleva a la mayoría de las mujeres a no identificar las fuentes de su malestar psíquico en sus relaciones de pareja, a no disfrutar del placer sexual y del amor, a considerar las relaciones coitales como un acto de "cumplir con el marido" o para la reproducción (todo esto acentuado por la cultura , y en especial por las religiones), a no tener "conciencia de género. " Igualmente este enfoque cultural lleva al hombre a no identificar las raíces de los malestares psíquicos de la mujer y a desvalorizar sus quejas ("pero que más quiere, si se lo doy todo"). El fomento de la igualdad en las relaciones de pareja y en todas las relaciones sociales ("con el otro ser humano") es la base de la comunicación, el amor, la solidaridad humana y la paz.

Los seres humanos son una unidad integral biopsicosocial, indivisible, donde la esencia del desarrollo lo constituye el nivel de conciencia de sí mismo (como percibe, comprende y evalúa todo lo que afecta su vida) y de su realidad natural y social (como percibe

las condiciones de vida del grupo social y los determinantes del desarrollo socioeconómico, cultural, político de su comunidad o sociedad) en función del devenir o historia social futura.

La acción de salud mental requiere la integración de aspectos metodológicos, terapéuticos, educacionales y conceptuales en el trabajo de salud que permitan abarcar la totalidad del ser, su esencia, que es su conciencia.

La visión integral e íntegra del desarrollo humano debe ser la base del diseño de políticas y planes de acción dirigidos a la mujer en beneficio de su salud integral, en especial de su salud mental, que es lo que da valor a la vida humana.

VII. REFERENCIAS

(1) Schnabl, Siegfried. El hombre y la mujer en la intimidad. Editorial Científico-Técnica. Habana, Cuba. 1978. Págs. 19-21.
(2) Referencia 1, págs. 22 y 23.
(3) Referencia 1, págs. 24 y 25.
(4) González M. , Ricardo. Psicología para médicos generales. Editorial Científico-Técnica. Habana, Cuba. 1979. Págs. 25 a 27.
(5) Referencia 4, págs. 26 a 30.
(6) Clauss G. ; Hiebsch H. Psicología infantil. Instituto Cubano del Libro. Habana, Cuba. 1974. Págs. 61 a 64.
(7) Programas de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). Informe sobre desarrollo humano 1992. Págs. 18 a 20.
(8) San Martín F. , Hernán. Salud y enfermedad. Tomo II. Talleres tipográficos de artes gráficas. Habana, Cuba. 1973.
(9) Referencia 8 págs. 559 a 560.
(10) Referencia 8, págs. 562-564.
(11) Ferrara, F. ; Acebal, E. ; Paganini J. Medicina de la comunidad. Editorial intermédica. SAICI. Buenos Aires, Argentina. 1972. Págs. 15 a 17.
(12) Consejo Nacional de Población (CONAPO) Sociedad y Sexualidad. La educación de la sexualidad humana. Tomo I. Págs. 40-43.
(13) Lamas, Marta. "Para una definición de la cuestión de género". Extracto de entrevista realizada por Víctor Jacobo. Fundación Ser y Crecer (Antología para el curso taller "Abordaje de la violencia física y el abuso sexual"). San José, Costar Rica. 1991. Págs. 1 a 5.

(14) Moreno, Amparo. El arquetipo viril protagonista de la historia. Editorial de la Mujer. Barcelona, España. 1986. Págs. 19-22
(15) Kaplan, Helen S. ; La nueva terapia sexual. Alianza editorial. Madrid, España, 1982. Págs. 77 a 85.
(16) Referencia 15, pág. 78
(17) Referencia 15, Pág. 79.
(18) Referencia 15, Págs. 87 a 92.
(19) Referencia 4, págs. 22 a 24.
(20) Referencia 5, págs. 10 a 12.
(21) Haddon, Celia. La mujer y los tranquilizantes. Ediciones Pirámide, S. A. Madrid, España. 1985. Págs. 7-15.
(22) Burin, Mabel. El malestar de las mujeres: la tranquilidad recetada. Editorial Paidós. Buenos Aires, Argentina. 1990. Págs. 7-15.
(23) Isis Internacional. El malestar silenciado. La otra salud mental. Ediciones de las Mujeres No. 14. Santiago, Chile. 1990. Págs. 7 a 9
(24) Moreno de Rivera, Aida L. Bases para el proceso de monitoria y evaluación del programa de salud mental en Panamá. Tesis de grado de maestría en salud pública. Panamá, 1989. Págs. 143 a 147).