



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY



Facultad de
Psicología
UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA

**TRABAJO FINAL DE GRADO
MONOGRAFIA**

LA MEDICALIZACIÓN DEL MALESTAR DE LAS MUJERES:

Un reduccionismo que agudiza desigualdades y violencias

Estudiante: Fabiana Umpierrez

C.I.: 4.788.763-7

Tutor/a: Prof. Dra. Andrea Bielli

Revisor/a: Asist. Mag. M^a Victoria Areosa

Montevideo, 2025

Resumen

La medicalización del malestar de las mujeres constituye un proceso complejo que evidencia no sólo una comprensión limitada de la salud, centrada en lo biológico, sino también desigualdades de género y relaciones de poder históricamente presentes en la práctica médica. En el ámbito de la salud mental, sus experiencias han sido interpretadas frecuentemente desde enfoques reduccionistas que transforman el sufrimiento social y emocional en diagnósticos clínicos, invisibilizando condicionamientos culturales y estructurales. Esta monografía propone reflexionar sobre cómo el saber psiquiátrico ha contribuido a consolidar estereotipos de género y terapéuticas que refuerzan la desigualdad. El recorrido parte de datos epidemiológicos que muestran la feminización del consumo de psicofármacos, especialmente ansiolíticos y antidepresivos, vinculados al estrés, la ansiedad y la depresión, lo que, al ser analizado desde una perspectiva de género, evidencia sesgos y dobles estándares en la atención sanitaria. Se examina además la evolución del *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM) y la consolidación del paradigma biomédico, que prioriza el tratamiento farmacológico frente a otras dimensiones del sufrimiento psíquico. Finalmente, se consideran las repercusiones de este enfoque en la patologización de las mujeres, el papel del marketing farmacéutico y la trayectoria de los modelos de salud mental, desde los tradicionales hasta los aportes críticos contemporáneos. Estas perspectivas proponen comprender la experiencia femenina desde una visión situada e integral, reconociendo factores sociales, históricos y simbólicos, y restituyendo la voz de las mujeres sobre sus propios procesos de salud y enfermedad.

Palabras claves: mujeres, malestar, medicalización, psiquiatría

Índice

Introducción.....	3
1. Desigualdades y sesgos de género en la evidencia epidemiológica.....	5
1.1. Datos epidemiológicos: entre la evidencia y el silenciamiento.....	5
1.2. Más allá de la variable sexo: aportes teóricos desde la perspectiva de género.....	8
1.3. Detrás de los números: sesgos de género y estereotipos socialmente aceptados.....	12
2. Medicalización y hegemonía biologicista en la psiquiatría contemporánea.....	15
2.1. La medicalización de la vida.....	15
2.2. La “biblia” de la psiquiatría y ascenso del paradigma biológico.....	17
2.3. Fármacos al frente: la hegemonía del tratamiento químico.....	20
2.4. El modelo centrado en la enfermedad vs. el modelo centrado en el fármaco.....	23
3. Salud mental de las mujeres: patologías, representaciones y perspectivas.....	25
3.1. Construcciones de la feminidad y su relación con ciertos trastornos.....	25
3.2. Marketing y género: estereotipos en la publicidad farmacéutica.....	29
3.3. Modelos de salud mental de las mujeres: de lo tradicional a lo contemporáneo.....	34
Consideraciones finales.....	36
Referencias.....	39

Introducción

La medicalización del malestar de las mujeres es un fenómeno complejo que refleja no solo una mirada reduccionista de la salud, sino también profundas desigualdades de género y dinámicas de poder históricamente arraigadas. La atención médica, especialmente en el ámbito de la salud mental, ha tendido a interpretar el sufrimiento de las mujeres a través de lentes biologicistas y estereotipados, patologizando emociones y comportamientos que muchas veces forman parte de la experiencia cotidiana y social de las mujeres.

El objetivo de esta monografía es analizar cómo la construcción científica y clínica del malestar se ha basado en estereotipos de género, a la vez que ha contribuido a consolidarlos, reproduciendo violencias simbólicas y limitando la comprensión de la salud integral de las mujeres. Para ello me propongo hacer un recorrido histórico que permita dar cuenta de cómo se han relacionado estrechamente ciertos mandatos normativos de género en la producción de malestar y la codificación en términos patológicos.

En primer lugar comienzo exponiendo datos epidemiológicos que permitan dar un pantallazo inicial de las tendencias de consumo y como estas se asocian a estereotipos y sesgos de género. Resultan llamativas, cuando no alarmantes, las cifras que dan cuenta de la medicalización de las mujeres, tanto en lo que refiere a psicopatologías como a consumos feminizados de psicofármacos. Para poder abordarlo y comprenderlo en precisión resulta necesario reinterpretar y repensar la información que arrojan los datos estadísticos, así como también el impacto que el uso y consumo de psicofármacos tiene en la salud mental de las mujeres. En los valores expuestos se devela una notoria feminización en tanto que las mujeres duplican, cuando no triplican, a los hombres en la prescripción y consumo de psicofármacos como ansiolíticos y antidepresivos. Asimismo se han justificado estos patrones de prescripción y consumo como respuestas técnicamente adecuadas ante la prevalencia de malestares asociados al ánimo descendido y al estrés.

Este análisis se enmarca en la perspectiva de género, reconociendo que el conocimiento científico no es neutral y que las categorías de “sexo” y “género” interactúan con factores sociales, culturales y políticos para producir diferentes experiencias de salud. En tanto, resulta oportuno ir mas alla de la variable sexo, ya que ésta no realza el valor explicativo de las inequidades de genero expresadas en los malestares. Diversas académicas feministas preocupadas por la justicia social, la igualdad y la inclusión, han definido al género como una

categoría analítica útil para reflexionar acerca de condicionantes que, al producir formas específicas de subjetivación, inciden tanto en el malestar como en el bienestar de las mujeres.

A su vez, la consideración de la existencia de sesgos de género en la atención sanitaria, y en la sociedad en su conjunto, revelan cómo se han naturalizado y reproducido ciertas prácticas y concepciones bajo el velo de la ignorancia. Sesgos tales como la tendencia a exagerar las diferencias y la tendencia a minimizarlas o ignorarlas han llevado a tratar una situación de forma diferente en función del sexo de la persona, provocado ‘dobles estándares’ en salud. De igual forma, el androcentrismo, mediante una visión parcial, ha generalizado normas o medidas de referencia que pueden no ser las oportunas en las mujeres. Estas desigualdades en la interpretación y el tratamiento del malestar se inscriben en un marco más amplio de producción de saber psiquiátrico, cuyo desarrollo histórico permite comprender la consolidación de estos sesgos.

Para continuar, expongo uno de los hitos más relevantes en la configuración de la psiquiatría moderna: la publicación del *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM) y sus actualizaciones. Su evolución a lo largo del siglo XX permite rastrear las transformaciones epistemológicas de la disciplina. En particular, se destaca como punto de inflexión la aparición del DSM-III que, con un marcado enfoque biologicista y reduccionista, fue considerado por muchos autores como la “revolución” que reconfiguró la práctica psiquiátrica y la legitimó dentro del campo médico-científico. A partir de esta versión la psiquiatría adopta un lenguaje pretendidamente objetivo, sustentado en criterios descriptivos y observables. Sin embargo, esta aparente neutralidad científica condujo a la reducción de la experiencia subjetiva a un conjunto de síntomas clasificables y mensurables que, en consecuencia, contrajo de manera considerable la ampliación de las categorías diagnósticas y de sujetos susceptibles de ser patologizados.

Este viraje epistemológico tuvo repercusiones directas en el campo terapéutico. La hegemonía del modelo biológico condujo a privilegiar el abordaje farmacológico como respuesta casi exclusiva a los llamados “desequilibrios químicos” subyacentes a los trastornos mentales. De esta manera, la intervención sobre el sufrimiento psíquico se redujo a la manipulación neuroquímica del cerebro, desplazando a un segundo plano las dimensiones sociales, históricas y simbólicas que conforman la subjetividad y los sufrimientos. En este punto, se exponen también dos modelos de comprensión para el abordaje farmacológico: el modelo centrado en la enfermedad y el modelo centrado en el fármaco.

El paradigma biologicista que se consolida con el *DSM-III* no sólo redefine las categorías diagnósticas y los modos de tratamiento, sino que también refuerza y reproduce ciertos imaginarios sociales sobre las mujeres, especialmente, sobre la feminidad. La historia de la psiquiatría está atravesada por una tendencia a vincular la experiencia femenina con la irracionalidad, la emotividad excesiva o la fragilidad mental, de modo que los discursos científicos han operado como dispositivos de regulación social y de normalización de sus cuerpos, emociones y comportamientos.

Por tanto, en el último capítulo se abordan las implicancias de dicho modelo en tres niveles: la construcción histórica de las patologías femeninas, la articulación entre marketing farmacéutico y estereotipos de género, y los modelos que han abordado la salud mental de las mujeres, desde los tradicionales hasta propuestas contemporáneas que buscan superar el reduccionismo y el androcentrismo a partir de restituir la voz de las mujeres sobre su propia experiencia, reconociendo la relación entre opresión social y sufrimiento psíquico.

En conjunto, este recorrido busca poner en evidencia cómo los discursos médicos y psiquiátricos han contribuido a medicalizar los malestares femeninos, y cómo las perspectivas críticas contemporáneas ofrecen herramientas para repensar la salud mental desde una mirada más integral, situada y emancipadora.

1. Desigualdades y sesgos de género en la evidencia epidemiológica

1.1 Datos epidemiológicos: entre la evidencia y el silenciamiento

Muchos estudios epidemiológicos han arrojado información en base a la variable sociodemográfica sexo, y han identificado tempranamente los patrones diferenciales en cuanto a la manera de manifestar el sufrimiento, los motivos de consultas y los tratamientos brindados. Estadísticamente, el género ha sido presentado como un determinante de la salud mental en la distribución de morbilidad psiquiátrica y consumo de psicofármacos. En varias partes del mundo se han llevado a cabo diversas investigaciones que proveen datos cuantitativos en torno a la feminización de las problemáticas en salud mental.

Tal y como expone Markez et al., (2004), un estudio realizado por la OMS en centros de salud provenientes a 15 países del mundo, los tres trastornos con mayor prevalencia fueron:

depresión (10,4%), trastorno de ansiedad generalizada (7,9%) y dependencia alcohólica (2,7%); en dicho estudio, del total de consultantes, 62% eran mujeres. Siguiendo con datos elaborados por la OMS se ha determinado que, entre las mujeres, los trastornos depresivos representan casi el 41,9% de discapacidad debida a trastornos neuropsiquiátricos (citado en Bru, 2022).

La variable sexo no ha presentado diferencias significativas en cuanto a la prevalencia total de patologías, sin embargo, si aparecen al analizar trastornos específicos. Las prevalencias han constatado que las mujeres consultan más por trastornos depresivos y ansiedad en comparación a los varones en quienes predomina el abuso de sustancias y trastornos antisociales de la personalidad (Markez et al., 2004).

Datos epidemiológicos sobre el consumo de sustancias afirman que las mujeres usan más drogas legales y los varones acuden más al comercio ilegal. Los psicofármacos son el tipo de sustancia que diferencia significativamente a las mujeres de los varones. En el primer escalón de atención sanitaria se observa que los principales sujetos de prescripción de psicofármacos son las mujeres, lo cual podría estar indicando un sesgo en la prescripción de los mismos (Romo Avilés & Gil García, 2006). Asimismo y en relación a la prescripción de psicofármacos, varios estudios provenientes de Europa Occidental, Norteamérica y Japón, concluyen que ante el mismo diagnóstico la mujer recibe mayor cantidad de psicofármacos que los varones. En los mismos se destaca que $\frac{2}{3}$ de estas prescripciones están dirigidos hacia mujeres y los grupos terapéuticos prescritos redundan en ansiolíticos y antidepresivos (Markez et al., 2004). En España, los datos obtenidos por el Observatorio Español de Drogas indican que las mujeres con un consumo habitual de tranquilizantes representan al 3,5% de la población, siendo esta prevalencia casi tres veces superior a la de los varones (Romo Avilés & Gil García, 2006).

Sin ir tan lejos, en Argentina, país que ha registrado un elevado consumo de psicofármacos a nivel mundial, en congruencia con otras regiones también ha constatado un mayor uso por parte de las mujeres (Bru, 2023). Recogiendo datos de Sedronar (2017), el 19,3 % de mujeres consumió tranquilizantes o ansiolíticos alguna vez en la vida entre los 35 y 49 años; la prevalencia entre los 50 y 65 casi duplica la anterior arrojando cifras de 35%. Burin, Moncarz y Velázquez (1991) enuncian que surgen fenómenos contradictorios y llamativos al comparar datos epidemiológicos de Argentina con otros países más desarrollados ya que, al ser las

condiciones de vida tan diferentes en cuanto a recursos y modos de vida, hacen falta mejores hipótesis para comprender dicha semejanza

En Uruguay, aunque se han experimentado dificultades en la generación de datos, el consumo de psicofármacos se ha encontrado fuertemente ligado a las mujeres desde las últimas décadas. Aunque durante mucho tiempo los datos de ventas y hábitos de consumos han sido de difícil acceso, fragmentarios y dependiente de intereses comerciales, en los últimos años y en virtud de la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública, se elaboraron diversos estudios y encuestas sobre la dispensación, consumo y prescripción de psicofármacos. A través del Observatorio Uruguayo de Drogas (OUD) se han implementado encuestas nacionales periódicas llevadas a cabo por la Junta Nacional de Drogas (JND); desde el 1994 al 2019 se han realizado siete encuestas y todas han incluido la variable sexo permitiendo reconocer tendencias en el consumo diferencial (Bielli et al., 2023).

Aunque en distintos años varias encuestas han constatado el consumo diferencial, a nivel nacional y general, los datos arrojados por la Junta Nacional de Drogas para el año 2011, el consumo de ansiolíticos y antidepresivos en Uruguay adquirieron patrones específicos; el consumo de tranquilizantes resultó significativamente mayor en mujeres que en hombres para todos los rangos de edad, con y sin prescripción médica. Así mismo, la brecha de consumo entre ambos sexos aumenta a medida que aumenta la edad tornándose, entre los 56 y 65 años de edad, en un 38%. En cuanto al consumo de antidepresivos se destaca que, del total de la muestra, el 6,6% los ha consumido y se sostienen los valores diferenciales según la variable sexo, representando mayores consumos las mujeres quienes triplican los valores, 9,5% en comparación a 3,3% en hombres (JND, 2012).

Para el año 2018 la JND evidencia que el 28,2% de la población estudiada, alguna vez en su vida, han consumido tranquilizantes, lo cual ubica a este grupo farmacéutico como la tercera droga más consumida por la población Uruguaya. A diferencia de lo que sucede en la mayoría de las demás sustancias estudiadas, el consumo de tranquilizantes es significativamente mayor en mujeres que en varones, aumentando la brecha con la edad, concluyendo en una típica característica que se ha constatado sistemáticamente en estas encuestas nacionales. Sin embargo, cuando se analizan los datos de consumo sin prescripción médica, los varones presentan un mayor porcentaje, 26,6% varones, 18,8% mujeres (JND, 2020).

En cuanto a los antidepresivos, la misma encuesta establece que, de la población estudiada, el 14% ha consumido estos fármacos alguna vez en la vida. “Al igual que con los tranquilizantes, en estos medicamentos se observan las mismas brechas por sexo, destacándose un consumo muy superior de las mujeres respecto al de los varones” (JND, 2020, p.69). Excepto en el tramo de edad comprendido entre los 15 y 25 años donde el consumo entre los sexos se sitúa al mismo nivel, se vuelve a constatar en las mujeres que a mayor edad, mayor consumo.

En particular, un estudio realizado en distintos centros de salud pública de Montevideo condice con los resultados anteriores en tanto que la prescripción de antidepresivos tuvo una relación de aproximadamente 1:4 en hombres y mujeres en el periodo comprendido entre el 2014 y 2016 (Bielli et al., 2024). Estos datos cuantitativos de la categoría demográfica del estudio, es decir, el mayor uso de antidepresivos por parte de las mujeres, denota una indisoluble asociación entre mujer-depresión-antidepresivo e implican, a nivel cualitativo, una feminización del consumo que parecería no desligarse de estereotipos de género, de lo que implica ser mujer y las expectativas sociales en torno a las mismas. Asimismo, funcionarios y profesionales desentrañan dichas lógicas al describir las dinámicas de los servicios de salud de los cuales las mujeres, como consumidoras de antidepresivos, dominan las observaciones (Bielli et al., 2024).

Ahora bien, una vez expuestas algunas cifras en cuanto a las tendencias de consumo de antidepresivos y tranquilizantes resulta conveniente incluir la comprensión desde la perspectiva de género con el fin de profundizar y comprender el porqué de los consumos diferenciales. La continuidad presentada en los estudios acerca las consultas y los consumos feminizados, por un lado, encausan y visibilizan la condición femenina, por otro, obstruyen las posibilidades de cambio al eludir y silenciar el enlace con la cultura androcéntrica y patriarcal, invisibilizando la heterogeneidad e individualidad de las experiencias subjetivas vividas por las mujeres (Bielli et al., 2024).

1.2. Más allá de la variable sexo: aportes teóricos desde la perspectiva de género

El conocimiento científico, no se produce, ni difunde, ni se aplica por fuera de las lógicas de saber/poder que predominan en las sociedades que les son inherentes. Las prácticas diagnósticas y terapéuticas en salud mental no escapan a los efectos de la desigualdad patriarcal y al androcentrismo propio de la ciencia (Roselló-Peñaloza et al., 2019). Bajo una

supuesta neutralidad, ser mujer u hombre no implicaba un factor diferencial en cuanto al estudio de la mente.

Ni en tanto objeto de conocimiento: el aparato psíquico, el inconsciente, el superyó, el sujeto han sido considerados, por lo general, estructuras psíquicas asexuadas, sin género. También el sujeto cognoscente ha sido y es un ser “neutro”, “híbrido”, supuestamente objetivo, aunque siempre ha sido “el” y no “la”. (Burin, M., Moncarz, E., & Velázquez, S., 1991,, p.4)

A lo largo de la historia de la ciencia y hasta el presente se han generado teorías, hipótesis y ‘conocimiento autorizado’ que, en base a un sujeto masculino, se han inducido errores muy graves con respecto a las mujeres, justificando su sometimiento y subordinación. La presencia de mujeres (y otros colectivos), resulta necesaria para generar nuevos paradigmas, críticas a los valores hegemónicos y formas más justas de hacer ciencia. Asimismo, muchos ocultamientos científicos se han producido bajo intereses económicos y comerciales (García Dauder y Pérez Sedeño, 2017).

Aunque el discurso biomedico lograra evidenciar los patrones diferenciales de género mediante investigaciones descriptivas y datos epidemiológicos, la variable sexo no realza el valor explicativo de las inequidades de género en cuanto a dolencias mentales, encubriendo así actores e instituciones sociales que juegan un papel clave en la feminización del consumo de psicofarmacos. Además se ha justificado el uso de estos fármacos como respuesta técnicamente adecuada ante la prevalencia de malestares asociados al estrés y el ánimo descendido (o trastornos ansiosos y depresivos), así como también etiquetas diagnósticas en función de razones biológicas del ciclo vital (Bielli et al., 2023). Este enfoque resulta limitado a la hora de dar cuenta las razones ya que, al mismo tiempo que ofrece explicaciones naturalistas y esencialistas, “transforma procesos eminentemente sociales en cuestiones individuales y a-históricas” (p. 2).

Los términos sexo y género han dado sido tomados erróneamente como sinónimos. ‘Sexo’ se ha aplicado, casi siempre dentro de un sistema binario, al sexo biológico del cuerpo, a menudo determinado por la anatomía (órganos sexuales externamente visibles), las hormonas y los cromosomas. ‘Género’ corresponde a los aspectos culturales de ser hombre o mujer en las interacciones sociales. La distinción entre naturaleza y cultura ha sido problematizada, así como también el corte entre lo material-discursivo en relación a lo biológico de un cuerpo

sexuado y lo social de un sujeto generizado (Jonhson, 2017). En este sentido, el género ha contribuido a reconocer el carácter social de la existencia corporal (Ortiz-Gómez y Santesmases, 2014).

Académicas feministas, desde Joan Scott hasta Judith Butler, han definido al género como una herramienta analítica útil tanto para estudiar normas sociales, símbolos culturales y relaciones de poder asociadas a mujeres y hombres, lo femenino y lo masculino, como para comprender subjetividades e identidades personales y colectivas (Ortiz-Gómez y Santesmases, 2014). Las nociones de género brotan en los movimientos sociales de los años 1960 y 1970 donde, esbozando la discriminación de las mujeres, se explica cómo los roles sociales transmitidos culturalmente son responsables del estatus social y psicológico. A su vez, surgieron los movimientos de salud femenina como respuesta a la creciente medicalización, desafiando la autoridad médica y los intereses de la industria farmacéutica que han perpetuado la vulnerabilidad de las mujeres (Ortiz-Gómez y Santesmases, 2014).

Los Estudios de la Mujer surgen hacia los años 1970 y posibilitan un viraje importante en la consideración de las mujeres en el campo académico y científico, abriendo nuevos campos de investigación y sistematización que revisaban los pilares del conocimiento de la ciencia moderna basados en una presunta universalidad de la ideología patriarcal en el cual se homologaba Hombre = Hombre, invisibilizando así las particularidades del sujeto mujer. Los Estudios de la Mujer manifestaron lo que en el campo social denunciaba el movimiento feminista en torno a la invisibilidad de las mujeres como sujetos sociales y su histórica condición de desigualdad (Grela Melluso & López Gómez, 2000).

Alrededor de los años 1980 los Estudios de Género desarrollan una conceptualización con respecto a los sistemas sexo/género como componentes de otras dimensiones de orden social, cultural, político y económico. Al incorporar y profundizar en la categoría de género germinan una nueva perspectiva teórica y metodológica. Incorporar estos aportes nos permite reflexionar acerca de las condicionantes que, al producir formas de subjetivación específicas, inciden tanto en el malestar como en el bienestar de las mujeres (Grela Melluso & López Gómez, 2000).

Desde la óptica de Grela Melluso & López Gómez (2000), la categoría de género refiere a:

Un enfoque que analiza el conjunto de atributos, roles y expectativas sociales que cada sociedad, en cada momento histórico, le asigna a sus mujeres y a sus varones, sobre la base de la diferenciación sexual, permitiendo comprender la construcción cultural, social y política de la masculinidad y la feminidad.

Enfatiza que toda relación social es portadora de una relación de poder y que las relaciones sociales de género se fundan sobre lógicas de subordinación del género femenino, generando condiciones de desigualdad social, económica, subjetiva, sexual, política en la vida de las mujeres. (p.33)

Para Lagarde (1996) la perspectiva de género se basa en la teoría de género, se inscribe en el paradigma cultural del feminismo y conduce a una filosofía posthumanista que por su crítica a la concepción androcéntrica de la humanidad dejó de lado a la mitad del género humano. Esta perspectiva tiene como uno de sus objetivos contribuir a la construcción social y subjetiva a partir de la resignificación de la historia, la sociedad, la política y la cultura desde y con las mujeres.

La preocupación expresada en trabajos de académicas feministas por la justicia social, la igualdad y la inclusión, no sólo para las mujeres, sino para todos los seres humanos, ha generado una crítica a gran parte del pensamiento y la práctica de la medicina occidental (condescendiente y sexista), y han destacado la importancia de prestar más atención a los elementos estructurales de la atención médica, preguntando qué espacios se facilita o permite, se fomenta o promueve para los diferentes sujetos. A su vez, el enfoque feminista en la tecnociencia y las corrientes que aluden a los nuevos materialismos feministas, extienden la preocupación analítica a lo no humano y permiten incluir la fiscalidad de los fármacos al considerar la subjetividad como emergente en los entrelazamientos entre humanos y no humanos, es decir, consideran el mundo material como interactuante con los sujetos (Jonhson, 2017).

Ortiz-Gómez y Santesmases (2014) entienden al género como una categoría conceptual, analítica y metodológica que permite a los académicos visibilizar la agencia de las mujeres y explorar cómo las drogas han incorporado y reforzado las relaciones de género y las

desigualdades sociales. Si bien las diferencias y los sesgos de género se han incluido en los términos técnicos biomédicos y en las estadísticas sanitarias, las autoras denuncian que, al tornarse un término de moda, ser utilizado de forma ambigua y despolitizado, reducirse al nivel de una variable analítica en lugar de una perspectiva de investigación feminista, contribuyó a neutralizar y trivializar su significado y potencial desafiante. Desde este punto de vista, las autoras concluyen que las perspectivas de género emergen cuando las mujeres son incluidas en las investigaciones, cuando se explora su rol activo y se analiza su representación.

Jonhson (2017) en su libro *Gendering Drugs: Feminist Studies of Pharmaceuticals*, expresa que los medicamentos pueden tener género y pueden engendrar. Por un lado expone que por los cuerpos y síntomas que tratan, por las fuerzas del mercado y las campañas de marketing, los productos farmacéuticos pueden tener género. Por otro lado sugiere que los productos farmacéuticos crean subjetividades de género al articular valores, normas, comportamientos y expectativas de género. El concepto de drogas con perspectiva de género se centra tanto en las mismas como objetos y bienes materiales dentro de la historia y la cultura, como en las formas en que el género configura estos objetos y culturas, incluyendo las médicas y científicas (Ortiz-Gómez y Santesmases, 2014).

1.3. Detrás de los números: sesgos de género y estereotipos socialmente aceptados

Al haber sido identificados de forma temprana estos patrones diferenciales de consumo, durante los años setenta, tanto los discursos médicos como los de la sociología esbozaron hipótesis que alternativamente se centraban en la figura de las usuarias o de quienes prescriben.

Para comprender los lineamientos expuestos en lo referente a salud mental de las mujeres, la consideración de los “sesgos de género” resultan fundamentales. La Sociedad Americana de Mujeres Médicas lo ha definido como “la diferencia en el tratamiento de ambos sexos con un mismo diagnóstico clínico, que puede tener consecuencias positivas, negativas o neutras para su salud” (citado en Del Rio, 2022, p. 64). Otra definición es propuesta por la Escuela Andaluza de Salud Pública y lo denomina como:

... planteamiento erróneo de igualdad o de diferencias entre hombres y mujeres -en su naturaleza, sus comportamientos y/o sus razonamientos-, el cual puede generar una

conducta desigual en los servicios sanitarios y en la investigación, y que es discriminatoria para un sexo respecto al otro. (citado en Del Río, 2022, p. 64)

Como expone Del Río (2022), los sesgos de género no están exentos en ningún ámbito de la sociedad (sexista y con estereotipos), por lo que influyen en las expectativas y toma de decisiones de los profesionales de la salud y en toda la atención sanitaria dado que en la salud, y en particular en la salud mental, la formación con perspectiva de género es reducida. Los médicos no están aislados de estos sesgos ya que la mayoría han sido formados, profesional y culturalmente, en una cultura patriarcal. Incluso, recientes investigaciones advierten que ni los psicólogos ni los trabajadores sociales están desprovistos de estos sesgos.

García Dauder y Pérez Sedeño (2017) analizan y describen dos tipos de sesgos que permean tanto la práctica clínica como la investigación: la tendencia a exagerar las diferencias entre los sexos y la tendencia a minimizarlas o ignorarlas. En cuanto al primero, exagerar las diferencias, remiten a una larga tradición filosófica occidental que ha llevado a considerar a la Mujer como lo Otro y ha tenido su correlato en teorías psicológicas, sociológicas y neurológicas hasta la actualidad, asumiendo la diferencia como inferioridad, ausencia o complementariedad. A su vez, este sesgo diferencial ha reducido la salud de las mujeres a su salud sexual y reproductiva y se han inventado trastornos o síndromes específicos de las mujeres como se desarrollará más adelante. Junto con la infravaloración de la experiencia femenina, se han provocado “dobles estándares” en salud: se evalúa y trata de forma diferente una misma situación en función del sexo de la persona. En cuanto al sesgo que minimiza o ignora las diferencias redundan en un reflejo del androcentrismo y consiste en adoptar una visión parcial sobre generalizando toda la experiencia humana a las masculinas. En tal caso, al tomar como normas médicas estándares o medidas de referencias masculinas se desatiende que en las mujeres pueden no ser normales ni óptimas.

Algunas manifestaciones de estos sesgos de género redundan en una actitud diferente ante la presentación de las mismas quejas o síntomas mediante la minimización del malestar de las mujeres y una maximización de la misma cuando se produce en hombre, así como también en la tendencia a prescribir más psicofarmacos a mujeres. Asimismo se encuentran dichos sesgos en las categorías y criterios diagnósticos; los mismos no son neutrales y están sesgados a favor de un género en relación a otro. Ocurre que ante un mismo síntoma se proponen

diagnósticos y tratamientos diferentes y se atribuyen componentes de orden psicológico a síntomas físicos o atípicos. Un ejemplo de esto último se presenta ante la queja de fatiga en las mujeres lo cual suele considerarse como síntoma depresivo pero no sucede de igual forma en hombres (Del Río, 2022).

Bru (2022) pone de manifiesto como recientemente se ha evidenciado que en la mayoría de los ensayos clínicos realizados para probar nuevos fármacos excluyen de manera sistemática a las mujeres. Del Río (2022) lo describe como sesgos de muestreo ya que al ser la gran mayoría de las investigaciones llevadas a cabo con muestras masculinas, los resultados se generalizan tanto a hombres como a mujeres. Existen pocos estudios acerca del efecto que causan los fármacos en las mujeres pudiendo reflejarse en una práctica clínica y de prescripción con mayores efectos secundarios a los estipulados. Un ejemplo lo brindan diferentes estudios sobre farmacocinética de los psicofármacos mostrando diferencias significativas, dependiendo del sexo de la persona, en lo que respecta a la absorción, biodisponibilidad, metabolismo y eliminación. “Sin embargo, los profesionales de la medicina pocas veces tienen en cuenta estas diferencias en la respuesta terapéutica” (Del Río, 2022, p. 63).

Estas desigualdades no solo se manifiestan ante la medicalización y patologización de las mujeres sino que además el sistema de salud produce y reproduce micro violencias hacia las mujeres al descuidar sus necesidades y limitar los aspectos psicológicos y sociales a lo biológico. Así como existen sesgos de género en relación a los diagnósticos y la elección de la medicación, existen sesgos asociados a factores de índole sociológica.

Por su parte, la sociología también ha brindado explicaciones que reproducen concepciones esencialistas para explicar el consumo diferencial. Diversos han sido los factores e hipótesis formuladas para poder explicar dicho patrón de consumo y medicalización. Markez et al., (2004) toman varios estudios que analizan estas diferencias y destacan que hay dos factores de gran importancia: la actitud de los médicos/as hacia los pacientes y la actitud de las mujeres.

En cuanto a la hipótesis que refieren a la actitud de las mujeres, se encuentran aquellas que “distinguen a las mujeres como grupo social específico, con pautas culturales propias, entre las que se encuentran el consumo de psicofármacos, y las que reparan en los roles de género que les han sido asignados ” (Bielli et al., 2023, p.3). Es decir, la existencia de una cultura femenina

como una categoría homogénea con características específicas en la que el consumo de psicofármacos se sostiene y se justifica mediante el hecho de que los mismos son un tipo de droga más aceptado socialmente para las mujeres, en contraste con las drogas recreativas, y por tanto no sería problemático ni contundentemente plausible de sanción moral.

A su vez, se encuentra más socialmente aceptado que las mujeres concurren con mayor frecuencia al médico y, aunque la morbilidad sea similar, es probable que las mujeres obtengan más prescripciones porque van más a consulta. De igual forma, la manifestación y comunicación de las emociones y síntomas resulta más aceptable socialmente en las mujeres (Romo, y Meneses, 2014). Ettore y Riska lo denominan “hipótesis de las mujeres expresivas” lo cual supone una mayor conexión y facilidad de expresión de sus sentimientos, facilitando así el reconocimiento del sufrimiento en la consulta médica, y medicado (citado en, Bielli et al., 2023). Se concluye que las mujeres “sencillamente tienen más tendencia a enfermedades mentales que permiten la consulta y apertura y justifican una mayor prescripción” (Markez et al., 2004, p.53).

En lo que respecta a la actitud de los médicos/as es posible describir la misma mediante un rol paternalista que, al basarse en estereotipos, caracteriza a las mujeres como débiles, vulnerables y emocionales, adoptando cierta predisposición al diagnóstico específico en mujeres. A su vez, los mismos también presentan predisposición a medicar a las mujeres ante la expresión de malestar. En este sentido, la prescripción de psicofármacos puede entenderse como una forma de control social ya que los problemas psicológicos de las mujeres generan inestabilidad social y problemas en las comunidades y familias (Romo, Meneses, 2014).

2. El modelo biologicista en la psiquiatría contemporánea

2.1 La medicalización de la vida

El término medicalización se utiliza desde hace muchos años para evidenciar los efectos que la globalización capitalista ha producido en el ámbito de la medicina. En la actualidad, la medicalización de la sociedad ocupa un papel relevante en las políticas gubernamentales y en la gestión sanitaria de gran parte del mundo occidental, además de constituir un tema

recurrente en congresos y encuentros científicos que promueven la reflexión crítica sobre las prácticas médicas (Aguilar, 2015).

La búsqueda de la salud se ha convertido en una exigencia que, en muchos casos, produce enfermos imaginarios de dolencias creadas por los propios laboratorios. Al conferir una resignificación médica a las experiencias cotidianas, el individuo pasa a ser concebido no sólo como un sujeto susceptible de enfermar, sino también como responsable y, en cierto modo, culpable de su propio padecimiento (Carpintero, 2021). En tanto, se llegan a considerar como patológicas situaciones propias de la vida tales como: el duelo, la tristeza, el desgano, el sobrepeso, el dolor, el cansancio, la intolerancia, el embarazo, y la lista podría continuar extensamente (Aguilar, 2015).

La medicalización alude a los factores políticos, sociales y económicos que intervienen en las industrias de tecnología médica y farmacológica, donde lo más importante son las ganancias. Así, las grandes industrias redefinen la salud humana, pero sobre todo la enfermedad, acorde a una subjetividad que se ajusta a los valores de la cultura dominante (Carpintero, 2021). Calvo (2022) entiende a la medicalización de la vida como “la invasión de la medicina en aspectos de la sociedad y la vida que no son patológicos en sí mismos ni pasibles de tratamiento específico” (p.262). A su vez, entiende la creciente medicalización de la vida como un problema de origen complejo en el que intervienen diversos factores (social, cultural, económica, sanitaria, etc) y diversos protagonistas (profesionales, administración sanitaria, industria farmacéutica, medios de comunicación y la población).

Aunque medicar forma parte del proceso de medicalización, no son términos equivalentes; el fármaco es solo una herramienta utilizada para abordar los padecimientos. “Su resultado es que el sujeto atrapado en las pasiones tristes encuentra en una pastilla la ilusión de una felicidad transitoria” (Carpintero, 2021, p.11).

En el ámbito de la salud mental, la medicalización se ve impulsada por la hegemonía que ha alcanzado la psiquiatría biológica, sustentada en una perspectiva de corte neopositivista. Con el avance de las neurociencias, la psiquiatría ha desplazado el modelo psicogenético, orientándose hacia una clasificación de las conductas que reduce el tratamiento a la supresión de síntomas. De este modo, la enfermedad se interpreta como una disfunción que debe erradicarse, más que como un fenómeno que requiere ser comprendido. En este marco, el DSM se presenta como un instrumento útil para la lógica de la medicalización. Este manual

sistematiza los criterios para identificar y categorizar los trastornos mentales, consolidando una perspectiva que prioriza la medición y la etiquetación de los síntomas por sobre la comprensión del contexto y la experiencia del paciente (Carpintero, 2021)

2.2. La biblia de la psiquiatría y ascenso del paradigma biológico

El *Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales* (DSM), “la biblia de la psiquiatría”, en su construcción y sus actualizaciones, ha cambiado con el contexto pero en respuesta a condicionantes sociopolíticas más que a avances en el conocimiento científico, resultando producto del pensamiento y corrientes socialmente dominantes en lo que a salud mental respecta. Dado su carácter histórico y cultural, cada edición refleja las ideas y valores predominantes en su época. A pesar de que no es el único, ya que también se han publicado varias ediciones del manual *Clasificación Internacional de las Enfermedades* (CIE), el DSM ha ganado terreno tanto en el ámbito académico como en la investigación y “su repercusión y poder para establecer categorías diagnósticas y nomenclaturas trascienden el ámbito de la psiquiatría hasta llegar a la sociedad en su conjunto” (García Zabaleta, 2019, p.442).

Los primeros pasos en cuanto a clasificación de las enfermedades mentales se remontan al siglo XIX en Estados Unidos. Sin embargo la primera propuesta para una clasificación de enfermedades mentales elaborada por la Asociación Americana de Psiquiatría (APA) fue en 1918. El predecesor del DSM surge con una orientación marcadamente biologicista que clasificaba síntomas y dejaba de lado las posibles causas. Este manual, “Statistical Manual for the Use of Institutions for the Insane”, recibió críticas que resaltaban la importancia de la historia vital individual (García Zabaleta, 2019).

En las primeras ediciones del DSM, I (1952) y II (1968), se destaca la influencia de la psicodinamia y el psicoanálisis. Además de los desarrollos teóricos de la época, por ejemplo la influencia de los aportes de Sigmund Freud o la visión del psiquiatra Adolf Meyer, la Segunda Guerra Mundial fue uno de los hechos que más contribuyó a reconocer la relevancia de factores ambientales, como el estrés, en cuestiones de salud mental. Por tanto, se pasa de considerar la disfunción orgánica como causa única de la enfermedad mental a vincularse con factores ubicados fuera del organismo del individuo, como el entorno o el contexto, propiciando atención a la experiencia vital y las emociones en el tratamiento con psicoterapia (García Zabaleta, 2019). Estas dos primeras versiones reflejaban “el intento de producir un compromiso

entre los psicoanalistas freudianos y las concepciones psicológicas que comenzaban a cobrar fuerza y preeminencia” (Pundik, 2021, p.53).

En los años 1960 y 1970, profundos cambios y movimientos sociales proporcionaban un contexto favorable a la crítica y cuestionamiento de lo establecido. Los cimientos en los que se asentaba la psiquiatría comienzan a tambalearse y la misma se enfrentaba a una importante crisis de legitimidad. El ámbito de la antipsiquiatría centró sus críticas en el carácter pseudocientífico dado la falta de rigurosidad de la teoría psicodinámica, la falta de demarcación clara de los trastornos mentales y la poca fiabilidad de su diagnóstico; consideraban a los trastornos mentales como construcciones sociales orientadas a la normalización y el control. La solución para la psiquiatría como especialidad médica parecía ser un cambio hacia un modelo biomédico que le permitiera sortear las críticas y ofrecer resultados más fácilmente cuantificables al establecer nosológicas y clasificaciones comparables con las de otras áreas de la medicina. Al parecer, “el cambio de modelo se cimentó más sobre intereses de carácter político-económico vinculados a instituciones y entidades empresariales de gran poder en este ámbito, que sobre los intereses y necesidades de los pacientes” (García Zabaleta, 2019, p.448).

Para 1980, el argumento antipsiquiátrico de que las enfermedades mentales no existían comenzaba a perder fuerza. La llegada de la tercera versión del DSM refleja el progresivo auge de las neurociencias y la pérdida total de la influencia psicodinámica en su elaboración (Healy, 2004). Esta versión del manual genera una revolución científica y un cambio de paradigma hacia una psiquiatría de carácter biomédico bajo el curso de la medicalización que contribuye a la patologización de cada vez más comportamientos que implican una disfunción comportamental, funcional o biológica en el organismo de los individuos. Esto acarrea un radical incremento de categorías diagnósticas, que se amplían en las siguientes ediciones, IV y V, implicando un aumento significativo de sujetos susceptibles de ser diagnosticados (García Zabaleta, 2019).

La denominada revolución apuntó a reemplazar los supuestos psicoanalíticos sobre las experiencias de la vida temprana que, según se argumentaba, alejaban a la psiquiatría del mundo civilizado y los hacían dependientes de sesgos diagnósticos y teóricos del observador en lugar de observaciones empíricas e inmediatas, por explicaciones orgánicas, basadas en la neuroquímica, la genética y la psicofarmacología. El DSM-III no sólo eliminó los trastornos

neuróticos, sino que sus síntomas se atomizan en nuevas categorías que podían ser diagnosticadas mediante observación y con el orden más bajo de inferencia, desmintiendo así la existencia y la noción del inconsciente y la estructura de género de la que proviene. Particularmente, la psiquiatría afirmó revocar el modelo edípico, los binarios consciente/inconsciente, padre/madre, con un modelo más objetivable que negaba y evitaba el papel teórico del género. Sin embargo, los medicamentos han atribuido nuevas divisiones de género y los anuncios farmacéuticos resultan el ejemplo más evidente de esto. En este sentido, la nueva psiquiatría científica tradujo y rearticuló de forma encubierta las mismas representaciones de género que renegaba del paradigma psicoanalítico (Meltz, 2003).

Los DSM, desde el III hasta el V publicado en 2013, contribuyeron en la creación y popularización de nuevos diagnósticos llevando a la patologización y farmacologización injustificada de muchas emociones y situaciones vitales. Algunos de ellos, como por ejemplo la depresión y la ansiedad, afectan particularmente a mujeres. Ciertos estereotipos de género han llevado a considerar a las mujeres como excesivamente emotivas o tristes, impulsivas y ansiosas, estando esto históricamente ligado a la psiquiatrización de los comportamientos y emociones femeninas. En este sentido, los sufrimientos generados por contextos y situaciones adversos se individualizan y biologizan (Caponi, 2024).

El triunfo de la perspectiva biologicista en la comprensión de los trastornos psicopatológicos ha sido controversial. Esta perspectiva tiene como premisa que la causa de los trastornos radica en una anomalía en los sistemas bioquímicos del cerebro. Esto ha producido, por parte de la psiquiatría, una visión organicista del sufrimiento humano al catalogar de enfermedades del cerebro o desequilibrios electroquímicos a los trastornos mentales y al sufrimiento psíquico (Tizon, 2013). En este sentido, las enfermedades se captan como síntomas y signos que, al suponer alteraciones cerebrales, son vistos como síndromes médicos que no se sitúan dentro de una determinada estructura social y cultural, es decir, se aplica el modelo terapéutico predominante en la medicina a trastornos y contextos no médicos. Resulta oportuno cuestionarse si la psiquiatría contaba con la formación adecuada para abordar y gestionar los numerosos problemas que rodean nuestras experiencias más íntimas (Healy, 2004).

La psiquiatría, como rama de la profesión médica, al localizar en el cerebro las explicaciones a problemas etiquetados como condiciones psiquiátricas ha intentado justificar y afirmar, mediante su rol dominante, que el sufrimiento psíquico y la locura son esencialmente similares

a otras afecciones médicas. Esta visión ha ayudado a respaldar la expansión de la prescripción de fármacos como tratamientos, y viceversa, la hipótesis que afirma que los fármacos revierten una enfermedad subyacente ha favorecido la noción de que los trastornos psiquiátricos están causados por defectos biológicos concretos.

El malestar disfuncional constituye un criterio clave para la patologización que, sin considerar la complejidad multicausal, se une a la producción farmacológica, la cual, al inventar o fabricar enfermedades, logra dar salida a distintos medicamentos. En relación a esto, la construcción sociocientífica de las enfermedades está siendo sustituida por la construcción corporativa de las enfermedades, es decir, por la producción y promoción farmacológica, ampliando así los márgenes de lo tratable por intereses comerciales (García Dauder y Pérez Sedeño, 2017).

Esta perspectiva reduccionista, a pesar de las controversias y críticas, se ha impuesto a lo largo de las últimas décadas; aunque en muchos países esta tendencia sea todavía dominante, la misma se encuentra en crisis al desenmascarse y derrumbarse progresivamente sus supuestos básicos fundamentados en el empirismo epistemológico, (Tizon, 2013), es decir, en la creencia de que el conocimiento psiquiátrico debe limitarse a lo estrictamente observable y medible, dejando de lado las experiencias subjetivas y los factores sociales que influyen en el malestar psicológico.

2.3. Fármacos al frente: la hegemonía del tratamiento químico

Ahora bien, a este modelo le sucede un reduccionismo más: condensar de forma unidimensional la terapéutica al empleo de fármacos. Los mismos consisten en el último eslabón de la cadena técnica, teórica y epistemológica *síntomas-enfermedades-fármacos*. Este modelo sortea una perspectiva más amplia y supone “un rechazo altanero, omnipotente y maníaco al resto de las terapias, en especial de las no farmacológicas” (Tizon, 2013, p.15).

El cambio de enfoque y paradigma potenció la investigación farmacológica y neuroquímica lo que, a su vez “permitió a la industria farmacéutica generar todo tipo de drogas para el tratamiento de los aspectos o condiciones consideradas patológicas por el DSM” (García Zabaleta, 2019, p.452) viéndose así saciados los intereses de las compañías farmacéuticas. Los psicofármacos además de constituir el arsenal principal de la psiquiatría contemporánea, son ampliamente utilizados por otras ramas de la medicina y recetados a millones de personas

sin tener en cuenta los costos, limitaciones, utilidad y efectos iatrogénicos cuando no se administran en tratamientos integrados. No obstante, un uso prudente de los mismos probablemente seguirá siendo un recurso útil.

Antes de la década de 1950, los fármacos, aunque eran utilizados, recibían poca atención ya que se consideraban sólo un medio de control químico entre otros procedimientos (terapia electroconvulsiva, lobotomía, coma insulínico, intervenciones psicosociales) de mayor relevancia en la época. Empero y con el advenimiento de nuevas clases de fármacos, cobraron relevancia bajo el supuesto de que actúan revirtiendo las enfermedades mentales subyacentes para los que son destinados (Moncrieff, 2013). La era de la psiquiatría moderna había empezado en 1954 y el desarrollo de potentes fármacos habría revolucionado el tratamiento de la enfermedad mental (Whitaker, 2015)

Desde los años 1950 y 1960, fármacos de diversos tipos constituyen el eje principal de los servicios y tratamientos psiquiátricos; la relación entre los usuarios de los servicios y los profesionales de la salud mental suele articularse en torno a la medicación, tanto que a la mayor parte de las personas que reciben asistencia psiquiátrica se le receta algún tipo de fármaco, cuando no son varios (Moncrieff, 2013). A pesar de ello, en la década de 1960, la perspectiva de la alteración psiquiátrica como enfermedad del cerebro fue rechazada por algunos y se expusieron objeciones filosóficas y políticas por parte del movimiento antipsiquiátrico. Incluso, en la época fundacional de la psiquiatría, la perspectiva psicosocial fue muy respetada y, en la historia de la psiquiatría, tanto el psicoanálisis como otras formas de psicoterapias, intervenciones sociales y perspectivas psicológicas han sido practicadas junto con la psiquiatría biológica.

En 1970, según Whitaker (2015) se podrían desarrollar dos eventuales historias en relación a la psiquiatría y la revolución psicofarmacológica. La primera refiere a la idea de que la psiquiatría mediante un viraje fortuito se habría encontrado con varios tipos de fármacos que, sin ser sus fines, generan alteraciones y cambios en la química del cerebro, poniendo en marcha una verdadera revolución que, de ser comprobado el efecto de estos fármacos a largo plazo, pudiera descubrirse que los mismos ayudaban a las personas a curarse y mantenerse sanas. La otra posibilidad insinúa que, al estar la psiquiatría deseosa de ocupar un lugar propio en la medicina convencional y poseer el arsenal farmacológico del que carecían, siendo estos tan solo agentes que alteran de algún modo las funciones del cerebro y que sus efectos a largo

plazo resultan problemáticos, convirtiéndose los fármacos en lo que no son. ¿Una revolución científica o un engaño social?

Gracias a la historia que nos han contado tanto periódicos, como revistas y libros, y que nuestros hábitos de consumo confirman, hemos llegado a pensar, como sociedad, que la psiquiatría ha logrado grandes procesos en el tratamiento de las enfermedades mentales, que científicos han descubierto las causas biológicas de las mismas y que las empresas farmacéuticas han desarrollado varios medicamentos eficaces para tratarlas (Whitaker, 2015). Rose (2003) las denomina “sociedades psicofarmacológicas” en donde, la utilización de fármacos para la modificación del pensamiento, el estado de ánimo y la conducta se ha vuelto más o menos rutinaria. Es decir, los fármacos psiquiátricos han remodelado rutinariamente las capacidades subjetivas humanas.

Si bien la literatura científica documenta que los psicofármacos resultan eficaces, al menos a corto plazo y que se ha logrado un sólido consenso en cuanto a que los mismos funcionan y ayudan a las personas a llevar una vida relativamente normal, el enigma radica en que, teniendo en cuenta estos avances, cabría esperar que el número de enfermos mentales hubiese disminuido y sin embargo, como documenta Whitaker (2015), durante el periodo de revolución psicofarmacológica el número de enfermos mentales discapacitados en Estados Unidos se ha disparado. El autor afirma que necesitamos una historia de la ciencia que aclare estos enigmas, que pueda explicar por qué los trastornos afectivos incapacitantes son mucho más comunes ahora. Asimismo resulta llamativo y curioso que, en las ediciones III- R y IV del DSM, aparecen nuevos trastornos generados por sustancias psicoactivas, entre las cuales se incluyen los sedantes, hipnóticos y ansiolíticos, utilizadas en el tratamiento de otros trastornos (García Zabaleta, 2019).

Pero, ¿y si descubriésemos una historia distinta, una historia que probase que las causas biológicas de los trastornos mentales siguen sin demostrarse y que los medicamentos psiquiátricos en realidad alimentan la epidemia de enfermedades mentales discapacitados?, ¿qué podremos decir entonces? Que habremos documentado la historia de una sociedad espantosamente extraviada y podría decirse también que traicionada. (Whitaker, 2015, p.23)

Rose (2003) vincula estas transformaciones más allá de la comprensión contemporánea de los términos salud y enfermedad vinculadas a disfunciones corporales tratables, lo relaciona con una transformación más profunda de la personalidad a la que denomina “yo neuroquímico”. “La consecuencia ha sido un cambio fundamental en las distinciones y las relaciones entre la salud y la enfermedad mental y psicológica, e incluso en las concepciones de la propia personalidad” (p. 48, traducción propia). La percepción de nuestros malestares y de nosotros mismos como individuos psicológicos que se desarrolló a lo largo del siglo XX, destaca un espacio interior influenciado por la biografía y la experiencia, espacio de la neurosis, la represión y el trauma psicológico. Esta ha sido complementada o desplazada por lo que el autor denomina “individualidad somática” en referencia a la tendencia a nominar y comprender la propia individualidad en términos corporales, en el lenguaje de la biomedicina contemporánea. Esta percepción implica comprender los problemas y deseos en función del comportamiento orgánico y a su vez, intenta reformarse, curarse o mejorarse actuando sobre él, generalmente mediante intervenciones farmacológicas. La jerga psicológica ha sido rápidamente reemplazada por una jerga biológica imprimiendo consecuencias profundas, no solo en las etiquetas diagnósticas, sino en la forma en que nos percibimos y experimentamos a nosotros mismos (Healy, 2004)

2.4. El modelo centrado en la enfermedad vs. el modelo centrado en el fármaco

Este modelo explicativo y predominante de la psicofarmacología, Moncrieff (2013) lo denomina ‘centrado en la enfermedad’ ya que, al dar por sentado que los problemas psiquiátricos son enfermedades determinadas por anomalías o desequilibrios en la química cerebral, se asume que los fármacos utilizados funcionan revirtiendo total o parcialmente el proceso de enfermedad subyacente. “El modelo centrado en la enfermedad simplemente llegó y fue asumido, descartando que pudiera haber otras alternativas” (Moncrieff, 2013, p. 42). Sin embargo, la mayoría de los fármacos actúan revirtiendo segmentos del proceso biológico que produce los síntomas y no la causa última de la enfermedad dado que, por lo general, no es una causa única, más bien una composición compleja de vulnerabilidades y factores de riesgo. La creencia en este modelo podría fundamentarse en la ignorancia ya que carece de evidencias que lo apoyen y la base científica resulta escasa o fraudulenta. “La revolución psicofarmacológica fue el resultado de una parte de ciencia y dos de pensamiento ilusorio” (Whitaker, 2015, p. 60)

Siguiendo con la propuesta de Moncrieff, la misma brinda una explicación alternativa denominada 'modelo centrado en el fármaco'. Este modelo postula que los psicofármacos son drogas psicoactivas y por tanto, al afectar al sistema nervioso, inducen estados biológicos alterados que influyen en la expresión de los síntomas; alteran la forma en que pensamos y sentimos. Los psicofármacos, al igual que el alcohol, el cannabis y drogas ilegales, producen estados de intoxicación, estados que dependen de los efectos químicos que estos ocasionan en el sistema nervioso. Este modelo hace hincapié en que los psicofármacos, al ser una sustancia extraña al organismo, crean un estado biológico anormal que sustituye el estado original del problema por un estado mental inducido por el fármaco. Según el modelo centrado en la enfermedad, tales efectos, denominados respuestas al tratamiento, son el impacto del fármaco en quien está experimentando sufrimiento psíquico. Tal y como afirma Whitaker (2015), "los fármacos no normalizan la química del cerebro sino que la alteran (...) hasta un grado que puede considerarse patológico" (p. 101).

Teniendo estas consideraciones en cuenta, se podría valorar de forma más realista, mediante la relación entre paciente y prescriptor, los posibles riesgos y beneficios del consumo de dichos fármacos. Es decir, tener en cuenta el efecto que los mismos producen en quienes los consumen permitiría comprender por qué estos estados alterados podrían ser útiles, beneficiosos y justificar sus usos en ocasiones. "Pueden ser útiles porque cuando alguien está sufriendo mucho, tal vez sea preferible estar en un estado inducido por el fármaco" (Moncrieff, 2013, p. 186). En este sentido, si la perturbación resulta severa, podría resultar preferible el estado anormal inducido por el fármaco. En otras ocasiones, al distorsionar las funciones tendrán un impacto adverso y efectos dañinos que harán más mal que bien, particularmente a largo plazo.

En síntesis, mientras que en el modelo centrado en el fármaco se sugiere que los mismos crean por sí mismos un estado cerebral anómalo, en el modelo centrado en la enfermedad se adjudica a los psicofármacos la capacidad de restaurar el normal funcionamiento del cerebro. Al mismo tiempo, y en términos generales, aunque los psicofármacos pueden contribuir a reducir ciertas sensaciones o síntomas en quienes los consumen, resulta fundamental tener en cuenta los antecedentes históricos y el papel de la industria farmacéutica en la definición y abordaje del malestar al evaluar su uso y promoción (Solis Gomez, 2024).

3. Salud mental de las mujeres: patologías, representaciones y perspectivas

3.1. Construcciones de la feminidad y su relación con ciertos trastornos

La construcción de enfermedades mentales como dispositivo de control y regulación de conductas de género ha medicalizado gran parte de los procesos vitales de las mujeres, sus cuerpos reproductivos o características relacionadas con la feminidad. Las etiquetas psiquiátricas, desde la histeria hasta la moderna depresión y los trastornos de personalidad, han acompañado tanto las adhesiones como los desvíos de los cánones de feminidad (García Dauder y Pérez Sedeño, 2017).

El saber psiquiátrico contribuyó en la cristalización de la idea normativa del ser mujer. Particularmente, y a lo largo de la historia, la psiquiatría biologicista fue multiplicando las patologías o locuras femeninas mediante discursos que, con pretendida legitimidad científica, carecían de valor epistemológico y se encontraban colmados de prejuicios, imposiciones morales y desprecio a las mujeres propios de cada momento histórico, tendiendo a negar derechos, reforzar estigmas y legitimar la exclusión social de grupos considerados subordinados. Asimismo, la psiquiatría ha colaborado a invisibilizar las condiciones opresivas que provocan malestar en las mujeres, ya que reprime y/o disminuye el síntoma pero no se enfoca en los distintos factores que originan el sufrimiento que ellas experimentan (Solís Gomez, 2024).

Según Burin, Moncarz y Velázquez (1991), hay quienes definen la salud mental como normalización, que consiste en una adaptación a los requerimientos de la cultura. La noción de malestar psíquico introduce un tercer término que irrumpe en la dualidad salud-enfermedad. La distinción entre la noción de malestar o el concepto de sufrimiento y el de enfermedad radica en que se entiende por sufrimiento al malestar que experimentan las mujeres ante situaciones específicas de opresión; por enfermedad al malestar que se le deniega el reconocimiento de sus orígenes. El malestar femenino ha adquirido un consenso legitimado en el campo de la psicopatología, quedando encuadrado, según la caracterización psicopatológica tradicional, dentro del sentido otorgado a las histerias, las fobias y las depresiones. A su vez, muchos de los tradicionales trastornos de salud mental femeninos pueden ser comprendidos como modos de resistencia que las mismas mujeres ofrecen ante las condiciones opresivas.

La historia de la psiquiatría está saturada de “epidemias” mayoritariamente femeninas, desde la histeria, la neurastenia, la ansiedad, la depresión y trastornos de personalidad tales como el histriónico o el limítrofe. No obstante, la feminización no es obra exclusiva de la perspectiva biologicista o de los intereses de la industria farmacéutica, sino que forma parte de un proceso más antiguo (Prati, 2025). A saber, desde el psicoanálisis, cualquier reivindicación femenina (trabajo, educación o justicia social) que rechaza ataduras, se psicologiza como ansiedades reprimidas e inconscientes, interpretadas por Freud como fascinantes casos de “envidia al pene” o “complejos de masculinidad” (García Dauder y Pérez Sedeño, 2017).

En el siglo XIX se puede hablar de la epidemia de la histeria, una enfermedad en ascenso que estaba vinculada e identificada fuertemente con las mujeres, tanto a nivel de los síntomas como de las causas. La palabra histeria que etimológicamente significa útero, convierte al cuerpo femenino en factor etiológico de este malestar psíquico (Roselló-Peñaloza et al., 2019). La misma se desplazó del terreno médico hacia el psicoanálisis, desde el útero a la mente, concentrada en el terreno de lo nervioso, emocional o psicológico. La histeria permitió a las mujeres expresar y responder, de forma mayoritariamente inconsciente, a situaciones opresivas y asfixiantes (Prati, 2025). La evolución de la histeria como categoría psicopatológica encuentra sus correlatos en nosologías psiquiátricas actuales, particularmente los trastornos de personalidad histriónica y limítrofe, y el trastorno disfórico premenstrual, como artefactos psiquiátricos coherentes y acordes a las transformaciones económicas y culturales y con las nuevas expectativas para el comportamiento femenino contemporáneo (Roselló-Peñaloza et al., 2019)

Caponi (2019) se detiene a analizar argumentos presentados a finales del siglo XIX y principios del siglo XX, por dos psiquiatras, Miguel Bombarda (1896) y Julius Moebius (1903), quienes defendían la idea de una supuesta locura que afectaría a aquellas mujeres que no responden a patrones de “normalidad”, particularmente intelectuales y feministas, a las cuales tildaban de pervertidas, degeneradas e inferioridad mental. Las figuras clásicamente asociadas a la mujer serían: la mujer normal (la madre), y sus desvíos patológicos (la mujer histérica, la mujer prostituta y la mujer feminista). Esta lógica de lo normal y lo patológico traduce a términos médicos prescripciones morales existentes. A su vez, las locuras de las mujeres fueron asociadas a fenómenos biológicos propios del cuerpo femenino; la degeneración fue asociada a la vía genital, atribuyendo los “inexplicables cambios de humor” en las mujeres a causas sexuales y denominaron a un tipo de degeneración como “locuras menstruales”; la inferioridad

mental fue afiliada a las conclusiones de Broca quien afirmó que el cerebro de las mujeres era de menor tamaño que el de los hombres y, por tanto, la mujer no podía igualarse en inteligencia.

Caponi (2019) recoge además argumentos presentados, en respuesta a los mencionados discursos, por dos feministas referentes de la primera y segunda ola, Maria Lacerda de Mora (1927) y Franca Ongaro Basaglia (1977). Ambas, desde una perspectiva política, denuncian las estrategias de poder que, con pretendida científicidad, el saber psiquiátrico esgrime ante el temor político que inspiraban las mujeres feministas para garantizar la subordinación política de la mujer en relación al hombre. Es decir, aquellas que se negaban a aceptar que su sexualidad o naturaleza biológica las condenaría a relaciones de sumisión y obediencia con la autoridad patriarcal. Las explicaciones biológicas, fisiológicas, neurológicas, psiquiátricas y psicológicas basadas en diferencias, altamente injuriosas, sirvieron para montar una ideología científica que resultó un punto de partida para la construcción de una biopolítica de la sumisión. La tradición feminista trabajó extensa y productivamente en el vínculo entre las mujeres y el campo de la locura, los trastornos y los malestares (Prati, 2025)

La asociación entre la condición femenina y la enfermedad psiquiátrica aún no ha perdido actualidad y las relaciones de poder persisten con nuevos argumentos, nuevos discursos y nuevas estrategias. Reaparecen cada vez que se multiplican los diagnósticos y terapéuticas de riesgo que transforman los sufrimientos de las mujeres en patologías psiquiátricas predominantemente femeninas que acaban silenciando las causas y condiciones sociales (Caponi, 2019).

Persiste también en el campo de la psiquiatría cuando se reducen hechos sociales graves, como la violencia familiar, el asedio moral, la humillación cotidiana sufrida por muchas mujeres, a diagnósticos psiquiátricos ambiguos como depresión, ansiedad, bipolaridad. Siguen estando vivas cuando se atribuyen esos diagnósticos a alteraciones neuroquímicas, como deficiencia de serotonina, o exceso de liberación de dopamina, naturalizando y biologizando los hechos sociales que provocaron el sufrimiento: el asedio moral en el trabajo, la violencia sexual, la violencia familiar o tantas formas de exclusión sufridas por mujeres en su cotidiano. Así los desequilibrios neuroquímicos supuestos, y nunca confirmados, como supuesta causa de cada uno de esos sufrimientos, poseen hoy la misma funcionalidad estratégica que los argumentos esgrimidos por Moebius y Bombarda cuando se referían al tamaño y al peso del cerebro

de las mujeres. En esos casos, esa naturalización servirá para mantener intactas las desigualdades, las subordinaciones, la violencia o la marginación que provocaron sufrimiento a esa mujer que psiquiatras, hombres de estado y hombres vulgares prefieren definir como “loca”. (Caponi, 2019, p.47)

Pujal i Llombart et al., (2020) desde la teoría crítica de género realizaron un análisis crítico del DSM-V y sistematizaron la interacción entre los mandatos normativos de género, sus consecuencias en términos de malestar y el diagnóstico en la codificación psiquiátrica. En este sentido, las autoras registraron que las características normativas y estereotipadas tales como la emocionalidad, delicadeza, empatía, vulnerabilidad, dependencia, obediencia, entre otras, tienen una estrecha relación con los trastornos mentales definidos como más prevalentes en mujeres como son los trastornos del estado de ánimo, la ansiedad y trastornos relacionados, trastornos alimentarios, trastornos de personalidad y trastornos traumáticos y de estrés.

En el texto del manual (DSM-V), aspectos subjetivos y experiencias sintomáticas definidas para las mujeres relacionan estereotipos y vulnerabilidades con trastornos. Por ejemplo, el malestar psicológico relacionado con traumas y estrés tiene su causa principal en episodios de violencia, maltrato o abuso sexual, estimándose que una de cada tres mujeres ha sufrido violencia física, psicológica o sexual, consecuencias de un sistema patriarcal. Los trastornos de personalidad más prevalentes en mujeres se asocian a una excesiva, inapropiada o descontrolada gestión de las emociones. Los trastornos alimenticios se inscriben estrechamente en estereotipos de feminidad relacionados con control corporal, delgadez y perfección, donde la internalización de normas estéticas y de comportamiento se traduce en patologías que afectan principalmente a mujeres jóvenes (Pujal i Llombart et al., 2020).

Asimismo, malestares psicológicos que incluyen culpa, ansiedad, tristeza, insomnio o baja autoestima, suelen ser interpretados dentro del marco clínico y traducidos en diagnósticos psiquiátricos como por ejemplo: la tristeza prolongada o la culpa internalizada pueden etiquetarse como trastornos depresivos reforzando la idea de que la emocionalidad femenina es inherentemente vulnerable; la ansiedad asociada a la presión de cumplir múltiples roles, así como la percepción de que las mujeres son más preocupadas o temerosas, puede conceptualizarse como trastorno de ansiedad (Pujal i Llombart et al., 2020).

Como otro ejemplo de la patologización de la vida cotidiana, la medicalización de los procesos menstruales tiene una larga trayectoria, como puede observarse en conceptos antiguos como la “locura menstrual”. Es a partir en la tercera edición revisada del DSM que aparece bajo la denominación de “Trastorno Disfórico de la Fase Lútea Final”, para luego, en la cuarta edición, ser renombrado como “Trastorno Disfórico Premenstrual” (TDPM), consolidando su inclusión como patología dentro de los trastornos depresivos (García Dauder y Pérez Sedeño, 2017).

3.2. Marketing y género: estereotipos en la publicidad farmacéutica

Los anuncios farmacéuticos han sido únicos en su historia a la hora de representar a las mujeres, comprometidos en manipulaciones magistrales en cuanto a estereotipos de género íntimamente conectados con las narrativas psicoterapéuticas, crearon consumos identificatorios y generaron identificaciones de consumos. Sin dudas, las representaciones de mujeres en anuncios crearon grandes controversias y académicas feministas en las ciencias sociales denunciaron que dichas representaciones vinculan patrones de prescripción y normas epidemiológicas (Meltz, 2003). Si bien muchas personas, particularmente mujeres, acuden en busca de tratamientos, históricamente los anuncios farmacéuticos amplificaron la frecuencia de estas interacciones al trocar marcadores de género, raza y clase de las mujeres a un lenguaje visual; Meltz (2003) lo define como un problema tanto histórico y visual como clínico y cuantificable.

Tal y como afirma Caponi (2022) en las publicidades resulta inevitable percibir la recurrencia de figuras femeninas que, lejos de presentar información objetiva acerca de los fármacos, parecen producir y reproducir estrategias de poder, en este caso el poder psiquiátrico que plasma en el campo médico la misma lógica impuesta por el poder patriarcal en el ámbito de lo privado. En este sentido, la psicofarmacología aparece en las publicidades como una excelente tecnología apta para imponer patrones de normalidad, es decir, “las características deseadas de la mujer ideal, aquella que desempeña correctamente su papel social de madre, esposa, capaz de mantener la casa en orden y de satisfacer los deseos del marido” (p.7.). Muchos factores políticos, económicos y sociales contribuyen a explicar el proceso por el cual la medicación psicotrópica se impregnó de tensiones de género y, resulta evidente que, el éxito de los anuncios se debió en gran parte a una estrategia de marketing sumamente exitosa y a su capacidad para reflejar las tensiones inherentes a los momentos en que se produjeron.

En 1954, una publicidad de Thorazine divulgada en la revista New York Times de Estados Unidos, un neuroléptico o tranquilizante mayor, que también fue utilizado como antipsicótico para tratar la esquizofrenia, expone que en las salas de los hospitales psiquiátricos donde ocurrían disturbios han desaparecido gracias a este nuevo fármaco. Particularmente este anuncio muestra una sala tranquila de mujeres psiquiatrizadas alrededor de una mesa, realizando tareas simples y femeninas. Se observa que las mismas aparecen vestidas, siendo un hecho reiterativo que las internas se desnudaban (Caponi, 2022). En tanto, la publicidad apunta a que la droga aumenta la moralidad de las salas, las mujeres “están dedicadas a sus labores, permanecen sentadas, no parecen intentar escapar, muestran un comportamiento de género deseado, realizan bordados, costuras o actividades manuales” (p.10). Un año después, en 1955, Thorazine se indica como la mejor terapéutica posible para tratar la esquizofrenia y al mismo tiempo a mujeres estresadas. Se anuncia así el éxito terapéutico de la droga mediante una publicidad que, encabezada por la imagen de una mujer que viste de delantal de cocina, parece ser un medicamento eficaz para controlar el estrés mental y emocional de una mujer que se muestra desbordada por sus obligaciones domésticas. A su vez, otra publicidad dirigida a los médicos sugiere que Thorazine es útil para aliviar el malestar emocional de la paciente menopáusica permitiéndoles recuperar el sentimiento de bienestar y pertenencia que esta parece haber perdido. “Se afirma que posee efectos tranquilizantes, que alivia la ansiedad, la tensión, pero también la depresión agitada, contradiciendo el supuesto mecanismo de acción de la droga que por ser un tranquilizante mayor no tendría ninguna utilidad para casos de depresión” (Caponi 2022, , p.10).

En 1964, un anuncio de “Deprol”, publicado en el *American Journal of Psychiatry*, un tranquilizante menor, expone en primer plano la imagen de una mujer que, sin medicación aún, se representa con la frente marcadamente fruncida, la mirada nerviosa y la mano aferrada al corazón manifestando una emoción dolorosa, mano que ilustra un anillo de bodas (Meltz, 2003). El anuncio concluye que el diagnóstico requiere tratamiento con Deprol.

En esa década, la mujer de mediana edad que llevaba un anillo implicaba normatividad, estabilidad y adhesión a las normas sociales. Meltz (2003), propone dos lecturas o nociones posibles en torno a la psicopatología que narran los anuncios. La primera lectura propone que la mujer casada podría ser la fuente de la enfermedad mental que amenaza tanto a la familia como unidad básica de la organización social, como a la civilización, de la que esta unidad

forma parte. El anuncio, acompañado de un texto que ilustra que la depresión, la ansiedad, el abatimiento y la autohostilidad generan en la paciente la incapacidad de funcionar en casa como madre y esposa; como resultado la sociedad sufre. En segundo lugar sugiere que, conectar estos marcadores visuales con síntomas de enfermedad mental, en lugar de que la mujer cause la patología en la civilización, esta última podría también ser la causa de la patología en la mujer casada. Según esta lectura, el matrimonio no sería una institución que empodere y el anillo representa la insatisfacción y desesperación de las mujeres con la estructura del matrimonio y por ende de la sociedad opresiva. El autor concluye que, aunque no se puede discernir qué lectura se pretendía, el éxito de los anuncios se debió a su capacidad de reflejar y traducir las tensiones y preocupaciones de los movimientos sociales, tanto de mujeres como de hombres, pacientes y médicos, al lenguaje de la enfermedad y su cura química.

Para los años 1970, en la lucha contra la ansiedad de la vida cotidiana, las benzodiacepinas estuvieron en la cresta de la ola y el Valium fue el más famoso de ellas, generando lo que se describe como “Valiumania”. Los anuncios de esta época presentaban diferencias con los anteriores y este fármaco podría haber estado destinado tanto a las madres como a las hijas. A nivel social, los movimientos de liberación femenina irrumpieron los escenarios de la cultura estadounidense y la atención se centró en las nuevas generaciones de mujeres. Un artículo publicado en 1969, en el periodico *New York Times*, informó que muchas de las nuevas feministas tienen un talante sorprendentemente violento, que se han reproducido como amebas enloquecidas difundiendo una hostilidad gravemente contagiosa. En el caso del Valium parece haberse cruzado una línea ya que no hay enfermedad, excepto la enfermedad social; la enfermedad mental quedaría así desdibujada por tensiones sociales y culturales influidas por el género.

En el transcurso de seis años, la mujer soltera reemplaza a la mujer casada como indicador de patología y anormalidad. Uno de los anuncios se acompaña de un texto que menciona “35 y soltera” y simboliza que la incapacidad de encontrar al hombre adecuado, no es tan solo consecuencia de la enfermedad, sino la enfermedad misma. Implícitamente el psiquiatra entra en escena como el hombre que podría hacer feliz a la mujer del anuncio, “el verdadero padre freudiano de la mujer siempre histriónica y siempre insatisfecha” (Meltz, 2003, p. 150, traducción propia).

Ahora bien, casi 25 años después, el Prozac se convirtió en el siguiente psicofármaco milagroso y propició un cambio de la ansiedad a la depresión que alineó el diagnóstico y el tratamiento de las enfermedades mentales con las normas de género ampliamente aceptadas y determinadas epidemiológicamente (Meltz, 2003). Este fenómeno se desarrolló en un clima cultural en el que se reportaba que el movimiento de mujeres había cambiado favorablemente las condiciones de muchas de las mismas. A diferencia de las mujeres en la década del 50, en los 90 creció su representación en el mundo laboral y profesional. Incluso, las tendencias en la representación de mujeres residentes de psiquiatría iba en aumento, lo cual podría afectar patrones de práctica en la profesión.

Los anuncios de Prozac se posicionan en un punto diferente a los anuncios de los anteriores psicotrópicos en donde las narrativas se produjeron en torno a la sedación de mujeres que fueron codificadas como ansiosas al amenazar la estructura de la sociedad y el poder patriarcal mediante la competitividad y el deseo de tener éxito. Las imágenes de Prozac construyen una narrativa de tratamiento o seguimiento en lugar de enfermedad o diagnóstico. Las mujeres ya no se presentan bajo el signo de la enfermedad sino que aparecen sin los síntomas observados anteriormente, por ejemplo, la frente no está fruncida y la tensión psíquica se ha disipado. Estas nuevas narrativas son de productividad y de igualdad de oportunidades, muestran a las mujeres como un miembro generador y trabajador de la sociedad que ya no amenazan a los hombres. Los anuncios se acompañan de insignias que promocionan “noches de descanso y días productivos” (Meltz, 2003).

A su vez, a finales de la década de 1990, cuando se acercaba el vencimiento de la patente de Prozac, se difundieron artículos que lo presentaban como el tratamiento más adecuado para el TDPM. La fluoxetina, principio activo del Prozac, también se comercializó bajo la marca Sarafem, dirigida específicamente a mujeres con los síntomas asociados a este diagnóstico (García Dauder y Pérez Sedeño, 2017). Este fenómeno ejemplifica cómo la industria farmacéutica ha promovido tratamientos dirigidos a segmentos específicos de la población femenina.

Desde finales del siglo XX y ya entrado el siglo XXI, particularmente en Estados Unidos, los anuncios farmacéuticos aparecen no solo en revistas profesionales, también en revistas femeninas, en la televisión y en Internet, lo que le permite a las compañías farmacéuticas apelar directamente a los consumidores. Aunque se presentaran caricaturizados o abstractos,

su colocación en revistas femeninas estaban íntimamente relacionados con la superación personal, con maneras de sentirse atractivas o de conquistar a un hombre (Meltz, 2003). En este contexto, la ausencia de estas cualidades viene a significar la enfermedad mental. En estas narrativas las mujeres se muestran comprometidas de forma activa tanto en sus enfermedades como en la búsqueda de la felicidad, buscando en Prozac la esperanza del optimismo y la hipertimia en una cultura que cataloga a quienes no lo son como patológicos.

Hoy en día los parámetros de normalidad han cambiado y las dificultades no son las mismas pero la feminización de los diagnósticos y prescripción de psicofármacos aún persisten. En la era del neoliberalismo la salud mental se centra en una nueva idea de normalidad definida por la capacidad de resiliencia, el optimismo, el compromiso, la competencia, el individualismo y la meritocracia. La construcción de nuevas subjetividades, o neo-sujetos, exige un autocontrol y gestión en las formas que expresamos emociones y sentimientos, existiendo una estrecha relación entre estos imperativos y el aumento de sufrimientos psíquicos (Caponi, 2024).

El mundo social digital, al inferir en la producción de subjetividades, se ha convertido en el exponente de nuevos “modelos” de normalidad. El entorno virtual como espacio performativo que utiliza artefactos tales como videos, fotos y frases motivacionales, está permeado por nuevas formas de violencia simbólica. Los mismos exponen trayectorias de éxito y refuerzan la lógica y la creencia en un estilo de vida feliz y saludable, en donde el fracaso y el sufrimiento están ausentes o en segundo plano (Mazon, Amorim, Brzozowski, 2023). “El uso de medicamentos como antidepresivos y ansiolíticos no se menciona en los medios de comunicación, tal vez porque quedan en el terreno de la evidencia de una incapacidad de autocontrol” (p.7). Entre el lenguaje simbólico que naturaliza a la mujer ideal en el mundo digital y el discurso biomédico de la psiquiatría existe una relación de refuerzo que, al relegar a un segundo plano problemas financieros, sociales, domésticos, despolitiza los malestares y las predispone al tratamiento con psicofármacos.

La interiorización de los mencionados discursos neoliberales han transformado también el foco de enunciación de los diagnósticos. En este sentido, los diagnósticos dejan de ser una etiqueta impuesta desde la institución médica y pasa a ser una marca identitaria reclamada y reivindicada por las propias mujeres en pos de conquistar su autonomía. “De ese modo, las etiquetas diagnósticas y el recurso a los psicofármacos operan como si se tratara de una elección autónoma, perfectamente integrada a sus narrativas de competición por el éxito

empresarial” (Caponi,2024, p.12). Ussher (2011) señala que, en muchos casos, la demanda de un diagnóstico puede interpretarse como una manifestación de la impotencia vinculada a los roles y expectativas de género y como una forma de solicitar ayuda.

3.3. Modelos de salud mental de las mujeres: de lo tradicional a lo contemporáneo

Burin, Moncarz y Velázquez (1991) enfatizan que más allá del notorio fenómeno de feminización de la salud mental, ya que somos las mujeres las principales consumidoras de diversas clases de terapias, e incluso una numerosa proporción de estudiantes y profesionales en los ámbitos de la salud, no hemos sido las principales protagonistas a la hora de plantear o confeccionar políticas que acudan a nuestras quejas. La investigación clínica y las tecnologías biomédicas han sostenido sesgos de género al regirse bajo normas masculinas y androcéntricas (Bru, 2022). La ausencia de una revisión epistemológica profunda ha perpetuado *violencias psi* que se reproducen en ejercicios profesionales ciegos al género y que, bajo razones de sexo, actualizan desigualdades sociales.

Tradicionalmente la salud de las mujeres aludía a su función reproductiva quedando referida a problemáticas específicamente femeninas tales como embarazo, parto, puerperio, menopausia, etc; la salud mental de las mismas quedaba así reducida a efectos relacionados con su carrera reproductiva y hormonal. Este paradigma tradicional concibe al sujeto mujer en tanto sus funciones reproductivas y da cuenta de una concepción reduccionista, de corte positivista, que enfatiza una diferenciación rígida entre lo normal y lo patológico correspondiente al modelo médico hegemónico. La psiquiatría y sus representantes, los médicos psiquiatras, han nominado el concepto de salud mental y, basados en una clara perspectiva masculina, estos parámetros tradicionales han establecido criterios de salud mental femenina que constan en la psiquiatrización o psicologización de los conflictos que nos aquejan, a la vez que se utilizan recursos y conocimientos que nos son ajenos y nos excluyen bajo un enfoque que no manifiesta las diferencias e invisibiliza de forma más específica las causas de nuestros sufrimientos (Burin, Moncarz y Velázquez, 1991).

Con el avance de los conocimientos, y a partir de la Segunda Guerra Mundial, al incluir nuevas disciplinas se fue ampliando el campo discursivo, más allá del discurso médico clásico. Por ende la perspectiva tradicional fue cediendo paso a una perspectiva más moderna denominada

concepción tecnocrática de la salud o desarrollista. Burin (1987) lo denomina también “psicodinámica” y pone énfasis en estados de “armonía” y “equilibrio”; supone a la salud mental como un estado que se logra implementando técnicas utilizadas por expertos. Este paradigma ofrece el concepto de “salud mental” ya que al disociar la unidad recorta un plano físico y otro mental. Pensándose por separado obstruye nuestro pensamiento a una realidad que excede lo mental e involucra los vínculos sociales. A partir de este modelo surgen por ejemplo los centros de salud mental de la comunidad y los servicios de psicopatología de los hospitales. La autora denuncia que, si bien se amplió el campo disciplinario, esto no significó una transformación en los criterios del modelo médico hegemónico y dominante en cuanto a salud mental de las mujeres. Un ejemplo de esto podría vislumbrarse ante la desmesurada prescripción de psicofármacos a las mujeres.

De carácter más actual, se ha propuesto de manera alternativa un modelo o paradigma participativo. El mismo concibe a la persona en tanto sujeto social activo y reconoce la necesidad de una atención integral primaria en salud con equipos multi y transdisciplinarios en donde las problemáticas que nos atañe se descentran de los tradicionales modelos de comprensión. Al deconstruir estos clásicos conocimientos que naturalizan el padecer psíquico, se destacan los conflictos de orden social que han sido ocultados por prevalecer otros de orden biológico o psicológico. Esta perspectiva propone programas participativos integrales e intersectoriales y se centra en un proyecto de concientización y transformación de las condiciones de vida de las mujeres y de factores opresivos, propios de la cultura patriarcal, que constituyen modos de vida enfermantos. Al definir acciones y basarse en las necesidades de sus mismas protagonistas, reconoce a la salud mental como una noción que las mujeres van construyendo (Burin, Moncarz y Velázquez, 1991).

El campo de la salud mental de las mujeres ha recorrido una labor deconstructiva y reconstructiva que ha puesto a la luz y en revisión crítica teorías y prácticas que han operado como imperantes en dicho campo e incidido en sus modos de enfermar. Se ha consagrado como área con sus especificidades dentro de la salud de las mismas. En relación a las nuevas perspectivas no tradicionales, las autoras mencionadas anteriormente refieren la necesidad de feminizar las teorías y prácticas en torno a la salud mental al incluir sus voces, tanto desde la condición de usuarias como de profesionales. En tanto, sugieren construir nuevas alternativas metodológicas para el estudio de la salud y sus modos de enfermar, nuevas herramientas y

recursos para abordar el malestar, así como también técnicas de prevención y promoción de la salud mental de las mujeres.

En pos de construir una mirada integral y compleja de lo humano conviene revisar los paradigmas que han regido de manera hegemónica la manera de mirar el mundo. Esto implica una profunda revisión de la herencia del pensamiento occidental fundado sobre dualismos (mente-cuerpo, individuo-sociedad) que nos han llevado a disociar y parcializar la realidad (Grela Melluso y López Gómez, 2000). A su vez, integrar un análisis de género implica examinar la policausalidad de los fenómenos que se ponen en juego: “condiciones socio-económicas, producción histórica de la masculinidad y la feminidad, sistema de valores y creencias en relación a los ejes salud-enfermedad mental, modelos científicos de interpretación e intervención técnica, análisis de las prácticas sociales y vidas cotidianas, entre otros puntos” (p. 31). En el estudio y desarrollo de este campo cobra un valor preponderante las problemáticas de género sexual femenino ya que nos permite reflexionar en torno a los determinantes y condicionantes históricos, sociales, culturales y políticos que, en tanto producen formas de subjetivación específicas, inciden en el desarrollo de bienestar y malestares en la vida de las mujeres.

En síntesis, las perspectivas más innovadoras en materia de salud mental de las mujeres se sostienen bajo cuatro pilares: los aportes desde los estudios de género, la necesidad de propuestas interdisciplinarias, el paradigma de la complejidad y la participación y protagonismo de las mujeres en la producción de su salud (Grela Melluso y López Gómez, 2000)

Consideraciones finales

En este marco, la monografía evidencia que la medicalización del sufrimiento femenino no solo refleja limitaciones epistemológicas del modelo psiquiátrico hegemónico, sino que también reproduce desigualdades de género y estereotipos sociales. La fragilidad del modelo psiquiátrico hegemónico fue cuestionada en diferentes momentos históricos, desde las críticas dirigidas al encierro en manicomios hasta las actuales orientadas a la medicalización que conlleva al uso innecesario de diagnósticos y fármacos psiquiátricos para problemas cotidianos.

En el año 2021 la Organización Mundial de la Salud emite el documento “Orientaciones sobre servicios de salud mental comunitaria” como propuesta que retoma ese conjunto de críticas y

pretende superar las limitaciones del modelo hegemónico. Propone que se priorice un abordaje de la salud mental centrada en la persona, atento a cuestiones sociales, basada en derechos humanos y que integre alternativas terapéuticas como las intervenciones psicosociales, intervenciones psicológicas y el apoyo de pares. Afirmo que para esto se requerirán cambios significativos en el conocimiento, capacidades y habilidades de los servicios sociales y de salud (OMS, 2021). “Vemos así que, por primera vez, después de más de 50 años de duros cuestionamientos al poder psiquiátrico, finalmente un organismo internacional parece adoptar una perspectiva crítica al modelo de salud mental centrado en la enfermedad ” (Caponi, 2022, p.2).

Aunque se han logrado avances en la reducción del estigma y en la crítica al reduccionismo biologicista —que asocia sufrimiento con enfermedad y alivio con soluciones farmacológicas—, así como en la incorporación de perspectivas de derechos humanos, género y determinantes sociales de la salud mental, las medidas políticas concretas siguen siendo escasas. Persisten realidades adversas y violentas, desde el femicidio hasta prácticas de silenciar o minimizar las voces de las mujeres. Tanto la falta de recursos para financiar sistemas de salud mental basados en estas orientaciones, como las prioridades de investigación, continúan favoreciendo los tratamientos desde una perspectiva biomédica (Caponi, 2024).

Además, la medicalización y el uso generalizado de psicofármacos tienen consecuencias directas en la vida cotidiana de las mujeres: afectan su autonomía, su percepción social y la forma en que se valida o invalida su malestar. El marketing farmacéutico y los discursos médicos han reforzado estereotipos de género, promoviendo la idea de que emociones como la ansiedad, la tristeza o la irritabilidad constituyen patologías que requieren intervención farmacológica. Este enfoque invisibiliza las causas sociales y culturales del sufrimiento, perpetuando la desigualdad y la naturalización de ciertas expectativas sobre la feminidad.

En contraposición, los aportes críticos contemporáneos proponen modelos de atención más integrales, situados y participativos. Perspectivas feministas, comunitarias y psicosociales subrayan la importancia de reconocer los determinantes sociales del malestar, promover la participación activa de las mujeres en las decisiones sobre su propia salud mental y desarrollar estrategias de cuidado que no patologicen automáticamente sus experiencias. Estas alternativas enfatizan que comprender el sufrimiento psíquico requiere considerar factores históricos, culturales y simbólicos, en lugar de reducirlos a desequilibrios químicos o a déficits individuales.

Finalmente, este panorama evidencia que los desafíos actuales no solo implican revisar prácticas médicas y terapéuticas, sino también cuestionar las estructuras sociales que reproducen la desigualdad de género. Para avanzar, es necesario fortalecer políticas públicas que integren perspectiva de género y derechos humanos, capacitar a profesionales para detectar sesgos y prioridades investigativas, y consolidar modelos de atención que prioricen la integralidad, la justicia social y la autonomía de las mujeres. Solo así se podrá promover un abordaje de la salud mental que respete la diversidad de experiencias y contribuya a transformar las condiciones sociales que producen sufrimiento.

Referencias

- Aguilar Fleitas, B. (2015). Medicalización de la vida. *Revista Uruguaya de Cardiología*, 30(3), 262-267. http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-04202015000300003&lng=es&tlng=es.
- Bielli, A., Bacci, P., Bruno, G., & Calisto, N. (2023). Cambiar para que todo siga igual: Mujeres y psicofármacos en Uruguay. *Revista Estudios Feministas*, 31(1), e93197. <https://doi.org/10.1590/1806-9584-2023v31n193197>
- Bielli, A., Giraldez, G., Bacci, P., Bruno, G., Toledo, M., y Calisto, N. (2024). Geografías de prescripción y consumo de antidepresivos en servicios de salud pública de Montevideo (Uruguay), período marzo 2018 a marzo 2019. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, 88(1), 26-44. <https://doi.org/10.46706/psi/88.1.3>
- Bru, G. S. (2022). Medicalización, salud mental y género: Perspectivas sobre el uso de psicofármacos por mujeres (Argentina). *Revista Katálisis*, 25(3), 611-620. <https://doi.org/10.1590/1982-0259.2022.e85167>
- Bru, G. S. (2023). Mujeres y uso de psicofármacos: Un análisis desde la experiencia de médicos/as especialistas. *Con X*, 9, e052. <https://doi.org/10.24215/24690333e052>
- Burin, M. (Coord.). (1987). *Estudios sobre la subjetividad femenina: mujeres y salud mental*. Grupo Editor Latinoamericano.
- Burin, M., Moncarz, E., y Velázquez, S. (1991). *El malestar de las mujeres: la tranquilidad recetada*. Buenos Aires: Paidós.
- Calvo, D. (2022). La medicalización de la vida. *Revista Médica La Paz*, 28(2), 77-87. http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582022000200078&lng=es&tlng=es.
- Caponi, S. (2022). Gestión psicofarmacológica de la feminidad: Antipsicóticos para mujeres insumisas. *Resistances. Journal of the Philosophy of History*, 3(6), e21094. <https://doi.org/10.46652/resistances.v3i6.94>

- Caponi, S. (2019). Scientia Sexualis: El lugar de la mujer en la historia de la psiquiatría. En M. Miranda (Ed.), *Las locas. Miradas interdisciplinarias sobre género y salud mental* (pp. 19–48). Editora de la Universidad Nacional de La Plata.
- Caponi, S. (2024). Sufrimientos y malestares de género en el marco del neoliberalismo. *Cad. CRH*, 37, –. <https://doi.org/10.9771/ccrh.v37i0.61380>
- Carpintero, E. (Comp.). (2021). *La subjetividad asediada: Medicalización para domesticar al sujeto*. Topía.
- Del Río-Pedraza, Carmen. (2022). La medicalización del malestar en la mujer. Una valoración crítica. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 42(141), 55-73. Epub 18 de julio de 2022. <https://dx.doi.org/10.4321/s0211-57352022000100004>
- García Dauder, S., y Pérez Sedeño, E. (2017). *Las 'mentiras' científicas sobre las mujeres*. Los libros de la Catarata.
- García Zabaleta, O. (2019). La construcción del DSM: genealogía de un producto sociopolítico. *Theoria: an international journal for theory, history and foundations of science*, 34(3), 5-22.
- Grela Melluso, M. C., & López Gómez, A. (2000). *Mujeres, salud mental y género*. Montevideo: IMM, Comisión de la Mujer
- Lagarde, M. (1996). *Género y feminismo: Desarrollo humano y democracia*. Horas y Horas.
- Healy, D. (2004). Shaping the intimate: Influences on the experience of everyday nerves. *Social Studies of Science*, 34(2), 219-245. <https://doi.org/10.1177/0306312704042620>
- Johnson, E. (2017). *Gendering drugs: Feminist studies of pharmaceuticals*. Palgrave Macmillan. <https://doi.org/10.1007/978-3-319-59725-8>
- Junta Nacional de Drogas. (2012). *V Encuesta nacional sobre consumo de drogas en población general 2011*. <https://www.gub.uy/ministerio-desarrollo-social/comunicacion/publicaciones/5taencuesta-nacional-hogares-sobre-consumo-drogasinforme-investigacion>.

- Junta Nacional de Drogas. (2020). *VII Encuesta Nacional sobre Consumo de Drogas en Población General*.
<https://www.gub.uy/junta-nacional-drogas/comunicacion/publicaciones/vii-encuesta-nacional-sobre-consumo-drogas-poblacion-general-2018>
- Markez, I., Póo, M., Romo, N., Meneses, C., Gil, E., & Vega, A. (2004). Mujeres y psicofármacos: La investigación en atención primaria. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 91. <https://doi.org/10.4321/S0211-57352004000300004>
- Mazon, M. da S., Amorim, B. M., y Brzozowski, F. S. (2023). Psicotrópico se declina no feminino: saúde mental e mundo digital em questão. *Revista Estudos Feministas*, 31(1), e93079. <https://doi.org/10.1590/1806-9584-2023v31n193079>
- Metzl, J. (2003). *Prozac on the Couch: Prescribing Gender in the Era of Wonder Drugs*. Duke University Press.
- Moncrieff, J., Tizón García, J. L., Valverde Eizaguirre, M., Inchauspe Aróstegui, J., y Martínez Ciordia, I. (2013). *Hablando claro. Una introducción a los fármacos psiquiátricos*. Herder Editorial.
- Organización Mundial de la Salud. (2021). Orientaciones sobre servicios de salud mental comunitaria. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/341648>
- Ortiz-Gómez, T., y Santesmases, M. J. (Eds.). (2014). *Gendered drugs and medicine: Historical and socio-cultural perspectives*. Ashgate.
- Prati, R. (2025). El lugar de la depresión. Feminización e interiorización del malestar. *La Ventana. Revista de estudios de género*, 7(61), 124–160.
<https://doi.org/10.32870/lv.v7i61.7858>
- Pujal i Llombart, M., Calatayud, M., & Amigot, P. (2020). Subjetividad, desigualdad social y malestares de género: una relectura del DSM-V. *Revista Internacional De Sociología*, 78(2), e155. <https://doi.org/10.3989/ris.2020.78.2.18.113>

- Romo Avilés, N., & Gil García, E. (2006). Género y uso de drogas. De la ilegalidad a la legalidad para enfrentar el malestar. *Trastornos Adictivos*, 8(4), 243-250.
[https://doi.org/10.1016/S1575-0973\(06\)75130-3](https://doi.org/10.1016/S1575-0973(06)75130-3)
- Romo, N. y Meneses, C. (2014). Malestares en las mujeres y usos diferenciales de psicofármacos: propuestas críticas desde el feminismo. En I. Márquez (Ed.), *Adicciones: conocimiento, atención integrada y acción preventiva*, (pp. 113-126). Asociación Española de Neuropsiquiatría.
<https://repositorio.comillas.edu/xmlui/bitstream/handle/11531/13924/Adicciones.pdf?sequence>
- Rose, N. (2003). The neurochemical self: From brain science to the social regulation of mental life. *BioSocieties*, 1(1), 35–48. <https://doi.org/10.1017/S1745855203001038>
- Roselló-Peñaloza, M., Cabruja Ubach, T., & Gómez Fuentealba, P. S. (2019). ¿Feminización de la psicopatología o psicopatologización de lo femenino? Construcciones discursivas de cuerpos vulnerables. *Athenea Digital. Revista de pensamiento e investigación social*, 19(2). <https://doi.org/10.5565/rev/athenea.2249>
- SEDRONAR. (2017). Consumo de Psicofármacos: Estudio Nacional en Población de 12 a 65 años sobre Consumo de Sustancias Psicoactivas. Argentina, 2017.
- Solís Gómez, Susana (2024). Fármacos psiquiátricos y género: Contribuciones críticas para repensar la prescripción médica y el consumo de fármacos por mujeres que experimentan malestares. *Atlánticas. Revista Internacional de Estudios Feministas*, 9(2), 02-36. doi: <https://dx.doi.org/10.17979/arief.2024.9.2.10558>
- Ussher, J. M. (2011). Diagnosing difficult women and pathologising femininity: Gender bias in psychiatric nosology. *Feminism & Psychology*, 21(1), 66–77.
<https://doi.org/10.1177/0959353509351234>
- Whitaker, R. (2015). *Anatomía de una epidemia. Medicamentos psiquiátricos y el asombroso aumento de las enfermedades mentales*. Capitán Swing.