



# MUJERES E INCLUSIÓN SOCIAL

INVESTIGACIÓN Y ESTRATEGIAS DE INNOVACIÓN  
Y TRANSFORMACIÓN SOCIAL



**Coord.**

Agulló Tomás, Esteban  
Llosa Fernández, José Antonio  
Menéndez Espina, Sara  
Rúa Arruñada, Elena  
Ventosa Varona, Loreto

Mujeres e inclusión social: Investigación y estrategias de innovación y transformación social.  
ISBN: 978-84-09-24830-8 (No comercial)  
Depósito Legal: AS02054-2020

Publica:  
EAPN – AS (Red Europea de Lucha Contra la Pobreza y la Exclusión Social en Asturias)  
Dirección General de Planificación, Ordenación y Adaptación al Cambio Social, Consejería de Derechos Sociales y Bienestar del Principado de Asturias

Edita:  
EAPN-AS (Red Europea de Lucha Contra la Pobreza y la Exclusión Social en Asturias)  
Avda. Gijón, nº5 - Bajo — 33402, Avilés (Asturias)

Editoras/es (Comisión de estudios y análisis de EAPN Asturias)  
Agulló Tomás, Esteban  
Llosa Fernández, José Antonio  
Menéndez Espina, Sara  
Rúa Arruñada, Elena  
Ventosa Varona, Loreto

Diseño y maquetación: Juaco Amado

Financiación: Esta publicación cuenta con el apoyo económico de la Consejería de Derechos Sociales y Bienestar del Principado de Asturias.



Licencia Creative Commons 4.0

Los textos publicados en este libro están sujetos a una licencia de Reconocimiento 4.0 Internacional de Creative Commons desde marzo 2014 (anteriormente Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada). Puede copiarlos, distribuirlos, comunicarlos públicamente y hacer obras derivadas siempre que reconozca los créditos de las obras (autoría, nombre del libro, institución editora) de la manera especificada por los autores o editores. La licencia completa se puede consultar en <https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



© 2020. Los derechos de autor de los capítulos de este libro corresponden a sus respectivos autores.

© 2020. Los derechos de autor de la presente edición corresponden a EAPN-AS y la Consejería de Derechos Sociales y Bienestar del Principado de Asturias.

## **Reescribiendo la salud mental con perspectiva de género. Una necesidad urgente**

Patricia Guerra Mora<sup>1</sup>, Verónica Concha González<sup>2</sup>, Noelia Martínez Menéndez<sup>3</sup>, María Fernández Rodríguez<sup>4</sup>, Ana Isabel Revuelta Fernández<sup>5</sup> y Mónica Martínez Sallent<sup>6</sup>

*1 Psicóloga clínica. Profesora en Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad Isabel I, www.ui1.com, España. Autora de referencia.*

*2 Psicóloga clínica.*

*3 Psicóloga Interno Residente. Servicios de Salud del Principado de Asturias (SESPA).*

*4 Psicóloga clínica. CSM I La Magdalena y Unidad de Tratamiento de la Identidad de Género (UTIGPA). SESPA, Área III, Avilés.*

*5 Máster general sanitario.*

*“No soy fan de los finales felices, perfectos y bien atados, porque, por experiencia, rara vez suceden en el mundo real. Por otro lado, tampoco quiero terminar mis relatos de una manera desesperanzada, porque en el mundo real, mientras uno está con vida, siempre hay esperanza”.* Tabitha Suzuma

Tanto cifras globales como percepciones particulares muestran de situaciones de inequidad, limitación de posibilidades vitales y vulneración de derechos de las mujeres (Fundación InteRed, 2011).

Este trabajo plantea una reflexión acerca de la perspectiva de género en salud mental y en psicoterapia. Para ello comienza de manera más amplia, abarcando el efecto de la atención desigual a la salud de la mujer y las consecuencias derivadas de ello.

Cofiño (2013) ya hace años que advertía de cómo el código postal es más importante que el código genético. En un breve artículo propone un esquema general de cómo interaccionan factores biológicos, sociales... en la determinación de la salud. En este trabajo incluye el género.

Sin embargo, esta historia no ha sido la dominante. En el ámbito médico y psicológico, la atención dirigida a la mujer ha sido escasa o inexistente. Antes de la década de los 90 la creencia extendida es que el estudio del hombre era bastante para conocer los síntomas de las distintas enfermedades y establecer el diagnóstico. Por ello, en los estudios de investigación de cohortes había ausencia de mujeres hasta

hace pocos años. La mujer no tiene una asistencia a la salud ajustada a sus necesidades. Ello hace que muchas enfermedades queden infradiagnosticadas. Asimismo, existen diferencias farmacocinéticas entre mujeres y hombres, que deriva en efectos secundarios de los fármacos para ellas (Valls-Llobet y Loio, 2014).

Históricamente, la locura femenina contribuyó a sustentar el estereotipo de género de mujer necesitada de un varón en su vida. Y los deberes de las mujeres como ciudadanas quedaron cuestionados. Las mujeres tenían más probabilidad de ser etiquetadas de enfermas, pues los parámetros establecidos para una personalidad sana, tales como autonomía o independencia, no eran aspectos propios de la educación de las mujeres (Ruiz y Jiménez, 2003).

La historia de la salud mental también abusó de las mujeres responsabilizándolas de muchos males, por ejemplo, a través de conceptos como madre esquizofrénica, o con términos como histérica, manipuladora... que aún perduran en la actualidad con un uso peyorativo. Macías-Esparza y Laso (2017) señalan como en psicología y en psiquiatría el sesgo androcéntrico ha estado siempre presente.

El sistema sanitario ha ejercido violencia (y ejerce) sobre las mujeres. Sobre sus cuerpos, vidas, sus crisis vitales, sus duelos... Muchas veces a través de la medicalización o de la psiquiatrización.

Abordar la salud desde la perspectiva de género implica reconocer y examinar las diferencias que se producen tanto por razones biológicas como socioculturales, que tiene como consecuencia situaciones de injusticia social entre las mujeres y problemas de salud.

En la atención a la salud mental de la mujer se encuentran sesgos como la psicologización y la biologización. Por una parte, las variables biológicas no han sido investigadas como origen del malestar de las mujeres. Por otra parte, se entiende que síndromes de malestar derivan de procesos psicosociales. Nogueiras (2018) señala cómo trastornos de ansiedad y depresión a veces son explicados por trastornos de la glándula tiroidea o por anemias ferropénicas.

A partir de 2003, según datos del Ministerio de Sanidad, los psicofármacos son los primeros fármacos que engrosan la factura farmacéutica en España. Tenemos que tener en cuenta que la prescripción de psicofármacos encajaría en la noción de medicalización entendida como "Marginalizar cualquier otro tipo alternativo de lidiar con las dolencias" (Márquez y Meneu, 2007). Si tenemos presente la cultura, estaríamos utilizando psicofármacos para abordar problemas relacionados con la cultura patriarcal (la doble jornada, la discriminación y la devaluación...)

Además, la mujer con problemas de salud mental sufre doble estigmatización: ser mujer y ser enferma mental. Es decir, la diferente asignación de roles para hombres

y para mujeres tiene como efecto la mayor vulnerabilidad y desprotección a la que ellas están expuestas cuando enfrentan alguna dificultad en sus vidas.

Valls-Llobet y Loio (2014) alertan que las quejas de las mujeres en la primera consulta se consideran en un 25% de los casos como psicósomáticas. Por el contrario, las demandas masculinas son consideradas como más trascendentes. Estas autoras plantean que, aunque las mujeres no sufren una salud mental más pobre que los hombres, están más medicadas. Ya en la primera consulta es más frecuente que se pauten psicofármacos a mujeres. Además, España es el país que receta más psicofármacos en el nivel de atención primaria, dirigidos sobre todo a ellas. También otros profesionales como los geriatras y psiquiatras recetan más psicofármacos a mujeres.

El terreno de los diagnósticos también es resbaladizo. Hay muchos ejemplos de diagnósticos feminizados, es decir, que son asignados en mayor porcentaje a mujeres. La importancia de este aspecto radica, entre otros elementos, en que pueden funcionar como vehículos de comunicación y generar en los consultantes diferentes emociones negativas. La depresión es un ejemplo de un diagnóstico que se aplica sobre todo a mujeres. También el trastorno límite de la personalidad, un trastorno muy extendido en la actualidad. González Ibáñez (2014) realiza un interesante trabajo en el que estudia los criterios del trastorno límite de la personalidad en el contexto de la violencia de género. Trae a la memoria cómo este trastorno tiene muchas similitudes con el síndrome de mujer maltratada de Leonore Walker. Otras entidades clínicas que son más frecuentemente diagnosticadas en mujeres son los trastornos de ansiedad, afectivos y de la conducta alimentaria. En contraposición, otros diagnósticos están escasamente representados por mujeres, como ocurre con el trastorno antisocial.

Además de la diferente tasa de prevalencia de diagnósticos en hombres y mujeres, muchos diagnósticos adoptan características diferentes en hombres y en mujeres, de acuerdo a la socialización diferenciada. Por ejemplo, la depresión en mujeres se muestra con baja autoestima, tristeza... mientras que en hombres suele mostrarse con otro tipo de emociones o comportamientos (irritabilidad, enfado...)

Otros estudios resaltan que las mujeres sufren más interrupciones en su discurso en las sesiones de psicoterapia y se les trata de manera más irrespetuosa. Asimismo, son más patologizadas y responsabilizadas de sus problemas familiares. En un interesante trabajo de Macías-Esparza y Laso (2017) recogen investigaciones en este sentido.

La teoría y la práctica feminista redefinen la comprensión de los procesos de salud, el malestar y la enfermedad de las mujeres. Destacan y visibilizan el impacto del sistema de dominación sobre las mujeres en estos procesos. La terapia feminista profundiza en los factores socioculturales y políticos que influyen en el proceso

terapéutico. Señalan cómo las diferencias biológicas entre hombres y mujeres no explican las diferencias en morbi-mortalidad y tampoco explican el uso tan diferente de servicios entre ambos.

Desde la valoración de la desventaja que sufren las mujeres, señala la necesidad de llevar a cabo acciones para que no se reproduzcan los valores del sistema patriarcal a través de las consultas con profesionales de salud mental.

En 1977 un grupo de mujeres terapeutas dentro del modelo sistémico se reunieron para reflexionar sobre la manera en que la corriente tradicional estaba dominada por las premisas y valores sexistas. La obra de Walters, Carter, Papp y Silverstein, (1991) introduce un marco feminista en el que legitiman la experiencia de las mujeres.

El desarrollo de la terapia feminista nace de la valoración crítica de que terapias tradicionales no constituirían una ayuda para las mujeres. Los valores y estereotipos que se transmiten en las sesiones pueden ser aquellos ampliamente instaurados en la cultura y entañar iatrogenia. Entre otros, se puede culpar a las víctimas, presuponer valores como la familia tradicional o ciertos roles como el cuidado. Las personas que no encajen en el sistema patriarcal o que no cumplan con las expectativas derivadas del mismo, serían juzgadas en base a estos requisitos. Herman alude a que el trauma es la aflicción psicológica de aquellos que no tienen poder. Manifiesta que los profesionales de salud mental, dentro del sistema, pueden acabar revictimizando a las víctimas cuando transforman las consecuencias del maltrato en causas y culpan a las víctimas de la situación abusiva.

Macías-Esparza y Laso (2017) postulan la existencia de una doble ceguera. No sólo los profesionales de la salud mental ignoran la perspectiva de género en terapia, sino que tampoco se percatan de esta ignorancia.

La historia dominante está difuminándose poco a poco a través de la recuperación y empoderamiento de la historia alternativa que ofrece otros relatos y otras consecuencias para las mujeres (y para los hombres). Como profesionales de la salud mental tenemos que contribuir a seguir escribiendo esta historia. Tenemos que ser capaces de luchar contra la ceguera y realizar intervenciones terapéuticas que generen cambio y empoderamiento.

## Bibliografía

Cofiño, R. (2013). Tu código postal puede modificar tu código genético. *Actualización en medicina de Familia*, 9(9), 483-484

Fundación InteRed (2011). *Los pinceles de Artemisia. Experiencias de formación para la Equidad de Género*. InterRed: Madrid.

González Ibáñez, R. (2014). *Trastorno límite de personalidad y violencia de género*. En Taboada (Dir.) *Las voces que hay que oír* (pp 22-24). Barcelona: CAPS (Centro de Análisis y Programas Sanitarios).

Herman, J. (2004). *Trauma y recuperación*. Madrid: Espasa Calpe.

Macías-Esparza, LK. y Laso, E. (2017). Una propuesta para abordar la doble ceguera: la Terapia Familiar Crítica sensible al Género. *Revista de psicoterapia*, 28, 106, 129-148.

Márquez, S. y Meneu, R. (2007). La medicalización de la vida y sus protagonistas. *Eikasía. Revista de Filosofía*, 8, 65-86.

Nogueiras, B. (2018). *La teoría feminista aplicada al ámbito de la salud de las mujeres: discursos y prácticas (España, 1975-2013)*. Universidad Complutense de Madrid.

Ruiz, M.J. y Jiménez, I. (2003). Género, mujeres y psiquiatría: Una aproximación crítica. *FRENIA*, 3(1), 7-29.

Valls-Llobet, C. y Loio, N. (2014). ¿Todas locas... o un gran negocio? En Taboada (Dir.) *Las voces que hay que oír* (pp 22-24). Barcelona: CAPS (Centro de Análisis y Programas Sanitarios).

Walters, M., Carter, B., Papp, P., y Silverstein, O. (1991). *La Red Invisible: Pautas vinculadas al género en las relaciones familiares*. Barcelona: Paidós Terapia Familiar.