

Aportaciones de la perspectiva médico social y de género en un análisis de la depresión en México

Cinthya Gómez León*

“Creo firmemente, intensamente, que la mujer es digna de mejor suerte que aquella que le han deparado” (Galindo, H.).

RESUMEN

A nivel mundial, de acuerdo con datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) la depresión representa un trastorno mental común que padecen el 5% de los y las habitantes. Pero existe una sobrerrepresentación en las mujeres de edad productiva en el mundo y en el país. Por lo que resulta imperante revisar el proceso socio-histórico de la Salud Mental en México que desde el siglo XX, ha sido abordada desde el modelo médico, psiquiátrico, cisheteronormado, individualista, asilar, medicalizado, estigmatizado, y cuya organización del sistema de salud, disponibilidad, asequibilidad y diseño de los programas de tratamiento especializados en todos los niveles de atención han hecho que la población no se atienda. En este sentido, con las visiones críticas en salud, como la medicina social, podemos analizar a la salud/enfermedad como procesos históricos-sociales y abordarlos no como causalidad, sino como determinación. Por su parte, el género aporta herramientas de análisis para desentrañar a la depresión como un malestar social, estructural, cultural, político y global, que no tendría que ser exclusivamente de las mujeres. El reciente cambio de enfoque de Salud Mental Pública a Comunitaria tiene como eje principal: garantizar los derechos humanos, la no fragmentación de la atención, la no medicalización y la integración de los servicios de salud mental en todos los niveles de atención. El objetivo de este ensayo es analizar la depresión de las mujeres desde una visión crítica desde la medicina social y el género, como proceso sociohistórico de la salud mental.

PALABRAS CLAVE: Salud Mental, depresión, medicina social, género, modelo médico.

* Facultad de Enfermería y Obstetricia, UNAM. Correo electrónico de contacto: cinthya.gomez.leon@gmail.com

Fecha de recepción: 14 de junio de 2024.

Fecha de aceptación: 02 de diciembre de 2024.

Contributions from the medical-social and gender perspectives in the analysis of depression in México

ABSTRACT

Worldwide, according to data from World Health Organization (WHO), depression is a common mental disorder affecting 5% of the population. However, there is an overrepresentation of depression among women of reproductive age but globally an in the country. Therefore, it's imperative to review the socio-historical process of Mental Health in Mexico, which, since the 20th century has been addressed from a medical, psychiatric, cis-heteronormative, individualistic, isolate, medicalized, stigmatized model. The organization of the health system, its availability, affordability and the designs of specialized treatment programs at all levels of care have made it difficult for the population to access care. In this sense, with critical health vision, such as social medicine, we can analyze health/illness as historical and social processes and address them not as casualty but as determination. Gender, for its part, provides analytical tools to uncover depression as a social, structural, cultural, political and global distress, which not be exclusively associated with women. Recently, the change of approach from mental public health to communitarian has a principal axis: ensuring human rights, preventing fragmentation, avoiding over-medicalization and integrating mental health service all levels of medical attention. The objective of this essay is to analyze women's depression from a critical vision of social medicine and gender, as a socio-historical process of Mental Health.

KEYWORDS: Mental health, depression, social medicine, gender, medical model.

Introducción

La visión de la salud mental (SM) ha tenido diversas transformaciones, desde su origen comunitario hasta su inserción en la salud pública. Esto último, ha hecho replantearse sus objetos de estudio que se circunscriben en la formulación de programas de prevención intervención, con base en la epidemiología tradicional.

En México, a partir de 2023, se reformula el modelo médico asilar y se crea la Comisión Nacional de Salud Mental y Adicciones (CONASAMA) (DIARIO OFICIAL DE LA FEDERACIÓN, 1984). Este cambio de enfoque se dirige más hacia la acción comunitaria, reduciendo la impor-

tancia de la medicalización. Este giro se considera absolutamente necesario, ya que es crucial tejer redes de apoyo que nos permitan cuidarnos y cuidar a los demás (León, 2002).

Dicho esto, el objetivo de este ensayo es analizar la depresión en las mujeres desde una visión crítica que integre la medicina social y el enfoque de género, como proceso sociohistórico en la salud mental. En este escrito, en primer lugar, se realizará una breve descripción de la corriente de la medicina social, cuyos planteamientos, profundamente influenciados por las ciencias sociales, buscan mejorar la calidad de vida de la población.

En segundo lugar, se describirá la visión de la salud mental, desde sus orígenes comunitarios (recientemente retomados), y cómo, posteriormente, se inserta en el paradigma médico hegemónico y de salud pública. En tercer lugar, se retomará la categoría de género, para analizar el cómo se naturaliza a la depresión como padecimiento propio de las mujeres, así como las razones por las que ellas tienen este perfil de morbilidad. Por último, en cuanto a la salud mental de las mujeres, se presentarán datos estadísticos y se analizarán las razones por las cuales la carga de morbilidad en salud mental de las mujeres difiere de la de los hombres.

Breve revisión de la Medicina Social

A finales de la década de los 60, se desencadenó una polémica en torno a la enfermedad, en la que se debatía, entre otras cosas, su esencia biológica o social. El modelo médico dominante, de enfoque biologicista, enfrentaba el gran reto de generar nuevos conocimientos que pudieran dar respuesta a los principales problemas crónicos y terminales que afectaban, sobre todo, a los países industrializados, donde predominaban enfermedades como los problemas cardiovasculares y los tumores malignos (Laurell, 1982).

Por lo tanto, se hicieron evidentes las limitaciones del modelo biologicista de la enfermedad y de la práctica clínica en la que se basa, aunque no se puede negar que este modelo generó importantes conocimientos durante un largo periodo. De esta manera, resulta imperativo analizar la salud/enfermedad como un proceso histórico-social, desde la determinación social de la salud (Laurell, 1982).

Así, el carácter social del proceso salud/enfermedad se manifiesta empíricamente en la colec-

tividad y no en el individuo. Es decir, el objeto de estudio debe ubicarse en el grupo, pero no en cualquier grupo, sino en uno constituido en función de sus características sociales. Por lo tanto, se plantea la necesidad de partir de una teoría social que brinde los elementos teóricos necesarios para la construcción de dichos grupos (Laurell, 1982).

De acuerdo con Laurell, el proceso salud enfermedad de la colectividad; se entiende, como:

El modo específico como en el grupo se da el proceso biológico de desgaste y reproducción, destacando como momentos particulares la presencia de un funcionamiento biológico diferenciable con consecuencias para el desarrollo regular de las actividades cotidianas, esto es, la enfermedad. Así definido, el proceso salud/enfermedad se manifiesta empíricamente de distintas maneras. Por una parte, se expresa en indicadores como la expectativa de vida, las condiciones nutricionales y la constitución somática y por la otra, en las maneras específicas de enfermar y morir, eso es, en el perfil patológico del grupo dado por la morbilidad y/o la mortalidad (Laurell, 1982: 8).

Aunado a lo anterior, el proceso salud/enfermedad tiene historicidad en tanto está socialmente determinado; es decir, para explicarlo no son suficientes los hechos biológicos, es necesario aclarar cómo está articulado en el proceso social. El carácter social del proceso salud/enfermedad no se acaba en su determinación, dado que el proceso biológico humano en sí mismo, es social. Por lo que, si la normalidad biológica es definida en lo social, también lo será la anormalidad. “El carácter simultáneamente social y biológico del proceso salud enfermedad no es contradictorio sino únicamente señala que puede ser analizado con

metodología social y biológica, dándose en la realidad como un proceso único” (Laurell, 1982: 8).

En cuanto a la determinación del proceso salud/enfermedad colectiva, es fundamental comprender el modo biológico de vivir en la sociedad, ya que esto determina los trastornos característicos, es decir, la enfermedad (Laurell, 1982). Así, la enfermedad se entiende como parte del proceso biológico global, lo que pone de manifiesto las limitaciones de los modelos de causalidad del paradigma médico dominante. Estas limitaciones revelan la imposibilidad de explicar la enfermedad de manera integral. Además, se reduce la realidad compleja a una serie de factores que no distinguen en calidad la aparición de la enfermedad. Es decir, la causalidad social y biológica no se distinguen; al contrario, se les agrupa bajo el término “factores de riesgo”, sin una diferenciación clara de su actuación en el proceso salud/enfermedad (Laurell, 1982).

En este sentido, López y Peña, 2006 mencionan que, desde las ciencias sociales, la relación que hay entre la biología humana y la sociedad tienen una triple dimensión:

1. *Las expresiones psico- biológicas materiales, que son múltiples y diversas en los seres humanos (vida, sexualidad, concepciones, gestaciones, nacimientos, crecimiento, maduración, desarrollo, menarquia, menopausia, bienestar, malestar, salud, enfermedad, discapacidad, muerte, etc.).*
2. *Las interpretaciones que desde la cultura se realizan sobre estas manifestaciones psico-biológicas*
3. *Las prácticas sociales que se ponen en marcha para simbolizarlas, entenderlas, expli-*

carlas, ritualizarlas, promoverlas, controlarlas, evitarlas y/o resolverlas (López y Peña, 2006: 82).

Las dimensiones anteriores tienen que ser desarticuladas para fines metodológicos y prácticos. Así, la salud como proceso social se estudia desde tres variantes interdependientes que se sitúan en las: 1. Formas históricas; 2. Constructos simbólicos en grupos culturales específicos y; 3. Respuestas sociales. Estas tres variantes se ponen en marcha en las dimensiones individual, doméstica y familiar, a partir de redes sociales como las expresiones culturales, las demandas sociales y las políticas públicas. Asimismo, las diferencias sociales en salud y las transformaciones en los perfiles epidemiológicos a lo largo de distintos momentos históricos actúan en conjunto con los patrones sociodemográficos de los países de la región de América Latina, lo que ha generado una serie de reflexiones sobre la salud (López y Peña, 2006).

De esta manera, la Medicina Social tiene dos grandes objetos de estudio: a) “La distribución y los determinantes de la salud-enfermedad y b) Los saberes y las prácticas especializadas en torno a la salud, la enfermedad y la muerte” (López y Peña, 2006: 88).

Con base en lo anterior, se plantean dos interrogantes esenciales, a saber: el reconocimiento de los procesos sociales y la reconstrucción de los grupos humanos cuyos perfiles de salud/enfermedad expresan el carácter histórico social, en cuya concepción, se asume a la humanidad como un ente social, inmerso en relaciones sociales y culturales (López y Peña, 2006).

De acuerdo con López y Peña (2006), la salud como proceso social se analiza desde su forma histórica, desde los constructos simbólicos en

grupos culturales específicos y en las respuestas sociales. Dicho lo anterior, es necesario contrastar la visión que propone la OMS de salud, para dar entrada al término de SM y así enmarcarlo en la visión crítica en salud de medicina social (López y Peña, 2006).

Como lo reconoce De Keijer, en el Foro de Análisis: Hombres, Salud y Enfermería, la Determinación Social de la salud (DnSS) va más allá de reflexionar a lo social como un gradiente más a nivel similar, lo biológico como la herencia, lo que se ha llamado “Determinantes Sociales” en la Salud Pública (SP). La DnSS sostiene que: “muchos procesos de salud están determinados, ya sea en su génesis o desarrollo, y sus posibilidades de atención subyace lo social: economía, cultura, política, etcétera” (De Keijzer, 2022).

En la definición de salud de la OMS (2024), se dice que es “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. En este enunciado se hace referencia a las dimensiones de un estado, y no a un dominio o disciplina específica. Por lo tanto, resulta erróneo hablar de “salud física”, “salud mental” y “salud social” como si fueran entidades separadas. El término “salud” parece haber reemplazado al concepto de “higiene” (como parte de un movimiento social) y SM se ha transformado de un estado a una disciplina. Tras más de medio siglo de su formulación, el concepto de SM sigue en desarrollo. A menudo, se utiliza tanto para designar un estado como para referirse a un movimiento, que debería corresponder a la psiquiatría comunitaria y no la noción individualista de la psiquiatría clínica (De la Fuente *et. al.*, 1997).

La salud mental en boga

La SM es considerada como una disciplina o como un sinónimo de psiquiatría, no obstante, una tendencia reciente es adicionar el calificativo “pública”. Así, el término de SM es polisémico e impreciso, por lo que para su mejor comprensión se debe conocer desde sus orígenes en la psiquiatría y otras ramas. Desde la atención psiquiátrica, dicho origen se remonta al movimiento de higiene mental, en 1908, cuyo trabajo se atribuye a Beers, en Estados Unidos. Él había sido paciente en hospitales psiquiátricos y debido a las condiciones inhumanas en las que se encontraban, señaló que su labor era humanizar la atención de los locos, erradicar los abusos, las brutalidades y la desatención que tanto sufrimiento habían causado en los enfermos mentales (Bertolote, 2008).

En ese contexto, el movimiento de higiene mental tiene origen en la parapsiquiatría, al dirigir sus esfuerzos a la mejora de la atención psiquiátrica. Dicho movimiento, estaba dirigido a la comunidad global y sus acciones estaban dirigidas a la prevención, más que a la curación, ya que los sujetos estaban en riesgo latente de desarrollar una enfermedad mental. Por lo que se trata de una respuesta organizada a una necesidad comunitaria reconocida (Bertolote, 2008).

A pesar de lo anterior, la mejora de los estándares de la atención en SM, la erradicación de los abusos es aún un problema importante y actual en las condiciones de atención psiquiátrica de muchas partes del mundo (Bertolote, 2008).

En México, un poco antes de iniciar la Revolución Mexicana, en 1910, el entonces presidente Porfirio Díaz inaugura el primer hospital en SM, el Manicomio “La Castañeda”. En esta institución se albergaban y se daba asilo a toda perso-

na que tuviera algún problema de SM; esto es, se trataban a pacientes desde la niñez, adolescencia, adultez, tercera edad; personas en condiciones de mendicidad, con problemas de consumo de alcohol y sustancias, con enfermedades venéreas y homosexualidad (en ese tiempo era considerada un problema de SM). En esos años las autoridades encargadas definieron a la locura como como un desequilibrio del estado de ánimo que se expresaba en limitaciones físicas con distorsiones que obstaculizaban a la mente (Becerra-Partida, 2014).

En los 58 años que este manicomio duró, tuvo aproximadamente 60,000 pacientes, varias generaciones de especialistas en psiquiatría y hubo producción científica en el campo de neurología sin precedentes para el tiempo en el que se desarrollaron. Sin embargo, hubo opacidad en los procedimientos clínicos y administrativos, por lo que en 1968 este hospital cerró sus puertas (Ríos y López, 2017).

En 1948 se celebró el primer Congreso Internacional de Salud Mental en Londres, donde se definió la higiene mental como el conjunto de actividades y técnicas que fomentan y mantienen la SM. En este contexto, aún hace falta una definición precisa de la disciplina, ya que su delimitación con la psiquiatría no siempre ha sido clara. La psiquiatría, como especialidad médica, se encarga del estudio, la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de los trastornos o enfermedades mentales (Bertolote, 2008). Esta falta de definición es un problema en la actualidad, lo cual, más allá de sus implicaciones epistemológicas, tiene consecuencias en los niveles de atención. Mientras que la psiquiatría se ubica en el tercer nivel de atención, la SM debería ser atendida desde el primer nivel, y también ser considerada en las estrategias de prevención universal.

No fue sino hasta el año de 1984 que, en México, la Ley General de Salud (LGS) establece en su art. 72 y 73 y 75 lo siguiente:

ARTICULO 72.-La prevención de las enfermedades mentales tiene carácter prioritario. Se basará en el conocimiento de los factores que afectan la salud mental, las causas de las alteraciones de la conducta, los métodos de prevención y control de las enfermedades mentales, así, como otros aspectos relacionados con la salud mental.

ARTICULO 73.-Para la promoción de la salud mental, la Secretaría de Salubridad y Asistencia, las instituciones de salud y los gobiernos de las entidades federativas, en coordinación con las autoridades competentes en cada materia, fomentarán y apoyarán:

- I.-El desarrollo de actividades educativas socioculturales y recreativas que contribuyan a la salud mental, preferentemente de la infancia y de la juventud;
- II.-La difusión de las orientaciones para la promoción de la salud mental;
- III.-La realización de programas para la prevención del uso de sustancias psicotrópicas, estupefacientes, inhalantes y otras sustancias que puedan causar alteraciones mentales o dependencia, y
- IV.-Las demás acciones que directa o indirectamente contribuyan al fomento de la salud mental de la población.

ARTICULO 75.-*El internamiento de personas con padecimientos mentales en establecimientos destinados a tal efecto, se ajustará a*

principios éticos y sociales, además de los requisitos científicos y legales que determine la Secretaría de Salubridad y Asistencia y establezcan las disposiciones jurídicas aplicables (DIARIO OFICIAL DE LA FEDERACIÓN, 1984).

Recordemos que la Ley General de Salud (LGS) entró en vigor en 1984, después de la Segunda Guerra Mundial, por lo que para su elaboración se recuperaron nociones occidentales del Primer Congreso Internacional de Salud Mental. Entre estas nociones se destacan el carácter prioritario de la atención, la promoción y la prevención, el internamiento bajo principios éticos y sociales, así como conceptos relacionados con la ciudadanía, los derechos humanos, la democracia y la exclusión social, con el objetivo de garantizar la paz social (Miranda, 2018).

En este punto cabría preguntarse de qué condiciones dependería de la SM, además de las ya ligeramente nombradas por la OMS. A lo que De la Fuente *et. al.* (1997) señala: la SM depende de dos condiciones sociales principales: 1) la economía, la educación y la calidad de la convivencia social; y 2) la integración familiar. Además, existen determinantes más específicos como el empleo, la vivienda, etcétera (De la Fuente *et. al.*, 1997).

Aunque solo se conozcan algunas causas de los trastornos mentales, las condiciones de vulnerabilidad de las personas pueden llevar a que una ruptura con su medioambiente, su entorno y su cultura generen tensiones que no puedan soportar y aumenten las probabilidades de desarrollar un padecimiento. En este sentido, los problemas de SM no son exclusivos de las personas con trastornos psiquiátricos, alcoholismo o consumo de drogas, sino que también afectan a quienes presentan

condiciones psicológicas no detectadas, como pérdida de ánimo, desesperanza o somatización, que han ido al alza recientemente. Es fundamental conocer la frecuencia con que estos problemas impactan a la población, ya que estos datos proporcionarán una noción más precisa de lo que sucede. En la siguiente sección, se presentan datos sobre trastornos mentales en México (De la Fuente *et. al.*, 1997).

Algunos datos de Salud Mental a nivel mundial y nacional

Al respecto, la Organización Panamericana de la Salud (OPS), 2024 asegura que los problemas de SM son la principal causa de discapacidad a nivel mundial. Entre estos problemas se encuentran, la depresión, la ansiedad, demencia y abuso de alcohol, lo que representa la pérdida de 20% de días saludables. Solo el 10% recibe tratamiento.

De acuerdo con el Instituto de Métrica y Evaluación en Salud de la Universidad de Washington, en el 2021 los trastornos mentales en México representaron 2,173.12 Años de Vida Saludable Perdidos (AVISA) por 100,000 habitantes. Particularmente en el caso de las mujeres de 15 a 49 años, fueron 2,705.61 AVISA por 100,000 habitantes (Institute for Health Metrics and Evaluation, 2021). Según el Informe sobre la situación de la salud mental y el consumo de sustancias en México, 2024, en el primer semestre de este año, de acuerdo con las unidades de salud del país, de 158,814 personas que se atendieron; 107,034 fueron mujeres y 51,780 hombres; siendo la ansiedad con un 51.5% y la depresión con 29.5% las condiciones más prevalentes. En las mujeres hubo mayor presencia de depresión (78%), ansiedad (73%), bipolaridad (68%) y estrés postraumático (65%); mientras que para los hombres los tras-

tornos de déficit de atención (77.9%) y trastornos de la conducta en la infancia y la adolescencia (60%).

Como se observa, las mujeres duplican el número de consultas enfocadas en la SM en comparación con los hombres, esto puede indicarnos que la socialización de los afectos, estados y las emociones, como: la tristeza, el malestar, el estrés, la frustración, la melancolía están más del lado de las mujeres, no obstante, la ira, el estrés, la falta de concentración se encuentran en el área de socialización de lo masculino. Esto por supuesto que impacta en la prevención, detección e intervención de los padecimientos, al impactar de formas diferenciadas en la SM.

La Salud Mental en México en proceso

En México, la SM ha estado en proceso de reestructuración durante más de 50 años. Los principales hitos incluyen: 1) En 1968, el cierre del manicomio de La Castañeda; y 2) En 1984, cuando entraron en vigor los artículos 72, 73, 74, 75, 76 y 77 de la Ley General de Salud, que reconocen la salud mental como una prioridad a nivel preventivo, enfocándose en los factores que la afectan y las causas de las alteraciones.

El hecho más reciente ocurrió el 29 de mayo de 2023, cuando, por decreto, se creó la Comisión Nacional de Salud Mental y Adicciones (CONASAMA) como un órgano independiente de la Secretaría de Salud (art. 1 del Decreto). Su principal objetivo es garantizar el derecho a la prevención, control y atención de la salud mental y las adicciones, a través de un modelo comunitario con especial énfasis en el primer nivel de atención, y con un enfoque en el respeto a los derechos humanos, la interculturalidad y la perspectiva de

género (art. 2 del Decreto) (LEY GENERAL DE SALUD, 2022).

Además de lo anterior, se sumó la reforma al artículo 72 de la Ley General de Salud (LGS) en materia de SM y Adicciones, en la que se reconoce a estas como de carácter prioritario. Los servicios y programas deben priorizar la atención comunitaria e integral, con perspectiva de género, desde el primer nivel de atención y en hospitales generales, según lo estipulado en el artículo 73 de la LGS. Esta reforma sentó las bases para la operación del modelo comunitario, cuyo objetivo es ofrecer servicios de SM y dar a conocer estrategias de autocuidado, prevención y promoción de la salud a las personas, familias, escuelas y comunidades. Los avances logrados hasta este 2024 incluyen la creación de la Estrategia Nacional para la Prevención de las Adicciones y el Programa Nacional para la Prevención del Suicidio, la Línea de la Vida, entre otros (LEY GENERAL DE SALUD, 2022).

De esta manera, la propuesta de regresar al enfoque comunitario posiciona a la SM como un elemento fundamental para el bienestar de las personas. Esta propuesta destaca que, además de ser atendida por especialistas en psiquiatría, la salud mental debe ser abordada desde el primer nivel de atención, donde se pueden prevenir problemas de SM. Con esta perspectiva, se busca no solo luchar contra el estigma, la discriminación y los estereotipos que afectan tanto a las personas, sino también; reducir la brecha en la atención.

Además, es importante señalar que dichos estereotipos sitúan los padecimientos mentales en circunstancias específicas: por ejemplo, las mujeres son asociadas con la depresión y los hombres con ansiedad o déficit de atención. Esta situación debe

analizarse desde un enfoque de género que nos permita visibilizar la socialización de los géneros y su impacto en la SM, como lo revisaremos en la siguiente sección.

¿De quién es la culpa del sexo o del género?

¿De quién es la culpa, de Eva o Adán? Variaciones de esta pregunta han estado presentes últimamente en artículos, clases, conferencias, foros y, por supuesto, en redes sociales. El tema nos atraviesa y nos divide, porque hemos introyectado, sin estar completamente conscientes de ello, que, por alguna razón científica, moral o religiosa —de la cual nunca supimos con certeza su origen— que nuestros deseos, intereses y comportamientos dependían principalmente del órgano sexual con el que nacimos y de su carga hormonal.

Así, la vagina y el pene determinarán toda nuestra vida (cis-heteronormada) y lo o que no llega a encajar dentro de esta lógica simplemente se relega a lo “especial”, “diferente” o “anormal”, en términos foucaultianos (Foucault, 2017).

En este contexto, me parece crucial hacer una distinción entre sexo y género, ya que la salud mental también se ve influenciada por estos saberes, así como por los “deberes” de género: ¿De qué se nos permite quejarnos? ¿Cómo se nos permite expresarlo? Pareciera que sólo basta con una causa biológica (ser ella o él) para detonar un efecto (depresión o violencia, según corresponda) en la SM.

Entonces, ¿nos referimos al género o al sexo como factores de riesgo? El sexo hace referencia a las diferencias biológicas entre hombres y mujeres, mientras que, en términos generales, el género se define como los atributos sociales que se les asig-

nan a ambos, en los diversos contextos sociales e históricos. Por su parte, la categoría de género configura un eje primordial en la formación de la identidad subjetiva y en las relaciones desiguales que la persona establece a lo largo de su vida. De este modo, lo masculino (activo, agresivo) es considerado superior a lo femenino (vulnerable, sumisa), y las subjetividades femenina y masculina se perciben como atributos naturales, dictados por la biología, donde el género queda oculto bajo el sexo. De ahí las frases como “así son las mujeres” o “así son los hombres” (Ramos-Lira, 2014).

Con base en lo anterior, es pertinente revisar la categoría de género, porque hasta este punto es claro que ha sido enmarcada únicamente como un factor de riesgo, desde el paradigma biomédico en el que se inserta la salud mental. En este sentido, se ha biologizado y se ha utilizado de manera indistinta con el concepto de sexo. Este enfoque, que hace “vulnerables” a las mujeres, las relativiza en las estadísticas y en las políticas públicas, y no permite observar los procesos sociales y culturales más complejos, en los cuales las diferencias entre hombres y mujeres no son perceptibles a simple vista, pero adquieren un significado claro en su contexto social (Scott, 2013).

De esta manera, la categoría de género se utiliza para denotar las construcciones culturales sobre los roles apropiados para el hombre y la mujer, es decir, es una categoría social que se aplica a un cuerpo sexuado (Lamas, 2007).

Scott (citadas en Lamas, 2007: 330) señala que la definición de género se integra en cuatro elementos: 1) como símbolos culturales que generan representaciones diversas; 2) como conceptos normativos que se expresan en doctrinas religiosas, educativas, científicas y legales que definen categóricamente lo femenino (mujer) y lo mas-

culino (varón); 3) como una construcción que se establece a través del parentesco, el mercado de trabajo segregado por sexo, la escuela; y 4) como identidad subjetiva, a través de las biografías individuales. Así, el género representa una forma primaria de relaciones de poder (Lamas, 2007).

Asimismo, Bourdieu (citado en Lamas, 2013) señala que existe dificultad para abordar la lógica del género puesto que se trata de:

una institución que ha estado inscrita por milenios en la objetividad de las instituciones sociales y en la subjetividad de las estructuras mentales, por lo que el analista tiene toda la posibilidad de usar como instrumentos del conocimiento categorías de la percepción y el pensamiento que deberían tratar como objetos del conocimiento (Lamas, 2013: 345).

Dicho autor afirma que, el orden social masculino está tan arraigado que no necesita explicación, se impone como auto evidente y hasta “natural” gracias al acuerdo que tienen las estructuras sociales:

[...] las personas dominadas, o sea las mujeres, aplican a cada objeto del mundo (natural y social) y en particular a la relación de dominación en la que se encuentran atrapadas, así como a las personas a través de las cuales esta relación se realiza, esquemas no pensados de pensamiento que son el producto de la encarnación de esta relación de poder en la forma de pares (alto/bajo, grande/pequeño, etcétera) y que por lo tanto las llevan a construir esta relación desde el punto de vista del dominante como natural (Bourdieu, citado en Lamas, 2013: 345).

Así, la eficiencia masculina radica en legitimar la relación de dominio a través de lo biológico, como una suerte de construcción social biologicizada. La dominación de género muestra que la violencia simbólica se ejerce a través de un acto de cognición que va más allá de la conciencia y la voluntad; actos que se encuentran en el esquema *habitus*, esquema de género que engendra género (Bourdieu, 2020).

En la misma línea de ideas, según Scott (2011) habría que analizar detenidamente cómo usamos el concepto de género ya que, por lo general, le damos un enfoque metodológico en el que asignamos significados fijos a hombre y mujer:

el género es el estudio de la difícil relación (en torno a la sexualidad) entre lo normativo y lo psíquico, el intento de a la vez colectivizar la fantasía y usarla para algún fin político o social, ya sea ese fin la construcción de nación o la estructura familiar. En este proceso es el género el que produce significados para el sexo y la diferencia sexual, no el sexo el que determina los significados de género [...] no solo hay distinción entre sexo y género, sino que el género es la clave para el sexo (Scott, 2011:100).

Entonces, el género es una categoría útil para el análisis porque nos obliga a historizar las formas en las cuales el sexo y la diferencia sexual han sido concebidos. Lo cual es visible en la asignación de patologías, en ese caso mentales, aquellas ya mencionadas, que corresponde a las mujeres en tanto no se ciñen a lo normativo, al poder. Esto se explicará con mayor profundidad en el siguiente apartado (Scott, 2011).

La salud mental en las mujeres

Las investigaciones de las feministas anglosajonas de la segunda ola han sido fundamentales para las grandes aportaciones sobre las repercusiones del género en la salud mental de las mujeres. Estos estudios analizaron las estadísticas que mostraban el creciente número de mujeres que acudían a consultas de psiquiatría, ya fuera para recibir tratamiento con psicofármacos o por ingresos hospitalarios, en comparación con los hombres, a quienes se les diagnosticaban otros tipos de trastornos. Algunas académicas concluyeron que estas sobrerrepresentaciones se debían a los sesgos existentes en las baterías de pruebas utilizadas para obtener la información. Otro enfoque importante analizó las condiciones de vida en las que predominaban la opresión y el dominio masculino. Por ello, es crucial mantener una postura crítica y observadora respecto a cómo las concepciones de salud y los cambios en las categorías diagnósticas para la salud mental continúan albergando un orden sexista, en el que las mujeres siguen siendo percibidas como inferiores en comparación con los hombres (Ordorika, 2009).

Como ya hemos mencionado en párrafos anteriores, una de las características del modelo biomédico es la medicalización, entendida como consecuencia incuestionable de curación ante un padecimiento. En lo que respecta a la sobremedicalización en casos de diagnóstico de depresión, Mabel Burin afirma que a las mujeres se les recetan grandes cantidades de tranquilizantes. Las mujeres sobremedicalizadas con estas sustancias comparten ciertas características: son amas de casa, se encuentran en edad reproductiva, tienen hijos/as pequeños/as y enfrentan varias jornadas de trabajo. Debido a estas situaciones tan estresantes, las mujeres se desbordan emocionalmen-

te y son percibidas como problemáticas, o como personas que necesitan ser “arregladas” (Burin, 2004).

Así, según la visión biomédica, las mujeres se circunscriben a la salud reproductiva, lo cual las liga directamente a su función socialmente fundamental: la reproducción. Por lo tanto, su salud mental depende de los procesos implicados en esta función reproductiva; es decir, parece que la “naturaleza reproductiva femenina” determina ciertos padecimientos, como la depresión postparto, los trastornos derivados de la menopausia, la ansiedad relacionada con la lactancia, entre otros.

Desde una perspectiva psicopatológica tradicional, las mujeres son encasilladas en diagnósticos como histeria, fobias y depresión. Sin embargo, esta perspectiva desconoce las causas subyacentes de estos padecimientos, que pueden estar vinculadas a factores como la socialización primaria de las niñas (fobias), la represión de la sexualidad femenina (histeria), las prácticas en torno a la maternidad (depresión) y los roles atribuidos a las mujeres en la sociedad patriarcal y en la familia (trastornos psíquicos) (Scott, 2011).

Algunos estudios atribuyen ciertos trastornos mentales a las mujeres, por ejemplo: la ansiedad de reinserción (cuando la mujer, después de haberse dedicado a las tareas del hogar, decide o se ve obligada a trabajar) (Hernández y González, 2019); la fobia a la desfloración, o temor a perder la virginidad (Amuchástegui, 1998); y la “neurosis del ama de casa”, que se refiere a la condición de la mujer que se dedica única y exclusivamente al hogar (Ferrer, 1998). Por lo anterior, es fundamental que en el campo de la SM se incorporen nuevas categorías de análisis, como el género, que se ha convertido en un determinante clave de

las condiciones de desigualdad en relación con lo masculino (Scott, 2011).

Dicha desigualdad establece una norma de diferencias entre géneros, al imponer jerarquías que devalúan a la mujer, particularmente en lo que se refiere a las relaciones de poder. En este sentido, también es fundamental considerar los afectos y las representaciones sociales asociadas a la maternidad (Scott, 2011).

Así, resulta imperativo incluir la categoría de calidad de vida al estudiar las llamadas “patologías de género femenino”; es decir, la depresión en las mujeres podría ser analizada a partir de las condiciones de vida depresógenas en las que se encuentran. En particular, los esfuerzos deben centrarse en deconstruir los conocimientos del modelo médico hegemónico, el cual naturaliza los padecimientos psicológicos de las mujeres y oculta las causas sociales, es decir, las condiciones de opresión y subordinación del género devaluado: el género femenino (Scott, 2011).

Como se ha señalado, a pesar de que la categoría de género influye claramente en las formas de enfermar de mujeres y hombres, la visión tradicional de la SM la ha relegado a ser simplemente un factor de riesgo. Por lo tanto, es necesario analizar los perfiles de morbilidad en SM desde una corriente crítica de pensamiento, como la medicina social.

En el orden burgués, la sexualidad femenina fue reprimida, ya que el goce debía ser entendido como maternal, no sexual. Si, por el contrario, la mujer no seguía esta lógica, se la consideraba “loca” (Foucault, citado en Burin *et. al.*, 1990). Durante la Revolución Industrial, la familia nuclear, compuesta por los hijos/as, el padre, la madre y algún familiar cercano, fue el modelo

predominante. La mujer se dedicaba a las tareas domésticas, al consumo, la crianza y a lo privado e íntimo, lo que se consideraba su “ámbito natural”, lo que, a su vez, contribuyó a su aislamiento. Esto generó el “ideal materno” (Burin *et. al.*, 1990).

En la actualidad, se analizan los criterios sexistas en el diagnóstico de SM y cómo estos determinan el tratamiento de las mujeres. Para ello, es necesario cuestionarse, desde una perspectiva social y cultural, qué representa la salud/enfermedad mental en las mujeres. Por lo que la mujer está históricamente asociada a la maternidad, lo que configura nociones como el individualismo, el esencialismo, el biologismo y la ahistoricidad (Burin *et. al.*, 1990).

Por otro lado, la manifestación de enfermedades mentales en las mujeres podría interpretarse como una forma de resistencia frente a las condiciones de opresión. Así, las histerias, por ejemplo, podrían entenderse como una forma de resistencia a la represión de la sexualidad femenina y a la maternidad no deseada (Burin *et. al.*, 1990).

Ramos-Lira (2014) señala que uno de los principales factores psicosociales de la depresión en México es ser mujer, especialmente aquellas que son jefas de familia, se dedican al hogar o al cuidado de un enfermo. Otros factores de riesgo psicosocial incluyen el bajo nivel socioeconómico, el desempleo, el aislamiento social, problemas legales, violencia, consumo de sustancias adictivas y la migración (Ramos-Lira, 2014).

Según el Informe sobre la situación de la salud mental y el consumo de sustancias en México, 2024, de 158, 814 personas que se atendieron; 51,780 fueron hombres y el resto mujeres: la ansiedad con un 51.5% y la depresión con 29.5% las

condiciones más prevalentes en ambas caso (CONASAMA, 2024). Los hombres no buscan ayuda por malestar emocional o quizá escondan su depresión en comportamientos adictivos, violentos o que los ponen en riesgo (Toquero y Salguero, 2013). Al respecto, el informe ya citado reporta que el 80.5% de urgencias atendidas por consumo combinado de sustancias en el 2023 fueron hombres, aún más grave el 90.3% de defunciones por consumo combinado de sustancias psicoactivas en 2022 fueron hombres: *grosso modo*, ser mujer es un factor de riesgo para la depresión y la socialización masculina es un factor de riesgo para la violencia y el consumo de sustancias (CONASAMA, 2024).

Una de las propuestas de Burín (1990a) en cuanto a los cuidados de salud mental es alejarse del modelo médico, ya que se ha demostrado que este no responde a las demandas de la vida cotidiana de las mujeres ni las reconoce. En su lugar, propone adoptar un enfoque comunitario, es decir, un modelo en donde el malestar de las mujeres se pueda visualizar y abordar. Las mujeres, como miembros de una comunidad, podrían reunirse en espacios propios de su entorno, como centros educativos, culturales, deportivos, entre otros (Burín *et.al.*, 1990a).

Por otro lado, en el ámbito de la SM, los trastornos se comprenden a través de los determinantes sociales de la salud, que se definen como un conjunto de condiciones que pueden influir en la aparición de enfermedades. Ejemplos de estos determinantes incluyen la edad, la clase social, el estado civil y la violencia. Algunos autores señalan que los determinantes más relevantes en la aparición de la depresión en las mujeres son las pérdidas recientes de algún familiar, el número de hijos, el incesto en la niñez, el estado civil, el aislamiento social, entre otros. El paradigma psi-

quiátrico, positivista enfatiza la necesidad de asistir a las mujeres para que, a su vez ellas puedan hacer lo mismo en la intimidad de sus hogares. Las mujeres se conciben como madres, esposas y amas de casa y se ubican en objetos de políticas asistenciales y no como sujetos que establecen sus propias necesidades (Burin *et. al.*, 1990).

Conclusión

A lo largo de este trabajo se revisó la corriente crítica de pensamiento médico-social, en la que se analizaron sus orígenes, objetos de estudio y la necesidad urgente de adoptar una perspectiva social renovada, comprometida con la transformación de las condiciones de vida, que permita comprender la salud/enfermedad como un proceso histórico/social. En un segundo momento, se abordó el surgimiento de la visión en SM, cuyo origen se remonta a un grupo de personas con enfermedades mentales, lideradas por un enfermo recuperado, que exigían condiciones humanas en la atención psiquiátrica. Estas demandas, que surgieron hace más de un siglo, siguen sin resolverse.

Es por esto que, históricamente, el campo de la salud mental se ha centrado en la prevención comunitaria. Sin embargo, con el tiempo, el desarrollo de esta visión se fue integrando al ámbito de la salud pública, lo que le hizo perder su esencia social y política, y su enfoque de justicia, para convertirse, en términos generales, en una disciplina que, para la psiquiatría, no es un objeto primordial la prevención.

Dadas estas circunstancias y otras más, los perfiles de morbilidad en SM no han cambiado. Esto nos indica de manera clara que el modelo multicausal, con sus factores de riesgo, no proporcionan una respuesta adecuada a la magnitud de

este problema, que crece alarmantemente en las mujeres.

Con base en el objetivo de este ensayo, que fue analizar la depresión de las mujeres desde una visión crítica de la medicina social y el género, como un proceso sociohistórico de la salud mental, se demuestra que en las estructuras de poder se reproducen y conservan las formas socialmente aceptadas de enfermar en las mujeres. Es decir, el padecimiento mental se vincula directamente con la salud reproductiva de las mujeres, lo que da lugar a condiciones como la depresión perinatal, la depresión durante el embarazo y en el postparto.

Es pertinente retomar el planteamiento de Burin (1990), quien señala que es crucial analizar las condiciones de la vida cotidiana para reflejar el malestar de las mujeres, y que debe hacerse una reflexión profunda sobre las categorías diagnósticas de salud mental que actualmente se utilizan. Mientras no se problematice esta cotidianidad, el malestar de las mujeres será atribuido al ámbito de lo “natural”. Otro problema asociado al diagnóstico de los trastornos mentales es el criterio sexista en el proceso salud/enfermedad/atención, que naturaliza estos padecimientos y les resta historicidad. Además, persiste la sobremedicalización mediante el uso excesivo de fármacos para tratar la depresión.

El retorno a la salud mental comunitaria, impulsado por la legislación y normativa mexicana actual a través de la CONASAMA y las reformas en materia de salud mental, tiene el potencial, además

de alinearse con los derechos humanos, de brindar a las mujeres la posibilidad de un cuidado más integral, el bienestar colectivo y la prevención, al permitir también que ellas decidan libremente sobre su maternidad.

La razón por la que este trabajo se ha centrado en mujeres jóvenes-adultas es que son quienes más recurren a los servicios de salud en busca de atención por depresión y ansiedad. Esto podría estar relacionado en gran medida con su socialización de género, las expectativas sobre la maternidad, las diversas jornadas laborales, las desigualdades, las vulnerabilidades y los contextos de violencia de género y precariedad económica, entre otros factores.

Aunado a lo anterior, este ensayo ha tocado brevemente el tema de la carga de morbilidad en los hombres, enfocándose en sus formas de socialización en relación con la atención en SM. Como se observó, el número de hombres que acuden a consulta general es bajo, pero se invierte notablemente cuando se trata de una urgencia relacionada con el consumo de sustancias.

Finalmente, aunque el objetivo planteado haya sido rebasado por la complejidad epistémica de la SM enfocada en la depresión en las mujeres, considero que esto no es una debilidad del escrito, sino una oportunidad para continuar con la reflexión. Como menciona Mabel Burin (1990), es crucial mantener una vigilancia constante sobre la salud de las mujeres en un sistema heteropatriarcal.

Referencias bibliográficas

- AMUCHÁSTEGUI, A. (1998). La dimensión moral de la sexualidad y de la virginidad en las culturas híbridas de México. *Relaciones*, vol. 74, Núm XIX: 102-133.
- CONASAMA. *Informe sobre la situación de la salud mental y el consumo de sustancias en México*. <https://www.gob.mx/conasama/documentos/informe-sobre-la-situacion-de-la-salud-mental-y-el-consumo-de-sustancias-en-mexico> (consulta el 11 de junio de 2024).
- BECERRA-PARTIDA, O. F. (2014). La salud mental en México, una perspectiva, histórica, jurídica y bioética. *Persona y Bioética*, vol. 18, Núm. 2: 238-253.
- BERTOLOTE, J. M. (2008). Raíces del concepto de salud mental. *World Psychiatry* (Ed Esp), vol. 6, Núm. 2: 113–116.
- BOURDIEU, P. (2020). *La dominación masculina*. Barcelona: Editorial Anagrama, 9-21.
- BURIN, M., MONCARZ, E., M., & VELÁZQUEZ, S. (1990). *El malestar de las mujeres. La tranquilidad recetada*. Argentina: Paidós.
- BURIN, M. (2 de agosto de 2004). Ante depresión o stress. La excesiva prescripción de tranquilizantes a mujeres, forma de control social. *La Jornada*. https://www.jornada.com.mx/2004/08/02/informacion/72_medicalizacion.htm (consulta 12 de junio de 2024).
- DE KEIJZER, B. (2022). Conferencia Magistral: La Salud de los Hombres en la Región de las Américas. *Foro de Análisis: Hombres, Salud y Enfermería* (26 de septiembre de 2022).
- DE LA FUENTE, R., MEDINA-MORA, M. E., & CARAVEO, J. (1997). *Salud Mental en México* (Primera Ed). México: Instituto Mexicano de Psiquiatría. Fondo de Cultura Económica.
- DIARIO OFICIAL DE LA FEDERACIÓN (7 de febrero de 1984). *Ley General de Salud*.
- FERRER, V. A., BOSCH, E. & GILI, M. (1998). Aspectos diferenciales en salud entre las mujeres que trabajan fuera del hogar y las amas de casa. *Psicothema*, vol. 10, Núm. 1: 53-63.
- FOUCAULT, M. (2017). *Los anormales*. México: Fondo de Cultura Económica.
- HERNÁNDEZ-MONTAÑO, A., & GONZÁLEZ-TOVAR, J. (2019). Predictores de la ansiedad en mujeres con trabajo remunerado. *Informes Psicológicos*, vol. 19, Núm. 2: 11-23.
- INSTITUTE FOR HEALTH METRICS AND EVALUATION (s/f). *Global Burden of Disease Study*. <https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/> (consulta 11 de junio de 2024).
- LAMAS, M. (2007). “Introducción”. En: Lamas, M. (coord.) *Miradas feministas sobre las mexicanas del siglo XX*. México: FCE-CONACULTA, 9-20.
- LAMAS, M. (2013). “Uso, dificultades y posibilidades de la categoría género”. En Careaga, C. (coord.) *El género-La construcción cultural de la diferencia sexual*. México: Porrúa, 327-366.
- LAURELL, A. C. (1982). La Salud-Enfermedad como proceso social. *Cuadernos Médicos Sociales*, vol. 86, Núm. 19: 2–10.
- LEÓN, M. (2002). La atención comunitaria en salud mental. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, vol. 18, Núm. 5: 340-342.
- LEY GENERAL DE SALUD (16 de mayo de 2022). *DECRETO por el que se reforman, adicionan y derogan diversas disposiciones de la Ley General de Salud, en materia de Salud Mental y Adicciones*.
- LÓPEZ, O. Y PEÑA, F. (2006). Salud y Sociedad. Aportaciones del pensamiento latinoamericano. *Social Medicine / Medicina Social*, vol. 1, Núm. 3: 82–102.
- MIRANDA, G. (2018). ¿De qué hablamos cuando hablamos de salud mental? *Utopía y Praxis Latinoamericana*, vol. 23, Núm. 83: 86-95.

- OMS (s/f). *La OMS mantiene su firme compromiso con los principios establecidos en el preámbulo de la Constitución*. <https://www.who.int/es/about/governance/constitution> (consulta el 29 de noviembre de 2024).
- OPS (s/f). *Salud Mental*. <https://www.paho.org/es/temas/salud-mental> (consulta el 29 de noviembre de 2024).
- ORDORIKA, T. (2009). Aportaciones sociológicas al estudio. *Revista Mexicana de Sociología de la salud mental de las mujeres*, vol. 71, Núm. 4: 647-674.
- RAMOS-LIRA, L. (2014). ¿Por qué hablar de género y salud mental? *Salud Mental*, vol. 37, Núm. 4: 275-281.
- RÍOS, A. Y LÓPEZ X. (2017). “Introducción”. En: Ríos, A. (coord.). *Los pacientes del manicomio la Castañeda y sus diagnósticos una historia de la clínica psiquiátrica en México 1910-1968*. México: Universidad Nacional Autónoma de México Instituto de Investigaciones Históricas, 11-41.
- SCOTT, J. W. (2011). Género: ¿Todavía una categoría útil para el análisis? *La Manzana de La Discordia*, vol. 6, Núm. 1: 95-101.
- SCOTT, J. W. (2013). El género: Una categoría útil para el análisis histórico. En Carceaga G. (coord.) *El género-La construcción cultural de la diferencia sexual*. México: Porrúa, 265-302.
- TOQUERO, M. A. Y SALGUERO, M. A. (2013). Los significados de ser hombre asociados al consumo de sustancias psicoactivas. La ventana. *Revista de estudios de género*, vol. 4, Núm. 38: 372-404.