
This is the **published version** of the article:

Martín Alcázar, Núria; Pujal i Llombart, Margot , dir. Deprimidas, Culpables y Medicalizadas. La transformación de la desigualdad en Psicología a través del abordaje de la depresión desde la perspectiva de género. 2021. 53 pag. (1485 Grau en Psicología)

This version is available at <https://ddd.uab.cat/record/250768>

under the terms of the  license

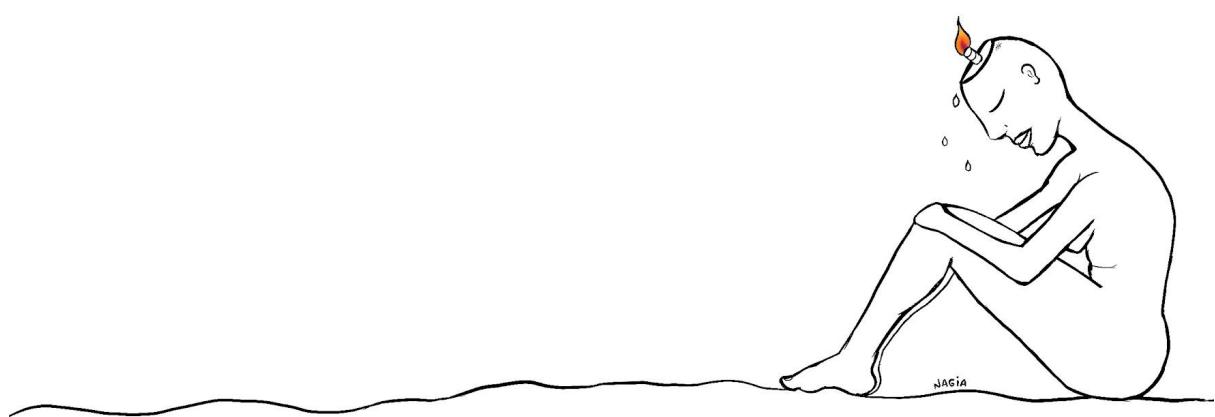
Deprimidas, Culpables y Medicinalizadas

La transformación de la desigualdad en Psicología a través del abordaje de la depresión desde la perspectiva de género

Autora: Núria Martín Alcázar

Tutora: Margot Pujal i Llombart

Grado de Psicología, 2021



*“Porque estoy intentando construir una casa,
una casa donde tengan refugio
todos esos destellos que me han traído hasta aquí.
Unos cimientos y unas paredes que den cobijo a las palabras,
a las nanas, a los animales. Que pueda sentirme acompañada
no de fantasmas, no de sombras. Que me sienta segura
para hablar del lugar del que vengo y en el que vivo.
Pero siempre que empiezo a poner el siguiente ladrillo pasa lo
mismo: la casa que construía, solo estaba llena de hombres.”*

María Sánchez - Tierra de mujeres

Resumen

La depresión es considerado un trastorno crónico que se da en una de cada tres personas. Concretamente, las mujeres duplican a los hombres en dicho trastorno, acuden más a los servicios sanitarios y consumen más psicofármacos. Debido a que la Ley 17/2015 de Igualdad efectiva de hombres y mujeres obliga a incorporar la perspectiva de género en todos los ámbitos del conocimiento, se realiza una revisión sistemática sobre cómo se está abordando actualmente la depresión desde la perspectiva biopsicomédica como modelo hegemónico, analizando el impacto transformador que conlleva incorporar la perspectiva de género. Desde la perspectiva biopsicomédica la depresión se conceptualiza como una patología interna a las mujeres debido a la fluctuación hormonal durante su ciclo reproductivo. Como consecuencia, se trata en base a psicofármacos y terapias de neuromodulación. En cambio, desde la perspectiva de género se considera que el malestar de las mujeres se debe a la desigualdad y la subordinación a la que socialmente están sometidas y se trata en base al empoderamiento. Por lo tanto, se observa como desde el modelo biopsicomédico aborda la depresión de forma descontextualizada ignorando el origen del sufrimiento de las mujeres e individualizando dicho trastorno. Esto conlleva a una patologización y culpabilización de las mujeres, considerándolas seres pasivos en su recuperación. Si conseguimos que se realice un trabajo interdisciplinar, incorporando la perspectiva de género, podremos conseguir un abordaje más inclusivo, justo y global, disminuyendo la prevalencia de depresión en mujeres y la cronicidad de dicho trastorno.

Palabras clave: Depresión; Malestar; Perspectiva de Género; Patologización; Medicalización.

Abstract

Depression is seen as a chronic disorder present in one in every three people. Specifically, women twice men in this disorder, they visit health services more often and consume more psychotropic drugs. Because of “Effective equality of men and women Law” that requires to incorporate gender approach at all knowledge levels, this systematic review presents a critical analysis about biopsychomedical perspective as a hegemonic model, analyzing the transformative impact of gender perspective incorporation. From biopsychomedical approach, depression is conceptualized as a woman's internal pathology due to hormonal fluctuation during their reproductive cycle. As a result, depression is treated with pharmacotherapy and neuromodulation therapy. Instead, the gender perspective believes that women's malaise is due to the inequality and subordination to which they are socially subjected, and is treated on the basis of empowerment. Therefore, it can be seen how biopsychomedical model deals with depression in a decontextualized way, ignoring the origin of women's suffering and individualizing the disorder. This leads to a woman's pathologization and culpabilization, considering them as passive beings in their recovery. If we can do interdisciplinary work between both approaches, we will achieve a more inclusive, fair and global approach, thus reducing depression's women prevalence and her chronicity.

Key words: Depression; Malaise; Gender Perspective; Medicalization; Pathologization.

ÍNDICE

1. Relevancia, utilidad e implicaciones sociales	5
2. Diseño y objetivo general	7
3. Objetivos específicos	7
4. Metodología	7
a. Motores de búsqueda	7
b. Criterios de inclusión y exclusión	8
c. Palabras clave	9
d. Proceso de selección	10
e. Análisis	10
f. Consideraciones éticas	10
5. La depresión desde una perspectiva biopsicomédica	11
a. Concepción de la depresión	11
b. Factores que conllevan a una mayor prevalencia de trastornos depresivos en mujeres	12
c. Abordaje de la depresión	14
6. La depresión desde una perspectiva de género	17
a. Concepción de la depresión	17
b. Factores que conllevan a una mayor prevalencia de trastornos depresivos en mujeres	18
c. Abordaje de la depresión	25
7. Comparación de ambos modelos en la concepción y el abordaje de la depresión	27
8. Reflexiones finales: El impacto transformador de la incorporación de la perspectiva de género	28
9. Limitaciones y puntos fuertes	33
10. Referencias bibliográficas	34
11. Anexos	42

RELEVANCIA, UTILIDAD E IMPLICACIONES SOCIALES

En el imaginario social y cultural la depresión ha tenido, y tiene, rostro de mujer. Este trabajo parte de cuestionar esta realidad, la cual el paradigma científico se ha encargado de enmascarar a lo largo de los años a través de su incuestionable evidencia.

La depresión es considerado uno de los trastornos más frecuentes y la primera causa de suicidio en las sociedades occidentales actuales. Se predecía que en 2020 la depresión (que según la Organización Mundial de la Salud se da en una de cada 3 personas (OMS, 2020)) iba a ser la principal causa de discapacidad, junto a la ansiedad y las quejas somáticas (Pujal i Llombart, Calatayud y Amigot, 2020).

Los denominados trastornos mentales comunes¹ los sufren sobre todo las mujeres, que duplican a los varones en estos. Ellas también acuden más a los servicios sanitarios y consumen más psicofármacos, índice que ha aumentado en la última década de forma significativa (Pujal i Llombart, 2018). Además, los estudios sobre morbilidad diferencial en salud mental estiman que es el doble de probable que a las mujeres se les prescriba medicación psicotrópica para depresión que a los varones (García-Dauder y Pérez-Sedeño, 2017).

Los datos indican que en España el 9,1% de las mujeres (mayores de quince años) ha sido diagnosticada de depresión frente al 4,0% de los hombres (Zapata, 2019). Concretamente, en Cataluña, según la Enuesta de Salut de Catalunya (ESCA, 2019) el 7,2% de la población de 15 años y más sufre depresión mayor o depresión mayor severa (4,7% de los hombres y 9,6% de las mujeres). Este porcentaje aumenta con la edad (sobre todo a partir de los 75 años, que es del 12,1%) y es más elevado en las personas que pertenecen a la clase social menos favorecida (8,9% la clase III y 3,7 % la clase I) y en las personas con un nivel de estudios más bajo (12,0% las que tienen estudios primarios o no tienen y 2,6% las personas con estudios universitarios).

El porcentaje de población con depresión mayor se mantiene estable desde el 2017 y, aunque se observa una tendencia a disminuir en las mujeres y a aumentar en los hombres, no se han encontrado diferencias estadísticamente significativas entre el 2018 y el 2019.

¹ Los trastornos mentales comunes (TMC) incluyen la ansiedad, la depresión y la somatización.

También es importante destacar que a pesar de la división y diferenciación binaria, sería interesante y necesario saber dónde se incluyen, si es que se están incluyendo, aquellas personas no identificadas dentro del sistema sexo-género binario y en el caso de que no se estén incluyendo, hacerlo.

En este aspecto es importante destacar por ejemplo las personas hermafroditas o intersexuales, las cuales suelen presentar mayores niveles de sintomatología psicológica, tales como el desánimo, la ansiedad y la depresión (Esteban, et al., 2018). O el caso de las personas trans, a las cuales la exposición continua a estrés de minoría² puede afectar a su salud mental de diversas formas (De la Hermosa, 2018), entre las que se encuentra la presencia de síntomas de depresión (Connolly, 2016, Wilson, 2016). Además, según la Alianza Nacional para la Salud Mental, las personas LGBTQ tienen casi tres veces más riesgo de sufrir trastornos de salud mental, como depresión, que las personas heterosexuales (Synergy Health Programs, 2020).

Por último, es importante mencionar la cronicidad del diagnóstico por depresión. Las cifras que hemos visto sobre el diagnóstico por depresión aparecen siempre dentro de la categoría de “enfermedades crónicas”. Es decir, desde la propia institución, o al menos, el discurso que se transmite desde los estudios estadísticos, es que la recuperación de las depresiones es imposible, o como mínimo, difícil de alcanzar. (Zapata, 2019)

A raíz de todos estos datos, se observa la alta prevalencia de depresión a nivel mundial, la cronicidad de dicho trastorno, el alto porcentaje de mujeres que la sufren en comparación a los hombres y el consecuente consumo de psicofármacos por parte de estas.

Por todo ello y debido a que la Ley 17/2015³ de Igualdad efectiva de hombres y mujeres obliga a incorporar la perspectiva de género de manera transversal en todos los ámbitos del conocimiento⁴ (IV PAG, 2019), resulta relevante hacer una revisión sistemática sobre cómo se está abordando actualmente la depresión desde la perspectiva biopsicomédica como modelo hegemónico y analizar el impacto transformador que conlleva incorporar a dicho modelo la perspectiva de género.

² Estrés de minoría: estrés añadido extra al estrés de la vida habitual de una persona como consecuencia de formar parte de una categoría social estigmatizada y minoritaria (Meyer, 1995 cit. en De la Hermosa, 2018).

³ L 17/2015 – Llei 17/2015, de 21 de juliol, d’igualtat efectiva de dones i homes. Diari Oficial de la Generalitat, núm . 6919, de 23 .7 .2015.

⁴ Estudiando su sentido, en el caso de la depresión, dentro de las Ciencias de la Salud.

Así podremos tener presentes la prevalencia y diferencias de la depresión en mujeres y hombres e indagar sobre los motivos por los cuales estas se producen, teniendo en cuenta el contexto social y las relaciones de poder que nos envuelven y nos constituyen. De esta forma, nos permitirá abordar la depresión de forma no solamente más objetiva e inclusiva sino también más efectiva.

DISEÑO Y OBJETIVO GENERAL

Se realiza una revisión sistemática con el objetivo de analizar el impacto transformador de la perspectiva de género en el abordaje de la depresión a través de la literatura científica.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar las características del modelo biopsicomédico como modelo hegemónico en la construcción del diagnóstico y el abordaje de la depresión.
- Recoger literatura científica transdisciplinar sobre cómo influye la perspectiva de género en la construcción del diagnóstico y el abordaje de la depresión.
- Contrastar el abordaje de la depresión desde una perspectiva biopsicomédica con el impacto transformador del abordaje con perspectiva de género.
- Describir las limitaciones y posibilidades que ofrece cada uno de los modelos en el abordaje de la depresión.

METODOLOGÍA

Motores de búsqueda

La búsqueda de publicaciones se ha llevado a cabo de formas diferentes en función de si realizaba la búsqueda con la finalidad de encontrar artículos con perspectiva biopsicomédica o bien si quería encontrar material con perspectiva de género.

La búsqueda de publicaciones con perspectiva biopsicomédica se ha llevado a cabo de forma sistemática en las bases de datos electrónicas PubPsych, Pubmed, Web of Science, Psicodoc, PsycInfo, ScienceDirect y Dialnet.

Por lo que hace a la búsqueda de publicaciones con perspectiva de género, además de realizarse a través de las bases de datos electrónicas también se ha realizado mediante otro tipo de publicaciones especializadas como libros, tesis doctorales y revistas digitales, debido a la dificultad de encontrar material con dicha perspectiva en bases de datos electrónicas.

Criterios de inclusión y exclusión de artículos

Los criterios de inclusión y exclusión fueron determinados en función de la perspectiva sobre la que se hizo la búsqueda.

En relación con la perspectiva biopsicomédica, se incluyeron:

- Artículos científicos relacionados con el abordaje de la depresión desde una perspectiva biológica, psicológica y/o médica.
- Artículos redactados en español, catalán o inglés.
- Artículos publicados entre 2015 y 2021.
- Artículos de investigación de la depresión que incluyesen a mujeres en su muestra.
- Artículos que hiciesen referencia a las diferencias sexuales en la depresión.

Se excluyeron todos aquellos trabajos que:

- No cumplieran los criterios anteriormente mencionados.
- Abordaran depresiones que no tuvieran una relación directa con el sistema de sexo-género, como la depresión causada como consecuencia de una enfermedad orgánica o aquella causada exclusivamente por la pérdida de un ser querido.⁵

En relación con la perspectiva de género, se incluyeron:

- a) Publicaciones relacionadas con el abordaje de la depresión desde una perspectiva de género y/o feminista.
- b) Publicaciones redactadas en español, catalán o inglés.
- c) Publicaciones que hiciesen referencia de forma directa y/o indirecta al malestar de género.

Se excluyeron todos aquellos trabajos que:

- No cumplieran los criterios anteriormente mencionados.
- No hiciesen referencia a mujeres o no las incluyeran en su muestra.

⁵ De este tipo de depresión he encontrado una gran cantidad de artículos publicados.

Palabras clave

Los términos y relaciones utilizados para realizar la búsqueda han sido establecidos en catalán, castellano e inglés.

En la búsqueda de artículos con perspectiva biopsicomédica los términos y relaciones han sido los siguientes:

- (“women depression”) and (“treatment” or “psychotherapy” or “Cognitive Behavioral Therapy” or “CBT” or “symptoms” or “Sex Differences” or “Gender Differences” or “DSM”).
- (“depresión mujer” o “depresión mujeres”) y (“tratamiento” o “psicoterapia” o “Terapia Cognitivo Conductual” o “TCC” o “síntomas” o “diferencias sexo” o “diferencias género” o “DSM”).
- (“depressió dona” o “depressió dones”) i (“tractament” o “psicoterapia” o “Terapia Cognitivo Conductual” o “TCC” o “símptomes” o “diferències sexe” o “diferències gènere” o “DSM”).

Por lo que hace a la búsqueda de publicaciones con perspectiva de género los términos y relaciones han sido los siguientes:

- (“women depression”) and (“feminist perspective” or “feminism” or “psychological malaise” or “gender malaise” or “malaise” or “femininity” or “medicalization” or “vulnerability”).
- (“depresión mujer” o “depresión mujeres”) y (“perspectiva feminista” o “feminismo” o “malestar de las mujeres” o “malestar de género” o “feminidad” o “medicalización” o “vulnerabilidad”).
- (“depressió dona” o “depressió dones”) i (“perspectiva feminista” o “feminisme” o “malestar”⁶ o “malestar de gènere” o “feminitat” o “medicalització” o “vulnerabilitat”).

⁶ Al buscar malestar únicamente aparecían artículos que hacían referencia al malestar psicológico y/o emocional, pero no al malestar de género.

Proceso de selección

El proceso de selección consistió en dos fases. En la primera fase se hizo un cribado de los artículos en base al título y el abstract. Los trabajos seleccionados con perspectiva biopsicomédica en esta primera fase fueron un total de 21 artículos, en cuanto a la perspectiva de género el número total de publicaciones seleccionadas fue de 30.

En la segunda fase el cribado se realizó a través de una revisión del artículo entero y se seleccionaron aquellas publicaciones que cumplieran con los criterios establecidos previamente. La selección definitiva con perspectiva biopsicomédica constó de 10 artículos, la de perspectiva de género constó de 12 publicaciones. Por lo tanto la selección final quedó formada por un total de 22 publicaciones (ver en anexos).

Análisis

El análisis del contenido de los artículos seleccionados se realizó siguiendo las directrices para el análisis de la información en revisiones sistemáticas de Perestelo-Pérez (2013), a través de un índice creado previamente que sirvió como guía para extraer la información de cada uno de ellos. La información se extrajo en dos partes: por un lado se extrajo toda la información de aquellos materiales con perspectiva biopsicomédica y por otro lado se extrajo la información de aquellas publicaciones con perspectiva de género.

Las categorías que se usaron a la hora de extraer la información y distribuirla fueron las siguientes: Concepción de la depresión, sintomatología, causas y prevalencia, metodología llevada a cabo y resultados de dicha intervención.

Una vez fue extraída la información necesaria, esta fue ordenada y sintetizada en nuevas categorías acordes con el contenido que se aportaba. Por último, una vez finalizada la síntesis de ambos modelos se realizaron las conclusiones con aquello más relevante de cada uno aportando así una visión crítica a aquel análisis que previamente había sido de carácter imparcial.

Consideraciones éticas

Al tratarse de una revisión sistemática, no existe participación humana, por lo que no se aplica el código ético de experimentación en humanos. No obstante en esta revisión únicamente serán incluidos aquellos trabajos que utilicen un lenguaje éticamente correcto y una selección no sesgada de los participantes.

Asimismo no se excluirán trabajos en función del país de procedencia. Además la información será tratada desde una perspectiva de género proporcionando así una visión más inclusiva y objetiva.

LA DEPRESIÓN DESDE UNA PERSPECTIVA BIOPSICOMÉDICA

El modelo biomédico preponderante en la actualidad, basado en la fisiopatología, explica la enfermedad como un trastorno anatomo-fisiológico ligado, por tanto, a la biología. Desde esta perspectiva la enfermedad queda definida por síntomas y signos objetivos correlacionables con un trastorno orgánico desembocando en un tratamiento farmacológico o quirúrgico cuya eficacia se basa en la acción directa sobre los procesos biológicos. En este, se barajan hipótesis neuro-endocrino-inmunes o virales para los síndromes funcionales y disfunciones bioquímicas para los mentales. (Velasco, 2006).

En esta revisión se hará referencia a este modelo como “biopsicomédico”⁷ debido a que se tienen en cuenta también las bases biológicas de la Psicología.

Concepción de la depresión

La depresión es un tipo de trastorno recogido en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-V) que afecta a personas de cualquier edad y sexo y que se manifiesta con síntomas psicológicos, cognitivos, somáticos y/o sociales (Álvarez-Mon, Pereira y Ortúño, 2017).

Entre los psicológicos encontramos síntomas como ánimo depresivo, pérdida de interés, anhedonia, tristeza, pesimismo, irritabilidad, labilidad emocional, sentimientos de culpa e insuficiencia, baja autoestima, pérdida de motivación y sentimientos de desesperanza.

Dentro de los cognitivos se incluyen dificultad para tomar decisiones, disminución de la capacidad de concentración, fallos mnésicos y distorsiones en el pensamiento.

⁷ Concepto elaborado en la investigación con título *Les veus silenciades en temps d'igualtat. El dolor des d'una perspectiva de gènere*, financiada en convocatoria competitiva por el Institut Català de les Dones, 2010-2011, Ref. U-27/10, para hacer notar las confluencias entre el discurso biomédico y algunas orientaciones en la Psicología en relación con la construcción de una explicación individualizada y psicopatologizante del malestar físico y/o psíquico (Mora & Llombart, 2014)

En cuanto a los somáticos encontramos inactividad, comportamiento sedentario, alteraciones del sueño, cambios en el ritmo circadiano, pérdida de apetito, pérdida de peso, cansancio, fatiga, molestias y dolores, disminución de la libido, agitación, abandono de los autocuidados y en ocasiones ansiedad.

Por lo que hace a los síntomas sociales se presentan la reducción de la productividad en el trabajo, evitación de actividades sociales y dificultades con el hogar y la vida familiar.

Y por último, cuando la depresión es severa pueden manifestarse síntomas psicóticos, como alucinaciones y paranoia y en casos extremos ideas autolíticas y pensamientos suicidas.

Factores que conllevan a una mayor prevalencia de trastornos depresivos en mujeres

A pesar de su alta incidencia y del impacto socioeconómico que conlleva, la etiología de la depresión sigue sin conocerse con seguridad (LeGates, Kvarta y Thompson, 2018). Sin embargo, los artículos consideran que existen diversos factores de riesgo que inciden en la mayor probabilidad de las mujeres de sufrir depresión. Estos los podemos agrupar en:

- Factores biológicos: la heredabilidad de la depresión es aproximadamente de entre un 35-45%, es por eso que las mujeres muestran una mayor vulnerabilidad genética. Otro factor de riesgo biológico es la fluctuación de hormonas reproductivas. (Bromberger y Neill, 2018)
- Factores socio-ambientales: Estudios muestran que tener un bajo nivel de estudios y un nivel socioeconómico bajo provoca un mayor riesgo de sufrir depresión. También aumentan dicho riesgo el estrés crónico y/o agudo y las relaciones sociales pobres. (Bromberger y Neill, 2018). A esto se le añade la exposición a la violencia, abusos sexuales, violencia doméstica, migración y dificultades en el trabajo (Otte et al., 2016). Otros factores sociales que influyen son la reducción de su tiempo personal (Otero, Vázquez, Ferraces, Blanco y Torres, 2015) y el papel de la mujer como cuidadora de otros seres humanos (Krauskopf y Valenzuela, 2020).
- Factores psicológicos: Algunos rasgos de personalidad conllevan a tener un mayor riesgo de sufrir depresión como por ejemplo, los rasgos de ansiedad, neuroticismo, rumiación y pesimismo. También la presencia de eventos traumáticos en el pasado. (Bromberger y Neill, 2018). Otro aspecto que puede ser de riesgo para sufrir depresión es el déficit en habilidades de solución de problemas (Otero et al., 2015).

- Factores de salud: fumar, un estado de inactividad, problemas en el sueño, y comorbilidad con otras enfermedades pueden ser factores de riesgo para contraer depresión. Además, la actividad física y la depresión están inversamente relacionadas. (Bromberger y Neill, 2018).

Entre dichos factores, a nivel biopsicomédico parece que el factor principal y el que más relevancia tiene en cuanto a las diferencias de género es el factor biológico, y en concreto la fluctuación hormonal. En esta selección de artículos encontramos en común que destacan el elevado riesgo que tiene la mujer de desarrollar episodios depresivos durante sus años reproductivos (Sassarini, 2016) y específicamente en los períodos de transición hormonal como la menarca, el embarazo y la perimenopausia (Krauskopf y Valenzuela, 2020).

La fluctuación hormonal hace referencia a que durante el periodo reproductivo de la mujer los niveles hormonales sufren variaciones, en especial los niveles de estrógenos y progesterona. Estas hormonas modulan la transmisión sináptica (LeGates, Kvarta y Thompson, 2018) y tienen un efecto sobre la secreción de monoaminas (Álvarez-Mon et al., 2017), serotonina, dopamina y noradrenalina, implicados en el desarrollo de la depresión (Bromberger y Neill, 2018).

Según este modelo, esto explica la alta prevalencia de depresión en el embarazo (se presenta entre un 14-25% de las mujeres embarazadas) y de depresión posparto (se presenta en un 40-60% de las mujeres), únicamente en mujeres (Krauskopf y Valenzuela, 2020). Además, el Penn Ovarian Ageing Study describe que el diagnóstico de la depresión se da dos veces más durante la transición de la menopausia (MT) que durante la premenopausia (Bromberger y Neill, 2018).

También afirman que el hecho de que la diferente prevalencia de la depresión en hombres y mujeres surja en la adolescencia (LeGates et al., 2018) se debe a que hasta la pubertad hay una ausencia de Síndrome Premenstrual (PMS) (Sassarini, 2016), es decir que la fluctuación hormonal aún no se ha dado.

Abordaje de la depresión

En el modelo biopsicomédico, para el diagnóstico de la depresión el principal instrumento que se utiliza es el DSM-V, editado por la Asociación Americana de Psiquiatría (APA). Los criterios diagnósticos del trastorno depresivo mayor son los siguientes: (ver Tabla 1).

Criterios para el diagnóstico del trastorno depresivo mayor. DSM-V.

A. Cinco (o más) de los síntomas siguientes han estado presentes durante el mismo período de dos semanas y representan un cambio del funcionamiento previo; al menos uno de los síntomas es (1) estado de ánimo deprimido o (2) pérdida de interés o de placer. Nota: No incluir síntomas que se pueden atribuir claramente a otra afección médica.

1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva (p. ej., se siente triste, vacío, sin esperanza) o de la observación por parte de otras personas (p. ej., se le ve lloroso) (Nota: en niños y adolescentes, el estado de ánimo puede ser irritable)
2. Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días (como se desprende de la información subjetiva o de la observación).
3. Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso (p. ej., modificación de más del 5% del peso corporal en un mes) o disminución o aumento del apetito casi todos los días (Nota: en los niños, considerar el fracaso para el aumento de peso esperado)
4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días.
5. Agitación o retraso psicomotor casi todos los días (observable por parte de otros; no simplemente la sensación subjetiva de inquietud o de enlentecimiento).
6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.
7. Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente el autorreproche o culpa por estar enfermo).
8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días (a partir de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas).
9. Pensamientos de muerte recurrentes (no sólo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.

B. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento. Nota: Las respuestas a una pérdida significativa (p. ej., duelo, ruina económica, pérdidas debidas a una catástrofe natural, una enfermedad o discapacidad grave) pueden incluir el sentimiento de tristeza intensa, rumiación acerca de la pérdida, insomnio, pérdida del apetito y pérdida de peso que figuran en el criterio A, y pueden simular un episodio depresivo. Aunque estos síntomas pueden ser comprensibles o considerarse apropiados a la pérdida, también se debería pensar atentamente en la presencia de un episodio de depresión mayor además de la respuesta normal a una pérdida significativa. Esta decisión requiere inevitablemente el criterio clínico basado en la historia del individuo y en las normas culturales para la expresión del malestar en el contexto de la pérdida.

C. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica. Nota: Los criterios A-C constituyen un episodio de depresión mayor.

D. El episodio de depresión mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, trastorno delirante u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.

E. Nunca ha habido un episodio maníaco o hipomaníaco. Nota: esta exclusión no se aplica si todos los episodios de tipo maníaco o hipomaníaco son inducidos por sustancias o se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de otra afección médica.

Tabla 1: extraída de Depresión en la mujer (Rueda, 2018)

Cómo métodos de intervención para la depresión, desde el modelo biopsicomédico existen dos tipos de tratamiento: psicoterapia y farmacoterapia (Sassarini, 2016). Además, en casos de depresión grave o de resistencia a los psicofármacos también se utiliza la terapia de neuromodulación (Álvarez-Mon et al., 2017).

Psicoterapia

Los tipos de psicoterapia que más se utilizan para el tratamiento de la depresión son los siguientes:

- Terapia Cognitivo Conductual (TCC): El tipo de psicoterapia que más se utiliza (Álvarez-Mon et al., 2017). Esta se basa en enseñar al paciente a refutar los pensamientos distorsionados y modificar comportamientos nocivos (Rueda, 2018).
- Terapia interpersonal: se enfoca en el análisis crítico de los factores sociales que influyen en el desarrollo de psicopatologías (Rueda, 2018).
- Intervención basada en solución de problemas: consiste en el entrenamiento de las habilidades de solución de problemas. En concreto trabaja la orientación al problema y el estilo de solución (Otero et al., 2015).
- Psicoterapia de apoyo: se intenta ayudar al paciente a mantener o restablecer su mejor nivel posible de funcionamiento global a pesar de las limitaciones que impongan la enfermedad, la personalidad y las circunstancias que lo rodean (Álvarez-Mon et al., 2017).
- Terapia conyugal: Las dificultades conyugales son un factor estresante que con frecuencia conducen a cuadros depresivos (Álvarez-Mon et al., 2017).
- Terapia psicoanalítica: se pretende que el sujeto sea capaz de hacer conscientes sus mecanismos de defensa intrapsíquicos (Álvarez-Mon et al., 2017).
- Terapia psicodinámica: Se centra en resolver los conflictos interpersonales del pasado bajo la hipótesis de que estos son el motivo subyacente del episodio actual (Álvarez-Mon et al., 2017).

Farmacoterapia

La farmacoterapia teóricamente se usa para tratar personas con depresiones severas o que no responden a la psicoterapia. Las personas deprimidas tienen niveles bajos de serotonina y dopamina en el hipotálamo y el hipocampo (Rueda, 2018). Lo mismo sucede con la noradrenalina y las monoaminas. Por lo tanto, lo que se busca con la administración de psicofármacos es que dichos niveles aumenten. Los principales psicofármacos administrados para el tratamiento de la depresión son los siguientes:

- Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS): constituyen el tratamiento farmacológico de primera línea en los trastornos depresivos por su perfil eficacia/tolerabilidad.

Algunos ejemplos son: fluesertralina, citalopram y escitalopram, fluoxetina, fluvoxamina, paroxetina y sertralina. (Álvarez-Mon et al., 2017).

- Antidepresivos tricíclicos (ADT): bloquean la recaptación de serotonina y noradrenalina. Algunos ejemplos son: clomipramina, amitriptilina e imipramina. (Álvarez-Mon et al., 2017).
- Inhibidores de la monoaminooxidasa (IMAOS), impiden la degradación de monoaminas (Pereira y Molero, 2019).
- Inhibidores de la recaptación de serotonina y la noradrenalina (SNRI)
- Nomifensina, Mirtazapina y Bupropión: inhiben la recaptación de noradrenalina, dopamina y serotonina (Álvarez-Mon et al., 2017).
- Administración de litio, debido a que provoca una inhibición no competitiva del inositol monofosfatasa (Hernán, 2001).
- Terapia hormonal sustitutiva: tratamiento de estrógenos con el fin de regular los niveles de este (Bromberger y Neill, 2018).
- Antipsicóticos, ansiolíticos e hipnóticos para aliviar síntomas ansiosos intensos y mejorar el sueño (Pereira y Molero, 2019).
- Ketamina y esketamina: están emergiendo como posibles tratamientos pero, deben ser administrados en régimen hospitalario y aún no forman parte de la farmacopea española (Pereira y Molero, 2019).

Terapia de neuromodulación

Bajo los supuestos de que en la patogenia de la depresión se incluye una disfunción en la actividad de áreas cerebrales corticales y subcorticales, se llevan a cabo técnicas que busquen la modulación artificial y duradera en la actividad de las neuronas mediante la estimulación eléctrica o electromagnética (Álvarez-Mon et al., 2017). Encontramos diversos métodos:

- Terapia electroconvulsiva (TEC): No se conoce por completo su mecanismo de acción. Consiste en una estimulación eléctrica que provoca convulsiones y durante estas aumenta el riego sanguíneo cerebral, el consumo de glucosa, el oxígeno y la permeabilidad de la barrera hematoencefálica. (Álvarez-Mon et al., 2017).
- Estimulación magnética transcraneal (TMS): consiste en una neuromodulación selectiva de regiones cerebrales disfuncionales a través de la aplicación de un campo magnético de alta intensidad sobre el cuero cabelludo (Álvarez-Mon et al., 2017).

- Estimulación del nervio vago (VNS): trata de lograr una neuromodulación indirecta de las redes cerebrales y puede consistir en una estimulación invasiva o no invasiva del X par craneal (Álvarez-Mon et al., 2017).
- Estimulación cerebral profunda (DBS): busca una neuromodulación potente, específica y reversible de las áreas cerebrales disfuncionales. Requiere una implantación quirúrgica de electrodos en las regiones dianas, por lo que entraña riesgos adicionales. (Álvarez-Mon et al., 2017).

LA DEPRESIÓN DESDE UNA PERSPECTIVA DE GÉNERO

La perspectiva de género se trata de un enfoque que considera el sexo y el género como variables analíticas y explicativas clave. Implica prestar atención a las similitudes y a las diferencias en las experiencias, intereses, expectativas, actitudes y comportamientos de las mujeres y los hombres, así como identificar las causas y consecuencias de la desigualdad de género para poder combatirla (AQU Catalunya, 2018).

El objetivo del análisis de género en las políticas de salud es relevar las conexiones entre el sexo, las relaciones de género y la política de salud en cuestión, de manera que se muestre el impacto de estas conexiones en la salud y el impacto de obviar este análisis, en las desigualdades de género (Peiró y Mas, 2012).

Concepción de la depresión

Desde la perspectiva feminista aparece un nuevo concepto, el malestar de género, en lugar del de categoría diagnóstica y/o trastorno psicológico, utilizados por la Psiquiatría hegemónica. El malestar de género es entendido como experiencia heterogénea y conflictiva, en relación con la regulación del sistema de género, y está presente sobre todo en las mujeres (al ser en estas más intensa y extensa la regulación) pero también en los varones (aunque la deconstrucción de la masculinidad ha sido menos estudiada hasta el momento). Se trata por tanto, de una experiencia subjetiva de sufrimiento en relación con el sistema de género, que actúa como mecanismo de poder. (Pujal i Llombart, Calatayud y Amigot, 2020).

Velasco et al. (2007) (citado por Iáñez et al., 2018) plantean que el papel de los factores de género llevó en 1988 a formular que determinadas formas de dolor y alteraciones mentales comunes son expresiones del malestar que experimentan las mujeres, lo que llamaron «la otra salud mental» refiriéndose a los sufrimientos determinados por las formas de la vida cotidiana de estas.

Se define así el malestar como el sufrimiento que no puede ser descifrado y expresado en palabras y que aparece como sufrimiento anímico o en el cuerpo como síntomas somáticos y anímicos sin causa orgánica demostrable. Se agrupan bajo el término síndromes del malestar de las mujeres las alteraciones mentales comunes, –ansiedad, depresión y síntomas somáticos– y dolores sin causa orgánica. (Velasco, 2006).

Por lo tanto, la perspectiva de género comprende el malestar psicológico como sintomatología vinculada a la desigualdad (Pujal i Llombart et al., 2020) donde diferentes estructuras socioculturales (género, edad, clase socioeconómica) que afectan a las personas, devienen factores que facilitan el surgimiento de un malestar social que es encarnado en cuerpos individuales. Una cuestión que en determinadas ocasiones toma forma de depresión (Zapata, 2017).

Factores que conllevan a una mayor prevalencia de trastornos depresivos en mujeres

Podemos dividir las causas que llevan a las mujeres a sufrir una mayor prevalencia en los siguientes aspectos:

1. Su propio rol e identidad

Lo que predispone a la mujer a la depresión es su propio rol. Son su identidad como mujer y la feminidad misma, tal como está concebida en nuestra cultura, el factor de mayor riesgo para la depresión. Las mujeres de nuestra cultura son formadas en modelos y patrones de feminidad, en «formas de ser mujer» que las condicionan a sentir y desear de una determinada manera y que las proveen de mecanismos psíquicos potenciadores de depresión. (Bleichmar, 1991).

A las mujeres les van afectando más, a lo largo del ciclo vital, las circunstancias de su vida que las colocan en un lugar subordinado, con dedicación al cuidado y soporte afectivo de los otros y en posiciones deprivadas de proyecto propio (Burin, 1996 cit. en Velasco, 2006).

Betty Friedan (1963) planteaba en “La mística de la feminidad” que quedar relegada al ámbito doméstico y del cuidado, cumpliendo con el estándar de “mujer y madre perfecta” asociado a la felicidad y a la realización personal, tenía un gran impacto en el malestar psicológico de las mujeres: sufrían a menudo una profunda tristeza. Además, Smith-Rosenberg (1972) planteaba que este modelo de feminidad entrañaba difíciles contradicciones en el intento por conciliar el rol de “mujer verdadera” (emocional, dependiente, gentil) y el de “madre ideal” (fuerte, protectora, cuidadora eficiente) que derivaban en tensión y sufrimiento emocional, además de impedir una subjetividad agente, particular y heterogénea. (Pujal i Llombart et al., 2020).

El rol de ama de casa en exclusividad predispone a patología depresiva, debido a que esta se convierte en un ser para los otros. Sin embargo, la mujer que trabaja fuera del hogar también tiene mayor predisposición a padecer estrés debido a la dificultad de padecer simultáneamente varios roles, ya que no se producen cambios profundos en la organización social. Esto conlleva a una sobrecarga de trabajo (tanto física como emocional) debido a su doble jornada familiar y laboral (Montesó-Curto, 2014).

Además, las mujeres se han incorporado al mundo laboral pero, en unas condiciones más deplorables que los hombres: mayor tasa de paro, más jornadas a tiempo parcial, menos salario por el mismo trabajo, peores jubilaciones y prestaciones, menos tiempo de ocio, acoso sexual en los puestos de trabajo y el famoso techo de cristal, entre otros (Pérez, s.f.).

Por lo tanto, a medida que empeoran las condiciones del entorno, sumado a la falta de oportunidades y a las estructuras de poder, las mujeres se encuentran en una situación de mayor vulnerabilidad a la pobreza y a la exclusión social. De manera que los sectores de la población con más probabilidades de sufrir depresión son las mujeres de clases sociales más bajas, con menos estudios, en situación de paro e inmigrantes. (Pérez, s.f.).

Por otro lado encontramos también que en el caso de las mujeres mayores los términos utilizados para definirlas tienen connotaciones aún más negativas, corroborando el hecho social y cultural de que el envejecimiento de las mujeres está marcado con potentes imágenes mentales desmoralizantes que funcionan como profecías de autocumplimiento (Zapata, 2017). De hecho, las mujeres sufren por no poder seguir ofreciendo todo lo que su propio ideal de feminidad les impone, sobre todo cuando la edad, las desilusiones o las frustraciones de las expectativas de felicidad se lo impiden (Montesó-Curto, 2014).

Por último encontramos también la discriminación y violencia de género que suyacen dichos roles, tanto a nivel explícito como implícito⁸. El malestar psicológico relacionado con traumas y estrés en las mujeres tiene su causa principal en episodios de maltrato, abuso sexual o violencia de cualquier tipo (APA 2013), consecuencia de un sistema patriarcal en el que una de cada tres mujeres ha sufrido a lo largo de su vida violencia física, psicológica o sexual (Organización de Naciones Unidas 2017). (Pujal i Llombart et al., 2020).

Así pues, tanto transgredir como obedecer de manera intensa los mandados neo-binarios de género modernos y neoliberales (asociados a la identidad de género binaria performativa), como si se tratara de modelos naturales, universales y saludables, conlleva un conjunto de experiencias penetrantes de sufrimiento subjetivo, que es desigual y diferente en mujeres y varones, por razones de género (Pujal i Llombart, 2018).

2. Mandatos de feminidad y masculinidad y su consecuente medicalización

Por parte de las mujeres, se da una internalización del sufrimiento (podríamos decir que no se traduce en una conducta) en malestares como la ansiedad, la depresión o las quejas somáticas, que constituyen una canalización del sufrimiento “hacia dentro” y en la relación de las mujeres consigo mismas.

La expresión de la masculinidad hegemónica, que aún se basa en rechazar la debilidad, la dependencia emocional o la búsqueda de ayuda, implica a menudo que, ante el malestar psicológico, los hombres recurren a la retórica de síntomas físicos o a una expresión no verbal del malestar en forma de agresividad o consumo de sustancias (a una externalización), lo que puede enmascarar sus menores tasas de depresión o ansiedad. (Bacigalupe, Cabezas, Baza y Martín, 2020).

Así, puede que la depresión en la mujer sea más frecuente tan sólo en la apariencia, ya que las mujeres hablan más frecuentemente de sus síntomas, consultan más a los profesionales y toman más medicación psicofarmacológica (Montesó-Curto, 2014). Sin embargo, el sistema binario de género genera una salud diferente y desigual entre hombres y mujeres, lo que implica que también genera malestares de género en los hombres.

⁸ Violencia explícita: violaciones, maltratos, asesinatos, abusos sexuales, amenazas, insultos y gritos, entre otros. Violencia implícita: humillaciones, desvalorizaciones, ser ignoradas, ser culpabilizada, control, chantaje emocional, publicidad, humor y lenguaje sexista, invisibilización y micromachismo, entre otros.

También es importante tener en cuenta, que la OMS (2005) destaca que en el tratamiento de los trastornos psicológicos existen prejuicios por razón de género y que los profesionales de la medicina tienen mayor predisposición a diagnosticar depresión a mujeres que a hombres, aunque muestren resultados similares a la hora de medir la depresión o presenten síntomas idénticos y que son altas las probabilidades de que a las mujeres se les receten medicamentos psicotrópicos que alteran el estado de ánimo. (Lafaurie, 2010).

Según los datos para la población española en 2017, las mujeres tienen más del doble de probabilidad de ser diagnosticadas de depresión o ansiedad que los hombres, y su probabilidad sigue siendo un 78% mayor una vez ajustado el efecto por el estado de salud mental y la frecuencia de visitas a atención primaria realizadas por ambos sexos (Bacigalupe et al., 2020). Y además, por cada diez personas que toman psicofármacos en el estado español 8,5 son mujeres y 1,5 hombres, eso quiere decir que se está intentando ayudar a soportar la dureza de las discriminaciones implícitas en la identidad femenina haciendo silenciar las demandas y quejas específicas de las mujeres en base a drogas (Valls, 2009).

3. Construcción cultural del concepto de depresión y sus implicaciones de género.

La categoría de género es productora de un dolor en las mujeres y es invisibilizada mediante la psicopatologización (Pujal i Llombart, 2018).

En los trastornos mentales definidos como más prevalentes entre las mujeres se contempla que se da una estrecha relación entre el discurso del DSM-V y su sintomatología y el de los mandatos normativos de género (Pujal i Llombart et al., 2020).

Concretamente, observamos como en el trastorno de depresión existe una relación entre su sintomatología y la dependencia o la dificultad para tomar decisiones. Entendiendo que, en este sentido, tales condiciones guardan una relación con la representación simbólica de las mujeres y la dependencia en relación con la figura masculina para la toma de decisiones, sobre todo en el modelo de género tradicional. (Velasco, 2009). (Ver tabla 2)

Trastornos más prevalentes en mujeres	Aspectos subjetivos diagnósticos (texto del manual)	Mandatos normativos de género-feminidad
Trastornos del estado ánimo	Tristeza, fatiga, apatía, sentimientos de inutilidad, sentimientos de culpa, baja autoestima, dificultad para tomar decisiones	Delicada, emocional, precavida, comprensiva, flexible, dulce, cariñosa, atenta, obediente, buena, cuerpo delgado, mona, humilde, cuidadora.

Tabla 2: Fragmento de tabla extraído de Subjetividad, desigualdad social y malestares de género: Una relectura del DSM-V. (Pujal i Llombart et al., 2020).

Además, características normativas del comportamiento femenino, como llorar o la hipersensibilidad, se interpretarían como síntomas de depresión y dejarían fuera, con frecuencia, síntomas cognitivos o afectivos que se dan más entre los hombres. Así mismo, DSM-V ha sido criticado por definir características típicamente masculinas (como asertividad y autonomía) como un estado de salud mental saludable, mientras que el comportamiento típicamente femenino, basado en la expresividad emocional, se presenta como un problema. (Bacigalupe et al., 2020). En la Tabla 3 observamos la relación entre las características de la depresión, la feminidad y la masculinidad.

Depresión	Feminidad	Masculinidad
Dependencia	Dependencia	Actividad
Pasividad	Pasividad	Autonomía
Falta de firmeza o asertividad	Falta de firmeza o asertividad	Asertividad
Gran necesidad de apoyo afectivo	Gran necesidad de apoyo afectivo	Baja necesidad de apoyo afectivo
Baja autoestima	Baja autoestima	Capacidad para asumir riesgos y decisiones
Indefensión	Indefensión	Agresividad
incompetencia	incompetencia	Como efecto se desarrolla alta autoestima, seguridad y competencia

Tabla 3: extraída de Estrés y salud mental (Pérez, 2004)

Por otro lado, en la Tabla 4 se relaciona los ideales de la feminidad normativa con las prácticas sociales según los roles y las normas de género, diferenciando entre la injusticia cultural y simbólica y la injusticia socioeconómica o material del sistema de género (Fraser 1997, cit. en Pujal i Llombart et al., 2020).

Esta tabla muestra claramente que sí hay coincidencia entre los síntomas y las experiencias subjetivas conflictivas y dolorosas vividas por las mujeres (vulnerabilidad de género) con los roles, normas, expectativas y estatus de una interacción social que está regulada por el sistema de género desigualitario. (Pujal i Llombart et al., 2020).

Organización del sistema sexo/género: mandatos normativos de feminidad, vulnerabilización, experiencia conflictiva no simbolizada (sintomática) y captura psicopatologizadora en las mujeres

Sistema sexo/género (diferentes modelos, tradicional, en transición, contemporáneo, Velasco 2009)				Experiencia conflictiva de género no simbolizada	Categorías clínicas del discurso biomédico
Dimensión simbólica y cultural	Dimensión material y organizativa	Vulnerabilidad de género		Sintomatología	“Trastorno mental” DSM-V
<ul style="list-style-type: none"> -Sumisión -Obediencia -Ternura -Pasividad -Emocionalidad -Comprensión -Flexibilidad -Prohibición social de la agresividad y la rabia -Dependencia 	<ul style="list-style-type: none"> - Relegación al espacio privado. - Cuidado, crianza. - Tareas del hogar. - Maternidad. - Ausencia de espacio íntimo. <p>(Modelo tradicional)</p>	→	<ul style="list-style-type: none"> - Ausencia de proyecto propio. - Desvalorización. - Ausencia de reconocimiento social. - Dependencia económica. - Subordinación. - Violencia machista. - Abuso sexual. 	<ul style="list-style-type: none"> - Tristeza - Apatía. - Sentimientos de inutilidad. - Sentimientos de culpa. - Baja autoestima. - Dificultad para tomar decisiones. - Miedo. - Rememoración de sucesos traumáticos. 	<p>←</p> <ul style="list-style-type: none"> - Depresión mayor. - Traumas, TEPT.

(Tabla 4: Fragmento extraído de Subjetividad, Desigualdad social y Malestares de género: una relectura del DSM-V. (Pujal i Llombart et al., 2020)

Por lo tanto vemos que se da una confluencia entre los mandatos normativos de feminidad y las experiencias sufrientes de las mujeres, que han sido agrupadas en categorías diagnósticas o síndromes por el discurso biopsicomédico (Pujal i Llombart, 2018).

Y dado que los parámetros de una persona mentalmente sana coinciden con los de la masculinidad (independencia, autonomía, objetividad) y no son los parámetros de una mujer mentalmente sana (sumisión, dependencia, sentimentalismo), las mujeres pueden ser consideradas “locas” tanto si aceptan como si rechazan aspectos del rol femenino (Chesler 1972, cit. en Pujal i Llombart et al., 2020).

4. Psicopatologización de procesos naturales

El género puede determinar exclusivamente si el individuo está en situación de padecer determinado trastorno, por ejemplo, el trastorno disfórico premenstrual (APA 2013: 15). (Pujal i Llombart et al., 2020).

Desde el modelo biopsicomédico se considera que la depresión en las mujeres se debe mayoritariamente a la fluctuación hormonal. Como plantea Carme Valls (2005), un mundo que se cree científico-médico y controla procesos naturales en las mujeres que precisamente no son ningún problema (cit. en Pérez).

Por ejemplo, el Síndrome Premenstrual está altamente relacionado con el contexto social de la mujer, particularmente con una sobreresponsabilidad, relaciones insatisfactorias y problemas de comunicación (Ussher, 2003, 2004, cit. en Ussher, 2010). En cuanto a la depresión postparto se relaciona con una ruptura de expectativas (Mauthner, 1999 cit. en Ussher, 2010) y con un bajo soporte social (Bifulco et al., 1998 cit. en Ussher, 2010). Y por último, en referencia a las mujeres perimenopáusicas y menopáusicas, los datos indican que estas están más bien felices y satisfechas y no deprimidas (Avis, 1994 y Dennerstein, 1996, cit. en Ussher, 2010).

Por otro lado, encontramos que las emociones implicadas en el malestar que sufren las mujeres son adaptativas y acordes al desbordamiento del sufrimiento producido por el entorno de poder de género, lo desadaptativo sería que no sintieran dicho malestar. Por lo tanto desde el modelo biopsicomédico son desconectadas las reacciones psicológicas de la causa que lo provoca, definiéndolas como trastorno mental.

Además, las farmacéuticas han sido acusadas de Disease Mongering (Promoción de enfermedades) en su intento por medicalizar hechos cotidianos (Moynihan et al., 2002 cit. en Ussher, 2010). Un claro ejemplo lo encontramos en Japón, donde no existía el término depresión hasta que la compañía farmacéutica promovió los ISRS. Hasta entonces aspectos como la melancolía, la sensibilidad y la fragilidad eran considerados como parte de la vida. (Currie, 2005, cit. en Ussher, 2010).

El hecho de que en un manual psiquiátrico de tal envergadura el malestar psicológico de las mujeres constituya un “trastorno mental” nos transporta a una concepción esencialista y biologicista del género femenino, y es el reflejo de que sigue existiendo en la ciencia médica, revitalizada en la última década, una visión de la sexualidad y los genitales femeninos como fuente de irracionalidad e inferioridad, a través de lo que parece un proceso sutil de biologización de la mente y renaturalización de la desigualdad (Pujal i Llombart et al., 2020).

Abordaje de la depresión

Podemos agrupar el abordaje de la depresión desde una perspectiva de género en tres ámbitos:

A nivel social

Necesitamos que la sociedad cambie para que las mujeres no vivan en un contexto de desigualdad y violencia (Ussher, 2010).

A nivel social, el modelo feminista propone actuar y promover cambios en los sectores político-estructural, cultural y asistencial, que reviertan en su conjunto en la reducción de las desigualdades de género en las sociedades y en una atención sanitaria sin sesgos de género (Bacigalupe et al., 2020).

Todas aquellas políticas de lucha contra la discriminación que sufren las mujeres en el mercado laboral, en la responsabilidad sobre el trabajo doméstico y de cuidados, en el uso del tiempo y, en términos generales, aquellas que las empoderen a partir de su mayor representación política y visibilización social, repercutirán positivamente en la disminución de las desigualdades en salud mental entre hombres y mujeres. (Borrell, 2014 cit. en Bacigalupe et al., 2020).

Además es importante trabajar en la educación en la igualdad (Montesó-Curto, 2014). De igual forma, se requiere fortalecer la inclusión de un enfoque de género en la salud mental y formar al personal de salud en esta perspectiva (Lafaurie, 2010).

También es necesario continuar avanzando en la investigación sobre género y salud mental y en revisiones de la literatura (Huertas, 2009 y Valls-Llobet et al., 2005), seguir alimentando el conocimiento que se va adquiriendo sobre la depresión de las mujeres y compartir las reflexiones que surgen desde la crítica feminista. (Lafaurie, 2010).

A nivel individual

A nivel particular, se busca desarrollar un trabajo con las mujeres habilitando un espacio donde identificarse, expresarse y encontrar comprensión y apoyo mutuo. Así se van haciendo conscientes de que la causa de su malestar deriva de una determinada configuración social. (Iáñez et al., 2018).

Esto se consigue haciendo que se cuestionen aspectos que tenían asumidos (Steen, 2009) y al final, son las mujeres las que generan sus respuestas, al entender que el incremento de su bienestar pasa, en primer lugar, por cambiar su posicionamiento ante la realidad. Se trata de crear un espacio de comunicación y autoconocimiento, dándoles la oportunidad de identificar y potenciar sus activos personales y los disponibles en su entorno (Botello, et al., 2013, cit. en Iáñez et al., 2018), con el fin de que manejen de manera saludable las dificultades de la vida cotidiana e identifiquen el impacto sobre la salud de las cargas de género. (Iáñez et al., 2018).

Otro de los aspectos fundamentales que se trabaja es el empoderamiento⁹ de las mujeres con respecto a su salud y por su ejercicio de la autonomía, del autocuidado y de la responsabilidad personal en este contexto (Lafaurie, 2010).

A nivel grupal

Por otro lado también se crean grupos de apoyo de mujeres, que son grupos de ayuda mutua, espacios de relación que sirven para compartir experiencias con otras personas que han pasado o están pasando por la misma situación (Zapata, 2017).

Se apuesta por un trabajo psicoterapéutico en el que las mujeres puedan expresar y entender su malestar para que la carga emocional sea aliviada y se produzcan cambios. Las experiencias comunitarias en contraposición al aislamiento de los individuos pueden actuar como red de protección para las enfermedades mentales. Según Margarita López Carrillo (2010) la herramienta más poderosa que tenemos para defendernos de estas presiones medicalizadoras es la formación de grupos, ya que son una forma de alejarse de la enfermedad, de la dependencia del personal médico y de los antidepresivos. (Pérez, s.f.).

Si se generan redes de soporte mutuo, intercambiando experiencias y estrategias, haciendo un trabajo colectivo, la salud de las mujeres estará en manos de la comunidad (y por lo tanto en sus propias manos) y no en las de un grupo de especialistas desvinculados de la sociedad y al servicio de las grandes empresas farmacéuticas (Montesó, 2009). Así las mujeres podrán recuperar su propio cuerpo, participar críticamente en las decisiones que se toman en torno a su salud, activar recursos personales, cuestionar los tratamientos y acabar con el poder autoritario de la medicina (Pérez, s.f.).

⁹ Proceso por el cual las personas, organizaciones y comunidades adquieren grados crecientes de control y poder sobre sus vidas y sus contextos sociales (Silva y Loreto, 2004).

COMPARACIÓN DE AMBOS MODELOS EN LA CONCEPCIÓN Y EL ABORDAJE DE LA DEPRESIÓN

CONCEPCIÓN Y ABORDAJE DE LA DEPRESIÓN	
Perspectiva biopsicomédica	Perspectiva de género
Descontextualización: Factor biológico como única causa de la depresión	Contextualización: Factor social como una de las principales causas de la depresión
Ignorancia sobre el origen del sufrimiento	Indagación sobre el origen del sufrimiento
Ausencia de interseccionalidad	Presencia de interseccionalidad
Confunde sexo y género	Distingue sexo y género
No contempla el género como una construcción psicosocial	Contempla el género como una construcción psicosocial
Ignorancia y consecuente presencia de estereotipos ligados a la feminidad y masculinidad	Conciencia sobre los estereotipos que normativamente están ligados a la feminidad y masculinidad
Patologización de procesos naturales	Naturalización y compresión de los procesos naturales
No difiere entre síntomas de la depresión y el origen de estos	Considera los síntomas de la depresión como una reacción normal al sufrimiento producido por el entorno de poder
Medicalización: Farmacoterapia como método de tratamiento	Concienciación y empoderamiento como método de tratamiento
Excluyente para personas que no se ciñen al sistema de sexo-género binario	Inclusivo para personas que no se ciñen al sistema de sexo-género binario
Presencia de efectos secundarios	Ausencia de efectos secundarios
Individualización y culpabilización: patología interna a las mujeres	Colectivismo y desculpabilización: patología que se debe a un problema social
Papel pasivo de la mujer en su recuperación	Papel activo de su mujer en su recuperación
Reproducción de los sistemas y prácticas androcentristas y heteronormativos	Cuestionamiento de los sistemas y prácticas androcentristas y heteronormativos

REFLEXIONES FINALES: EL IMPACTO TRANSFORMADOR DE LA INCORPORACIÓN DE LA PERSPECTIVA DE GÉNERO

Como hemos podido comprobar, ambos modelos conciben y abordan la depresión de formas muy distintas.

En primer lugar, desde el modelo biopsicomédico se plantean una serie de factores de riesgo entre los cuales se encuentra el socio-ambiental. Sin embargo, parece no tener importancia, ya que no se tiene en cuenta a la hora de diagnosticar y abordar la depresión. Y a pesar de que se mencione dicho factor, este sigue careciendo de perspectiva de género, ya que simplemente es mencionado sin más, no se indaga en la raíz de este ni de qué manera afecta a las mujeres.

Al no incluir la perspectiva social y de género en sus prácticas nos encontramos con un modelo que ignora las condiciones de desigualdad en las que se encuentran las mujeres, la subordinación permanente a la que son sometidas, los roles que subyacen a la identidad de género binaria performativa producida a través de la socialización y por lo tanto, la causa de su malestar, reproduciendo así los sistemas y prácticas androcentristas.

Como afirma Zapata (2017) los cuerpos no pueden ser comprendidos como medios neutros de la práctica social. Y desde el modelo biopsicomédico al tratarse la depresión de forma **descontextualizada**, parece que lo son. Cuando dicho modelo ignora las interacciones de todos los factores, simplifica la complejidad que comporta un trastorno mental y ofrece en la mayoría de casos malos diagnósticos (Pérez, s.f.).

En cambio, desde la perspectiva de género se tienen en cuenta distintos factores y se realiza un abordaje interseccional¹⁰, teniendo presente cómo el género es modulado en cada contexto por otros ejes sociales de desigualdad (Pujal i Llombart, 2018), entre los que se encuentran los socioeconómicos, culturales y étnicos (Pérez, s.f.).

En segundo lugar, el modelo biopsicomédico concluye que los niveles de estrógenos y otras hormonas gonadales son los causantes principales de la diferente prevalencia de depresión entre hombres y mujeres (Pujal i Llombart et al., 2020) y que es el ciclo reproductivo el que produce la fluctuación de hormonas.

¹⁰ Interseccionalidad: fenómeno por el cual cada individuo sufre opresión u ostenta privilegio en base a su pertenencia a múltiples categorías sociales (Valiña, 2020).

El ciclo reproductivo abarca prácticamente todo el transcurso vital de las mujeres y en él se dan toda una serie de procesos naturales que todas las mujeres en mayor o menor medida sufren. El considerar estos la causa principal de su malestar, conlleva a una **patologización** del ciclo reproductivo en particular, y de las mujeres en general. Y al considerarse estos factores completamente biológicos se abordan básicamente con farmacoterapia y terapias de neuromodulación.

A pesar de que en la psicoterapia existe un menor riesgo de recaída al suspender el tratamiento, mayoritariamente, esta se usa como tratamiento coadyuvante al tratamiento farmacológico (Álvarez-Mon et al., 2017). Además, aunque la terapia cognitivo conductual sea la más eficaz, si esta no funciona directamente se administran psicofármacos, en vez de plantearse por qué motivo no funciona y buscar alternativas. Y si los psicofármacos tampoco funcionan, entonces se pasa a realizar terapia electroconvulsiva.

No se ha demostrado que un antidepresivo sea más eficaz que los demás, por lo tanto son las situaciones clínicas concretas, los efectos secundarios, las interacciones, las comorbilidades del paciente y las contraindicaciones las que ayudan a los profesionales a inclinarse por uno u otro (Álvarez-Mon et al., 2017). Es por eso que considero importante destacar cuáles son los **efectos secundarios** que conllevan dichos tratamientos.

Por lo que hace a la farmacoterapia, entre los efectos secundarios más destacables encontramos que los antidepresivos más comunes (ISRS, SNRI y tricíclicos) pueden causar Síndrome Serotoninérgico¹¹ (LeGates et al., 2018). Además los antidepresivos tricíclicos aumentan el riesgo de suicidio (LeGates et al., 2018) y el bupropión puede empeorar la ansiedad (Rueda, 2018).

Por lo tanto, parece que los antidepresivos pueden producir un efecto totalmente contrario a la finalidad con la que se usan. Esto se debe a que a pesar de que son las mujeres las que consumen la mayoría de psicofármacos, estos han sido diseñados en base a la fisiología masculina (Pérez, s.f.), ya que en los ensayos clínicos se han utilizado tradicionalmente varones como prototipos poblacionales, extrapolando automáticamente los resultados a las mujeres (García-Dauder y Pérez-Sedeño, 2017).

¹¹ El Síndrome Serotoninérgico es una afección potencialmente mortal que se produce por una actividad aumentada del sistema nervioso central que suele estar relacionada con fármacos. Los síntomas pueden incluir ansiedad, agitación y delirio alarmante. (Tanen, 2019)

Otro aspecto importante a destacar es que los antidepresivos pueden tardar de semanas a meses en producir efectos (LeGates et al., 2018). Con lo cual, en el caso de que la depresión estuviera relacionada con el ciclo reproductivo, existirían ciertas situaciones como en la depresión posparto o el síndrome premenstrual en las cuales no sería útil administrarlos, ya que estos remiten pasadas unas semanas. Sin embargo, esto parece no tenerse en cuenta, ya que en estos casos son administrados de todas formas.

Además, a pesar de que ningún psicofármaco ha sido aprobado para su uso durante el embarazo debido a que todos atraviesan la placenta (Food and Drug Administration (FDA)), los antidepresivos a mujeres embarazadas son administrados, afirmando que esta decisión debe ser revisada y consensuada junto a la paciente (Krauskopf y Valenzuela, 2020), haciéndose una valoración previa sobre los efectos secundarios que pueden afectar tanto a la madre como al bebé.

Por lo que hace a la depresión postparto, diversos autores coinciden que el tratamiento de primera elección durante la lactancia es la sertralina (un ISRS) (Krauskopf y Valenzuela, 2020). Los beneficios de la lactancia materna han sido ampliamente demostrados y difundidos tanto para la madre como el hijo, y en estos casos la madre se ve obligada a suspender la lactancia para que la toma de fármacos no afecte directamente al bebé.

En consecuencia, observamos que tanto en el caso de la depresión durante el embarazo como en el de la depresión postparto la madre se ve obligada a realizar un gran esfuerzo por el simple hecho de no tenerse en cuenta el factor de género y las implicaciones sociales que conllevan a nivel personal estos sucesos.

En cuanto a la terapia electroconvulsiva, se considera que es una técnica eficaz, rápida y segura (Krauskopf y Valenzuela, 2020). Sin embargo, comporta pérdidas de memoria y confusión (supuestamente reversibles). Esta también se usa en mujeres embarazadas indistintamente.

Así pues, al considerar como relevante únicamente el factor biológico y hormonal, la **medicalización** de la feminidad a través del sistema de salud androcentrista ignora la causa del sufrimiento de las mujeres produciendo así una invisibilización de su malestar. En cambio, desde la perspectiva de género sí se realiza una indagación previa sobre las causas a la hora de abordar este malestar y sufrimiento.

En tercer lugar, el modelo biopsicomédico conceptualiza la depresión como una patología que es interna a las mujeres. Debido a la descontextualización de dicha patología, se produce como consecuencia la **individualización** de un malestar que es causado por un problema social.

Además, al tratarse en base a fármacos y terapias de neuromodulación, se hace creer a las mujeres que la razón por la que sienten malestar es por ellas mismas, que sus condiciones biológicas de mujer son las causantes de dicha depresión y que por lo tanto, solamente ellas tienen la **culpa**, minimizando así la importancia de la configuración sociocultural.

Sin embargo, a la hora de abordarla, debido a los estereotipos de género se las trata como a **seres pasivos** que deben aceptar su inevitable complejión y donde la única solución disponible no la tienen ellas, únicamente se la puede proporcionar un profesional de la salud, generando así una jerarquía entre este y la paciente. Así, las mujeres son percibidas como «el problema» por considerarlas débiles, dependientes, emocionalmente incontrolables y necesitadas de ayuda para afrontar su malestar (Iáñez et al., 2018).

En contraposición con la práctica clínica que trata el malestar y el sufrimiento desde una perspectiva biológica e individual (Martínez-Hernández, 2009, cit. en Pujal i Llombart et al., 2020), en los estudios con perspectiva de género se contempla la concepción de la salud y del sujeto como un sistema dinámico biopsicosocial, lo cual permite que los problemas sociales no sean individualizados, que las mujeres no sean culpabilizadas y que estas tengan un papel activo sobre su recuperación.

Por último, el paradigma biopsicomédico parece que confunde sexo y género, entendiendo el sexo como una variable independiente, que se refiere a su naturaleza biológica (sexo genético, cromosómico, hormonal) y el género como una variable respuesta (que se manifiesta en la conducta) con respecto al sexo (Unger [1978], 2010 cit. en Pujal i Llombart et al., 2020). Esto implica una concepción errónea de que el sexo hembra o macho constituye el mismo evento que ser mujer u hombre (identidad de género), al tiempo que ser mujer u hombre es inherente a la feminidad y la masculinidad (expresión de género), en una especie de concatenación irreversible (Pujal i Llombart et al., 2020). Por lo tanto, se trata de un paradigma que no contempla que el género es una construcción psicosocial independiente del sexo de la persona (Pujal i Llombart, 2018).

Esto conlleva que, debido a la identidad y a la expresión de género con la que se relaciona a la mujer, los trastornos mentales no únicamente sean feminizados sino que además se vincule a la mujer constantemente con la reproducción, utilizándose su papel reproductivo como motivo para normalizar la desigualdad que puede llevar a la depresión.

Además, al confundir sexo y género se **excluye** de dicho paradigma a aquellas personas que no se ciñen al sistema de sexo-género binario, sin tener en cuenta que también existen hombres que menstrúan y que tienen embarazos y menopausia. Al igual que existen mujeres que no tienen un ciclo reproductivo femenino pero, que sin embargo se encuentran bajo un sistema que las opprime y las coloca en una situación de subordinación y desigualdad.

En cambio, desde la perspectiva feminista, al tener en cuenta que el género es una construcción psicosocial y los estereotipos de feminidad y masculinidad que se relacionan normativamente con cada género, permite tener una visión mucho más objetiva e inclusiva sobre los trastornos mentales, sobre su diagnóstico y sobre las causas que llevan a sufrirlos.

Por lo tanto, el abordaje actual de la depresión, basado en la perspectiva hegemónica biopsicomédica provoca que las mujeres enfermen y mueran a menudo por causas que son prevenibles y que están asociadas a las desigualdades de género (Lafaurie, 2010). Por ese motivo, tras la revisión sistemática de los artículos y el análisis de estos, considero que es esencial la incorporación de la perspectiva de género en el modelo biopsicomédico debido al impacto transformador que ejerce y que así refieren las mujeres implicadas (Zapata, 2019).

Las ciencias de la salud nos permiten conocer cómo se expresan las diferentes formas de sufrimiento en el cuerpo de cada una, pero la limitación principal que poseen es que son ciegas al origen del sufrimiento. Es necesario incluir la perspectiva de género para tener una concepción integradora e igualitaria, que al ser también interseccional permitirá un abordaje más objetivo, justo y global de este sufrimiento, y para que se tenga en cuenta la complejidad de su objeto, la constitución sociohistórica y de deseo de la experiencia subjetiva y su heterogeneidad. (Pujal i Llombart, y García-Dauder, 2010).

Al permanecer invisible la dimensión de género del sufrimiento, la comprensión del componente psicosocial del dolor, más allá de lo biológico y lo psicológico, se hace ininteligible, tanto para las propias mujeres como para su entorno social y profesional, lo que empobrecerá el abordaje de su malestar (Pujal i Llombart et al., 2020).

Si incorporamos la perspectiva de género, las mujeres no serán concebidas como culpables de su malestar. Tampoco serán patologizadas ni consecuentemente medicalizadas, evitando así los efectos secundarios de terapias farmacológicas y electroconvulsivas, el papel pasivo de las mujeres en su recuperación y los estigmas asociados a sus roles y a su identidad; reduciendo así el malestar que esto provoca y generando una mayor comprensión de sus necesidades.

Es necesario pues que se realice un trabajo interdisciplinar (CCSalud y CCSociales y Humanas), donde se complementen ambas perspectivas en igualdad de condiciones, ya que actualmente la perspectiva de género se encuentra como un complemento a la de la salud.

La Psicología busca incrementar el bienestar de las personas y si queremos que aumente el de las mujeres, únicamente podremos conseguirlo abordando su malestar desde una psicología no androcéntrica ni patriarcal, es decir, desde una perspectiva de género; transformando así el estado actual de las mujeres de “Deprimidas, Culpables y Medicalizadas” a “Supervivientes, Victimizadas y Empoderadas”.

LIMITACIONES Y PUNTOS FUERTES

En cuanto a limitaciones, debido a los pocos artículos con perspectiva de género publicados en bases de datos electrónicas, la búsqueda de publicaciones con dicha perspectiva tuvo que realizarse mediante otros motores de búsqueda como revistas electrónicas, tesis doctorales y libros. Y, por lo que hace a la perspectiva de género, se trata de un tema de gran amplitud sobre el que me habría gustado trabajar la perspectiva histórica y recoger la voz de las personas afectadas, pero es difícil de abordar en un Trabajo de Fin de Grado debido a la longitud y el número de palabras que debe de tener.

En relación con los puntos fuertes considero que se trata de una revisión actual, replicable y que contiene la información básica para comprender en qué se basan los dos modelos analizados. Además, en este trabajo queda reflejado mi formación personal tanto a nivel de asignaturas escogidas este año (como Psicofarmacología, usando los conocimientos adquiridos el análisis del modelo biopsicomédico), como a nivel de asistencia a conferencias específicas para ampliar mi conocimiento sobre la perspectiva de género.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Acosta, M. R., Azevedo, R., Jansen, K., Bezerra, M., Tavares, R. y Dias de Mattos, L. (2017). Depressive symptoms and relationship between genders: Differences in young adults in a randomized clinical trial. *Paidéia*, 27(67), 3-9. DOI: [10.1590/1982-43272767201701](https://doi.org/10.1590/1982-43272767201701)

Agència per a la Qualitat del Sistema Universitari de Catalunya (AQU Catalunya). (2018). Marc general per a la incorporació de la Perspectiva de Gènere en la docència universitària. Recuperado de: https://www.aqu.cat/doc/doc_19381922_1.pdf

Álvarez-Mon, M. A., Pereira, V. & Ortuño, F. (2017). Tratamiento de la depresión. *Medicine*, 12(46), 2731-2742. DOI: [10.1016/j.med.2017.12.001](https://doi.org/10.1016/j.med.2017.12.001)

American Psychiatric Association. (2013). DSM-5. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th Edition). Washington, DC: American Psychiatric Association. Recuperado de: <https://www.eafit.edu.co/ninos/reddelaspreguntas/Documents/dsm-v-guia-consulta-mensual-diagnostico-estadistico-trastornos-mentales.pdf>

Avis, N., Brambilla, D., McKinlay, S.M. y Vass, K. (1994). A longitudinal Analysis of the Association between Menopause and Depression: Results from the Massachusetts Women's Health Study. *Annals of Epidemiology*, 4(3): 214–20. DOI: [10.1016/1047-2797\(94\)90099-X](https://doi.org/10.1016/1047-2797(94)90099-X)

Bacigalupe, A., Cabezas, A., Baza, M. & Martín, U. (2020). El género como determinante de la salud mental y su medicalización. Informe SESPAS 2020. *Gaceta Sanitaria*, 34, 61-67. DOI: [10.1016/j.gaceta.2020.06.013](https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2020.06.013)

Bifulco, A., Brown, G.W., Moran, P., Ball, C. y Campbell, C. (1998). Predicting Depression in Women: The Role of past and present Vulnerability. *Psychological Medicine*, 28: 39–50. DOI: [10.1017/S0033291797005953](https://doi.org/10.1017/S0033291797005953)

Bleichmar, E. (1991). La depresión en la mujer. *Revista Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 11(39). Recuperado de: <http://www.revistaaen.es/index.php/aen/article/view/15234>

Borrell, C., Palència, L., Muntaner, C., Urquía, M., Malmusi, D. y O'Campo, P. (2014). Influence of macrosocial policies on women's health and gender inequalities in health. *Epidemiol Rev*, 36:31–48.

Botello, B., Palacio, S., García, M., Margolles, Fernández, F., Hernán, M., Nieto, J. y Cofiño, R. (2013). Metodología para el mapeo de activos de salud en una comunidad. *Gac Sanit.*, 27:180–3. DOI: [10.1016/j.gaceta.2012.05.006](https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2012.05.006)

Bromberger, J. & Neill, C. (2018). Depression during and after the perimenopause. Impact of hormones, genetics and environmental determinants of disease. *Obstetrics and Gynecology Clinics of North America*, 45(4), 663-678. DOI: [10.1016/j.ogc.2018.07.007](https://doi.org/10.1016/j.ogc.2018.07.007)

Burin, M. (1996). «Género y Psicoanálisis: Subjetividades femeninas vulnerables». *Psicoanálisis, estudios feministas y género*. Recuperado de: <http://www.psicomundo.com/foros/genero/subjetividad.htm>

Chesler, P. (1972). Women and Madness. Nueva York: *Palgrave MacMillan*.

Connolly, M., Zervos, M., Barone, C., Johnson, C. et al. (2016). The Mental Health of Transgender Youth: Advances in Understanding. *Journal of Adolescent Health*, 59(5), 489-95. DOI: [10.1016/j.jadohealth.2016.06.012](https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2016.06.012)

Currie, J. (2005). The Marketization of Depression: The prescribing of SSRI Antidepressants to Women. *Women and Health Protection*. Recuperado de: <http://www.whp-apsf.ca/pdf/SSRIs.pdf>

De la Hermosa, M (2018). Estrés de minoría y personas trans*. Herramientas para el acompañamiento afirmativo. Dins T. Climent, M. Carmona. Transpsiquiatría. Abordajes queer en salud mental (159-207). Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría AEN Digital. Recuperado de: <http://www.tienda-aen.es/wp-content/uploads/2018/05/AEN-Digital-5-Transpsiquiat%C3%ADA.pdf>

Dennerstein, I. (1996). Well-being, Symptoms and the Menopausal Transition. *Maturitas*, 23: 147–57. DOI: [10.1016/0378-5122\(95\)00970-1](https://doi.org/10.1016/0378-5122(95)00970-1)

Esteban, C., Ortiz-Rodriguez, D., Muñiz-Perez, Y. y Ramírez-Vega, L. (2018). Una Vida Interyacente: Una Exploración a la Calidad de Vida y Salud Psicofísica de las Personas Intersexuales. *Ciencias de la Conducta*, 33 (1), 19-50. Recuperat de: https://www.researchgate.net/publication/337481880_Una_Vida_Interyacente_Una_Exploracion_a_la_Calidad_de_Vida_y_Salud_Psicofisica_de_las_Personas_Intersexuales

Food and Drug Administration (FDA). Recuperado de: <https://www.fda.gov/>

Fraser, N. (1997). Redistribución y reconocimiento. Iusticia Interrupta. Reflexiones críticas desde la posición ‘postsocialista’. Colombia: Siglo del Hombre Editores.

Friedan, B. (1963). The Feminine Mystique. Nueva York: *Norton & Company*.

García-Dauder, S. y Pérez-Sedeño, E. (2017). *Las ‘mentiras’ científicas sobre las mujeres*. Madrid: Catarata.

Generalitat de Cataluña (2020). L'estat de salut, els comportaments relacionats amb la salut i l'ús de serveis sanitaris a Catalunya. Resum executiu dels principals resultats de l'ESCA del 2019. Recuperado de: https://salutweb.gencat.cat/web/.content/_departament/estadistiques-sanitaries/enquestes/Enquesta-de-salut-de-Catalunya/Resultats-de-l'enquesta-de-salut-de-Catalunya/documents/2019/resum-executiu_ESCA-2019.pdf

Hernán, S. (2001). Mechanisms of Action of Mood Stabilizers. *Rev Chil Neuro-Psiquiat*, 39(3): 219-230. DOI: [10.4067/S0717-92272001000300006](https://doi.org/10.4067/S0717-92272001000300006)

Huertas, M. (2009). Impacto de la salud en la vida de las mujeres. Material docente del Máster Igualdad y Género en el Ámbito Público y Privado. *UJI-Isonomía*, 1-16.

Iáñez, A., Álvarez, R., García-Cubillana de la Cruz, P., Luque, V., Morales, E. & Palacios, M. S. (2018). La desmedicalización de la vida cotidiana de las mujeres: los grupos socioeducativos en el Sistema Sanitario Público Andaluz. *Gaceta Sanitaria*, 1650. DOI: [10.1016/j.gaceta.2018.06.014](https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2018.06.014)

IV Pla d'acció per a la igualtat de gènere de la Universitat Autònoma de Barcelona (IV PAG). (2019). Recuperado de: <https://www.uab.cat/doc/iv-pag-cat>

Krauskopf, V. & Valenzuela, P. (2020). Depresión Perinatal: detección, diagnóstico y estrategias de tratamiento. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 31(2), 139-149. DOI: [10.1016/j.ogc.2018.07.007](https://doi.org/10.1016/j.ogc.2018.07.007)

Lafaurie, M. M. (2010). Las mujeres y la depresión: Una reflexión crítica. *Cuestiones de género: de la igualdad y la diferencia*, 5, 315-340. DOI: [10.18002/cg.v0i5.3791](https://doi.org/10.18002/cg.v0i5.3791)

LeGates, T., Kvarta, M. & Thompson, S. (2018). Sex differences in antidepressant efficacy. *Neuropsychopharmacology*, 44, 140-154. DOI: [10.1038/s41386-018-0156-z](https://doi.org/10.1038/s41386-018-0156-z)

López, M. (2010). La medicalización de la vida y la salud de las mujeres. Xarxa de Dones per la salut de Catalunya. *Mujeres y Salud*. Recuperado de: https://www.caps.cat/images/stories/Medicalizacion_de_la_vida_y_la_salud_Xarxa_de_salut_Margarita_Lopez_Carrillo.pdf

Martínez-Hernáez, A. (2009). “Más allá de la rehabilitación psicosocial. Metáforas de exclusión y tareas de inclusión”. *Cuadernos Brasileiros de Saúde Mental*, 1: 1-12.

Mauthner, N. (1999). Feeling low and Feeling Really Bad about Feeling low: Women's Experience of Motherhood and post-partum Depression. *Canadian Psychology*, 40(2): 143–61. DOI: [10.1037/h0086833](https://doi.org/10.1037/h0086833)

Meyer, Ilan H. (1995) Minority stress and mental health in gay men. *J Health Sc Behav*, 36(1). 38-56. Recuperado de: <https://www.jstor.org/stable/pdf/2137286.pdf>

Montesó, P. (2009). Salud mental y género: causas y consecuencias de depresión en las mujeres [tesis doctoral] Universidad Nacional de Educación a Distancia (Facultad de Ciencias Políticas y Sociología, departamento de Sociología III). Recuperado de: <http://e-spacio.uned.es/fez/eserv/tesisuned:CiencPolSoc-Mpmonteso/Documento.pdf>

Montesó-Curto, P. (2014). La construcción de los roles de género y su relación con el estrés crónico y la depresión en las mujeres. *Revista Internacional de Trabajo Social y Ciencias Sociales*, 8, 105-126. Recuperado de: https://www.researchgate.net/publication/271196051_La_construccion_de_los_roles_de_genero_y_su_relacion_con_el_estres_cronico_y_la_depresion_en_las_mujeres_The_construction_of_gender_roles_and_their_relation_to_chronic_stress_and_depression_in_women

Mora, E. & Llombart, M. (2014). Subjetividad, salud y género: una aproximación al dolor cronicado mediante la metodología del Diagnóstico Psicosocial de Género. *Estudios de Psicología*, 35. 225-238. DOI: [10.1080/02109395.2014.922260](https://doi.org/10.1080/02109395.2014.922260)

Moynihan, R., Heath, I. y Henry, D. (2002). Selling Sickness: The pharmaceutical industry and Disease Mongering. *British Medical Journal*, 324: 886–90. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1122833/>

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2020). Recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>

Otero, P., Vázquez, F., Ferraces, M. J., Blanco, V. & Torres, A. (2015). Prevención de la depresión en cuidadoras no profesionales: relación entre habilidades de solución de problemas y síntomas depresivos. *Clínica y Salud*, 1, 1-17. DOI: [10.1016/j.clysa.2014.07.001](https://doi.org/10.1016/j.clysa.2014.07.001)

Otte, C., Gold, S., Pennix, B., Pariante, C., Etkin, A., Fava, M., Mohr, D. & Schatzberg, A. (2016). Major Depressive Disorder. *Nature Reviews*, 2(16065). DOI: [10.1038 / nrdp.2016.65](https://doi.org/10.1038/nrdp.2016.65)

Peiró, R. y Mas, R. (2012). Desigualtats en Gènere i Salut. *Viure en Salud*, 92, 6-7. Recuperado de: http://publicaciones.san.gva.es/publicaciones/documentos/VIURE_EN_SALUT_92.PDF

Pereira, V. & Molero, P. (2019). Protocolo diagnóstico y terapéutico de la depresión. *Medicine*, 12(89), 5070-5074. DOI: [10.1016/j.med.2019.07.005](https://doi.org/10.1016/j.med.2019.07.005)

Perestelo-Pérez, L. (2013). Standards on how to develop and report systematic reviews in Psychology and Health. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 13(1), 49–57. DOI: [10.1016/S1697-2600\(13\)70007-3](https://doi.org/10.1016/S1697-2600(13)70007-3)

Pérez, N. (s.f.) Depressió en les dones. Pastilles que amaguen realitat. Recuperado de: <https://core.ac.uk/download/pdf/78532416.pdf>

Pérez, F. (2004). Estrés y salud mental. *Ateneo*, 4: 103-107. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2224466>

Pujal i Llombart, M. (2018). Apuntes para una ‘salud mental’ inclusiva: Duelo a la identidad de género y reconocimiento de la heterogeneidad de la experiencia. Dins T. Climent, M. Carmona. Transpsiquiatría. Abordajes queer en salud mental (159-207). Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría AEN Digital. Recuperado de: <http://www.tienda-aen.es/wp-content/uploads/2018/05/AEN-Digital-5-Transpsiquiat%C3%ADA.pdf>

Pujal i Llombart, M., Calatayud, M. y Amigot, P. (2020). Subjetividad, desigualdad social y malestares de género: Una relectura del DSM-V. *Revista Internacional de Sociología*, 78(2). DOI: [10.3989/ris](https://doi.org/10.3989/ris.2020.17302723)

Rueda, M. (2018). Depresión en la mujer. *Revista Colombiana de Cardiología*, 25 (S1), 59-65. Recuperado de: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-colombiana-cardiologia-203-pdf-S0120563317302723>

Sassarini, J. (2016). Depression in midlife women. *Maturitas*, 24, 149-154. DOI: [10.1016/j.maturitas.2016.09.004](https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2016.09.004)

Silva C. y Loreto, M. (2004). Empoderamiento: Proceso, Nivel y Contexto. *PSYKHE*, 13 (1), 29-39. DOI: [10.4067/S0718-22282004000200003](https://doi.org/10.4067/S0718-22282004000200003)

Smith-Rosenberg, C. (1972). “The hysterical woman: Sex, roles and role conflict in 19th Century America”. *Social Research*, 39(4): 652-678.

Steen, M. (2009). Historical Perspectives on women and mental illness and prevention of depression in women, using a feminist framework. *Issues in Mental Health Nursing*, 12(4), 359-374. DOI: [10.3109/01612849109010017](https://doi.org/10.3109/01612849109010017)

Synergy Health Programs. (2020). *Salud Mental LGBTQ*. Recuperado de: <https://synergyhealthprograms.com/es/lgbtq-services/>

Tanen, D. (2019). Síndrome serotoninérgico. MANUAL MSD. Versión para profesionales. Recuperado de: <https://www.msdmanuals.com/es/professional/lesiones-y-envenenamientos/enfermedades-por-calor/s%C3%ADndrome-serotonin%C3%A9rgico>

Unger, R. [1978] (2010). “Lo que buscamos es lo que encontramos”. *Quaderns de Psicología*, 12(2): 21-33.

Ussher, J. M. (2003). The ongoing Silencing of Women in Families: An Analysis and Rethinking of Premenstrual Syndrome and Therapy. *Journal of Family Therapy* 25: 388–405. Recuperado de: https://www.researchgate.net/profile/Jane-Ussher/publication/224053989_The_ongoing_silencing_of_women_in_families_An_analysis_and_rethinking_of_premenstrual_syndrome_and_therapy/links/5a69424eaca2728d0f5e161a/The-ongoing-silencing-of-women-in-families-An-analysis-and-rethinking-of-premenstrual-syndrome-and-therapy.pdf?origin=publication_detail

Ussher, J. M. (2004). Premenstrual Syndrome and Self-policing: Ruptures in SelfSilencing leading to increased Self-Surveillance and Blaming of the Body. *Social Theory & Health*, 2(3): 254–72. Recuperado de: https://www.researchgate.net/profile/Jane-Ussher/publication/224968322_Premenstrual_Syndrome_and_Self-Policing_Ruptures_in_Self-Silencing_Leading_to_Increased_Self-Surveillance_and_Blaming_of_the_Body/links/09e415064a7ad1a1a0000000/Premenstrual-Syndrome-and-Self-Policing-Ruptures-in-Self-Silencing-Leading-to-Increased-Self-Surveillance-and-Blaming-of-the-Body.pdf

Ussher, J. (2010). Are we medicalizing women's misery? A critical review of women's higher rates reported depression. *Feminism & Psychology*, 20(1). DOI: [10.1177/0959353509350213](https://doi.org/10.1177/0959353509350213)

Valiña, C. (2020). Interseccionalidad: definición y orígenes. *Periféricas*. Recuperado de: <https://perifericas.es/blogs/blog/interseccionalidad-definicion-y-origenes>

Valls, C. (2005). Ser mujer no es una enfermedad ¿Por qué patologiza la medicina el cuerpo femenino? *Mujeres y Salud. Dossier*, 15. Recuperado de: <https://ginegranada.es/por-que-patologiza-la-medicina-el-cuerpo-femenino-dra-carme-valls-llobet/>

Valls-Llobet, C., Ojuel, J., López Carrillo, M. y Fuentes, M. (2005). Manifestación y Medicalización del Malestar en las Mujeres. *Centre d'Anàlisis i Programes Sanitaris*, Barcelona, Modulo 4, 1-58. Recuperado de: https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/05modulo_04.pdf

Valls C. (2009) Mujeres, Salud y Poder. Editorial Cátedra (Grupo Anaya).

Velasco, S. (2006). Atención biopsicosocial al malestar de las mujeres. Intervención en atención primaria, Madrid, Instituto de la Mujer. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

Recuperado

de:

<https://www.inmujeres.gob.es/areasTematicas/AreaSalud/ExperienciaAcumulada/docs/AtencionBiopsicosocial/EvaluacMalestarMujeresAP.pdf>

Velasco, S., López, B., Tourné, M., Calderó, D., Barceló, I. & Luna, C. (2007). Evaluación de una intervención biopsicosocial para el malestar de las mujeres en atención primaria. *Feminismo/s*, 10, 111-131. DOI: [10.14198/fem.2007.10.08](https://doi.org/10.14198/fem.2007.10.08)

Velasco, S. (2009). Sexos, género y salud. Madrid: Minerva.

Wilson, E. C., Chen, Y. H., Arayasirikul, S., Raymond, H. F. y McFarland, W. (2016). The Impact of Discrimination on the Mental Health of Trans*Female Youth and the Protective Effect of Parental Support. *AIDS and behavior*, 20(10), 2203–2211. DOI: [10.1007/s10461-016-1409-7](https://doi.org/10.1007/s10461-016-1409-7)

Zapata, M. (2017). Importancia de la agencia y las prácticas corporales en la recuperación de las depresiones. *Revista d'Antropologia i Investigació Social*, 7, 71-85. Recuperado de.

<https://associacioantropologies.org/wp-content/uploads/2018/02/Importancia-de-la-agencia-y-las-pr%C3%a1cticas-corporales-en-la-recuperaci%C3%b3n-de-las-depresiones.pdf>

Zapata, M. (2019). La depresión y su recuperación. Una etnografía feminista y corporal (Tesis doctoral). Recuperado

de:

https://addi.ehu.es/bitstream/handle/10810/32923/TESIS_ZAPATA_HIDALGO_MARIA.pdf?sequence=6

ANEXOS

Resultado de la selección de artículos

Perspectiva biopsicomédica			
Título	Año	Autoras	Revista
Depressive symptoms and relationship between genders: Differences in young adults in a randomized clinical trial.	2017	Acosta, M. R., Azevedo, R., Jansen, K., Bezerra, M., Tavares, R. & Dias de Mattos, L.	<i>Paidéia</i>
Tratamiento de la depresión.	2017	Álvarez-Mon, M. A., Pereira, V. & Ortuño, F.	<i>Medicine</i>
Depression during and after the perimenopause. Impact of hormones, genetics and environmental determinants of disease.	2018	Bromberger, J. & Neill, C.	<i>Obstetrics and Gynecology Clinics of North America</i>
Depresión Perinatal: detección, diagnóstico y estrategias de tratamiento.	2020	Krauskopf, V. & Valenzuela, P.	<i>Revista Médica Clínica Las Condes</i>
Sex differences in antidepressant efficacy.	2018	LeGates, T., Kvarta, M. & Thompson, S.	<i>Neuropsychopharmacology</i>
Prevención de la depresión en cuidadoras no profesionales: relación entre habilidades de solución de problemas y síntomas depresivos.	2015	Otero, P., Vázquez, F., Ferraces, M. J., Blanco, V. & Torres, A.	<i>Clínica y Salud</i>

Major Depressive Disorder.	2016	Otte, C., Gold, S., Pennix, B., Pariante, C., Etkin, A., Fava, M., Mohr, D. & Schatzberg, A.	<i>Nature Reviews</i>
Protocolo diagnóstico y terapéutico de la depresión.	2019	Pereira, V. & Molero, P.	<i>Medicine</i>
Depresión en la mujer.	2018	Rueda, M.	<i>Revista Colombiana de Cardiología</i>
Depression in midlife women.	2016	Sassarini, J.	<i>Maturitas</i>

Perspectiva de género			
Título	Año	Autoras	Revista
El género como determinante de la salud mental y su medicalización. Informe SESPAS 2020	2020	Bacigalupe, A., Cabezas, A., Baza, M. & Martín, U.	<i>Gaceta Sanitaria</i>
La depresión en la mujer.	1991	Bleichmar, E.	<i>Neuropsiquiatria</i>
La desmedicalización de la vida cotidiana de las mujeres: los grupos socioeducativos en el Sistema Sanitario Público Andaluz.	2018	Iáñez, A., Álvarez, R., García-Cubillana de la Cruz, P., Luque, V., Morales, E. & Palacios, M. S.	<i>Gaceta Sanitaria</i>
Las mujeres y la depresión: Una reflexión crítica.	2010	Lafaurie, M. M.	<i>Cuestiones de género: de la igualdad y la diferencia</i>

La construcción de los roles de género y su relación con el estrés crónico y la depresión en las mujeres.	2014	Montesó-Curto, P.	<i>Revista Internacional de Trabajo Social y Ciencias Sociales</i>
Depressió en les dones. Pastilles que amaguen realitats.	s.f.	Pérez, N.	-
Apuntes para una ‘salud mental’ inclusiva: Duelo a la identidad de género y reconocimiento de la heterogeneidad de la experiencia.	2018	Pujal i Llombart, M.	-
Subjetividad, desigualdad social y malestares de género: Una relectura del DSM-V.	2020	Pujal i Llombart, M., Calatayud, M. y Amigot, P.	<i>Revista Internacional de Sociología</i>
Historical Perspectives on women and mental illness and prevention of depression in women, using a feminist framework.	2009	Steen, M.	<i>Issues in Mental Health Nursing</i>
Are we medicalizing women's misery? A critical review of women's higher rates reported depression.	2010	Ussher, J.	<i>Feminism & Psychology</i>
Evaluación de una intervención biopsicosocial para el malestar de las mujeres en atención primaria.	2007	Velasco, S., López, B., Tourné, M., Calderó, D., Barceló, I. & Luna, C.	<i>Feminismo/s</i>

Importancia de la agencia y las prácticas corporales en la recuperación de las depresiones.	2017	Zapata, H.	<i>Revista d'Antropologia i Investigació Social</i>
---	------	------------	---

Deprimidas, Culpables y Medicinalizadas

La transformación de la desigualdad en Psicología a través del abordaje de la depresión desde la perspectiva de género

RESUMEN EJECUTIVO

(1490 palabras)

Autora: Núria Martín Alcázar

Tutora: Margot Pujal i Llombart

Grado de Psicología, 2021

Agentes clave

Este trabajo va dirigido a responsables de centros formativos para que introduzcan la perspectiva de género en los estudios de Psicología y Psiquiatría así como a otras disciplinas de la Salud, debido a que actualiza conocimientos y puede hacer reflexionar sobre cómo se está abordando actualmente la depresión.

También va dirigido a técnicos responsables de la implantación de políticas públicas, para así implementar la Ley 17/20151 Igualdad Efectiva de Hombres y Mujeres que obliga a incorporar la perspectiva de género de manera transversal en todos los ámbitos del conocimiento y realizar así un Plan de Igualdad.

Introducción

En el imaginario sociocultural la depresión ha tenido, y tiene, rostro de mujer. Este trabajo parte de cuestionar esta realidad, la cual el paradigma científico se ha encargado de enmascarar a través de su incuestionable evidencia.

La depresión es considerado uno de los trastornos más frecuentes, ya que se da en una de cada tres personas, y la primera causa de suicidio en las sociedades occidentales. Se predecía que en 2020 iba a ser la principal causa de discapacidad, junto a la ansiedad y las quejas somáticas.

Los trastornos mentales comunes los sufren sobre todo las mujeres, que duplican a los varones en estos. Ellas también acuden más a los servicios sanitarios y consumen más psicofármacos. Además, se estima que es el doble de probable que se les prescriba medicación psicotrópica para depresión que a los hombres. También es importante destacar que la depresión aparece dentro de la categoría de enfermedades crónicas, mostrándose la recuperación como difícil de alcanzar.

Por todo ello y debido a que la Ley 17/2015 Igualdad efectiva de hombres y mujeres obliga a incorporar la perspectiva de género en todos los ámbitos del conocimiento, se realiza una revisión sistemática sobre cómo se está abordando actualmente la depresión desde la perspectiva biopsicomédica como modelo hegemónico, analizando el impacto transformador que conlleva incorporar la perspectiva de género.

Objetivos

El objetivo de este trabajo es analizar el impacto transformador de la perspectiva de género en el abordaje de la depresión a través de la literatura científica.

A nivel específico se pretende en primer lugar, identificar las características del modelo biopsicomédico como hegemónico en la construcción del diagnóstico y el abordaje de la depresión. En segundo lugar, recoger literatura científica transdisciplinar sobre cómo influye la perspectiva de género en la construcción del diagnóstico y el abordaje de la depresión. En tercer lugar, contrastar el abordaje de la depresión desde una perspectiva biopsicomédica con el impacto transformador del abordaje con perspectiva de género. Y por último, describir las limitaciones y posibilidades que ofrece cada uno de los modelos.

Metodología

Se realiza una revisión sistemática de una selección de 10 artículos sobre el abordaje de la depresión desde una perspectiva biopsicomédica y de 12 publicaciones desde una perspectiva de género.

La búsqueda de artículos ha sido realizada en las bases de datos PubPsych, Pubmed, Web of Science, Psicodoc, PsycInfo, ScienceDirect y Dialnet. Además, la búsqueda de publicaciones con perspectiva feminista también se ha realizado mediante otras publicaciones especializadas como libros, tesis doctorales y revistas digitales.

En cuanto a los artículos científicos con perspectiva biopsicomédica se incluyeron aquellos relacionados con el abordaje de la depresión desde una perspectiva biológica, psicológica y/o médica; redactados en español, catalán o inglés; publicados entre 2015 y 2021; que incluyesen mujeres en su muestra y que hiciesen referencia a diferencias sexuales en la depresión.

En relación con las publicaciones con perspectiva de género se incluyeron aquellas relacionadas con el abordaje de la depresión desde una perspectiva feminista; redactados en español, catalán o inglés y que hiciesen referencia de forma directa y/o indirecta al malestar de género.

El análisis del contenido de los artículos se realizó siguiendo las directrices para el Análisis de la Información en Revisiones Sistemáticas, a través de un índice creado previamente que sirvió como guía para extraer la información de cada uno de ellos.

Una vez extraída la información necesaria, fue ordenada y sintetizada en nuevas categorías acordes con el contenido que se aportaba. Una vez finalizada la síntesis de ambos modelos se realizaron las conclusiones con aquello más relevante de cada uno aportando una visión crítica a aquel análisis que previamente había sido de carácter imparcial.

Depresión desde una perspectiva biopsicomédica

Desde el modelo biopsicomédico, la depresión es un trastorno recogido en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-V2) el cual se manifiesta con síntomas psicológicos, cognitivos, somáticos y/o sociales.

Desde este modelo, el principal factor que explica la prevalencia de la depresión y las diferencias de género es el biológico, y en concreto la fluctuación hormonal de las mujeres, lo cual hace referencia a que durante el periodo reproductivo los niveles hormonales sufren variaciones, en especial los de estrógenos y progesterona, las cuales tienen un efecto sobre la secreción de monoaminas, serotonina, dopamina y noradrenalina, implicadas en el desarrollo de la depresión.

Cómo método de intervención existen dos tipos de tratamiento: psicoterapia y farmacoterapia. Además, en casos de depresión grave o resistencia a los psicofármacos también se utiliza la terapia de neuromodulación.

Depresión desde una perspectiva de género

Desde la perspectiva feminista aparece el concepto de malestar de género, en lugar del de categoría diagnóstica y/o trastorno psicológico, utilizados por la Psiquiatría hegemónica. El malestar de género es una experiencia heterogénea y conflictiva, en relación con la regulación del sistema de género (que actúa como sistema de poder), y que está presente sobre todo en las mujeres, pero también en varones. 2 American Psychiatric Association. (2013). DSM-5. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th Edition). Washington, DC: American Psychiatric Association.

Desde esta perspectiva se considera que los factores que explican una mayor prevalencia de trastornos depresivos en mujeres son su propio rol e identidad, los mandatos de feminidad y masculinidad socialmente establecidos, la construcción cultural de la depresión y la psicopatologización de procesos naturales.

El abordaje se realiza en tres ámbitos. A nivel social se propone actuar y promover cambios en los sectores político-estructural, cultural y asistencial. A nivel individual se busca concienciar a las mujeres de que la causa de su malestar deriva de una determinada configuración social a través de su empoderamiento y de cuestionarse aspectos que tenían asumidos. Y a nivel grupal, se realizan grupos de apoyo de mujeres donde se proporcionan ayuda mutua y se comparte experiencias con personas que han pasado o están pasando por la misma situación.

Reflexiones Finales

La depresión es concebida y abordada de forma muy distinta desde ambos modelos.

En primer lugar, el modelo biopsicomédico no incluye la perspectiva de género, por lo que ignora las condiciones de subordinación y desigualdad en las que se encuentran las mujeres, realizando un abordaje de forma descontextualizada.

En segundo lugar, al considerar como único causante de la depresión el factor biológico, se patologiza el ciclo reproductivo en particular y a las mujeres en general, individualizando así un malestar que resulta de un problema social, que de este modo se mantiene enmascarado.

En tercer lugar, al tratarse mediante fármacos y terapias de neuromodulación, se hace creer a las mujeres que la razón por la que sienten malestar es por ellas mismas, que sus condiciones biológicas provocan dicha depresión y que por lo tanto, ellas tienen la culpa. Aun así, se las trata como a seres pasivos que deben aceptar su inevitable complejión y donde la única solución disponible solamente puede proporcionársela un profesional.

Por último, el paradigma biopsicomédico confunde sexo y género, no contemplando así que el género es una construcción psicosocial independiente del sexo. Esto conlleva que, debido a la identidad y expresión de género con la que se relaciona a la mujer, los trastornos mentales no únicamente sean feminizados sino que además se vincule a la mujer constantemente con la reproducción, utilizando su papel reproductivo como motivo para normalizar la desigualdad que puede llevar a la depresión. Además, esto provoca que se excluya de dicho paradigma a aquellas personas que no se ciñen al sistema de sexo-género binario.

El abordaje actual de la depresión, basado en la perspectiva hegemónica biopsicomédica provoca que las mujeres enfermen y mueran a menudo por causas que son prevenibles y que están asociadas a las desigualdades de género. Las ciencias de la salud nos permiten conocer cómo se expresan las diferentes formas de sufrimiento en el cuerpo, pero la limitación principal que poseen es que son ciegas al origen del sufrimiento.

Si incorporamos la perspectiva feminista al modelo biopsicomédico, la depresión será abordada de forma interseccional y contextualizada y las mujeres no serán concebidas como culpables de su malestar. Tampoco serán patologizadas ni consecuentemente medicalizadas, evitando así los efectos secundarios de terapias farmacológicas y electroconvulsivas, el papel pasivo de las mujeres en su recuperación y los estigmas asociados a sus roles e identidad; reduciendo así el malestar que esto provoca y generando una mayor comprensión de sus necesidades.

La Psicología busca incrementar el bienestar, y si queremos que aumente el de las mujeres únicamente podremos conseguirlo abordando su malestar desde una psicología no androcéntrica ni patriarcal, es decir, desde una perspectiva de género.

Deprimidas, Culpables y Medicinalizadas

La transformación de la desigualdad en Psicología a través del abordaje de la depresión desde la perspectiva de género

NOTA DE PRENSA

(552 palabras)

Autora: Núria Martín Alcázar

Tutora: Margot Pujal i Llombart

Grado de Psicología, 2021



Deprimidas, Culpables y Medicalizadas

Transformación de la desigualdad en Psicología a través del abordaje de la depresión desde la perspectiva de género

En el imaginario sociocultural la depresión ha tenido, y tiene, rostro de mujer; realidad que el paradigma científico se ha encargado de enmascarar a través de su inquestionable evidencia.

Los trastornos mentales comunes los sufren sobre todo las mujeres, que duplican a los varones en estos. Ellas también acuden más a los servicios sanitarios y consumen más psicofármacos. Además, es el doble de probable que se les prescriba medicación psicotrópica para depresión que a los hombres.

El abordaje actual de la depresión provoca que las mujeres enfermen y mueran por causas que son prevenibles y que están asociadas a las desigualdades de género.

La Ley 17/2015 *Igualdad Efectiva de Hombres y Mujeres* obliga a incorporar la perspectiva de género en todos los ámbitos del conocimiento, por ese motivo es relevante conocer cómo se está abordando actualmente la depresión desde la perspectiva biopsicomédica como modelo hegemónico y analizar el impacto transformador que conlleva incorporar la perspectiva de género.

¿Qué dice la ciencia sobre la relación entre la depresión y la desigualdad de género?

El **modelo biopsicomédico** considera que las diferencias de género en la depresión se deben a que la fluctuación hormonal de las mujeres durante el periodo reproductivo provoca variaciones en los niveles de estrógenos y progesterona, afectando la secreción de monoaminas, serotonina, dopamina y noradrenalina, implicadas en la depresión. Como consecuencia, la depresión es tratada en base a psicofármacos y terapias de neuromodulación.

Este modelo nos permite conocer cómo se expresan las diferentes formas de sufrimiento en el cuerpo, pero su limitación principal es que es ciego al origen del sufrimiento. Esto conlleva a un abordaje descontextualizado de la depresión, individualizando un problema social, patologizando procesos naturales y culpabilizando a las mujeres de su sufrimiento.

Desde la **perspectiva feminista** la depresión se incluye en el concepto de malestar de género, el cual se define como una experiencia heterogénea y conflictiva, en relación con la regulación del sistema de género que actúa como sistema de poder.

Además, considera que la mayor prevalencia de depresión en mujeres se debe a su propio rol e identidad, los mandatos de feminidad y masculinidad socialmente establecidos, la construcción cultural de la depresión y la psicopatologización de procesos naturales.

Así, el abordaje se realiza a nivel social promoviendo cambios en los sectores político-estructural, cultural y asistencial; a nivel individual concienciando a las mujeres de que la causa de su malestar deriva de una determinada configuración social a través de su empoderamiento y a nivel grupal mediante grupos de apoyo de mujeres donde se proporcionan ayuda mutua.

Incorporando la perspectiva de género al modelo biopsicomédico, la depresión será abordada de forma interseccional y contextualizada y las mujeres no serán concebidas como culpables de su malestar. Tampoco serán patologizadas ni consecuentemente medicalizadas, evitando así efectos secundarios de terapias farmacológicas y electroconvulsivas, el papel pasivo de las mujeres en su recuperación y los estigmas asociados a sus roles e identidad; reduciendo así el malestar que esto provoca y generando una mayor comprensión de sus necesidades.

La Psicología busca incrementar el bienestar, si queremos aumentar el de las mujeres únicamente podremos conseguirlo abordando su malestar desde una psicología no androcéntrica ni patriarcal, es decir, desde una perspectiva de género.