

Estereotipos y prejuicios de género: factores determinantes en Salud Mental.

Gender Stereotypes and prejudice as Mental Health determinants.

Isabel Pla Julián (1), Antoni Adam Donat (2), Isabel Bernabeu Díaz (3)

(1) Profesora Titular, Universitat de València. Departamento de Economía Aplicada, Facultad de Ciencias Sociales.

(2) Psiquiatra. Agència Valenciana de Salut. Departament Arnau-Llíria. USM Paterna.

(3) Función administrativa. Agència Valenciana de Salut. Departament Clínic Malva-Rosa.

Resumen: Reflexionar sobre los efectos de los estereotipos y prejuicios de género en la práctica clínica cotidiana de los profesionales de salud mental resulta imperativo para entender las diferencias en la forma de enfermar, los factores de vulnerabilidad psicosocial, el modo de manifestar la enfermedad y buscar ayuda, o los sesgos de la atención recibida por mujeres y hombres. Para ello partimos de una definición básica de las diferencias existentes entre los estereotipos, los prejuicios y los estigmas con la finalidad de cuestionarnos los factores que determinan la construcción social de las relaciones de género. El objetivo final es avanzar hacia una propuesta metodológica integral con perspectiva de género, específica para los profesionales de salud mental que nos permita averiguar los determinantes de género en salud mental y, en la medida de lo posible, contribuir a un futuro protocolo de acción.

Palabras clave: Estereotipos, prejuicios, género, práctica clínica, salud mental.

Abstract: Reflecting on the impact of gender stereotypes and prejudices in daily clinical practice of mental health professionals is imperative to understand the differences in the forms of disease, psychosocial vulnerability, how to seek medical help, the biases of clinical attention in women and men. For that purpose we start with a basic definition of the differences between stereotypes, prejudice and stigma with the aim of questioning the factors that determine the social construction of gender relations. The ultimate goal is to move towards a gender comprehensive methodology for mental health professionals to enable us to find the determinants of gender in Mental Health and, as much as possible, to contribute to establish a future protocol of action.

Key words: Stereotypes, prejudices, gender, clinical practice, mental health.

Nota: Queremos expresar nuestro agradecimiento a Sara Velasco Arias. Sus estudios acerca de la práctica clínica con enfoque de género permiten avanzar hacia una mayor igualdad y equidad en el ámbito de la salud. Para nosotros, han supuesto una fuente constante de inspiración.

Introducción¹

Comenzaremos con una consideración: la ingente cantidad de literatura sobre la importancia de los determinantes de género en salud nos impone una cierta cautela, a la vez que limita cualquier pretensión de originalidad por nuestra parte. Nos ceñiremos, pues, a reflexionar sobre los efectos de los estereotipos y prejuicios de género en la práctica clínica cotidiana destacando los determinantes de género en salud mental. Para ello, acotaremos el tema adoptando el esquema siguiente:

1. Estereotipos, prejuicios y estigmas.
2. Estereotipos sociales de género.
3. Estereotipos de género y salud.
4. Enfoque integrado de género en problemas de salud.
5. Determinantes de género en salud mental.

Obviamente, no existen prejuicios de género, ni de otro tipo, específicos entre los profesionales de la Salud Mental (SM). Dicho de otra manera, los profesionales de la SM no muestran prejuicios diferentes a los que pueden manifestar otros profesionales de la salud. No obstante, es evidente que en determinadas especialidades médicas el impacto de ciertas actitudes incide profundamente en la relación médico-paciente. Así, la medicina de familia y la psiquiatría son las dos especialidades que más han contribuido a poner en primer plano los problemas sanitarios que conlleva ignorar la diversidad y, en especial, las desigualdades de género (1).

Los estereotipos y prejuicios entre profesionales de la SM -no solamente los referidos al género- son los mismos que encontramos en nuestro medio social y cultural. El prejuicio aparece independientemente de la inteligencia del individuo, de su nivel cultural y de su capacidad para razonar. Se puede decir que los prejuicios forman parte de nuestro bagaje cultural, dado que están presentes en el entorno familiar y social y mediatizan

nuestras relaciones, repercutiendo negativamente y de manera específica en el trato entre personal sanitario y pacientes.

Las investigaciones actuales dirigen la atención al estudio de las causas de estos prejuicios, ya que su persistencia entre el personal sanitario, educadores y distintos mediadores sociales puede comportar errores y malentendidos de graves consecuencias. Los resultados de trabajos recientes indican que psicólogos y trabajadores sociales manifiestan las mismas contradicciones, ambivalencias y prejuicios, racistas y sexistas, que el conjunto de la población (2).

Se considera que es necesario un largo proceso para que se reconozcan y acepten los propios prejuicios (3). En general, tanto los códigos tradicionales de ética profesional en salud mental, como los más recientes que desarrollan modelos específicos de intervención en cuestiones de raza y género, estipulan actitudes positivas hacia las minorías raciales y hacia las mujeres.

1. Estereotipos, prejuicios y estigmas

Según el DRAE² el **estereotipo** viene definido por la “imagen o idea aceptada comúnmente por un grupo o sociedad, con carácter inmutable”. Lo cierto es que los estereotipos ayudan a simplificar la realidad; la hacen más comprensible. Facilitan la socialización, el desarrollo y la integración de los individuos en un entorno agresivo, desconocido, incomprensible o inaccesible. Los estereotipos se definen también como creencias populares sobre grupos sociales específicos o sobre determinada clase de individuos. Desde el punto de vista de la psicología social, los estereotipos forman parte de nuestras actitudes: aluden al componente cognitivo de las mismas. Se pueden entender como “verdades” socialmente compartidas y, en la mayoría de los casos, políticamente incorrectas.

Por su parte, el **prejuicio** entraría en el territorio de lo individual y viene definido como la “opinión previa y tenaz, por lo general desfavorable, acerca de algo que se conoce mal”³. Se entiende

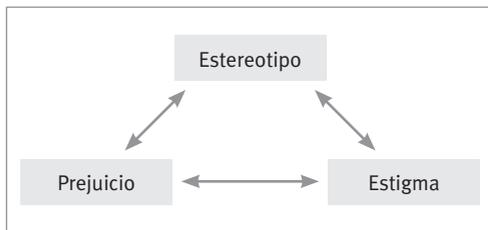
¹ Una versión preliminar de este texto fue presentada en forma de comunicación en las III Jornadas de la Sección de Derechos Humanos y Salud Mental de la Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN), celebradas en Bilbao los días 20-22 de octubre de 2011.

² Diccionario de la lengua española, vigésimo segunda edición. <http://lema.rae.es/drae/>

³ *Ibidem*.

como el proceso de formación de un concepto o juicio acerca de una persona o situación de forma anticipada o preconcebida, e implica la elaboración de ideas, creencias, actitudes, juicios u opiniones antes de someterlos a la primacía de la evidencia (4).

Si el estereotipo aludía al componente cognitivo de las actitudes, el prejuicio apelaría al componente afectivo. Ambos se relacionan, a su vez, con el componente comportamental o conativo que se materializa en las conductas discriminatorias y estigmatizantes⁴, como podemos observar en el siguiente esquema:



Fuente: elaboración propia a partir de S. de Lemus Martín (2007).

En todo caso, la fuerte conexión entre prejuicios y estereotipos se mediatiza por las categorías a las que pertenecen las personas⁵. Es decir, que cuando aplicamos los estereotipos y los prejuicios, lo hacemos bajo la influencia de múltiples categorías o variables sociales. Los estereotipos se atribuyen a los grupos sociales por pertenencia a un determinado sexo, nacionalidad, cultura, etnia o clase social, entre otros. De modo que nos encontramos estereotipos y prejuicios diferentes para cada grupo social. Así, expresiones tales como ‘las mujeres latinas son muy cariñosas’ o ‘los alemanes son muy fríos’ son ejemplos de atribuciones estereotipadas (5).

Cuando aplicamos los estereotipos y los prejuicios, lo hacemos bajo la influencia de todas estas categorías o variables sociales que aparecen en la tabla 1.

Sexo	Situación laboral
Edad	Religión
Estado civil	Estatus profesional
Clase social	Etnia
Apariencia o aspecto general	Estatus migratorio
Nivel educativo	Nacionalidad

Fuente: elaboración propia a partir de Velasco Arias, S. (2009) y Lemus Martín, S. de (2007).

Por último, el **estigma** se puede entender como la serie de rasgos, aspectos o atributos que justifican la exclusión social de quienes los poseen. A partir de este concepto, se puede clasificar a las personas en dos grandes grupos:

- a) *normales*: individuos que no se desvían negativamente de las expectativas particulares concebidas para su grupo.
- b) *estigmatizados*: sujetos que padecen actitudes y conductas de evitación, discriminación o rechazo, que reducen sus posibilidades de convivir dentro del grupo (6).

Ante el acoso, la discriminación o el rechazo, el individuo estigmatizado mostraría respuestas que abarcan desde la vergüenza y el auto desprecio hasta los intentos de corregir aquello que considera el fundamento objetivo de su deficiencia⁶. Por ejemplo, las mujeres que aceptan someterse a cirugía estética para responder a determinados cánones sociales de belleza y que llegan a la aversión hacia su propio cuerpo, animadversión confirmada y legitimada por profesionales y expertos de la salud y la belleza (7).

2. Estereotipos sociales de género

Los estereotipos sociales de género aluden a un conjunto estructurado de creencias y expectativas compartidas, dentro de una sociedad, acerca de las características que poseen (componente descriptivo) y deben poseer (componente prescriptivo)

⁴ Lemus Martín, S. de (2007), p. 18.

⁵ Lemus Martín, S. de (2007), p. 20.

⁶ GAP (2000), p. 32.

las mujeres y los hombres como grupos, sexual y genéricamente, diferentes⁷.

Las creencias y expectativas que conforman los estereotipos sociales de género incluyen: rasgos de personalidad (subordinación/dominio), roles (cuidadora/sustentador económico de la familia), profesiones (secretaria/empresario), mandatos (subordinarse a las necesidades y expectativas de los hombres/demostrar siempre potencia y creer que su cuerpo es una máquina invencible), exigencias sociales (silenciar la propia fortaleza e inteligencia/ocultar las debilidades) (8). En resumen, la feminidad se identifica con subordinación, entrega, pasividad y seducción, mientras que la masculinidad presupone poder, propiedad y potencia⁸.

En cualquier caso, el género no puede verse únicamente como una simple estructura binaria y heteronormativa; sino que se compone de estructuras sociales mutables y flexibles, que cambian y se regeneran constantemente marcando lugares diferenciados para las mujeres y para los hombres.

Este abordaje, en el que se añan los estereotipos de género con múltiples variables sociales

se conoce como perspectiva interseccional (9). La intersección origina un contexto complejo de desigualdades que operan de forma dinámica y que condicionan las relaciones de género. En este contexto interseccional, las personas se significan en términos de estructuras sociales que comportan relaciones de poder derivadas de diversas categorías: patriarcado, racismo, clasismo o heterosexismo entre otras. Así, por ejemplo, no categorizamos del mismo modo a una mujer blanca, española y joven, que a otra mujer negra, migrante y madura.

Todo ello tiene implicaciones claras en términos de SM cuando constatamos, por ejemplo, que la depresión es más prevalente en mujeres que en hombres, y que lo es aún más en mujeres de mediana edad que pertenecen a clases sociales desfavorecidas.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el género determina de manera fundamental la salud mental y también las enfermedades mentales. Como podemos ver en la tabla 2 sobre prevalencia psiquiátrica, las diferencias entre mujeres y hombres se mantienen a lo largo de los veinte años que separan los diferentes trabajos.

Tabla 2: Prevalencia psiquiátrica en estudios comunitarios realizados en España

Autor (año)	Área	Muestra	Instrumento ⁹	Prevalencia psiquiátrica (%)	
				Hombres	Mujeres
Muñoz et al. (1979)	Navarra	NC	PSE	11.6	23.6
Vázquez-Baquero et al (1982,1982)	Navarra	1156	CIS	19.2	28.3
Seva-Díaz et al (1982)	Soria	404	GHQ 30	-	34.2
Vázquez-Baquero et al (1987)	Cantabria	1232	PSE	8.1	20.6
Herrera et al (1987)	Barcelona	811	GHQ 60	15.9	30.8
Mateos et al (1989)	Galicia	2510	GHQ 60	20.8	33.6
Canals et al (1997)	Cataluña	290 (18 años)	SCAN	21.7	36.1
Rajmil et al (1998)	Cataluña	12.415	GHQ 12	15.8	18.7
Roca et al (1999)	Formentera	697	GHQ 28	15.0	23.6

Fuente: Montero, I. (2004).

⁷ Lemus Martín, S. de (2007), p. 19.

⁸ Velasco Arias, S., (2009), p. 155.

⁹ GHQ: Cuestionario General de Salud, utilizado en las versiones de 12, 28, 30 y 60 ítems; PSE: Examen del Estado Actual; CIS: Cuestionario de Entrevista Clínica; SCAN: Cuestionario para la Evaluación Clínica en Neuropsiquiatría.



Los estereotipos sociales de género mediatizan la prevalencia de los trastornos mentales comunes (TMC): depresión, ansiedad y quejas somáticas. Trastornos que afectan aproximadamente a una de cada tres personas en la comunidad, que predominan entre las mujeres y que constituyen un grave problema para la salud pública. Según las predicciones de la OMS, la depresión mayor será la segunda causa de discapacidad mundial en 2020, y esta enfermedad es, ahora mismo, dos veces más frecuente entre las mujeres que entre los hombres. Por tanto, reducir el número de mujeres que sufren depresión contribuiría de manera significativa a disminuir la discapacidad causada por los TMC (10, 11).

3. Estereotipos de género y salud ¹⁰

Los estereotipos pueden observarse en todos los ámbitos y actividades de la sociedad e influyen en las expectativas que mantienen los profesionales de la salud, dando lugar a los sesgos de género en la atención sanitaria. Así, el estereotipo de que las mujeres se quejan demasiado, porque son más débiles y probablemente no estén realmente enfermas, procede del modelo tradicional de género. Los estereotipos mediatizan las distintas formas que tienen los pacientes de consultar los servicios sanitarios: según este modelo tradicional, las mujeres tienden a acudir más veces y antes a los servicios generales y también manifiestan más quejas psicosociales. Por su parte, los hombres acuden con más frecuencia a urgencias o a los servicios hospitalarios y les cuesta mucho más verbalizar sus quejas. Este modelo también incide en el estado de salud y en las formas de enfermar. Así, las cargas derivadas del rol dependiente y de cuidadora son los procesos psicosociales más frecuentes encontrados entre mujeres con TMC. En cambio el primer proceso psicosocial asociado a la salud de los hombres tiene que ver con los conflictos de pareja.

Por otra parte, la incorporación de las mujeres a la educación, al trabajo formal y al espacio público ha dado paso al modelo de género en transición. Este nuevo modelo, aún en evolución,

ha modificado las relaciones sociales pero en el espacio de la intimidad las personas todavía conservan valores tradicionales. El modelo de género en transición, y el consiguiente cambio en las relaciones de poder-subordinación, ha comportado para las mujeres y los hombres diferentes procesos protectores ante la enfermedad. La autonomía, la independencia, el nivel cultural y la participación en la vida pública serían factores de protección para la salud de las mujeres; mientras que para los hombres lo serían liberarse de la carga de mantener el poder y la potencia, y acceder a la sensibilidad y a la afectividad, antes vedadas. Al mismo tiempo, este modelo presupone una vulnerabilidad diferenciada para las mujeres, que se atribuye a la acumulación de roles antiguos y nuevos, acumulación que da como resultado la doble jornada laboral con carga monoparental en soledad o también conocida como jornada interminable. La sobrecarga resultante es mucho más grave cuando los recursos económicos son escasos, hasta el punto de que se reconoce como el primer proceso psicosocial determinante de salud en las mujeres. En cambio, para los hombres se mantienen los conflictos de pareja como primer proceso psicosocial asociado a la enfermedad.

Si a lo largo del siglo XX, la salida de las mujeres del lugar de subordinación dio paso al modelo de género en transición, a finales del mismo siglo y principios del XXI el cambio del capitalismo de producción por el de consumo ha dado lugar al desplazamiento desde unos valores sociales hacia una realización individual y un éxito personal medidos por la capacidad de consumo de bienes materiales. Debido a este mandato de éxito material, el cuerpo se convierte en la representación del individuo y pasa a ser el portador de su identidad. El cuerpo refleja los signos del éxito y de la belleza, y la imagen corporal deviene el paradigma de la vulnerabilidad en el nuevo modelo de género contemporáneo. En este modelo la diferencia por sexos ya no se encuentra en los roles, sino que se manifiesta en la percepción del propio cuerpo. El ideal femenino de belleza es débil, infantil y enfermizo, frente al masculino que es fuerte, sano y potente. A diferencia de los modelos anteriores, en este nuevo modelo las mujeres y los hombres presentan los conflictos de pareja como el proceso psicosocial que con más frecuencia se asocia a TMC.

¹⁰ Véase al respecto el capítulo titulado “Análisis de los determinantes psicosociales de género para la salud” en el libro de Sara Velasco Arias, *Sexos, género y salud* (2009), pp. 147-186.

Modelos	Determinantes
Tradicional	- mujeres: cargas del rol de subordinación y de cuidadora - hombres: conflictos de pareja
En transición	- mujeres: sobrecarga de roles y recursos económicos escasos - hombres: conflictos de pareja
Contemporáneo	- mujeres y hombres: conflictos de pareja

Fuente: elaboración propia a partir de Velasco Arias, S. (2009).

4. Enfoque integrado de género en problemas de salud¹¹

Una vez analizados los estereotipos de género en salud, ¿cómo se gestionan estos conceptos?, ¿cómo se puede aplicar el enfoque de género en la práctica clínica? En primer lugar, deberíamos reconocer que la unidad mínima de observación y análisis ya no es la persona, sino las mujeres y los hombres, lo cual supone visibilizar colectivos que pueden tener formas propias y diferenciadas de enfermar, y necesidades específicas en torno a la salud que no pueden ocultarse bajo un patrón único para ambos sexos, que suele ser el patrón masculino.

A partir de estas premisas, revisamos la información epidemiológica de las categorías que componen el proceso de salud mental e identificamos las necesidades específicas de mujeres y hombres:

a) Descripción por sexos

Paso imprescindible para aplicar un enfoque de género es que podamos contar con datos socio-sanitarios desagregados por sexos.

b) Identificar diferencias por sexos

Se debería identificar todas las diferencias por sexos que se puedan evidenciar, como las observadas en la tabla 4, teniendo en cuenta que el sexo es una variable para definir el problema

y no se debe confundir con el género, que será la categoría que nos permita explicar las diferencias encontradas por sexos.

Trastornos de Salud Mental en España	Mujeres %	Hombres %
Trastornos mentales	11.44	5.25
Trastornos de estado de ánimo	15.85	6.71
Consumo excesivo alcohol	0.50	4.30
Trastornos de la alimentación	1.8	0.2

Fuente: elaboración propia a partir de Velasco Arias, S. (2009).

c) Identificar necesidades específicas de mujeres y de hombres

Nos referimos a enfermedades debidas a las diferencias biológicas del aparato reproductor o de los caracteres sexuales secundarios, pero también a la distinta vulnerabilidad biológica de mujeres y hombres a la exposición ante los mismos factores ambientales y tóxicos. Se incluyen la morbilidad y los procesos o necesidades asociadas al ciclo vital.

d) Identificar las desigualdades de género en el estado de salud

Las diferencias encontradas por sexos se pueden deber a circunstancias sociales discriminatorias. Por tanto, incluiríamos en este apartado las situaciones discriminatorias para las mujeres en el trabajo formal, en el reparto del trabajo informal o en los roles de género desempeñados por mujeres y hombres. Son factores sociales de vulnerabilidad que producen desigualdades de género que afectan al estado de salud y cuyo abordaje presupone intereses estratégicos diferenciados o específicos.

Ejemplo: la salud percibida siempre es peor en las mujeres, a partir de los 16 años y en todos los estratos sociales. No existe una justificación biológica para esta apreciación; se atribuye más bien a las condiciones sociales de género en las que viven las mujeres y a la percepción y manifestación del malestar. Es una consecuencia innecesaria, injusta y evitable, y desaparecería si se cambiara el acato al género.

¹¹ Véase el capítulo titulado "La aplicación del enfoque integrado de género en programas de salud" en el libro, antes citado, de Sara Velasco Arias, *Sexos, género y salud*, (2009), pp. 201-223.



e) Variabilidad en la atención: sesgos, desigualdades e inequidades

Referida, por un lado, a la variabilidad en la demanda a los servicios sanitarios. Ya hemos mencionado que las mujeres acuden más a los servicios de atención primaria mientras que los hombres acuden más a los servicios hospitalarios. Esta diferencia en la demanda se explica por la diferente socialización, que legitima la tendencia de las mujeres a expresar su malestar y a pedir ayuda, en tanto que no permite que los hombres manifiesten su debilidad hasta que no hay una enfermedad severa. Y, por otro, a la variabilidad en la atención mediatizada por estereotipos. En este sentido habría que identificar si se realizan distintos diagnósticos ante los mismos síntomas debido a la estigmatización o discriminación de uno de los sexos.

Como ejemplo, la bibliografía más reciente indica un menor esfuerzo diagnóstico y terapéutico en las enfermedades cardiovasculares que presentan las mujeres. Estos sesgos diagnósticos y terapéuticos podrían atribuirse a estereotipos de género que minusvaloran las quejas de las mujeres.

También deberíamos cuestionarnos los posibles estereotipos que se aplican desvalorizando las quejas o la gravedad de los síntomas de las mujeres, así como la igualdad de oportunidades de diagnóstico, tratamiento, mejoría o curación para mujeres y hombres. Por ejemplo, la queja de fatiga en las mujeres se diagnostica como un síntoma depresivo, mientras que en los hombres esta queja se interpreta como tal y no se les aplica ningún diagnóstico.

Todos los sesgos de género, sospechados o identificados, están generando inequidades al no proporcionar los mismos servicios o la misma calidad según el sexo. De este modo, ante las mismas quejas emocionales, se tiende a prescribir psicofármacos a las mujeres, contribuyendo a la medicalización de su vida cotidiana. Por otro lado, se da más credibilidad a la queja de un hombre y aún más si lo consideramos de clase social elevada. Por el contrario, no se considera la queja somática de una mujer, sobre todo si se la percibe como de clase social desfavorecida.

5. Determinantes de género en salud mental

A partir del enfoque integrado de género en problemas de salud que acabamos de proponer, encontramos evidencias del papel de los determinantes de género en SM. En el Estado Español, el riesgo de mala salud mental es del 21.3% de la población pero la frecuencia es casi el doble en mujeres (27%) que en hombres (15.6%). Esta diferencia por sexos se repite en todas las edades excepto en la infancia. El perfil de población con mayor riesgo de mala salud mental correspondería al grupo de mujeres españolas, adultas o de edad avanzada y de clase social baja. En segundo lugar, se hallaría el grupo integrado por las mujeres jóvenes extranjeras. El riesgo viene, pues, definido por el sexo, la edad y el país de origen¹².

Por otro lado, se admite que el género es un factor de riesgo para la presentación de síntomas depresivos en todos los grupos de edad. Otras variables consideradas como factores de riesgo para las mujeres son la doble y triple jornada y el bajo control sobre el trabajo formal e informal. Habría que destacar el papel de las mujeres como cuidadoras ya que, por sí mismo, incrementa el riesgo de padecer síntomas de ansiedad o de depresión (12).

Los resultados de la mayoría de los trabajos señalan que las mujeres solicitan ayuda para sus problemas psiquiátricos con mayor frecuencia que los hombres, cualquiera que sea la causa e independientemente de la región geográfica donde vivan. De ahí que se haya sugerido que ser mujer es una variable predictora de mayor utilización de servicios psiquiátricos¹³.

Para intentar explicar las diferencias por géneros, no solo en la frecuencia con la que se acude a consultas psiquiátricas sino también en la prescripción de psicofármacos, se han barajado las hipótesis siguientes (13):

- a) La hipótesis de la morbilidad: las mujeres tendrían más problemas psiquiátricos que los hombres.
- b) La hipótesis de la consulta: socialmente es más aceptable que las mujeres acudan más al médico que los hombres. Incluso, aunque

¹² Velasco Arias, S., (2009), pp. 261-263.

¹³ Montero, I., (2004).

la morbilidad psiquiátrica fuera la misma, las mujeres estarían en mayor situación de riesgo de ser diagnosticadas y de recibir una prescripción farmacéutica porque frecuentan más la consulta.

- c) La hipótesis de la manifestación de emociones: también está más aceptado que las mujeres admitan que tienen síntomas particularmente relacionados con problemas emocionales. Puede que las mujeres no estén más enfermas que los hombres, pero puede que estén más alerta a sus emociones y más preparadas para comunicarlas a otras personas. En este sentido, deberíamos distinguir entre el malestar y la enfermedad mental en las mujeres, puesto que se ha estigmatizado este malestar presentándolo como desviación de la norma cuando, en realidad, es la adhesión a esa norma la que genera ese malestar.
- d) La hipótesis del estereotipo: el personal médico tiene cierta predisposición a diagnosticar TMC en las mujeres, especialmente en las mujeres de edad media.
- e) La hipótesis del control social: entre los profesionales de la salud se observa cierta tendencia a medicar a las mujeres que tienen algún problema psicológico. Tanto el diagnóstico de enfermedad mental como la consiguiente prescripción de psicofármacos se pueden entender como una forma de “control social” de comportamientos inaceptables que generan problemas en la comunidad y en las familias de las mujeres que reciben el diagnóstico y la prescripción¹⁴.

Por otro lado, la mayor frecuentación de los servicios psiquiátricos por parte de las mujeres conlleva el riesgo de que el profesional que las atiende no siempre las escuche con la debida atención. A menudo, se establece un vínculo entre terapeuta y paciente que da cabida a situaciones de microviolencia que son percibidas como agresiones por parte del paciente. Una situación de microviolencia se produciría como consecuencia de no tener en cuenta ni las condiciones de vida, ni el trabajo ni la sobrecarga psicosocial que experimentan las mujeres¹⁵.

Se han descrito cuatro formas de microviolencia en la asistencia sanitaria, favorecidas por los estereotipos de género:

- a) Limitación de la comunicación, que invisibiliza las quejas y los síntomas de las mujeres. Las formas de limitar la comunicación pueden ser diversas: desde no levantarse cuando entra la paciente o no mirarla a los ojos, hasta no responder a sus preguntas, pasando por atender al ordenador en lugar de a la paciente.
- b) Relación de superioridad mantenida durante el acto médico, que impide una comunicación más próxima. Así, se marcan separaciones y distancias, y se descalifica o se resta valor a la información que aportan las mujeres.
- c) Aislamiento del exterior, que se manifiesta en la descalificación hacia otros profesionales en los que la paciente confía, así como también en la negación de exploraciones o en la imposición del tratamiento sin considerarlos, ni lo uno ni lo otro, una sugerencia o una negociación.
- d) Anulación de quien pide ayuda por una dolencia o enfermedad, despojándola de su condición de persona y dejándola reducida a su situación de enferma. No es extraño que las mujeres relaten que en su contacto con el sistema sanitario se sientan anuladas¹⁶.

Reflexiones finales

A partir de los estudios consultados, podemos apuntar las siguientes consideraciones:

- a) La salud mental muestra un perfil dicotómico y socialmente diferenciado: las mujeres padecen más depresión, ansiedad y trastornos por somatización, mientras que los hombres padecen más trastornos por abuso de sustancias. Este perfil se construye en base a las diferencias en la forma de enfermar, los factores de vulnerabilidad psicosocial y de género, el modo de manifestar la enfermedad y buscar ayuda, y los sesgos de la atención recibida por mujeres y hombres.
- b) Los estereotipos sociales de género influyen en la percepción global de la salud mental,

¹⁴ Markez, I., (2004).

¹⁵ Valls-Llobet C., (2009), p. 361.

¹⁶ Valls-Llobet C., (2009), pp. 359-366.



ya que se tiende a invisibilizar la importancia de los TMC que son los más prevalentes, los de mayor peso en la mala salud mental de la población, los que generan mayor discapacidad y los que duplican su prevalencia en las mujeres respecto a los hombres.

- c) Los TMC están determinados por procesos psicosociales debidos a formas de vida relacionadas con el género. Todos ellos empeoran

en las clases sociales más desfavorecidas y se relacionan con un bajo nivel de estudios, la precariedad laboral y el trabajo de ama de casa¹⁷. En general, constatamos que las mujeres tienen mayor riesgo de mala salud mental acuden con mayor frecuencia a los servicios sanitarios y se les prescriben más psicofármacos.

¹⁷ Velasco Arias, S. (2009), p. 259.

Contacto:

Isabel Pla Julián • Directora Unidad de Investigación Economía y Género.
Departamento de Economía Aplicada. Universidad de Valencia
Campus de Tarongers. Edificio Departamental Oriental • Avda. Tarongers, s/n. 46022 Valencia (España)
Tel. +34 - 963828420; Fax. +34 - 963828415 • Isabel.Pla@uv.es; www.isabelpla.es

Bibliografía

- (1) Montero, I.; Aparicio, D.; Gómez-Beneyto, M.; Moreno-Küstner, B.; Reneses, B.; Usall, J.; Vázquez-Barquero, J.L. Género y salud mental en un mundo cambiante”. *Gaceta Sanitaria*, 2004; 18, (1):175-81. http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S0213-9112004000700028&script=sci_arttext
- (2) Green, R.G.; Hamlin, H.; Ogden, V.; Walters, K. Some normative data on mental health professional's attitudes about racial minorities and women. *Psychol. Rep.*, 2004; 94, (2):485-494.
- (3) GAP: Group for Advancement of Psychiatry. *Homosexuality and the Mental Health Professions. The Impact of Bias*, Report No. 144. Hillsdale, NJ, The Analytic Press, 2000.
- (4) Lemus Martín, S. de. *Estereotipos y prejuicio de género: Automatismo y modulación contextual*. Granada, Universidad de Granada, Tesis doctoral, 2007. <http://hera.ugr.es/tesisugr/17243579.pdf>
- (5) Olmeda, A.; Frutos, A. *Guía Metodológica para trabajar con grupos*. Madrid, Asociación de Mujeres Jóvenes, 2001.
- (6) Goffman, I. *Estigma. La identidad deteriorada*. Buenos Aires, Amorrortu editores. 1986.
- (7) Tucker, R.; Watkins, P.L.; Cardinal, B.J. Muscle dysmorphia, gender role stress, and sociocultural influences: an exploratory study. *Res Q Exerc Sport*, 2011; 82, (2):310-319.
- (8) Velasco Arias, S. *Sexos, género y salud. Teoría y métodos para la práctica clínica y programas de salud*. Madrid, Minerva ediciones, SL, 2009.
- (9) Crenshaw, K. Mapping the Margins: Intersectionality, Identity Politics, and Violence against Women of Color. *Stanford Law Review*, 1991; 43, (6):1241-1299.
- (10) WHO. Gender and women's mental health. www.who.int/mental_health/prevention/genderwomen/en/.
- (11) Gülçür, L. Evaluating the role of gender inequalities and rights violations in women's mental health. *Health Hum. Rights*, 2000; 5 (1):46-66.
- (12) Valls-Llobet, C. *Mujeres, salud y poder*. Madrid, Ediciones Cátedra, 2009.
- (13) Markez, I.; Póo, M.; Romo, N.; Meneses, C.; Gil, E.; Vega, A. Mujeres y psicofármacos: La investigación en atención primaria. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.*, 2004; 91:37-61.

• Recibido: 20-6-2012.

• Aceptado: 9-5-2013.