

Salud mental, género e igualdad.

Mental health, gender and equality.

Margarita Sáenz Herrero

Psiquiatra. Hospital Universitario de Cruces. Profesora asociada de UPV-EHU.

Resumen: Las mujeres han permanecido invisibles como seres diferentes en la Biología, y en la Psicología y en la Psiquiatría. No se ha incluido en las investigaciones sobre salud, sobre patologías o sobre fármacos qué influencias tienen la cultura, las relaciones de poder y los estereotipos de género en la Salud Mental. Por ejemplo, no se ha incluido en los trabajos de investigación sobre las causas de enfermar ni la violencia de género que ampliamente extendida en las capas más profundas de la sociedad, está produciendo graves consecuencias sobre la salud psicológica y física; ni tampoco el impacto sobre su salud en el papel de cuidadoras que han mantenido las mujeres como un formato socialmente determinado. Otro problema que sesga en las investigaciones de salud pública es precisamente no incluir preguntas sobre cuestiones relacionadas con las condiciones de vida y de trabajo de las mujeres, y diferencias sobre la sobrecarga diaria, la doble jornada y las tareas que se realizan en el ámbito doméstico.

Palabras clave: mujer, salud mental, género, igualdad, investigación.

Abstract: Women have been invisible as different in Biology, Psychology and Psychiatry. They have not been included in Health Research, Clinical Approach, Pharmacological Trials and Culture Influences, Power Relationships and Gender Stereotypes in Mental health. For example, Gender violence has not been included in Research Works as one of the ethiological causes, or their consequences in psychological or physical problems. Moreover the impact in health in women as the role of caregivers is socially determined. Other problems related to gender bias are not being included questions about life conditions, and laboral status, because of women double or triple work shifts and domestic work performed in the household by women.

Key words: women, mental health, gender, equality, research.

Salud mental, género e igualdad

Las mujeres han permanecido invisibles como seres diferentes en la Biología, y en la Psicología y en la Psiquiatría. No se ha incluido en las investigaciones sobre salud, sobre patologías o sobre fármacos qué influencias tienen la cultura, las relaciones de poder y los estereotipos de género en la Salud Mental. Por ejemplo, no se ha incluido

en los trabajos de investigación sobre las causas de enfermar ni la violencia de género que está ampliamente extendida en las capas más profundas de la sociedad, y está produciendo graves consecuencias sobre la salud psicológica y física; ni tampoco el impacto sobre su salud en el papel de cuidadoras que han mantenido las mujeres como un formato socialmente determinado (Recordemos que la mayoría de las cuidadoras



de personas enfermas y ancianas son mujeres, muchas de las cuales tiene vínculos emocionales con las personas a quienes atienden)

Este tipo de relaciones de cuidado incluye a menudo una relación emocional además de la personal, médica y doméstica. Es frecuente que estas mujeres experimenten altos niveles de estrés y preocupación, presenten amplio rango de respuestas emocionales, tengan redes sociales reducidas, con problemas de aislamiento y estigma asociado.

Otro problema que sesga las investigaciones de salud pública es precisamente no incluir preguntas sobre cuestiones relacionadas con las condiciones de vida y de trabajo de las mujeres, y las diferencias existentes sobre la sobrecarga diaria, la doble o triple jornada y las tareas que se realizan en el ámbito doméstico.

Las mujeres acuden con mayor frecuencia a los centros de salud mental y padecen con mucha más frecuencia trastornos de ansiedad y depresión (los trastornos de conducta y alcoholismo son más frecuente en varones y los trastornos de conducta alimentaria más frecuente en mujeres hasta 9:1). La depresión, la patología más prevalente entre las mujeres, es la segunda causa de discapacidad en la estimación para el año 2020 y la primera para las mujeres.

El consumo de psicofármacos es significativamente mayor en las mujeres que en los hombres, y se mantiene entre todos los grupos de edad. Incluso en ausencia de diagnóstico psiquiátrico el consumo es mayor en mujeres (1). Las razones argumentadas hasta la fecha en la literatura científica han hecho hincapié en la influencia genética y hormonal, así como en los efectos de diversos neurotransmisores en el sistema nervioso central de ambos sexos. La mayor parte de los trastornos psiquiátricos hoy en día se interpretan como constructos biopsicosociales y sin embargo los aspectos sociales, históricos y políticos no son incluidos en la construcción de los síntomas en cada uno de los trastornos (1). En un mundo globalizado, donde la información es poder, explorar las raíces de este fenómeno constituye una necesidad, más cuando los datos en algunos países sobre violencia de género son alarmantes. Un cuarto de las mujeres inician su

vida sexual en el contexto de violencia en determinados países (2) La Organización Mundial de la Salud denunciaba la existencia de alarmantes niveles de violencia de género presentes a lo largo de la vida de las mujeres cuya prevalencia a lo largo de la vida se estimaba desde un 15 a un 71% (2).

La noción de género es un concepto metodológico que va surgiendo para distinguir la diferencia biológica y el rol cultural que se asigna a los sexos. La incorporación de la perspectiva de género es un enfoque aceptado mundialmente para lograr la igualdad de género y constituye una parte esencial de la organización de Naciones Unidas (3). La perspectiva de género fue desarrollada por departamentos de diferentes Universidades norteamericanas inicialmente dentro de los Women Studies y posteriormente los Gender Studies (3). Los estudios han ido paralelos y no integrados en las distintas materias como la Medicina, la Psicología o la Biología, como líneas paralelas que nunca se cruzan.

Sexo y género están relacionados pero no son lo mismo. Cada variable es motivo de estudio por sí misma. El género es una variable continua, y no categórica, en la investigación en resultado de la salud (4). La famosa frase de Simone de Beauvoir de “no se nace mujer, se llega a serlo” tiene su rastro en una afirmación de Erasmo de Rotterdam a propósito de la educación de los niños “*Homines non nascuntur, sed effinguntur*”. El ser humano es, pues, no una realidad natural, sino cultural (3) No hay una “*esencia de mujer*” sino muchas diferencias que debieran ser tenidas en cuenta. Las mujeres somos fragmentos, pedazos e incompletud, así en esa falta se encuentra el origen del malestar y la psicopatología asociada. El hecho de aludir a una feminidad original o auténtica es un ideal nostálgico como afirma la filósofa Judith Butler y propone la necesidad actual de analizar el género como una construcción cultural compleja.

La palabra Queer viene del anglosajón y se remonta a varios siglos atrás. El escritor Dickens utilizaba la palabra Queer Street para referirse a donde vivían los pobres, enfermos y endeudados de la sociedad. Con el juicio y el encarcelamiento de Oscar Wilde por su homosexualidad (Recordemos las cartas y poemas que escribe desde

Reading hablando del hambre, del insomnio y de la enfermedad) los movimientos de liberación sexual de los años setenta toman la palabra *queer* que significa de manera literal raro, extraño, de carácter cuestionable, dudoso, como una palabra de orgullo y resistencia de la comunidad gay y lesbiana. En su origen la palabra viene de la protesta social y posteriormente la teoría *queer* se reapropia en los años noventa como una crítica hacia la homogeneización cultural y sexual del ámbito académico de los estudios de género donde no se contemplaba la diferentes maneras de relacionarse los seres humanos entre sí, y las diversas prácticas sexuales, tendiendo hacia una homogeneización de las mismas. Se trataba de potenciar un diálogo sobre sexualidad, de romper los silencios frente a los estudios académicos. “Otra manera de pensar lo sexual” Sin embargo la deriva que ha tenido el movimiento *queer* desde estudios filosóficos postestructuralistas nos lleva hacia una deconstrucción del sujeto antes del género/ sexo y sexualidad. Un nihilismo teórico alejado de la realidad social (3).

El constructo sexo género ha de ser estudiado por separado. Hacen falta estudios que relacionen características de género y su resultado sobre la salud que podrían aportar más información que subyace en los mecanismos que influyen por debajo, en vez de diferencias categóricas entre ambos sexos en términos de morbilidad, mortalidad y conductas saludables (4).

En biomedicina y epidemiología, la diferenciación entre sexo y género es difícil y a veces confusa, incluso llegando a utilizarse género cuando simplemente se desagregan los datos por sexos, o incluso considerando ambos términos como sinónimos y por tanto, intercambiables. En 1998, la Unión Europea lo define como un: “concepto que hace referencia a las diferencias sociales (por oposición a las biológicas) entre hombres y mujeres que han sido aprendidas, cambian con el tiempo y presentan grandes variaciones tanto entre diversas culturas como dentro de una misma cultura”

El género como categoría analítica permite aprender, indagar e interpretar las diferencias y desigualdades entre mujeres y hombres dentro de sus contextos sociales, económicos, culturales e históricos específicos. Históricamente se

centraban en salud sexual y reproductiva, a estudios de problemas de salud con necesidad de respuestas desde la perspectiva de género (1). La incorporación de la perspectiva de género en la investigación en salud, requiere una relectura del conocimiento que nos facilita identificar, analizar y documentar las desigualdades en salud entre hombres y mujeres.

La meta es lograr la transformación social necesaria para vivir en el mejor estado de salud y bienestar posible. Lograr la equidad de género significa en Salud Pública lograr la ausencia de diferencias innecesarias, evitables e injustas entre mujeres y hombres. La aplicación de la perspectiva de género en la investigación en Salud Pública es un fenómeno reciente y necesario. Debemos aplicar dicha perspectiva a Salud Mental.

La epistemología de estudios de género considera que, pese al carácter progresista de la ciencia, ésta es androcéntrica, es decir, surge de la experiencia social masculina (1). Por tanto, sus aplicaciones y tecnologías, sus formas en definir los problemas de investigación y de diseñar experimentos, sus modos de construir y conferir significados son sexistas. El fin del androcentrismo requiere transformaciones en los significados y prácticas culturales de la investigación.

La igualdad es un concepto político, ético y filosófico. De la Igualdad se habla en los servicios públicos (educación, salud, justicia) La Igualdad se nombra y se invoca a cada instante aún cuando sea para reclamar privilegios disfrazado de derechos. La igualdad se da por supuesta, por extendida, por aceptada y practicada, por normalizada, Sin embargo vamos viendo que la supuesta igualdad es un discurso aún apartado de la realidad. Se convierte como indiscutible y dogmática. A veces oímos dentro y fuera del ámbito cultural en que las personas estamos inmersas: “Es que yo no quiero ser igual que los hombres”. O “a mí me gusta mucho ser mujer y me enorgullezco de ello” o “es que los hombres y las mujeres no somos iguales” o “¿es que es malo que yo quiero ser igual?” Hay muchas personas que refieren no ser machistas ni feministas como si la opresión y la igualdad fueran comparables. Hay que seguir luchando por la igualdad de trato, de oportunidades y de condiciones como premisas imprescindibles para que la justicia exista entre



los seres humanos, y no por desdibujar de las diferencias sexuales o reproductivas, se trata de la mejora de las condiciones de vida de buena parte de la humanidad, al menos de la mitad.

La igualdad es hija de la Ilustración. Está siendo difícil el dotar a las democracias del siglo XXI de un carácter incluyente de todas las mujeres y de otros grupos humanos excluidos, sin pegas, sin condiciones, ni generosas condiciones, sino como derechos equivalentes a los de los varones con derechos (3).

Cuando las profesoras universitarias son rechazadas una y otra vez en sus pretensiones legítimas de ocupar una cátedra, se comenta que sólo se ha tomado en cuenta el mérito y la capacidad, que no pueden pretender que se hagan excepciones con ellas por ser mujeres, porque somos iguales. ¿No queríais igualdad? Pues ahí la tenéis. Tampoco los varones con poder de decisión y ejecución hacen suyos los derechos de las mujeres como derechos humanos que conducen a la igualdad (5).

Personalmente pensaba que políticamente poco a poco las mujeres iríamos ganando terreno. Ya que la mayoría de las estudiantes universitarias éramos mujeres, ya hace más de 20 años, unido a modelos de igualdad, poco a poco se estaba aproximando e iríamos ganando puestos de poder. Ninguna mujer dispone de poder para el cual haya sido perfectamente autorizada de modo que nadie lo ponga en duda y que el poder vaya acompañado de autoridad, respeto y reconocimiento.

Las mujeres son observadas y evaluadas por encima de la media. Su fragilidad les hace buscar confirmaciones. Todavía hay mucha gente que verbaliza “yo nunca me he sentido discriminada” Se sigue diciendo, a pesar de la falta de igualdad en los espacios de poder. Es una realidad innegable dónde no nos engañemos, destacar es peligroso. Existe una violencia que cursa con la igualdad y que tiene que ver con el sistema patriarcal en el que vivimos todas las personas. ¿No es igual a mí? Qué lo demuestre (5). Una igualdad mal asumida puede dar lugar a una violencia nueva. Dos cosas matan la república, la falta de igualdad y la igualdad extrema decía Montesquieu citado por Fernando Colina. Hay que des-

velar las claves antropológicas y sociales de la violencia, de las microviolencias y de la violencia estructural del sistema jerárquico en el que vivimos los seres humanos.

Las condiciones de las mujeres no han cambiado, como hemos visto en los últimos años. La igualdad y el respeto son productos del aprendizaje. Hay que desarmar la violencia estructural del sistema. Las propias mujeres están confusas con su igualdad. No saben qué modelo tomar, ni por qué. Nadie les ha enseñado a poner límites, y mucho menos la cultura en que estamos inmersas. Sólo viene la receta de la paciencia y del agrado. Hay muchas mujeres y hombres que ya no creen en este modelo. Muchas personas no creen en la superioridad masculina. El problema de la especie humana no sabe cómo comportarse como una especie no natural (5).

Por qué si no las mujeres que acceden a través, no de la inteligencia, ni el conocimiento, ni la dignidad, sino a través del agrado, el ballet social, la receta de la sumisión y el agrado, se transforman en objetos y hacen flaco favor a otras mujeres, participando de alcanzar cotas de poder de esta manera como ha comentado en una entrevista la psicoanalista Juliet Mitchell (6).

La afirmación repetida de que el sexo es a la naturaleza como el género es a la cultura supone ya una construcción cultural. Foucault, Derrida, Mónica Wittig, Teresa de Lauretis fue quién primero utilizó el concepto queer en los años noventa (3). La heterosexualidad obligatoria que plantea Mónica Wittig, distingue entre mujer y lesbiana. Judith Butler objeta que eso presupone que hay una persona anterior al género (7), representada como libertad, lo que nos lleva a pensar en una sustancia anterior a lo social, que sería como preguntarse qué había anterior al big bang (3).

Si ya no somos mujeres ¿qué somos? Pasamos del binarismo rígido al nihilismo. En la práctica clínica pasamos del postmodernismo al mundo real. La mayoría de las pacientes atendidas en los centros de Atención Primaria y en los Centros de Salud Mental somos las mujeres. ¿Cuáles son las razones para que las mujeres presenten una peor Salud Mental? ¿O que demanden una mayor atención médica en primaria? Los profesionales

sanitarios diagnostican y tratan según el entrenamiento recibido y la información de la que disponen. Como afirma Carme Valls existe un error sistemático relacionado con la insensibilidad de género, que erróneamente considera a los hombres y mujeres como similares (o diferentes) en la exposición a riesgos o en la historia natural de la enfermedad (síntomas y signos de comienzo y sintomatología, respuesta a los tratamientos, y pronóstico) siendo la principal consecuencia del sesgo de género en la investigación y en la atención sanitaria, ante la falta de resultados válidos.

Me parece estéril y hasta inadecuado elucubrar sobre ciberfeminismo y la teoría queer si continuamos en el Pleistoceno en lo que a igualdad práctica se refiere (8).

Es cierto que las reflexiones sobre filosofía, arte, literatura, historia, ciencia no se transmiten a amplias capas de manera inmediata. Pero también es cierto encontrar en nuestro territorio a personas que declaren y defiendan que las obras de las mujeres son peores, en el mundo del arte. Y sin embargo, no se las premia, no se las critica, no se las compra. Lo mismo que ocurre en el mundo del Arte como denuncia Marina Nuñez (8), (en el libro *Mujeres en el sistema del arte en España*) ocurre en la ciencia. Se puede decir lo mismo de la Medicina y la Psiquiatría.

Nature, en el número de marzo de 2013 (9), reflejaba “La ciencia continúa institucionalmente sexista”. A pesar de algunos progresos, las mujeres científicas cobran menos, son menos promocionadas y consiguen menos becas y con más probabilidad abandonan la investigación con la misma cualificación que sus compañeros varones. En ese número especial de la revista se revisa el gap de género existente en la ciencia. Las razones públicas y conocidas, y encubiertas de dicha discriminación abarcan la coincidencia inevitable con los años productivos y reproductivos. El ritmo que llevamos en la progresiva visibilización de las mujeres resulta patético, sin relación alguna con el desarrollo teórico. María Zambrano ya afirmaba “No hemos podido nacer por nosotras mismas”

Así lo ha demostrado estudio de la Universidad de Yale (10) publicado en la revista *Proceedings*

de la Academia Nacional de Ciencia en octubre de 2012. La investigación concluye alertando de que, en general, el profesorado de ciencias de las universidades americanas considera menos competentes a las alumnas que a los alumnos que tienen idéntica capacidad y preparación.

Un equipo multidisciplinar que incluía biólogos moleculares, estadísticos, sociólogos, llegaron a estos resultados. “Querían comprobar si existía sexismo en el mundo académico. Realizaron un experimento muy sencillo: fabricaron dos currículos ficticios con méritos idénticos, uno bajo el nombre de John y otro para una candidata llamada Jennifer. Escribieron a alrededor de 400 profesores y profesoras de las 7 universidades más importantes de Estados Unidos. Los autores del estudio les pidieron que evaluaran, como parte de una investigación, la solicitud de una persona recién licenciada para un puesto de trabajo como jefe de laboratorio. “De los 137 que contestaron, un 70% eran hombres y el 30% restante, mujeres. Estos porcentajes se corresponden con la presencia de hombres y mujeres en cargos académicos altos”, incide la catedrática.

Los evaluadores consideraron que el candidato masculino era significativamente más competente que la candidata. También ofrecieron a John un salario más alto para comenzar en el puesto y más apoyo y recursos para desarrollar su carrera investigadora que los ofrecidos a Jennifer.

Sorprende que el sexo de los evaluadores no afectó a sus respuestas, ya que tanto hombres como mujeres exhibieron sesgo de género contra las mujeres estudiantes que solicitaron el puesto. “Las candidatas tenían menos posibilidades de ser elegidas porque eran vistas como menos competentes. Lo que evidencia un sesgo preexistente contra las mujeres, asociado a un menor apoyo para las mujeres estudiantes, que no ocurría en el caso de los estudiantes masculinos. Estos resultados sugieren intervenciones dirigidas al sesgo de género, para conseguir el incremento de la participación de la mujer en la ciencia”, concluye el artículo.

“Tenemos esos sesgos interiorizados y no nos podemos librar de ellos si no somos conscientes de que actúan, aún de forma inconsciente”,



y esto alude a la imagen social de la feminidad. Esto supone que existen cualidades ligadas a hombres y mujeres. Cuando se intercambian las cualidades aparece un rechazo. Si una mujer es ambiciosa resulta negativo, al igual que un hombre sensible está mal considerado. La naturaleza no reparte esas cualidades en función del sexo, sino de las personas. La meta es lograr la transformación social necesaria para vivir en el mejor estado de salud y bienestar posible.

Conclusiones

La igualdad y el respeto son productos del aprendizaje.

Aprender e interiorizar estos aspectos que permite vivir en igualdad.

Lograr la equidad de género significa en Salud Mental lograr la ausencia de diferencias innecesarias, evitables e injustas entre mujeres y hombres.

Contacto

Margarita Sáenz Herrero • margarita.saenzherrero@osakidetza.eus

Bibliografía

1. Valls-Llobet C. Mujeres, salud y poder. Cátedra eds. Barcelona, 2011.
2. Ellsberg M, Jansen HA, Heise L, Watts CH, García Moreno C. Intimate partner violence and women's physical and Mental Health in the WHO multi-country study on women's health and domestic violence: An observational study. *Lancet* 2008; 371:1165-72.
3. Rodríguez Magda R. Sin género de dudas. Biblioteca Nueva eds. Madrid, 2015.
4. Ristvedt SL. The evolution of Gender. *Jama*, November, 2013.
5. Valcarcel A. Feminismo en el mundo Global. Cátedra eds. Madrid, 2009.
6. Mitchell J. <http://www.theclinic.cl/2016/06/14/mujeres-contra-mujeres-la-trampa-del-patriarado/>
7. Butler J. El género en disputa. El feminismo y la subversión de la identidad. Paidós eds. Barcelona, 2010.
8. Nuñez M. Mujeres en el sistema del arte en España. Exit Eds. Madrid, 2012.
9. Nature. Women in Science. Special suppl. March, 2013.
10. Moss Racussin CA Dovidio JF. Science faculty's subtle gender biases favour male students. *PNAS Proceedings of Natural Academy of Science*. vol 109, Nº 49, 2012.

- Recibido: 30/9/2016.
- Aceptado: 27/11/2016.