

Informe SESPAS

El género como determinante de la salud mental y su medicalización. Informe SESPAS 2020



Amaia Bacigalupe^{a,b}, Andrea Cabezas^{a,b}, Mikel Baza Bueno^c y Unai Martín^{a,b,*}

^a Departamento de Sociología 2, Universidad del País Vasco UPV/EHU, Leioa (Bizkaia), España

^b Grupo de Investigación en Determinantes Sociales de la Salud y Cambio Demográfico-OPIK, Leioa (Bizkaia), España

^c Medicina Familiar y Comunitaria, Consultorio de Zeberio, UAP Arrigorriaga, Osakidetza, Arrigorriaga (Bizkaia), España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 17 de noviembre de 2019

Aceptado el 23 de junio de 2020

Palabras clave:

Salud mental

Género

Factores socioeconómicos

Medicalización

España

Keywords:

Mental health

Gender

Socioeconomic factors

Medicalization

Spain

R E S U M E N

La peor salud mental de las mujeres ha sido demostrada tanto en encuestas de salud como en estudios de base clínica. La hipótesis acerca de una mayor vulnerabilidad biológica de las mujeres es inconsistente, lo que haría que las condiciones de vida desiguales entre hombres y mujeres, junto con los modelos imperantes de masculinidad y feminidad hegemónicos, puedan estar explicando estas desigualdades de género en la salud mental. El artículo muestra la existencia de desigualdades de género en la salud mental, la relevancia de la intersección de diferentes ejes de desigualdad y un posible proceso de sobre-diagnóstico y medicalización de la salud mental de las mujeres, por el cual los/las profesionales de la salud están etiquetando con más frecuencia como depresión y ansiedad estados de salud mental similares en hombres y mujeres, y prescribiendo con mayor intensidad psicofármacos a las mujeres, a igualdad de necesidad. Esta realidad, además, parece ser desigual en función de la edad y del nivel socioeconómico de los/las pacientes. En los últimos años se están desarrollando diferentes experiencias dirigidas a afrontar la creciente medicalización de la salud mental desde una perspectiva de género. En la medida en que el fenómeno de las desigualdades de género es complejo, resulta necesario 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.

© 2020 SESPAS. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Gender as a determinant of mental health and its medicalization. SESPAS Report 2020

A B S T R A C T

Women's worse mental health has been shown using both health survey and clinical-based data. Considering that the hypothesis about a greater biological vulnerability of women is inconsistent, unequal living conditions between men and women, together with hegemonic models of hegemonic masculinity and femininity emerge as explain factors of these gender inequalities in mental health. The article shows that gender inequalities in mental health, the intersection of different axes of inequality, and the existence of a possible process of medicalization of women's mental health, by which health professionals are labeling women more frequently as depressed and anxious given similar mental health status in men and women. Prescription of psychotropic drugs is also of greater intensity in women, given equal need. This reality, moreover, seems to be unequal depending on the age and socioeconomic level of the patients. In recent years, different experiences are being developed aimed at addressing the growing medicalization of mental health from a gender perspective. Given that the phenomenon of medicalization is complex, it is necessary to act and promote changes at political-structural, cultural and health care levels that ultimately reverse gender inequalities in societies and promote non gender-biased healthcare.

© 2020 SESPAS. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introducción

Los estudios internacionales han descrito importantes desigualdades de género en el ámbito de la salud mental, pues son las mujeres las que reportan y resultan diagnosticadas con más fre-

cuencia de algún problema de este tipo¹. Esta realidad, sin embargo, es más compleja cuando se analiza según los diferentes trastornos mentales: mientras en las mujeres se observa el doble de prevalencia de depresión y ansiedad, y también son más frecuentes en ellas otros malestares psicosociales con síntomas inespecíficos, en los hombres se observan con más frecuencia problemas mentales asociados a consumos excesivos de alcohol y sustancias². Asimismo, parece que las mujeres tienen más probabilidad de ser diagnosticadas de trastornos límites de la personalidad y de trastornos

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: unai.martin@ehu.es (U. Martín).

Puntos clave

- El estado de salud mental medido por el *Cuestionario de Salud General* de 12 ítems (GHQ-12), que recoge el riesgo de padecer algún problema de salud mental (punto de corte para la población española: ≥ 3).
- Haber sido diagnosticado/a por un médico/a de ansiedad o depresión, medido a través de la pregunta de la ENSE que recoge de manera autorreportada si la persona encuestada ha sido diagnosticada a partir de una lista de problemas crónicos más frecuentes.
- El consumo de psicofármacos, medido a partir de la pregunta que recoge el consumo de medicamentos en las últimas 2 semanas, recetados por personal sanitario, de los grupos «tranquilizantes, relajantes, pastillas para dormir» o «antidepresivos, estimulantes».
- Las visitas a atención primaria, a partir del número de consultas en las últimas 4 semanas, con el fin de tener en cuenta el posible efecto de las diferencias en la frecuentación a los servicios de salud entre hombres y mujeres en las desigualdades de género en el proceso diagnóstico y en el consumo de psicofármacos.

de la alimentación, mientras que las prevalencias de los trastornos de la conducta y de personalidad antisocial son más altas en los hombres¹. El artículo tiene como objetivo describir, a partir de datos originales y de la evidencia de otros estudios, las desigualdades de género en la salud mental y sus principales condicionantes, poniendo especial énfasis en las desigualdades de género en la medicalización que se pueden estar produciendo. Para ello, se parte de una perspectiva epistemológica crítica-realista³ que permite, por una parte, analizar los condicionantes materiales del malestar psicológico de las mujeres, sin olvidar que desde perspectivas constructivistas se ha subrayado que patologías como la depresión son el producto de prácticas culturales que definen el sufrimiento, catalogado como patológico, de formas específicas, y por tanto es contextual y temporalmente dependiente.

Método

Para dar respuesta a los objetivos planteados desde la perspectiva epistemológica detallada, se han realizado una revisión narrativa crítica de la literatura *ad hoc* y un análisis transversal de la Encuesta Nacional de Salud de España (ENSE) de 2017, sobre la población española de 25 y más años ($n = 22.787$).

Como variables de posición social se utilizaron el nivel educativo máximo alcanzado (categorizado en estudios primarios o inferiores, secundarios o universitarios) y la clase social ocupacional (actual o última en población inactiva) categorizada en cinco grupos a partir de la propuesta de la Sociedad Española de Epidemiología⁴.

Se calcularon las prevalencias brutas de mala salud mental y de diagnósticos de depresión o ansiedad por grupos quinquenales de edad y por sexo, así como las prevalencias estandarizadas por edad de mala salud mental y de diagnósticos, según la clase social y el nivel educativo. Asimismo, se calcularon razones de prevalencia (RP) ajustadas por edad y por diferentes variables mediante modelos de regresión de Poisson de varianza robusta. Para analizar las desigualdades entre hombres y mujeres en el estado de salud mental, en los diagnósticos y en el consumo de psicofármacos prescritos, se calcularon las RP (referencia: hombres) para el conjunto de la población, así como por edad, nivel de estudios y clase social. En los dos últimos casos, los modelos se ajustaron por el estado de salud mental y por la frecuentación a atención primaria. En el caso del consumo de psicofármacos, se ajustó también por el diagnós-

tico de ansiedad o depresión. Todos los análisis se realizaron con SPSS 25 para hombres y mujeres por separado.

Desigualdades de género en la salud mental en España

En consonancia con la evidencia disponible del ámbito internacional, en el contexto español los estudios confirman la mayor prevalencia de mala salud mental en las mujeres^{5,6}. En 2017, la prevalencia de mala salud mental fue del 23,4% en las mujeres y del 15,6% en los hombres, siendo superior entre ellas en todos los grupos de edad (con valores $>30\%$ en las mayores de 75 años). La frecuencia de diagnósticos de depresión o ansiedad fue también muy superior en las mujeres (19,4%) que en los hombres (8,5%), con valores por encima del 25% en la población mayor de 60 años. Destaca que en las mujeres de entre 60 y 70 años la prevalencia de diagnósticos de depresión es incluso mayor que la de la mala salud mental medida por el GHQ-12 (fig. 1).

La literatura es también consistente al señalar que la salud mental tiende a empeorar a medida que lo hacen las condiciones de vida, como sufrir insuficiencia de rentas, bajo nivel educativo, clase social manual, desempleo o falta de apoyo social^{7,8}. En este sentido, la tabla 1 muestra que en 2017, en España, tanto en hombres como en mujeres, se observa un claro gradiente social en la mala salud mental, según el cual, a medida que desciende la clase social y el nivel educativo, aumenta su prevalencia de manera significativa. En relación con los diagnósticos de depresión y ansiedad, su frecuencia es también significativamente mayor a medida que desciende el nivel socioeconómico.

El análisis de la influencia conjunta de varias fuentes de discriminación desde un enfoque interseccional ha emergido en los últimos años como una necesidad en la investigación en salud pública con perspectiva de equidad⁹. En términos generales, se ha descrito en multitud de países que, además de que los trastornos mentales tienden a ser más frecuentes en las mujeres, lo son también entre la población más desfavorecida², dibujando un deterioro de la salud mental especialmente destacable en mujeres de clase manual con estudios bajos o en desempleo⁶. Asimismo, las mujeres inmigrantes parecen mostrar mayor riesgo de mala salud mental que las nativas, mientras que el estatus migratorio no es determinante en la salud mental de los hombres¹⁰. Por su parte, los regímenes de cisnormatividad y la heterosexualidad como patrones normativos de la identidad de género y de las relaciones afectivo-sexuales generan discriminaciones añadidas que son fuente de peor salud mental, aunque en este caso entre los hombres^{11,12}, lo que puede sugerir una especial sanción social a estos últimos por el incumplimiento de los marcos dominantes de identidad y sexualidad.

Según los datos para la población española de 2017 (fig. 2), las desigualdades de género en la salud mental tienden a aumentar entre la población de mayor edad, de menor clase social y de menor nivel educativo, lo que indica la existencia de una clara interseccionalidad de los diferentes ejes de desigualdad. El único grupo social en que no se aprecian desigualdades de género en la salud mental de forma significativa es la clase más favorecida.

Algunas explicaciones sobre las desigualdades de género en la salud mental

Numerosos estudios han mostrado la multiplicidad de factores que explican las desigualdades de género en la salud mental^{3,13}, tal como se describe a continuación.

La naturaleza propia de las mujeres

Desde el modelo biomédico tradicional se han enfatizado las diferencias biológicas, como el sistema hormonal diferencial que

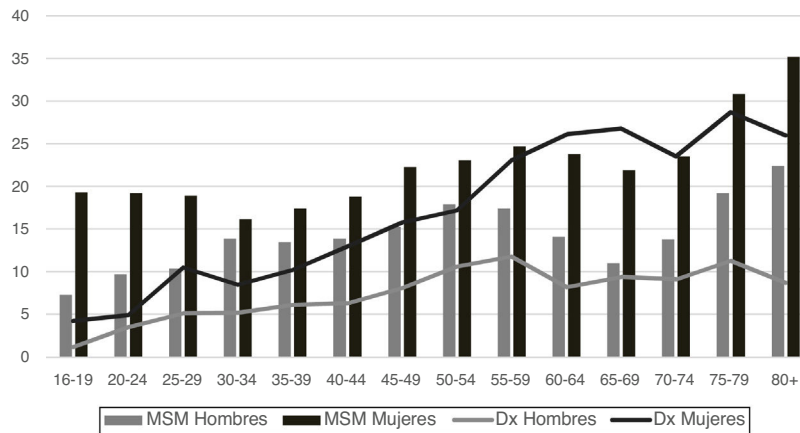


Figura 1. Prevalencias (%) de mala salud mental (MSM) según el GHQ-12 y de diagnósticos (Dx) de depresión o ansiedad según grupos de edad y sexo. España, 2017. Fuente: elaboración propia a partir de la ENSE 2017.

Tabla 1

Prevalencias (%) estandarizadas por edad y razones de prevalencias (RP e IC 95%) de mala salud mental y de diagnósticos de depresión y ansiedad, ajustadas por edad, según clase social y nivel educativo en hombres y mujeres. España, 2017

	Hombres		Mujeres	
	Prevalencia (%)	RP (IC95%)	Prevalencia (%)	RP (IC95%)
Mala salud mental (GHQ-12)				
<i>Total</i>	15,6		23,4	
<i>Clase social</i>				
I	11,7	1	15,4	1
II	12,3	0,92 (0,71-1,18)	17,6	1,18 (0,95-1,46)
III	13,4	1,07 (0,88-1,30)	21,5	1,48 (1,25-1,76)
IV	16,6	1,27 (1,08-1,51)	25,1	1,75 (1,49-2,04)
V	20,5	1,52 (1,25-1,84)	29,7	2,05 (1,73-2,42)
<i>Nivel de estudios</i>				
Universitarios	11,1	1	15,9	1
Secundarios	15,2	1,36 (1,17-1,57)	21,2	1,37 (1,22-1,53)
Primarios o inferiores	19,0	1,62 (1,38-1,90)	27,8	1,76 (1,55-1,99)
Diagnóstico de depresión o ansiedad				
<i>Total</i>	8,5		19,4	
<i>Clase social</i>				
I	4,7	1	12,0	1
II	8,0	1,46 (1,00-2,12)	14,9	1,19 (0,93-1,52)
III	8,4	1,74 (1,28-2,37)	17,3	1,44 (1,18-1,75)
IV	9,0	1,85 (1,40-2,45)	21,4	1,77 (1,48-2,11)
V	10,3	2,27 (1,66-3,10)	22,7	1,83 (1,51-2,22)
<i>Nivel de estudios</i>				
Universitarios	5,4	1	11,7	1
Secundarios	8,8	1,65 (1,32-2,06)	18,4	1,89 (1,63-2,19)
Primarios o inferiores	12,3	2,25 (1,75-2,89)	23,9	2,26 (1,92-2,67)

IC95%: intervalo de confianza del 95%; RP: razón de prevalencia.

Fuente: elaboración propia a partir de la ENSE 2017.

varía a lo largo del ciclo vital en las mujeres, como factores para su mayor propensión a sufrir patología mental¹⁴. La simplificación de la naturaleza psicológica de las mujeres a esta etiología hormonal ha conducido a psicopatologizar procesos naturales, como el trastorno disfórico premenstrual. Sin embargo, diferentes estudios realizados en este ámbito ponen en duda tales explicaciones, a la vez que ponen de manifiesto la importancia del contexto social¹⁵.

La construcción cultural del concepto de depresión y sus implicaciones de género

En contraste con las visiones biomédicas que esencializan la realidad y los problemas de las mujeres, desde perspectivas constructivistas se ha subrayado que patologías como la depresión son producto de prácticas culturales que definen el sufrimiento, catalogado como patológico, de formas específicas, y por tanto es

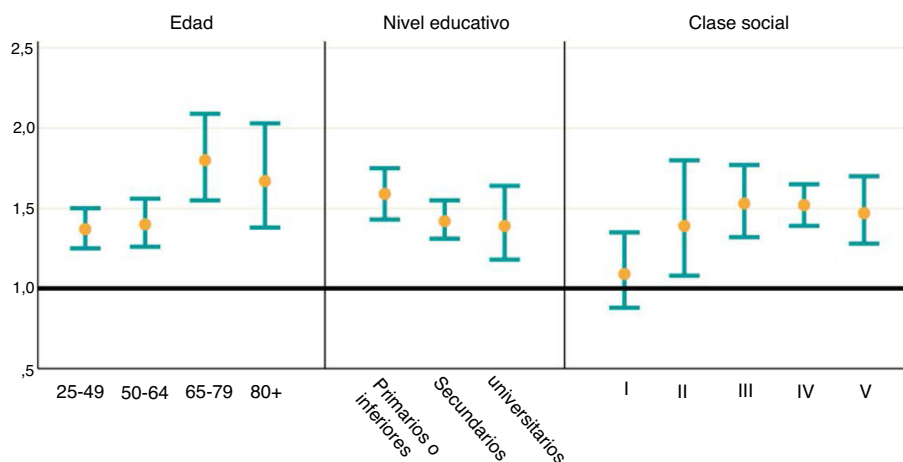


Figura 2. Razones de prevalencia (e intervalos de confianza del 95%) de mala salud mental (GHQ-12) según sexo (referencia: hombres) por grupos de edad, nivel educativo (ajustado por edad) y clase social (ajustada por edad). España, 2017. Fuente: elaboración propia a partir de la ENSE 2017.

contextual y temporalmente dependiente³. Los propios instrumentos psicométricos para medir la depresión pueden, por tanto, estar sujetos a sesgos de género, derivados a su vez de las construcciones de feminidad y masculinidad hegemónicas en cada sociedad. 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 hombres¹⁶. Asimismo, el *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (DSM) 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 problema¹⁷.

La expresión de la masculinidad hegemónica¹⁶, 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 recurran a la retórica de síntomas físicos o a una expresión no verbal del malestar en forma de agresividad o consumo de sustancias, lo que puede enmascarar sus menores tasas de depresión o ansiedad. No es fácil, sin embargo, saber si la masculinidad protege a los hombres de experimentar estas patologías o si simplemente les conduce a ocultar sus síntomas o expresarlos de manera inconsistente con los criterios diagnósticos habitualmente aplicados.

Las condiciones de vida desiguales de hombres y mujeres

La problematización cultural del concepto de depresión y sus implicaciones de género no deben restar relevancia al hecho de que en las sociedades patriarcales la posición jerarquizada en términos de poder entre hombres y mujeres explica la peor salud mental de ellas, debido a su mayor exposición a experiencias de desigualdad relativas a sus peores condiciones de vida y trabajo, y otros aspectos psicosociales. De hecho, las desigualdades en la salud mental aumentan, en todo el mundo, a medida que lo hace el nivel de desigualdad de género de las sociedades¹⁸. La segregación del mercado laboral, la mayor carga de trabajo doméstico y de cuidados, la mayor exclusión social, la discriminación sexista y la menor presencia en espacios de toma de decisiones¹⁹ someterían a las mujeres a mayores niveles de estrés y les limitaría su capacidad de acceso a recursos que pueden proteger su salud mental^{3,13}. Asimismo, la valoración desigual de los trabajos según el género ha mostrado que, en España, las variables relacionadas con el empleo remunerado tienden a tener más efecto en la salud mental de los hombres, mientras que las características del trabajo doméstico tienen más efecto en la salud mental de las mujeres, siendo esta

influencia diferente según la clase social^{5,6}. Las diferencias en la intensidad del cuidado a personas dependientes también han mostrado ser un elemento explicativo de las desigualdades de género en salud mental²⁰. Asimismo, la mayor exposición de las mujeres a situaciones de violencia física, simbólica o sexual, incrementa significativamente su mala salud mental²¹.

Los procesos de medicalización de la salud mental y la relevancia del género

La medicalización de la vida (proceso por el que diversas esferas de la vida humana se han patologizado al incorporarse como objetos del discurso y la práctica biomédica) adquiere características propias en el ámbito de la salud mental, ya que se ha visto especialmente impulsada por el desarrollo de la industria farmacéutica. El heteropatriarcado y las diferentes expresiones del androcentrismo reproducen estereotipos sobre la masculinidad y la feminidad que permean la atención clínica y la relación médico/a-paciente. Por ello, las mujeres son especialmente vulnerables a los procesos de medicalización, ya que sufren una mayor coerción por parte de las instituciones médicas y psiquiátricas sobre sus cuerpos, con el resultado de ser más fácilmente etiquetadas como enfermas mentales²². Sin embargo, son escasos los estudios que lo han analizado, y en su gran mayoría son de base clínica. En términos generales indican que, a igualdad de síntomas de ansiedad y depresión, la probabilidad de las mujeres de ser diagnosticadas^{23,24} y de que consuman psicofármacos es mayor²⁵, si bien hay resultados contradictorios al respecto²⁶. De forma complementaria, algunos estudios destacan el infradiagnóstico y el insuficiente tratamiento farmacológico que se podría estar dando entre los hombres con estas patologías mentales¹⁶. Por su parte, la prescripción de psicofármacos para la depresión puede llegar a ser del doble en las mujeres^{3,27}, ya sean ansiolíticos o antidepresivos²⁵, con una tendencia al alza en los últimos años. Incluso a igualdad de diagnóstico o sintomatología y número de consultas realizadas, las mujeres son medicadas con mayor frecuencia²⁸. Llama la atención que, a pesar del conocimiento existente en torno al desigual patrón entre hombres y mujeres en salud mental, existen numerosos estudios que ni siquiera desagregan ni consideran el sexo en sus análisis²⁹.

Según los datos para la población española en 2017 (tabla 2), las mujeres tienen más del doble de probabilidad (RP = 2,13 [1,97-2,30]) 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

Tabla 2

Razones de prevalencia de tener un diagnóstico de ansiedad o depresión y de consumir psicofármacos por sexo (referencia: hombres) según diferentes ajustes. España, 2017

Ajustes ^a	Diagnóstico de depresión o ansiedad RP (IC95%)	Consumo de psicofármacos RP (IC95%)
Modelo 1	2,13 (1,97- 2,30)	1,75 (1,63-1,88)
Modelo 2	1,80 (1,67-1,95)	1,52 (1,42-1,63)
Modelo 3		1,18 (1,10-1,26)
Modelo 4	1,78 (1,65-1,92)	1,17 (1,10-1,25)

IC95%: intervalo de confianza del 95%; RP: razón de prevalencia.

^a Modelo 1: ajustado por edad. Modelo 2: ajustado por edad y mala salud mental (GHQ-12). Modelo 3: ajustado por edad, mala salud mental (GHQ-12) y diagnóstico de ansiedad o depresión. Modelo 4: ajustado por edad, mala salud mental (GHQ-12) y visitas a atención primaria en el caso de la variable «Diagnóstico», y ajustado por edad, mala salud mental (GHQ-12), diagnósticos y visitas a atención primaria en el caso de la variable «Consumo de psicofármacos».

Fuente: elaboración propia a partir de la ENSE 2017.

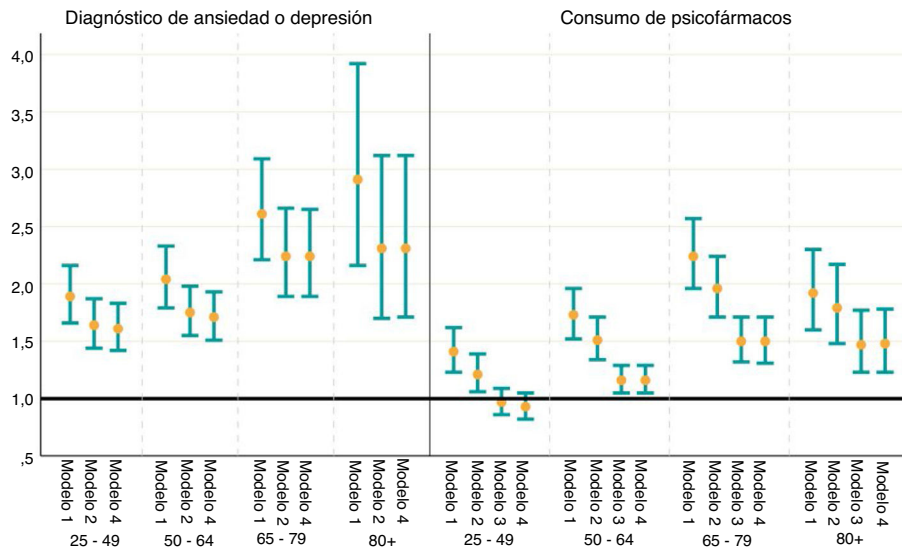


Figura 3. Razones de prevalencia (e intervalos de confianza del 95%) de tener un diagnóstico de ansiedad o depresión y de consumir psicofármacos, según sexo (referencia: hombres) por grupos de edad y diferentes ajustes. España, 2017. Modelo 1: sin ajustar. Modelo 2: ajustado por mala salud mental (GHQ-12). Modelo 3: ajustado por mala salud mental (GHQ-12) y diagnóstico de ansiedad o depresión. Modelo 4: ajustado por mala salud mental (GHQ-12) y visitas a atención primaria en el caso de la variable «Diagnóstico» y ajustado por mala salud mental (GHQ-12), diagnósticos y visitas a atención primaria en el caso de la variable «Consumo de psicofármacos». Fuente: elaboración propia a partir de la ENSE 2017.

(RP=1,78 [1,65-1,92]). El consumo de psicofármacos prescritos es 1,75 veces superior en las mujeres, y las desigualdades de género se mantienen tras ajustar el efecto consecutivamente por el estado de salud mental y por tener algún diagnóstico de depresión o ansiedad además del número de visitas médicas realizadas (RP=1,17 [1,10-1,25]).

La interseccionalidad del género y la edad o el nivel educativo en el diagnóstico puede observarse en las figuras 3 y 4. Por grupos de edad, la desigualdad entre hombres y mujeres en la frecuencia de diagnósticos aumenta, y es especialmente intensa entre la población mayor de 80 años. Ajustado el efecto consecutivamente por el nivel de salud mental y por las visitas realizadas a atención primaria, las desigualdades se mantienen, y son en especial importantes en los grupos de edad mayores de 65 años ($RP_{80+} = 2,31$ [1,71-3,12]). En relación con el consumo de psicofármacos prescritos, las desigualdades de género también aumentan con la edad, y es la población más joven la única en la que no se observan desigualdades, una vez considerado el efecto del estado de salud mental y la frecuencia de visitas a atención primaria ($RP_{25-49} = 0,93$ [0,82-1,05]) (fig. 3).

Por nivel de estudios (fig. 4), las desigualdades son mayores en el grupo de estudios primarios o inferiores, entre quienes la probabilidad de tener un diagnóstico de depresión o ansiedad, una vez eliminado el efecto de la edad, del estado de salud y de las visitas médicas, es un 86% superior en las mujeres. En cuanto al consumo de psicofármacos, es interesante observar la misma relación con el

nivel educativo, si bien en este caso las desigualdades de género no se observan en el grupo de personas con estudios universitarios, una vez ajustado el efecto del sexo por el resto de las variables ($RP_{univ} = 1,03$ [0,84-1,26]).

Conclusiones e implicaciones políticas

La literatura y los datos analizados en este artículo muestran que el género es un importante determinante de la salud mental y de la gestión que se realiza de esta en los servicios sanitarios. Destacan las mayores prevalencias de mala salud mental en las mujeres de todas las edades y de todos los grupos sociales, y además existe un efecto multiplicativo por la acumulación de experiencias de desigualdad. Los diagnósticos de depresión y ansiedad también son más frecuentes entre las mujeres, incluso tras eliminar el efecto de su peor salud mental y su mayor frecuencia de visitas a atención primaria, y el consumo de psicofármacos prescritos también es significativamente mayor a igualdad de salud mental, de diagnósticos y de frecuencia de visitas a los/las profesionales sanitarios/as. Todo ello podría estar indicando la existencia de un proceso de medicalización de la salud mental de las mujeres, pero la interpretación de su origen resulta compleja, ya que sin duda operan procesos de sobrediagnóstico y sobreprescripción entre ellas, pero quizás también de infradiagnóstico e infraprescripción en los hombres³⁰. Futuros estudios deberían profundizar en estos aspectos.

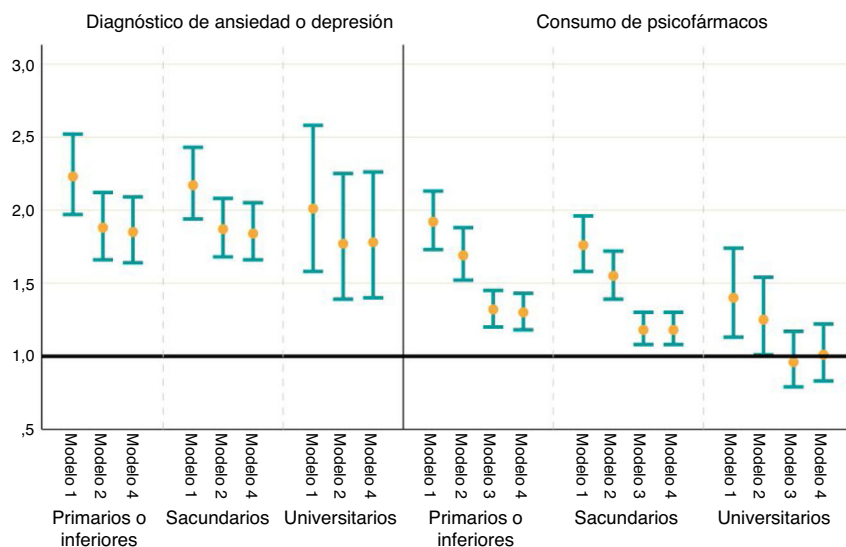


Figura 4. Razones de prevalencia (e intervalos de confianza del 95%) de tener un diagnóstico de ansiedad o depresión y de consumir psicofármacos, según sexo (referencia: hombres) por nivel educativo y diferentes ajustes. España, 2017. Modelo 1: ajustado por edad. Modelo 2: ajustado por edad y mala salud mental (GHQ-12). Modelo 3: ajustado por edad, mala salud mental (GHQ-12) y diagnóstico de ansiedad o depresión. Modelo 4: ajustado por edad, mala salud mental (GHQ-12) y visitas a atención primaria en el caso de la variable «Diagnóstico» y ajustado por edad, mala salud mental (GHQ-12), diagnósticos y visitas a atención primaria en el caso de la variable «Consumo de psicofármacos». Fuente: elaboración propia a partir de la ENSE 2017.

Respecto a las implicaciones políticas que se derivan de las conclusiones del artículo, parece evidente que disminuir las desigualdades de género en la salud mental deberá ser el resultado de la intervención política a diferentes niveles. Desde una óptica estructural, existe una clara relación entre el nivel de desigualdad de género en la sociedad y las desigualdades de género en la salud mental¹⁸, de modo que 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 empoderen a las mujeres a partir de su mayor representación política y visibilización social, repercutirán positivamente en la disminución de las desigualdades en salud mental entre hombres y mujeres¹³. En el ámbito específico de los procesos de medicalización de la salud mental de las mujeres, parece necesario, en primer lugar, tomar conciencia y luchar contra la expropiación cultural del cuidado de la salud al que asistimos, tal como indicó Illich³¹ a partir del concepto de «iatrogenia cultural». La dependencia social hacia los (psico) fármacos, así como a las normas prescritas por los/las profesionales de la salud, supone que cada vez estemos más sometidos/as a regímenes de vigilancia, que son especialmente evidentes en las mujeres. Por ello, desde el nivel institucional es necesario un compromiso fuerte orientado a frenar la medicalización de los malestares cotidianos desde una clara perspectiva de género, que visibilice la especial vulnerabilidad de las mujeres a las presiones, no solo de la industria farmacéutica, sino también del conjunto de la maquinaria médico-institucional.

En el terreno asistencial, que es el espacio de producción principal de los procesos de medicalización, tener como marco de referencia la prevención cuaternaria, definida como el conjunto de actividades que intentan evitar, reducir y paliar el daño provocado por las intervenciones médicas, puede ayudar a identificar a aquellas personas en riesgo de sobremedicalización y protegerlas de una nueva invasión médica, terreno donde las mujeres han sido y siguen siendo unas de las principales víctimas. En el campo de la salud mental, en el que la medicalización del malestar es especialmente habitual, algunos problemas que tienen un origen social acaban recibiendo atención psiquiátrica o psicológica, de manera que la actuación médica, lejos de abordar la etiología del

problema, puede provocar daños en forma de iatrogenia farmacológica y dependencias psicológicas. De ahí que la indicación de no tratamiento³², es decir, un encuentro terapeuta-paciente que permita realizar una devolución de la paciente a su contexto sin sentirse rechazada ni juzgada por el sistema sanitario (minimalismo terapéutico), se haya convertido en una intervención necesaria por parte de los/las profesionales de la salud mental y de atención primaria, con el objetivo de reorientar y resignificar la demanda o los problemas iniciales que motivaron la consulta. Para todo ello, además, sería necesario impulsar espacios de reflexión en el ámbito clínico que ayuden a deconstruir colectivamente algunas naturalizaciones basadas en el binarismo de género que han sostenido las definiciones más normativas de la psicopatología y su tratamiento en la actualidad³³.

De ahí que la incorporación real a la práctica clínica del modelo biopsicosocial³⁴, así como la implementación de estrategias de promoción de la salud y el bienestar emocional desde un enfoque de salud comunitaria basada en activos³⁵, podrían evitar la excesiva patologización y medicalización de los malestares cotidianos al adquirir una visión global sobre la influencia que el contexto social ejerce sobre la salud³⁶. El impulso de aproximaciones feministas a terapias narrativas se ha mostrado también beneficioso en el mismo sentido³⁷. Un ejemplo de algunas de estas cuestiones es el Programa de Atención Biopsicosocial a los Síndromes del Malestar, que consistió en la formación de profesionales de atención primaria en el enfoque biopsicosocial con perspectiva de género para conseguir un abordaje adecuado de los malestares, entre los que se incluían los trastornos mentales comunes, la fibromialgia y el dolor³⁴.

Contribuciones de autoría

A. Bacigalupe y U. Martín concibieron los objetivos del artículo. U. Martín y A. Cabezas realizaron los análisis y redactaron los resultados. La discusión fue realizada por todos/as los/as autores/as. La primera versión del artículo fue escrita por A. Bacigalupe, con la ayuda del resto de autores/as. Todas las personas firmantes revisaron el manuscrito, realizaron aportaciones y aprobaron su versión final.

Financiación

El artículo ha contado con la financiación del Ministerio de Ciencia, Innovación y Universidades de la convocatoria 2018 de proyectos I+D+i «RETOSINVESTIGACIÓN» (MCI/AEI/FEDER,UE). Ref. RTI2018-098796-A-I00.

Conflictos de intereses

Ninguno.

Bibliografía

- Sáenz-Herrero M. Psychopathology in women. Incorporating gender perspective into descriptive psychopathology. New York: Springer; 2015. p. 741.
- WHO. The European Mental Health Action Plan 2013–2020. Copenhagen: WHO, Regional Office for Europe, 2015.
- Ussher JM. Are we medicalizing women's misery? A critical review of women's higher rates of reported depression. *Fem Psychol*. 2010;20:9–35.
- Domingo-Salvany A, Bacigalupe A, Carrasco J, et al. Propuestas de clase social neoweberiana y neomarxista a partir de la Clasificación Nacional de Ocupaciones 2011. *Gac Sanit*. 2013;27:263–72.
- Arias-de la Torre J, Molina AJ, Fernández-Villa T, et al. Mental health, family roles and employment status inside and outside the household in Spain. *Gac Sanit*. 2019;33:235–41.
- Artazcoz L, Benach J, Borrell C, et al. Unemployment and mental health: understanding the interactions among gender, family roles, and social class. *Am J Public Health*. 2004;94:82–8.
- Silva M, Loureiro A, Cardoso G. Social determinants of mental health: a review of the evidence. *Eur J Psychiat*. 2016;30:259–92.
- Rocha KB, Pérez K, Rodríguez-Sanz M, et al. Prevalencia de problemas de salud mental y su asociación con variables socioeconómicas, de trabajo y salud: resultados de la Encuesta Nacional de Salud de España. *Psicothema*. 2011;22:389–95.
- Bauer GR. Incorporating intersectionality theory into population health research methodology: challenges and the potential to advance health equity. *Soc Sci Med*. 2014;110:10–7.
- Cayuela A, Malmusi D, López-Jacob MJ, et al. The impact of education and socioeconomic and occupational conditions on self-perceived and mental health inequalities among immigrants and native workers in Spain. *J Immigr Minor Health*. 2015;17:1906–10.
- Martí-Pastor M, Pérez G, Germán D, et al. Health-related quality of life inequalities by sexual orientation: results from the Barcelona Health Interview Survey. *PLoS One*. 2018;13:e0191334.
- Semlyen J, King M, Varney J, et al. Sexual orientation and symptoms of common mental disorder or low wellbeing: combined meta-analysis of 12 UK population health surveys. *BMC Psychiatry*. 2016;16:67.
- Borrell C, Palència L, Muntaner C, et al. Influence of macrosocial policies on women's health and gender inequalities in health. *Epidemiol Rev*. 2014;36:31–48.
- Seaman MV. Psychopathology in women and men: focus on female hormones. *Am J Psychiat*. 1997;154:1641–7.
- Ussher JM, Perz J. Disruption of the silenced-self: the case of pre-menstrual syndrome. En: Jack DC, Ali A, editores. *The depression epidemic: international perspectives on women's self-silencing and psychological distress*. Oxford: Oxford University Press; 2010. p. 435–58.
- Smith DT, Mouzon DM, Elliott M. Reviewing the assumptions about men's mental health: an exploration of the gender binary. *Am J Mens Health*. 2018;12:78–89.
- Martin LA, Neighbors HW, Griffith DM. The experience of symptoms of depression in men vs wom analysis of the National Comorbidity Survey Replication. *JAMA. Psychiat*. 2013;70:1100–6.
- Shoukai Y. Uncovering the hidden impacts of inequality on mental health: a global study. *Transl Psychiatr*. 2018;8:98.
- INE. Mujeres y hombres en España. Madrid: Instituto Nacional de Estadística; 2017. Disponible en: <http://www.ine.es/daco/daco42/sociales/hombre-mujer.pdf>.
- Del Río Lozano M, García-Calvente MDM, Calle-Romero J, et al. Health-related quality of life in Spanish informal caregivers: gender differences and support received. *Qual Life Res*. 2017;26:3227–38.
- Sanz-Barbero B, Barón N, Vives-Cases C. Prevalence, associated factors and health impact of intimate partner violence against women in different life stages. *PLoS One*. 2019;14:e0221049.
- Diéguez A. Psiquiatría y género: el naciente discurso médico-psiquiátrico en España y el estatuto social de la mujer. *Rev Asoc Esp Neuropsiq*. 1999;19:637–52.
- Potts MK, Burnam MA, Wells KB. Gender differences in depression detection: a comparison of clinical diagnosis and standardized assessment. *Psychol Assessment*. 1991;3:609–15.
- Borowsky SJ, Rubenstein LV, Meredith LS, et al. Who is at risk of nondetection of mental health problems in primary care? *J Gen Intern Med*. 2000;15:381–8.
- Hohmann AA. Gender bias in psychotropic drug prescribing in primary care. *Med Care*. 1989;27:478–90.
- Jacob L, Kostev K. Gender-based differences in the antidepressant treatment of patients with depression in German psychiatric practices. *Ger Med Sci*. 2016;14. (Consultado el 12/12/2019.) Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4757752/pdf/GMS-14-02.pdf>.
- Ruiz-Cantero MT, Verdú-Delgado M. Sesgo de género en el esfuerzo terapéutico. *Gac Sanit*. 2014;18:118–25.
- Markez I, Póo M, Romo N, et al. Mujeres y psicofármacos: la investigación en atención primaria. *Rev Asoc Esp Neuropsiq*. 2004;91:37–61.
- Mitchell AJ, Vaze A, Rao S. Clinical diagnosis of depression in primary care: a meta analysis. *Lancet*. 2009;374:609–19.
- The PLoS Medicine Editors. The paradox of mental health: over-treatment and under-recognition. *PLoS Med*. 2013;10:e1001456.
- Illich I. Némesis médica. La expropiación de la salud. México: Joaquín Mortiz/Planeta; 1978. p. 383.
- Ortiz A, Murci L. La indicación de no-tratamiento: aspectos psicoterapéuticos. En: Retolaza A, editor. *Trastornos mentales comunes: manual de orientación*. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría; 2009. p. 381.
- Cabruja-Ubach T. ¿Quién teme a la psicología feminista? Reflexiones sobre las construcciones discursivas de profesores, estudiantes y profesionales de psicología para que cuando el género entre en el aula, el feminismo no salga por la ventana. *Pro-Posições*. 2008;19:25–46.
- Velasco S. Evaluación del Programa de Atención Biopsicosocial a los Síndromes del Malestar en Atención Primaria: trastornos mentales comunes, fibromialgia y dolor. 2015. Disponible en: <http://www.revistafml.es/wp-content/uploads/2018/06/sindromes-malestar-completo-envio-MAQUETA.pdf>.
- Iáñez A, Álvarez R, García-Cubillana de la Cruz P, et al. La desmedicalización de la vida cotidiana de las mujeres: los grupos socioeducativos en el Sistema Sanitario Público Andaluz. *Gac Sanit*. 2019;33:398–400.
- Turabán JL, Franco BP. Grandes misterios ¿Puedes ver al monstruo del lago Ness? El modelo biopsicosocial y las actividades comunitarias. *Aten Primaria*. 2007;39:261–4.
- Gremillion H. Unpacking essentialisms in therapy: lessons for feminist approaches from narrative work. *J Constr Psychol*. 2004;17:173–200.