



**Fármacos psiquiátricos y género:
Contribuciones críticas para repensar la
prescripción y el consumo de fármacos por
mujeres que experimentan malestares**
*Psychopharmaceutical drugs and gender: Critical
contributions to rethink the prescription and
consumption of pharmacological drugs by women
experiencing discomfort*

Susana Solis-Gómez

Recibido: 06/05/24

Aceptado: 13/06/24

RESUMEN

El presente artículo tiene como propósito iluminar una mirada crítica feminista en torno a la prescripción y el consumo de psicofármacos por parte de las mujeres, con el fin de referir contribuciones que aporten a la superación de las dificultades que allí subyacen. Así, desde un análisis centrado en el género, se señala que determinados psicofármacos han sido promovidos para potenciar características asociadas a los modelos de género predominantes en distintas épocas históricas, a la vez que han favorecido el aplacamiento de la

Susana Solis-Gómez es trabajadora social con magíster en Salud Pública Comunitaria y Desarrollo Local. Doctoranda en Estudios de las Mujeres, Discursos y Prácticas de Género en la Universidad de Granada. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3008-4028>. Agradecimientos a la Dra., Doña Ana Távora Rivero quien leyó el manuscrito de este artículo, entregando recomendaciones y observaciones que permitieron su mejora. Este trabajo ha sido financiado por la Agencia Nacional de Investigación y Desarrollo. Subdirección de Capital Humano. Beca de estudios de Doctorado en el Extranjero/2020-72210536. Ministerio de Ciencia, Tecnología e Innovación, Gobierno de Chile.

Cómo citar este artículo: Solis-Gómez, Susana (2024). Fármacos psiquiátricos y género: contribuciones críticas para repensar la prescripción médica y el consumo de fármacos por mujeres que experimentan malestares. *Atlánticas. Revista Internacional de Estudios Feministas*, 9(2), 02-36. doi: <https://dx.doi.org/10.17979/arief.2024.9.2.10558>

sintomatología, ocultando las determinantes socioculturales y políticas que generan sufrimiento psíquico en las mujeres.

Considerando este panorama, se propone la necesidad de incorporar una perspectiva feminista en la atención de los malestares/sufrimientos de las mujeres, donde, desde un marco despatologizante y político crítico, se acompañen sus procesos. Así, se refiere la importancia de adoptar una comprensión e interpretación de los malestares psíquicos que releve la emergencia de estos como respuesta a diferentes adversidades vitales. Junto a lo anterior, se insta a integrar modelos teóricos de acompañamiento que promuevan la transformación en la manera en que las mujeres se aproximan a sus historias vitales y a sus identidades, entre otras cuestiones. Igualmente, y en una última parte, se refiere la importancia de la integración del enfoque de derechos en la atención, el que propiciaría que la prescripción de fármacos pueda hacerse a través de un proceso informado, consentido y más cercano a lo horizontal.

Palabras clave: mujeres, psiquiatría, psicofármacos, malestares, enfoque de derechos

ABSTRACT

The purpose of this article is to illustrate a critical feminist view of the prescription and consumption of psychopharmaceuticals by women, with the aim of making contributions that may help to overcome its underlying difficulties. Therefore, from a gender-based analysis, it is argued that certain psychopharmaceuticals have been promoted to reinforce characteristics associated with the predominant gender roles in different historical periods, simultaneously favouring the alleviation of symptomatology and hiding the socio-cultural and political factors that generate psychological suffering in women.

Considering this context, we propose the need to incorporate a feminist perspective in the management of women's discomfort/suffering, where, from a depathologizing and critical political framework, their psychological processes are accompanied. Thus, it refers to the importance of adopting an understanding and interpretation of psychic discomfort that highlights its emergence as a response to different vital adversities. Along with the above, it is urged to integrate theoretical models of accompaniment that promote transformation in the way women approach their life histories and their identities, among other issues. Likewise, and as last point, it refers to the importance of integrating a human rights approach into the care provided, which would promote an informed, consensual and more horizontal approach to the prescription of psychopharmaceutical drugs.

Keywords: women, psychiatry, psychopharmaceutical drugs, discomfort, human rights approach.

1. INTRODUCCIÓN

Eduardo Menéndez (1984; 2020) desarrolló hace unas décadas el concepto de Modelo Médico Hegemónico para hacer referencia a aquel conjunto de técnicas, teorías y prácticas que se ha posicionado de manera jerárquica ante otros modelos de atención dentro del ámbito de la salud. El autor refiere que este se caracterizaría por una serie de cualidades, entre las que se pueden señalar su carácter asocial y ahistórico, al dejar a un lado la complejidad contextual; el mercantilismo, al basarse en la transacción de servicios (tratamientos y atenciones) como bienes de consumo; una lógica asimétrica y autoritaria, en donde los y las pacientes son relegados a una posición pasiva, así como la exclusión del conocimiento propio de quienes son sujetos de atención, entre otras.

Atendiendo a estos desarrollos, se refiere que dentro del área de la salud mental se ha venido gestando hace más de un siglo un Modelo Psiquiátrico que se ha erigido como Hegemónico, difundiéndose y validándose como el más idóneo para la atención del malestar y/o sufrimiento subjetivo. Este se caracteriza por propender a una comprensión e interpretación de estos últimos en términos similares a los de una patología física (García Zabaleta, 2019), señalando la existencia de una causa orgánica/neuroquímica y/o del orden de la psicopatología, la que categoriza a través de diagnósticos y atiende, generalmente, por medio de la medicalización y el uso de psicofármacos.

Al respecto, se ha venido desarrollando una crítica importante a la función social y política del modelo psiquiátrico (Cooper, 1985; Foucault, 2015; Ingleby, 1982; Laing, 1964) indicando que, basándose en las construcciones socio culturales e históricas sobre lo normal/anormal, ha promovido la regulación y el control de los comportamientos, afectos y experiencias humanas.

En el caso específico de las mujeres, los antecedentes históricos nos señalan que esta función ha tenido un cariz particular, ya que, desde sus inicios, la psiquiatría ha tendido a patologizar tanto a las mujeres que se distanciaban como a aquellas que se apartaban del modelo de género predominante (Chesler, 2019), para lo cual basta revisar las categorías de histeria y neurastenia utilizadas a inicios del siglo XX (Bernabeu-Mestre et al., 2008; Caponi, 2019).

Así también, distintos trabajos han relatado cómo el manicomio y posteriormente los hospitales psiquiátricos, han cumplido con una función disciplinaria en cuanto a los comportamientos de las mujeres (Arreola, 2011; García-Díaz, 2020, 2022; Martín Zapartín, 2018; Molinari, 2005), en donde, además, estas eran generalmente internadas a petición de un otro masculino, como sus propios padres, hermanos y/o parejas.

Del mismo modo, la psiquiatría ha colaborado con el ocultamiento de las condiciones opresivas que han generado los malestares en las mujeres, ya que reprime y/o disminuye el síntoma, pero no trabaja en los distintos factores involucrados en el surgimiento del sufrimiento que estas experimentan (Sáez Buenaventura, 1979). De este modo, por ejemplo, puede decirse que categorías como Depresión y/o Ansiedad son atribuidas en mayor número a mujeres, ocultando las condiciones de precariedad y/o violencia que la provocan (Burín et al., 1990; Stoppard & McMullen, 2003).

Igualmente, se ha realizado una crítica específica a algunas categorías diagnósticas que se basarían en criterios y definiciones androcéntricas. A modo de ejemplo cabe indicar diagnósticos como el de Trastorno Histriónico de la Personalidad y Trastorno de la Personalidad Borderline/Límite (Stoppard & McMullen, 2003; Ussher, 1991; Ussher, 2003, 2010, 2013), sobre los que se ha mencionado que dan continuidad a lo que anteriormente se definía como histeria, pudiendo ser observados como mecanismos contemporáneos de sanción de la

aproximación y/o lejanía respecto del modelo tradicional de género (Ussher, 2013).

Por otra parte, distintas autoras feministas (Baker Miller, 1992; Burín, 1992; Burín et al., 1990; Dio Bleichmar, 1991b, 1991a; Levinton Dorman, 2000) han venido hace décadas indicando la necesidad de visibilizar cómo la interiorización de mandatos y estereotipos de género afecta la configuración de la subjetividad de las mujeres, cuestión que deriva en la experimentación de una serie de malestares expresados en diferentes ámbitos.

Sin embargo, no sólo la atribución de diagnósticos y la consecuente patologización del malestar en las mujeres es problemático, sino que también lo son las dinámicas de prescripción farmacológica que lo acompañan. Sobre ello, distintos desarrollos han arrojado las artistas particulares de la relación entre las mujeres y el consumo de fármacos psiquiátricos, siendo bastante conocido el análisis sobre la publicidad farmacéutica estadounidense (Metzl, 2003). Este ha hecho visibles cómo determinados estereotipos de género heteronormativos se asociaban con el consumo de distintos fármacos entre las décadas del 50 y el comienzo del siglo XXI.

En la actualidad, además, las indagaciones apuntan a que las benzodiazepinas, los antidepresivos e hipnóticos son tanto consumidos como prescritos con mayor frecuencia a mujeres (Markez et al., 2004). Además, por determinantes socio culturales y por la responsabilidad social que se les atribuye en relación con los cuidados, entre otras cuestiones, son quienes más acuden a consultar (Bacigalupe et al., 2020; Brooks Dollar & Hendrix, 2018; Romo & Meneses, 2015).

En relación con lo expuesto, el artículo tiene como objetivo contribuir a ampliar la crítica feminista en torno a la prescripción y uso de fármacos psiquiátricos en las mujeres, buscando delinear estrategias que puedan contribuir a superar los

nudos críticos que actualmente se presentan en torno a ambas situaciones.

Para conseguirlo, en una primera parte se expondrán una serie de hitos en relación con la incorporación de los fármacos dentro del campo psiquiátrico, iluminando las principales problemáticas que conlleva la estrecha relación entre la rama médica de la psiquiatría y la industria farmacéutica.

En un segundo apartado, en tanto, se referirán diferentes desarrollos críticos que revelan la relación entre los mandatos de género y el surgimiento de diferentes malestares subjetivos en las mujeres, para, posteriormente, apuntar los aspectos problemáticos que emergen en torno a la prescripción y consumo de fármacos en la situación de las mujeres, donde se destacarán los sesgos androcéntricos que han entretejido esta relación y que median su consumo.

En un tercer y último apartado se delinearán, a modo de propuestas aún por desarrollar de manera más completa, un conjunto de estrategias y recomendaciones para el abordaje de los malestares expresados por las mujeres desde una mirada crítica y situada políticamente, así como la necesidad de la incorporación del enfoque de derechos al momento de la prescripción y orientación en el consumo de psicofármacos.

2. BREVE APROXIMACIÓN AL DESARROLLO E INCORPORACIÓN DE FÁRMACOS EN EL ÁMBITO PSIQUIÁTRICO

Los fármacos, en términos generales, se han venido integrando progresivamente en diferentes ramas de la medicina para dar respuesta principalmente a malestares y/o dolencias físicas. El desarrollo de la tecnología y de la investigación, a su vez, han favorecido el crecimiento de la industria farmacéutica en las últimas décadas, dando lugar a una mayor producción de medicamentos, y, consecuentemente, diversificando la oferta disponible.

En el ámbito psiquiátrico, la inclusión del aspecto farmacológico se ha dado de una forma particular. Como han documentado autores como Cipriano (2017) y Whitaker (2017) uno de los hitos que pueden referirse al respecto tiene que ver con la introducción de la prometazina, un fármaco antihistamínico. Henri Laborit, médico de origen francés, lo administró en 1949 a personas que habían pasado por intervenciones quirúrgicas, percatándose de que esta provocaba un estado de aletargamiento (Herzberg, 2009) o, como ha descrito Caponi (2021), similar al de una hibernación artificial.

Teniendo en cuenta este hecho, Charpentier, un médico también francés, sintetizó la prometazina en clorpromazina y la probó en ratas. Allí observó que esta les dejaba en un estado de inactividad tanto emocional como motora (Herzberg, 2009; Whitaker, 2017). Será luego de lo anterior cuando tendrá lugar su administración en pacientes a quienes se les habían atribuido diagnósticos de tipo *psicótico*.

Al contrario de tener un efecto terapéutico y/o que aportara a su recuperación, su uso fue pensado más bien para mantener a sus consumidores en estados de extrema quietud, favoreciendo que las estrategias de control desplegadas dentro del ámbito manicomial fueran más efectivas (Caponi, 2021). Posteriormente fue comercializada como *Largactil* y se denominó como *neuroléptico* y *tranquilizante mayor*, en Europa y Estados Unidos correspondientemente (Cipriano, 2017).

Tal como cita Whitaker (2017), ya para ese momento histórico se puso sobre la mesa el hecho de que el compuesto no estaba formulado para actuar sobre ninguna patología en específico, sino que su uso se limitaba a generar determinados efectos en el organismo.

También en la década del 40, luego de trabajar en el desarrollo de compuestos antibacterianos, el investigador checo Frank Berger llegó a interesarse en el

desarrollo de los que posteriormente se denominarían *tranquilizantes menores* (Whitaker, 2017). Este, al darse cuenta del estado de relajación muscular que causaba la *mefenesina* en ratas, la sintetizó en *meprobamato*, el que fue puesto a la venta como *Miltown* (Whitaker, 2017), un ansiolítico.

Desarrolla Cipriano (2017) que a posteriori, en la década del 50, ya inaugurada la integración de fármacos para abordar malestares subjetivos, el laboratorio Hoffman-Roche dio lugar al uso del *clordiazepóxido* como ansiolítico, comercializado con el nombre de *Librium*. Lo anterior, dado que el equipo de trabajo se percató de que causaba un efecto de sedación que disminuía la agresividad de los animales en que fue probado. Inclusive, fue usado en ratas que estaban expuestas a descargas eléctricas, viéndose que no se mostraban afectadas luego de consumirlo (Whitaker, 2017).

En el mismo período y también por parte de Hoffman-Roche, se trabajó en la sintetización de moléculas de isoniazina e iproniazida para el tratamiento de la tuberculosis. El equipo investigador se dio cuenta de que su consumo causaba euforia y/o excitación, lo que dio lugar a su uso como fármaco antidepresivo (Cipriano, 2017; Whitaker, 2017).

Así también, el médico John Cade, quien se encontraba investigando acerca de afecciones al riñón, administró litio a cobayas de laboratorio dándose cuenta de que este les producía un estado de mayor docilidad. Este será el precedente del uso de este químico en lo que por ese momento histórico se conceptualizaba como *maniaco-depresión* (Whitaker, 2017).

Es así como en este contexto y a mitad del siglo XX se inició una demanda creciente para que se destinaran recursos para la investigación en psicofármacos, capitalizando la psiquiatría biológica (Healy, 2004).

A la luz de estos antecedentes, es dable señalar que la incorporación inicial de los fármacos en la práctica psiquiátrica no fue producto de una trayectoria de investigación específica ligada a las causas etiológicas de los malestares, sino que más bien fue consecuencia de una serie de indagaciones de diferentes ramas médicas cuyo propósito estaba muy alejado, o, en realidad, completamente distante de la psiquiatría.

El uso de estos compuestos para la atención del sufrimiento subjetivo se fue dando, por tanto, de manera un tanto azarosa. A todo ello se suma el cruce con el factor económico, ya que las farmacéuticas emergentes fueron aumentando progresivamente sus ingresos con la venta de estos nuevos psicofármacos (Herzberg, 2009).

Si bien han transcurrido varias décadas de lo anterior, hoy en día aún no se cuenta con una etiología específica que dé validez al diagnóstico psiquiátrico (Thomas, 2014), y, por lo tanto, la investigación realizada en torno a los fármacos y su prescripción continúa motivándose por razones similares a las de cuando fueron introducidos, la de la observación de sus resultados, y no la de su acción sobre las causas y/u origen del sufrimiento (Cipriano, 2017).

A pesar de lo anterior, desde 1965 se han elaborado distintas hipótesis, que, aunque no han podido ser comprobadas, refieren la existencia de desequilibrios químicos que estarían a la base de determinadas "patologías mentales". Desde ahí también es que los nombres con que se han definido estos fármacos ("anti" depresivo, "ansiolítico", etc.) dan a entender la falsa idea de que actúan sobre el "origen" bioquímico del padecimiento (Whitaker, 2017).

Lo mencionado se promueve a través de un modelo centrado en la enfermedad según el cual se explica que el medicamento actúa en el origen de la "patología". Sobre ello, señala Moncrieff (2013), que debiese adoptarse un modelo explicativo

centrado en el fármaco que aporte a visibilizar que la acción de este apunta a generar un estado biológico alterado.

Igualmente, se ha indagado que el auge y la comercialización de determinados psicofármacos han estado directamente relacionado con la modificación y/o formulación de nuevos diagnósticos y/o sintomatología, lo que se puede ilustrar observando los casos de las categorías de *Trastorno de Pánico*, *Depresión* y *Trastorno Afectivo Bipolar*.

Sobre el primero de estos, el Trastorno de Pánico, Healy (2004) comenta que, con la tercera versión del Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales, en adelante DSM, el diagnóstico de ansiedad pasó de ser uno solo indivisible a fragmentarse en diferentes expresiones¹, siendo una de ellas esta categoría. Este diagnóstico entró en vigor en la década del 80, momento en que se detectó un aumento de consultas de personas que hacían alusión al concepto, cuestión que marcó una diferencia con las décadas anteriores donde apenas era nombrado.

El autor liga lo anterior a que la farmacéutica *UpJohn*, ya sin funcionamiento, inició un profundo trabajo de *marketing* para dar entrada en el mercado al fármaco Xanax (Alprazolam), promoviendo ensayos clínicos, el patrocinio de simposios médicos y de literatura especializada sobre el Trastorno, además de aportar a su difusión como tal en los medios de comunicación.

Una cuestión similar puede rastrearse en el caso de la denominada Depresión. Esta, considerada antes del siglo XX como una condición grave y que afectaba a pocas personas, se considera hoy en día como uno de los malestares más frecuentes (Herzberg, 2009).

1 Trastorno de Ansiedad Generalizada, Fobia Social, Trastorno de Estrés Postraumático y Trastorno Obsesivo Compulsivo

En torno a ello, Herzberg (2009) señala que, a partir de la década del 50, momento en que se comenzaron a usar los fármacos antidepresivos, la Depresión comenzó a figurar en las revistas médicas y en la publicidad farmacéutica como la causa de la mayoría de los problemas psíquicos. También se vinculó con casos de ansiedad, reproduciendo la idea de que el origen de esta respondía a una condición depresiva. Esto propició la apertura del mercado para fármacos como *Prozac*, *Soloft* y *Praxil* (Healy, 2004).

Sobre el Trastorno Afectivo Bipolar, Moncrieff (2014) y Whitaker (2017) señalan una situación similar. Anteriormente denominado Trastorno Maníaco-Depresivo, esta categoría estaba reservada para situaciones en donde el malestar experimentado era catalogado de grave, requiriendo necesariamente su hospitalización. No obstante, Moncrieff (2014) describe que la definición de la categoría se fue modificando con los años, hasta llegar a instalarse la idea de "espectro bipolar" presente en la actualidad, la que abrió espacio para incluir la experimentación de diferentes estados de ánimo dentro de una misma noción patológica.

La misma autora indica que en base a esta nueva comprensión del diagnóstico, la farmacéutica Eli Lilly aprovechó de posicionar su fármaco Olanzapina, de la rama de los antipsicóticos, como un compuesto que podría ser útil como estabilizador del ánimo, lo que respondía a una estrategia de marketing farmacéutico para ampliar su uso y así, aumentar sus ventas (Moncrieff, 2014).

Las situaciones descritas hacen visible el hecho de que nos encontramos ante una época en que la "enfermedad" o la "patología" ya no sólo tienen una construcción, en el caso del campo mental, pseudo científica, sino que también corporativa (Moynihan et al., 2002), donde el rol de las farmacéuticas es decisivo.

Por otra parte, como han expresado Moncrieff (2013), Whitaker (2017) y Cipriano (2017) existen problemas importantes en cuanto a los ensayos y pruebas

realizados con psicofármacos. Cabe recordar aquí, particularmente, lo que ha indicado Gotzsche (2020) en torno a los ensayos realizados por diferentes farmacéuticas y las prácticas corruptas de organismos como la *Food And Drug Administration*, encargada de evaluar los fármacos que se colocan en circulación en diferentes territorios.

En línea con ello, el autor explica que en estos procesos se hace participar a personas que ya se encuentran consumiendo algún tipo de fármaco psiquiátrico, por lo que deben interrumpir su administración para tomar el medicamento correspondiente al ensayo. Es así como terminan presentando síntomas de abstinencia que no son informados, a la vez que son comparadas igualmente con el grupo de control, lo que decanta en que se obtengan falsos resultados positivos sobre el psicofármaco.

Así también se ha investigado que se simulan y/u ocultan diferentes efectos adversos de gravedad. A modo de ejemplo, en el caso de la Duloxetina, se ocultó que esta causaba ideación suicida, reemplazando este síntoma en los informes con el concepto de "labilidad emocional" (Gotsche, 2020).

Finalmente, otro punto crítico tiene que ver con los efectos adversos. Volviendo a los antidepresivos, además de relacionarse a la ideación y la concreción del suicidio, también se han vinculado a la sensación de desconexión emocional, dificultades en la excitación sexual y en el logro del orgasmo (Fullagar, 2012; Gotzsche, 2020; Read et al., 2014).

En el caso de los neurolepticos y antipsicóticos, estos han vinculado a la aparición de discinesia tardía (movimientos involuntarios), acatisia (agitación de tipo psicomotriz), lentitud motriz, rigidez muscular y aumento del peso corporal, entre otras (Moncrieff, 2013; Whitaker, 2017). Particularmente en las mujeres y en las personas menstruantes, estos fármacos aumentan la producción de

prolactina, afectando el período menstrual y provocando cambios a nivel corporal (Glocker et al., 2021). Los ansiolíticos, en tanto, pueden producir estados de inquietud, ansiedad, insomnio, caídas accidentales y deficiencias en la concentración y la memoria (Danza et al., 2009; Whitaker, 2017).

Sobre el litio, se puede mencionar que es un metal con una toxicidad elevada, cuyos efectos pueden observarse en los sistemas nervioso y digestivo, como en los riñones (Moncrieff, 2018). Puede ocasionar, además, temblores, incontinencia, somnolencia, espasmos musculares, dificultades de aprendizaje, como deficiencias en la memoria y en la retención de información, aparte de recaídas más fuertes de manía y/o depresión (Moncrieff, 2018, 2013; Whitaker, 2017).

En general, si bien los psicofármacos pueden propiciar la disminución de determinadas sensaciones y/o sintomatología en las personas que los usan, contemplar los antecedentes históricos descritos y el rol de la industria farmacéutica en la definición y aproximación al malestar, se vuelven cuestiones fundamentales al momento de considerar su uso y promoción.

3. MIRADAS FEMINISTAS EN TORNO A LOS MALESTARES EXPERIMENTADOS POR MUJERES Y LA PRESCRIPCIÓN Y CONSUMO DE FÁRMACOS PSIQUIÁTRICOS

La idea de malestar surgió al alero de los desarrollos feministas que, primeramente, con Betty Friedan (1974), colocaron sobre la palestra el hecho de que determinados grupos de mujeres, para ese caso, amas de casa estadounidenses de clase media, experimentaban un menoscabo a su salud mental como resultado de su adscripción a un modelo de género tradicional, lo que dio a conocer como *el malestar que no tiene nombre*. En cuanto a lo dicho, bell hooks (2020) refirió que el análisis de Friedan se limitaba a este grupo privilegiado de mujeres, dejando a un lado a quienes representaban un mayor espectro de la población y cuyas problemáticas tenían que ver con cuestiones como el racismo

y la precariedad económica.

No obstante, sin dejar a un lado lo anterior, otro antecedente importante sobre el concepto es el que puede citarse en Mabel Burín (1990), quien habla sobre el malestar que aqueja a las mujeres como una mezcla de desconformidad y "desasogiego", siempre con relación a las condiciones contextuales en que estas se encuentran, cruzadas por el poder patriarcal. Desde ahí, más contemporáneamente, se ha propuesto hablar sobre la idea de *malestares de género* (Pujal i Llombart et al., 2020), para dar cuenta de aquellos malestares que están relacionados con la incorporación de normas y mandatos de género en hombres y mujeres.

En relación con lo anterior, cabe destacar las voces de autoras feministas provenientes de la corriente psicoanalítica, quienes han puesto de manifiesto que la socialización bajo modelos de género de orden convencional conlleva una configuración específica del psiquismo de las mujeres. De esta manera, por ejemplo, trabajos como el de Emilce Dio Bleichmar (1991), han señalado que las denominadas *histerias* tienen relación con el conflicto que surge de la aceptación y/u la objeción de los mandatos de género imperantes. En estas situaciones, las mujeres reaccionan abstrayéndose, o bien, expresándose a través de distintas estrategias, como la teatralidad.

A este respecto, y siguiendo a Burín (1992), puede referirse que la salud mental de las mujeres está vinculada a la noción de conflicto, en el sentido en que estas se enfrentan a diferentes tensiones que surgen a la luz de una estructura de carácter patriarcal. En términos de roles, aquellos de tipo tradicional, como el de esposa y ama de casa, son los que mayor conflictividad generan. Esta misma autora menciona que, obedeciendo a una impronta sociocultural, las mujeres tienden a "maternalizar" sus roles sociales. Si se piensa en el rol de esposa, dentro del contexto de la pareja heterosexual normativa, este es maternalizado

conllevando el ser una fuente de satisfacción para las parejas masculinas mientras que para ellas se vuelve un factor de riesgo.

En la misma línea, Nora Levinton (2000) quien trabajó sobre el concepto de superyó femenino², desarrolla que la socialización de género lleva a las mujeres a dar una importancia fundamental al ámbito de las relaciones interpersonales, específicamente a aquellas de pareja y/o a las que se tienen con los hijos e hijas. Es en estos lazos afectivos donde estas colocarían mayores recursos tales como tiempo, energía y atención, dejando muchas veces a un lado las demandas que surgen desde otras áreas vitales igualmente relevantes como la laboral.

Esto es lo que Jane Baker Miller (1992) ha referido como el "ponerse al servicio de las necesidades ajenas", tanto de aquellas que demandan las relaciones de pareja como las labores de crianza. Piensan, indica Baker Miller (1992), que se existe para tal quehacer, lo que va en desmedro de la empatía, el afecto y la atención hacia sí mismas.

Así, en términos generales, según Levinton Dorman (2000) las mujeres postergan sus propios deseos, ambiciones y la formulación de sus propios proyectos de vida, dedicándose a cultivar sus relaciones afectivas, relaciones en las que el otro es siempre el protagonista, cuestión que, por supuesto, es reforzada por el imaginario asociado al amor romántico. Si estas normas sociales internalizadas no llegan a cumplirse, aparece la culpa (Levinton Dorman, 2000), la que también genera malestar.

En el empeño por llevar adelante estos mandatos de género, además, las mujeres

2 La idea de superyó puede comprenderse como una de las instancias psíquicas que cumple una función de observación y de juez moral del propio comportamiento.

renuncian a expresar las sensaciones de frustración, rabia y/o descontento (Levinton Dorman, 2000). Agrega Baker Miller (1992) que, si bien estas emociones pueden surgir como una forma de resistencia ante estas obligaciones, las mujeres sienten que no están autorizadas a expresarlas.

Allí, Dana Jack (1991) ha comentado que se producen prácticas de *auto silenciamiento*, una estrategia mediante la que las mujeres reprimen este tipo de emociones, lo que les genera un malestar que termina expresándose a modo de afectaciones en sus estados de ánimo o bien, de forma psicósomática (González de Chávez Fernández, 2001).

Se agrega a lo mencionado, que la vivencia de adversidades y/o violencias a lo largo del ciclo vital desencadena malestares psíquicos de diversa magnitud. Sobre ello, especial atención requiere el hecho de que las mujeres que han vivido situaciones traumáticas posteriormente sean diagnosticadas con categorías como Trastorno de Estrés Postraumático y/o Trastornos de personalidad (Burstow, 2005; Longden et al., 2011; Ussher, 2013). De la misma forma, las experiencias definidas como "psicóticas", o más bien dicho, de experiencias inusuales (Knight, 2019) también tienen como causal la vivencia de situaciones de abuso y/o trauma en algún momento de la vida (Longden et al., 2011; Runciman, 2016).

Lo descrito también puede verse reflejado en los discursos de las mujeres consumidoras de psicofármacos. Referente a esto, por ejemplo, la indagación de Romo et al., (2003) analizó los discursos de mujeres de diferentes edades, refiriendo que aquellas más jóvenes se encuentran con la demanda de desempeñar múltiples roles, una escasa valoración y situaciones de dependencia externa.

Las mujeres de mediana edad, en tanto, asumían la desigualdad en términos de género y expresaban el malestar de manera diferenciada a la de los varones,

mientras que las mujeres mayores refieren una carga mayor que los hombres en términos afectivos y físicos y tenían interiorizados modelos más tradicionales de género. Esto último repercute en que, además, este grupo en particular se vea mucho más inclinado a realizar labores de cuidado de otros y otras (Gil-García & Cáceres-Matos, 2020), cuestión que concuerda con los antecedentes revisados.

También se ha visibilizado que las mujeres mayores que desempeñan labores domésticas y de cuidado y consumen benzodiacepinas, viven malestares que surgen como resultado de la realización de actividades que les han sido impuestas y de sentirse con el deber de cumplir roles y tareas mandatadas, complaciendo las necesidades de otras personas por sobre las de ellas (Franco & Sáenz, 2020).

Por otro lado, si se piensa en los aspectos materiales que caracterizan la vida de ciertos grupos de mujeres, Burin et al., (1990) han desarrollado que la clase social es un factor crucial al momento de determinar ciertas dinámicas de consumo, habiendo una mayor autoadministración de psicofármacos en aquellas que pertenecen a una clase social más precarizada. Igualmente, se ha visto que el consumo es más alto en quienes desempeñan labores de cuidado, cuestión que también dependería del impacto de la sobrecarga y la relación sostenida con la persona cuidada (Díaz et al., 2020).

Asimismo, se ha indagado sobre el consumo de psicofármacos por parte de mujeres que se encuentran en situaciones de particular vulnerabilidad socio estructural (Ribotta, 2020), como aquellas que ejercen el trabajo sexual o bien, quienes son víctimas de trata con fines de explotación sexual (Meneses Falcón, 2020b, 2020a), donde se dan dinámicas particulares de consumo.

Hablando particularmente de la promoción y la prescripción farmacológica, puede indicarse que determinados psicofármacos han sido elaborados y promovidos para el consumo exclusivo de mujeres, cuestión que se ha hecho de

la mano de la alimentación de diferentes estereotipos de género.

En torno a ello, interesante es el análisis que hace Caponi (2022) sobre la promoción de fármacos antipsicóticos como la clorpromacina, fenotiazina y la pipamazine, durante la segunda mitad de la década del 50. Esta autora comenta que estos fármacos se promocionaban como solución a problemáticas que las mujeres experimentaban cotidianamente y que "no les dejaban" desempeñarse óptimamente en las labores domésticas y/o como buenas madres y/o esposas. Igualmente, en la investigación de Metzl (2003), mencionada con anterioridad, se vislumbró el hecho de que las revistas farmacéuticas de la década del 60 asociaban a las mujeres con fármacos como Librium,(ansiolítico) y/o Venlafaxina (antidepresivo), mostrándolas como madres y/o esposas tranquilas, complacientes y felices tras su uso. Ambos ejemplos, revelan la intención de promover la prescripción de estos fármacos en cuanto hacían que las mujeres se adecuaran mucho más al desempeño de los roles que se les imponían.

Ya en la década del 90, siguiendo el mismo análisis de Metzl (2003) la publicidad se abocó a representar a mujeres trabajadoras que, por ejemplo, con ayuda del Prozac, se desempeñaban activamente tanto en el mundo privado como en el público. Ello muestra que tanto el fármaco como la estrategia publicitaria han sufrido transformaciones atendiendo a los mandatos de género imperantes en distintos contextos históricos.

De la mano con lo anterior, también es posible señalar que el *marketing* farmacéutico ha utilizado mecanismos específicos al momento de publicitar medicamentos que apuntaban al consumo de las mujeres. Así puede verse en los fármacos cuyo uso se promovió para diagnósticos como los de Trastorno Disfórico Pre Menstrual y Trastorno de excitación/ interés sexual femenino.

Sobre ello, aunque la patologización de los procesos menstruales tiene una larga data, pudiendo observarse, por ejemplo, en la idea de "locura menstrual"

acuñada por los médicos Magnan y Legrain en el siglo XIX (Caponi, 2019), es sólo en la tercera versión revisada del DSM cuando se integra con el nombre de "Trastorno Disfórico del Final de la Fase Lútea", figurando luego, en una cuarta versión, como "Trastorno Disfórico Premenstrual" lo que sellará su inclusión como patología bajo el alero de los trastornos depresivos (Pérez Sedeño & García Dauder, 2019).

Esta categoría se ha relacionado estrechamente con la promoción de Prozac, fármaco antidepresivo. Según Pérez Sedeño & García Dauder (2019), a fines de la década del 90, *ad portas* del vencimiento de la patente de este fármaco, se elaboraron artículos en donde se le indicaba como el tratamiento más adecuado. Inclusive, actualmente el antidepresivo fluoxetina se comercializa como *Sarafem* y es dirigido específicamente a mujeres que experimentan las molestias referidas para este diagnóstico (Pérez Sedeño & García Dauder, 2019).

De similar manera, la categoría de Trastorno de excitación/interés sexual femenino, surgió como resultado de un proceso de definición pseudo científica que pretendía dar luz a las causas de los problemas relativos al deseo sexual en las mujeres, todo ello en el contexto de la emergencia del viagra y de su uso en los varones que tenían dificultades para lograr la excitación sexual (González García, 2015).

Si bien este fue el primer fármaco que se utilizó para hacer frente al problema en este grupo, su administración no dio resultados positivos, por lo que se intentó probar con la terapia hormonal, la que tampoco surtió efecto. A raíz de ello y con la intención de abrir un nuevo mercado para su venta, se dio lugar al uso de *Addyi* (Flibanserina), un medicamento similar a un antidepresivo (González García, 2015). En cuanto a este caso en especial, es posible comentar que, tanto en la formulación de la categoría como en el fármaco escogido para su atención, se colocaron en el centro las características subjetivas de las potenciales

consumidoras (González García, 2015), dejando a un lado las cualidades físicas/biológicas que habían primado cuando se trataba de los hombres.

Atendiendo a lo dicho, la patologización de procesos que podrían explicarse por factores más vinculados a las condiciones (sociales, relaciones, económicas., etc) en que se vive el período menstrual, en el caso del primero, y por un conjunto de elementos en donde las características de las relaciones de pareja cobran un protagonismo fundamental (Tiefer, 2001), en el caso del segundo, ha estado acompañada de una perspectiva de impronta medicalizadora y que ha abogado principalmente por la prescripción farmacológica como respuesta.

Igualmente, se ha indagado que los sesgos androcéntricos no sólo han tenido lugar en el nivel de la formulación diagnóstica y en el *marketing* farmacéutico, sino que también en las propias salas de consulta de los centros de salud. Así, la investigación realizada por Gil-García et al., (2005) muestra la existencia de una serie de ideas y prejuicios en torno a la subjetividad femenina, cuestión que favorece que determinados estados o síntomas se patologicen de antemano, lo que se acompaña de la correspondiente prescripción farmacológica. También se ha investigado que, a igual diagnóstico y cantidad de consultas de hombres y mujeres, la prescripción de ansiolíticos y/o antidepresivos tiende a ser el doble en estas últimas (Bacigalupe et al., 2020).

En síntesis, puede decirse que los psicofármacos han contribuido a aplacar, ocultar y/o reprimir los malestares que emergen en las mujeres como resultado de las condiciones opresivas que estas viven, las que atienden a una complejidad amplia donde se involucran la socialización de género, la vivencia de situaciones de discriminación y violencias y la precariedad socioeconómica, entre otras.

De la misma manera, siguiendo a Caponi (2022), el contexto neoliberal actual trae consigo nuevas demandas para las mujeres, donde se refuerzan ideas como la

autosuficiencia, la conservación de la juventud y de vidas personales y laborales activas y felices. Allí, ansiolíticos y antidepresivos aparecen como perfectos aliados (Caponi, 2022).

Los antecedentes aquí expuestos también dan cuenta de la impronta patologizante que supone el Modelo Psiquiátrico predominante, el cual, a través de la categorización y clasificación diagnóstica, nombra los malestares que expresan las personas, desconsiderando su propia historia de vida y las circunstancias sociales, políticas y económicas en que estas se han desarrollado. A este respecto, cabría comentar que la prescripción y el consumo de fármacos viene a actuar como un instrumento que silencia y que actúa muchas veces en complicidad con el ocultamiento de las diversas opresiones que viven las mujeres.

4. CONTRIBUCIONES PARA EL ABORDAJE DEL MALESTAR/SUFRIMIENTO PSÍQUICO Y LA PRESCRIPCIÓN FARMACOLÓGICA EN LAS MUJERES: UN APORTE EN CLAVE FEMINISTA Y DESDE EL ENFOQUE DE DERECHOS

Si bien se pueden referir diferentes aportes para ayudar a superar las problemáticas que suponen la mayor prescripción y consumo de determinados fármacos psiquiátricos por parte de las mujeres, dentro de este último apartado se delinearán tres puntos que pretenden contribuir a continuar pensando ideas y prácticas que favorezcan la transformación de las dinámicas que se dan en los procesos de acompañamiento a mujeres que experimentan malestares subjetivos. En esa línea, un primer aspecto a considerar guarda relación con la necesidad de incorporar una perspectiva crítica en torno al concepto y el modelo de salud mental predominante, el que actualmente se caracteriza por un entendimiento de las problemáticas de este ámbito como individuales, descontextualizadas y patológicas, dando como respuesta, usualmente, la prescripción farmacológica (Ortiz Lobo, 2023; Thomas, 2014).

Desde ahí, debe colocarse atención en cómo se está comprendiendo el malestar experimentado por quien demanda atención, adoptando una perspectiva que lo entienda e interprete, por ejemplo, como una respuesta y/o defensa ante situaciones que surgen como producto de condiciones que son estructuralmente hostiles y que afectan de manera diferenciada a las personas según su género, clase, raza y/u otras determinantes.

En torno a ello, cuestiones como la violencia de género en contra de las mujeres, el racismo estructural, cuando sea pertinente, y los impactos de la incorporación de mandatos opresivos de género, entre otras situaciones, deben colocarse como el punto de partida en el cual contextualizar el sufrimiento. Un trabajo que puede resultar relevante consultar es el Marco de Poder, Amenaza y Significado (Johnstone et al., 2018).

De la mano con lo referido, debiese incorporarse una perspectiva feminista interseccional (Crenshaw, 2012; Hill Collins & Bilge, 2019) en la atención a las problemáticas que surgen dentro del ámbito de la salud mental. En conjunción con lo enunciado, esta perspectiva contribuiría a comprender cómo el entrecruzamiento de opresiones promovidas por la estructura patriarcal, colonial y capitalista radica en la emergencia de malestares que afectan de forma particular a las mujeres, variando según los contextos en que estas se encuentran (Solis-Gomez, 2023).

Lo anterior debiese radicar en un acompañamiento que considere la complejidad biográfica, contextual y contingente que estas viven y que merma su bienestar. A modo de ejemplo, en el caso de aquellas mujeres mayores, se deben desplegar estrategias de acompañamiento que contemplen el trabajar sobre los modelos tradicionales de género que estas han interiorizado. Para aquellas que ejercen cuidados, en tanto, se debiese hacer visible cómo el ejercer estas labores afectan negativamente su día a día, ello antes de dar curso a una prescripción

farmacológica, lo que muchas veces se hace como única estrategia de atención (Gil-García et al., 2020).

Se agrega que una perspectiva feminista es necesaria para que quienes acompañan estos procesos vislumbren e identifiquen los prejuicios y estereotipos que influyen en la atención médica, la atribución de diagnósticos y la prescripción de fármacos hacia las mujeres (Gil-García et al., 2005), transitando hacia una práctica que evite su reproducción.

Sobre esto, la formación especializada, actualizada y constante tendría que ser parte de los itinerarios profesionales, otorgando el justo lugar a las contribuciones que decenas de autoras de campos tan variados como el Trabajo Social y la Psicología, han venido gestando. Igualmente, contemplar los desarrollos que se han hecho desde campos como los *Mad Studies* (Menzies et al., 2013), favorecería nuevas comprensiones sobre el malestar subjetivo, toda vez que estos se basan en conocimientos que provienen desde la experiencia en primera persona. Ello posibilitaría ampliar y enriquecer las perspectivas desde las cuales los equipos profesionales acompañan estos procesos.

En la misma línea, y como un segundo punto, se requiere que quienes acompañan a las personas que experimentan malestares subjetivos, se sitúen políticamente ante su práctica profesional, reconociendo las lógicas de poder que tienen lugar en la relación y/o vínculo que se da en el contexto de las atenciones de salud mental, transitando hacia modelos que cuestionen esta jerarquía y que propongan otras maneras de utilizar el poder, centrándose en la justicia epistémica como eje (Fricker, 2017).

A este último respecto, sobre todo si se piensa en el ámbito de la salud mental, es posible reconocer diferentes dinámicas de injusticia epistémica, las que dan lugar a la desconsideración y/o al restar credibilidad al relato y la voz de las personas

que se encuentran viviendo sufrimientos subjetivos. En ese sentido es que resulta fundamental que se reconozca y valide la propia experiencia de las mujeres que demandan atención, abriendo espacios de escucha sobre el sentido que estas pueden construir en torno a sus vivencias, promoviendo el trabajo con los relatos que estas construyen sobre su propia vida.

Desarrollos que se pueden integrar son los que se vienen elaborando desde las Prácticas Narrativas (White & Epston, 1993), cuyo objetivo es relevar aquellos relatos y/o historias que quedan ocultas y/o subyugadas ante aquellos relatos y/o historias dominantes en la experiencia de las personas. Particularmente en las mujeres, su incorporación puede aportar a reconstruir determinadas historias que, desde su complejidad, favorezcan el reconocimiento de su vulnerabilidad, pero también de sus propias agencias, lo que ayudaría a superar las concepciones hegemónicas que se concentran en la primera de estas cualidades.

Igualmente, estos aportes favorecen que las personas conecten con el contexto en el que se ha construido la experiencia, dotando de sentido socio-biográfico y político sus vivencias. Lo anterior puede contribuir a que las mujeres interpreten sus vivencias en cuanto permeadas por diferentes estructuras opresivas, desmarcándose de una comprensión individualista acerca de las situaciones que estas reconocen como problemáticas.

Así también, a través de las prácticas narrativas se puede favorecer que las mujeres cuestionen aquellas identidades asociadas a un rol negativo, pasivo y/o a aquellas que han totalizado sus experiencias, promoviendo el encuentro con identidades alternativas (Brown, 2007). Ello se vuelve especialmente relevante considerando que la identidad de las mujeres, debido al conjunto de ideas, prejuicios y expectativas socioculturales, puede quedar enfrascada en estereotipos polarizados, como el de *buena* o *mala* mujer, cuestiones que generalmente permean su autoconcepto y autoestima.

En un tercer punto, la incorporación del enfoque de derechos se vuelve fundamental para orientar el proceso de prescripción de psicofármacos en el caso en que este se decida de manera consensuada con las mujeres. En ese marco, cabe señalar que este enfoque bebe principalmente de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (Organización de las Naciones Unidas, 2006).

En base a esta, Ortiz Lobo (2023) apunta al derecho a la integridad personal, el que promueve el respeto a la integridad física y mental. Este derecho puede traducirse en prácticas que consideren la entrega de información adecuada y completa sobre las características de los fármacos y sus efectos adversos e interacciones.

Si se piensa su aplicación desde una mirada centrada en el género, sería relevante que, además, a las mujeres se les informara y se les dispensara de un consentimiento informado en donde consten los efectos de estos fármacos en sus cuerpos, subjetividades y en los procesos hormonales y biológicos que allí tienen lugar, dando cuenta, por ejemplo, de las repercusiones que causan determinadas medicaciones en la producción de prolactina y sus consecuentes afectaciones en el período menstrual (Glocker et al., 2021).

Reafirmando lo expuesto y tal como también señala Ortiz Lobo (2023), la administración de psicofármacos, sin contar con un consentimiento adecuado, recurre en una vulneración al derecho a la protección contra la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanas o degradantes, por lo que debiese formar parte obligatoria del ejercicio de quien prescribe.

De igual modo, se deben informar las razones que existen para prescribir un fármaco u otro, la duración de su administración y las características del proceso en general, siempre contemplando a las mujeres como sujetas de derechos en

cuanto a ser informadas para fortalecer su poder de decisión en cuanto al proceso.

Finalmente, no debiese perderse de vista el hecho de que nos encontramos en un contexto actual en donde existen una impronta determinista y presentista (Rimke, 2018), según las cuales la comprensión del "síntoma" se vuelve reduccionista y despolitizada, en cuanto oscurece su interpretación como respuesta a un contexto complejo y a la vez hostil, como se ha visto, de manera diferenciada para el caso de las mujeres, quienes, además, son las mayores consumidoras de toda clase de psicofármacos (Caponi, 2022).

Lo dicho obedece a un paradigma biomédico que continúa aportando a silenciar el sufrimiento, la rabia y/o la inquietud de las mujeres, moldeando sus subjetividades (Caponi, 2022) , por lo que los esfuerzos que vayan en pro de la transformación de las dinámicas alienantes dentro de los servicios de salud y en el ejercicio profesional independiente, se hacen cada vez más urgentes.

5. BIBLIOGRAFÍA

- Arreola, B. (2011). *¿Locura o disidencia? Las mujeres locas del Manicomio General de la Castañeda (1886-1920)*. Editorial Académica Española.
- Bacigalupe, A., Cabezas, A., Baza Bueno, M., y Martín, U. (2020). El género como determinante de la salud mental y su medicalización. *Gaceta Sanitaria*, 34(S1), 61–67. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2020.06.013>
- Baker Miller, J. (1992). *Psicología de la mujer*. Paidós.
- Bernabeu-Mestre, J., Paula, A., Santos, C., Esplugues, J. X., María, P., y Galiana-Sánchez, E. (2008). Categorías diagnósticas y género: Los ejemplos de la clorosis y la neurastenia en la medicina española contemporánea (1877-1936). *Asclepio. Revista de Historia de la Medicina y de la Ciencia*, 60(1), 83–102.
- Brooks Dollar, C., y Hendrix, J. (2018). “I’m Not a Traditional Woman”: Tranquilizer Misuse as Self-Medication Among Adult Women. *American Behavioral Scientist*, 62(11), 1–24. <https://doi.org/10.1177/0002764218787027>
- Brown, C. (2007). Feminist Therapy, Violence, Problem Drinking and Re-storying Women’s Lives. Reconceptualizing Anti Oppressive Feminist Therapy. En D. Baines (Ed.), *Doing Anti-Oppressive practice. Building Transformative Politicized Social Work* (pp. 128–144). Fernwood Publishing.
- Burín, M. (1992). Nuevas perspectivas en Salud Mental de mujeres. En A. M. Fernández (Ed.), *Las mujeres en la imaginación colectiva. Una historia de discriminación y resistencias*. Paidós.
- Burín, M., Moncarz, E., y Velasquez, S. (1990). *El malestar de las mujeres. La tranquilidad recetada*. Editorial Paidós.

- Burstow, B. (2005). A critique of posttraumatic stress disorder and the DSM. *Journal of Humanistic Psychology, 45*(4), 429–445.
- Caponi, S. (2019). Scientia Sexualis: el lugar de la mujer en la historia de la psiquiatría. En M. Miranda (Ed.), *Las locas: miradas interdisciplinarias sobre género y salud mental* (pp. 19–48). Editorial de la Universidad Nacional de la Plata.
- Caponi, S. (2021). On the so-called psychopharmacological revolution: the discovery of chlorpromazine and the management of madness. *Historia Ciencia Saúde Manguinhos, 28*(3), 1–21. <https://doi.org/10.1590/S0104-59702021000300003>
- Caponi, S. (2022). Gestión psicofarmacológica de la feminidad: Antipsicóticos para mujeres insumisas. *Journal of the Philosophy of History Resistances, 3*(6), 1–22.
- Chesler, P. (2019). *Mujeres y locura*. Continta Me Tienes.
- Cipriano, P. (2017). *El manicomio químico*. Enclave de libros.
- Cooper, D. (1985). *Psiquiatría y Antipsiquiatría*. Paidós Ibérica.
- Crenshaw, K. (2012). Cartografiando los márgenes. Interseccionalidad, políticas identitarias y violencia contra las mujeres de color. En L. Platero (Ed.), *Intersecciones: cuerpos y sexualidades en la encrucijada. Temas contemporáneos*. (pp. 87–122). ediciones bellaterra.
- Danza, Á., Cristiani, F. y Tamosiunas, G. (2009). Riesgos asociados al uso de Benzodiazepinas. *Archives of Internal Medicine, 31*(4), 103–107.

Díaz, M., Estévez, A. y Momeñe, J. (2020). Mujeres, cuidado y psicofármacos. En E. Arostegui (Ed.), *Mujeres y psicofármacos* (pp. 165–188). Universidad de Deusto.

Dio Bleichmar, E. (1991a). *El feminismo espontáneo de la histeria*. Siglo Veintiuno de España Editores, S.A.

Dio Bleichmar, E. (1991b). *La depresión en la mujer*. Ediciones Temas de Hoy.

Foucault, M. (2015). *Historia de la locura en la época clásica. Tomo I y II*. (1era electrónica). Fondo de Cultura Económica.

Franco, L. y Sáenz, M. J. (2020). Feminización del consumo de benzodiazepinas. *Periferia, revista de recerca i formació en antropologia*, 25(3), 79–101.
<https://doi.org/10.5565/rev/periferia.699>

Fricker, M. (2017). *Injusticia epistémica. El poder y la ética del conocimiento*. Herder Editorial.

Friedan, B. (1974). *La mística de la feminidad*. Ediciones Jucar.

Fullagar, S. (2012). Problematizing the neurochemical subject of anti-depressant treatment: The limits of biomedical responses to women's emotional distress. *Health*, 17(1), 57–74. <https://doi.org/DOI: 10.1177/1363459312447255>

García Zabaleta, O. (2019). La construcción del DSM: genealogía de un producto sociopolítico. *THEORIA. Revista de Teoría, Historia y Fundamentos de la Ciencia*, 34(3), 441–460. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=339767305009>

García-Díaz, C. (2020). Mujeres en el manicomio: espacios generizados y perfil sociodemográfico de la población psiquiátrica femenina en el Manicomio

Provincial de Málaga (1909–1950). *Investigaciones Históricas, época moderna y contemporánea*, 40, 523–552. <https://doi.org/10.24197/ihemc.40.2020.523-552>

García-Díaz, C. (2022). *Un lugar para la locura de las mujeres. Historia(s) de la sala 20 del Manicomio Provincial de Málaga (1909-1950)*. Centro de Ediciones de la Diputación de Málaga.

Gil-García, E. y Cáceres-Matos, R. (2020). Género y consumo de psicofármacos. Un análisis de la encuesta andaluza de salud. En E. Arostegui (Ed.), *Mujeres y psicofármacos: Avances en drogodependencias* (pp. 65–74). Universidad de Deusto.

Gil-García, E., Cáceres-Matos, R. y Vásquez-Santiago, S. (2020). Prescripción de psicofármacos. Propuestas feministas. En E. Arostegui Santamaria (Ed.), *Mujeres y psicofármacos* (pp. 97–106). Universidad de Deusto.

Gil-García, E., Romo-Avilés, N., Poo-Ruiz, M., Marquez-Alonso, I. y Vega-Fuente, A. (2005). Género y psicofármacos: la opinión de los prescriptores a través de una investigación cualitativa. *Atención Primaria*, 35(8), 402–407.

Glocker, C., Grohmann, R., Engel, R., Seifert, J., Bleich, S., Stübner, S., Toto, S. y Schüle, C. (2021). Galactorrhea during antipsychotic treatment: results from AMSP, a drug surveillance program, between 1993 and 2015. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 271, 1425–1435.

González de Chávez Fernandez, A. (2001). El ideal maternal y el sufrimiento psicossomático en las mujeres. En C. Mingote Adán & B. López-Dóriga Alonso (Eds.), *II Jornadas de Salud Mental y Género: 9 y 10 de octubre de 2000* (pp. 31–44). Instituto de la Mujer.

González García, M. (2015). *La medicalización del sexo. El viagra femenino*. Los Libros de la Catarata.

Gotzsche, P. (2020). *Psicofármacos que matan y denegación organizada*. Los libros del lince.

Healy, D. (2004). Shaping the Intimate: Influences on the Experience of Everyday Nerves. *Social Studies of Science*, 34(2), 219–245.

Herzberg, David. L. (2009). *Happy pills in America : from Miltown to Prozac*. Johns Hopkins University Press.

Hill Collins, P. y Bilge, S. (2019). *Interseccionalidad*. Ediciones Morata.

Hooks, B. (2020). *¿Acaso no soy yo una mujer? consonni*.

Ingleby, D. (1982). Comprender las “enfermedades mentales”. En D. Ingleby (Ed.), *Psiquiatría crítica. La política de la salud mental*. (pp. 23–86). Editorial CRÍTICA.

Jack, D. (1991). *Silencing the self: Women and depression*. Harvard University Press.

Johnstone, L., Boyle, M., Cromby, J., Dillon, J., Harper, D., Kinderman, P., Longden, E., Pilgrim, D. y Read, J. (2018). *The Power Threat Meaning Framework: Overview*. British Psychological Society.

Knight, T. (2019). *Más allá de las creencias: Maneras alternativas de trabajar con delirios, ideas obsesivas y experiencias insuales*. LoComún-Biblioteca Social Hnos. Quero.

Laing, R. (1964). *El yo dividido: un estudio sobre la salud y la enfermedad*. Fondo de Cultura Económica.

- Levinton Dorman, N. (2000). *El superyó femenino: La moral en las mujeres*. Biblioteca Nueva.
- Longden, E., Corstens, D., Escher, S. y Romme, M. (2011). Voice hearing in a biographical context: A model for formulating the relationship between voices and life history. *Psychosis*, 4(3), 224–234.
- Markez, I., Poó, M., Romo, N., Meneses, C., Gil, E. y Vega, A. (2004). Mujeres y psicofármacos: la investigación en atención primaria. *Revista Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 91, 37–61.
- Martin Zapartin, I. (2018). Indagando en los silencios del franquismo: historias de mujeres ingresadas en manicomios. En M. L. Esteban & J. Hernandez (Eds.), *Etnografías feministas. Una mirada al siglo XXI desde la antropología vasca* (pp. 139–157). Bellaterra.
- Menéndez, E. (1984). El modelo médico hegemónico: transacciones y alternativas hacia una fundamentación teórica del modelo de autoatención en salud. *Arxiu d'Etnografia De Catalunya*, 3, 84–119.
- Menéndez, E. (2020). Modelo médico hegemónico: tendencias posibles y tendencias más o menos imaginarias. *Salud Colectiva*, 16(e2615), 1–25. <https://doi.org/doi:10.18294/sc.2020.2615>
- Meneses Falcón, C. (2020a). Consumo de psicofármacos en colectivos vulnerables de mujeres: mujeres en prostitución, víctimas de tratas y víctimas de violencia por su pareja. En E. Arostegui (Ed.), *Mujeres y psicofármacos: avances en drogodependencias* (pp. 53–64). Universidad de Deusto.

- Meneses Falcón, C. (2020b). La triada adictiva: consumo de cocaína, alcohol y sexo. *Revista Española de Drogodependencias*, 45(1), 26–35.
- Menzies, R., LeFrancois, B. y Reaume, G. (2013). Introducing Mad Studies. En R. Menzies, B. LeFrancois, & G. Reaume (Eds.), *Mad Matters; A Critical Reader in Canadian Mad Studies*. (pp. 2–22). Canadian Scholars.
- Metzl, J. (2003). *Prozac on the Couch: Prescribing gender in the era of wonder drugs*. Duke University Press.
- Molinari, A. (2005). Autobiografías de mujeres en un manicomio italiano a principios de siglo XX. En A. Castillo Gómez & V. Sierra Blas (Eds.), *Letras bajo sospecha* (pp. 379–399). Ediciones TREA.
- Moncrieff, J. (2014). The medicalisation of “ups and down”: the marketing of the new bipolar disorder. *Transcultural Psychiatry*, 51(4), 581–598.
- Moncrieff, J. (2018). El litio y otros fármacos para el trastorno maníaco-depresivo y bipolar. *Revista Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 38(133), 283–299.
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=265058335015>
- Moncrieff, Joanna. (2013). *Hablando claro: Una introducción a los fármacos psiquiátricos*. Editorial Herder.
- Moynihan, R., Heath, I. y Henry, D. (2002). Selling sickness: the pharmaceutical industry and disease mongering. *British Medical Journal*, 324(7342), 886–891.
- Organización de las Naciones Unidas. (2006). *Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*.

- Ortiz Lobo, A. (2023). *Hacia una psiquiatría crítica: Excesos y alternativas en salud mental* (2ª ed.). Enclave de Libros.
- Pérez Sedeño, E. y García Dauder, D. (2019). *Las mentiras científicas sobre las mujeres*. La Catarata.
- Pujal i Llombart, M., Calatayud, M. y Amigot, P. (2020). Subjetividad, desigualdad social y malestares de género: una relectura del DSM V. *Revista Internacional de Sociología*, 78(2).
- Read, J., Cartwright, C. y Gibson, K. (2014). Adverse emotional and interpersonal effects reported by 1829 New Zealanders while taking antidepressants. *Psychiatry Research*, 216, 67–73. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2014.01.042>
- Ribotta, S. (2020). Vulnerabilidad y pobreza: sobre el concepto de vulnerabilidad socio-estructural. *Tiempo de Paz*, 138, 36–46.
- Rimke, H. (2018). Sickening Institutions: A Feminist Sociological Analysis and Critique of Religion, Medicine, and Psychiatry. En J. Kilty & E. DeJ (Eds.), *Cointaining Mads* (pp. 15–39). Springer International Publishing.
- Romo, N. y Meneses, C. (2015). Malestares en las mujeres y usos diferenciales de psicofármacos: propuestas críticas desde el feminismo. En I. Markez (Ed.), *Adicciones, conocimiento, atención integrada y acción preventiva* (pp. 113–126). Asociación Española de Neuropsiquiatría.
- Romo, N., Vega, A., Meneses, C., Gil, E., Markez, I. y Poo, M. (2003). Sobre el malestar y la prescripción: un estudio sobre los usos de los fármacos por las mujeres. *Revista Española de Drogodependencias*, 28(4), 372–379.

- Runciman, O. (2016). Escuchadores de voces: Un cambio de paradigma para la esquizofrenia. *Revista Española de Enfermería en Salud Mental*, 5, 22–26.
- Sáez Buenaventura, C. (1979). Mujer, Locura y Feminismo. En C. Sáez Buenaventura (Ed.), *Mujer, Locura y Feminismo* (pp. 9–46). dédalo ediciones.
- Solis-Gomez, S. (2023). Repensando el malestar de las mujeres y la atención psiquiátrica desde una mirada descolonial: Aportes a una práctica antirracista. *Feminismo/s*, 42, 441–468.
- Stoppard, J. y McMullen, L. (2003). *Situating Sadness: Women and Depression in Social Context*. New York University Press.
- Thomas, P. (2014). *Psychiatry in Context. Experience, Meaning & Communities*. PCC Books.
- Tiefer, L. (2001). A new view of women's sexual problems: Why new? Why now? *Journal of Sex Research*, 38(2), 89–96.
- Ussher, J. (1991). *La psicología del cuerpo femenino*. Arias Montano Editores.
- Ussher, J. (2003). The Role of Premenstrual Dysphoric Disorder in the Subjectification of Women. En *Journal of Medical Humanities* (Vol. 24, Número 2).
- Ussher, J. (2010). Are We Medicalizing Women's Misery? A Critical Review of Women's Higher Rates of Reported Depression. *Feminism and Psychology*, 20(1), 9–35. <https://doi.org/10.1177/0959353509350213>

Ussher, J. (2013). Diagnosing difficult women and pathologising femininity: Gender bias in psychiatric nosology. *Feminism and Psychology, 23*(1), 63–69.
<https://doi.org/10.1177/0959353512467968>

Whitaker, P. (2017). *Anatomía de una epidemia*. Capitán Swing.

White, M. y Epston, D. (1993). *Medios Narrativos para fines terapéuticos*. Editorial Paidós.