

María Florencia Linardelli

mlinardelli@mendoza-conicet.gob.ar

UNCuyo - CONICET

SALUD MENTAL Y GÉNERO

DIÁLOGOS Y CONTRAPUNTOS ENTRE BIOMEDICINA, FEMINISMOS E
INTERSECCIONALIDAD

Resumen: Enmarcado en una reflexión crítica acerca de la creciente medicalización de la vida social, este artículo propone un diálogo entre el campo de la salud mental y el de los feminismos. Para ello, inicialmente nos referimos a la construcción de la hegemonía biomédica en el campo de la salud. Luego recuperamos las contribuciones de los estudios de género y/o feministas a este campo. Finalmente, introducimos los feminismos antirracistas y la noción de interseccionalidad para establecer diálogos y contrapuntos con la biomedicina y las diferentes perspectivas feministas sobre salud mental.

Palabras clave: Salud mental, Feminismo, Interseccionalidad

Mental health and gender. Dialogues and contrasts between biomedicine, feminism and intersectionality

Abstract: This article proposes a dialog between the field of mental health and different feminist perspectives on the increasing medicalization of social life from a critical point of view. Firstly, we analyze the construction of biomedical hegemony in the field of health. Then, we focus on the contributions of gender and feminist studies to the field of mental health. Finally, we introduce the antiracist feminisms and the notion of intersectionality to foster dialogs and elicit contrasts with biomedicine and different feminist perspectives on mental health.

Keywords: Mental health, Feminism, Intersectionality



Introducción

En Occidente, tanto en países del norte como del sur, los procesos de medicalización de la vida social constituyen una realidad creciente. Vinculados con la expansión de la biomedicina, de más en más muestran graves consecuencias para la salud que pretenden preservar (Illich, 1975). En Argentina, al igual que en otras latitudes, el avance de la biomedicina convive con procesos que la tensionan. Nuevos marcos legales¹, diversidad de producciones teórico-críticas, grupos organizados de usuarios y usuarias de los servicios de salud, dan cuenta de prácticas diversas para atender padecimientos y recuperar la salud. No obstante, el modelo biomédico continúa posicionado como dominante frente a una multiplicidad de saberes sobre salud/enfermedad que resultan relegados.

En tal contexto, los estudios de género y/o feministas constituyen una de las líneas teóricas que ha contribuido sustancialmente a las discusiones y la renovación de perspectivas críticas en el campo de la salud (Cardaci, 2006); sin embargo, sus aportes no han sido considerados en todo su peso por el campo académico. Aun con el aumento significativo de investigaciones que incluyen la categoría de género, en reiteradas ocasiones estos análisis no se refieren al contexto de producción de la misma y tampoco recuperan debidamente las aportaciones realizadas por el feminismo (Miqueo, 2008). Asimismo, usualmente se equipara género a “sexo” o a “mujeres”, por lo cual se desconoce que al hablar de género, estamos haciendo referencia a relaciones sociales que incluyen tanto varones como mujeres.

En ese marco, este artículo propone un diálogo entre el campo de la salud mental y el de los feminismos. Establecemos dos objetivos complementarios; por un lado, recuperar las principales contribuciones y problematizaciones de los estudios de género y/o feministas² respecto de la salud mental de las mujeres. Para ello sintetizamos –sin pretensiones de exhaustividad– algunas de sus contribuciones más significativas. Por otro lado, buscamos dar cuenta de los estudios de género como un campo plural y diverso, que integra una multiplicidad de perspectivas que pueden dialogar y tensionarse entre sí (Dietz & Mansuy, 2005). En relación con dicho objetivo, recurrimos a los feminismos antirracistas, específicamente a una de sus categorías centrales: la interseccionalidad de raza, clase y género,

¹ Tal es el caso de la Ley Nacional de Salud Mental (26.657) sancionada en nuestro país en 2010, que produce una ruptura con el discurso médico positivista y biólogo al modificar la noción de enfermedad mental y comenzar a referirse a padecimiento mental.

² Nos circunscribimos a los estudios de género y/o feministas, sin desconocer la existencia de estudios de género referidos a masculinidades, numerosos producidos desde el colectivo LGTTTBIQ, muchos de ellos enmarcados en los estudios *queer* que, no obstante su riqueza, superan los límites y objetivos de este artículo.



para discutir desde ese punto con la biomedicina y con producciones feministas sobre salud mental.

A estos fines, el artículo se estructura en tres secciones. Inicialmente, con la intención de situar los aportes feministas junto a otras aproximaciones críticas del campo de la salud, nos referimos a las principales características de la biomedicina, su constitución como hegemónica en el campo de la salud y su vínculo con la medicalización creciente de la vida social y de los padecimientos subjetivos, para ello acudimos a los aportes de autores clásicos en la temática como Foucault, Conrad y Menéndez. Posteriormente, presentamos las principales contribuciones de los estudios de género y/o feministas a la salud mental, las discusiones que entablan con el modelo biomédico y los puntos nodales que diferencian las diversas propuestas. Para finalizar, tensionamos el análisis al introducir los aportes de los feminismos antirracistas, que pueden resultar –y esa es nuestra tesis– en un camino que problematice las profundas articulaciones existentes entre género, clase, raza, y normalidad/anormalidad.

Acerca de la investigación

Este artículo forma parte de la investigación más amplia denominada “Salud, ruralidad y género: el encuentro entre los saberes populares y los saberes médico-hegemónicos en espacios rurales de Mendoza, desde una perspectiva de género”, llevada adelante desde 2014 en el marco de una beca doctoral financiada por el Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas. En el contexto de dicha investigación, los estudios de género y/o feministas resultaron una eficaz herramienta conceptual para analizar críticamente el saber y las prácticas biomédicas; aquí presentamos algunos de los resultados de tales búsquedas.

A su vez, algunas de las preguntas que guiaron esta reflexión teórica surgieron de la práctica profesional como trabajadora social desarrollada en diversos efectores públicos de salud mental de la provincia de Mendoza, Argentina. En el contexto de instituciones inmersas en la perspectiva biomédica, dicha práctica supuso tensiones y contradicciones diversas, siendo de las más potentes en nuestra experiencia aquellas suscitadas en torno a las intervenciones con mujeres que atravesaban distintas formas de padecimiento mental.

Para el cumplimiento de nuestros objetivos realizamos



una revisión documental mediante la técnica de rastreo bibliográfico desplegada a partir de diferentes motores de búsqueda de textos científicos, principalmente en las bases Scielo, Redalyc, Scholar Google, SECEDOC, SID y MINCyT. Recuperamos tanto libros como artículos de investigación, utilizando como términos de búsqueda: salud mental, género, mujeres, feminismo. Para el caso de los estudios de género abocados al campo de la salud mental priorizamos bibliografía iberoamericana, en tanto ya existen revisiones que dan cuenta de la literatura anglosajona³ y no se encontraron artículos que –como el nuestro– recuperen las producciones iberoamericanas en la temática. Buscando atender a este vacío, el segundo apartado se enfoca principalmente en autoras y autores latinoamericanos y españoles.

La biomedicina como perspectiva hegemónica en el campo de la salud

La institucionalización de la biomedicina se ubica a fines del siglo XVIII en Europa y a principios siglo XIX en América. En ese momento, las nociones de salud y enfermedad comienzan a sufrir transformaciones ligadas a profundos cambios sociales⁴. La medicina hipocrático-galénica incorpora paulatinamente los paradigmas biológicos de la ciencia experimental (Ramírez & Becerra, 2011), de modo que se torna dominante el análisis de la causalidad biológica que enfatiza el nivel individual y subindividual del par salud/enfermedad, y que descontextualiza tales nociones del mundo social y cultural (Comelles y Martínez, 1997; Moreno-Altamirano, 2007).

El modelo biomédico, conceptualizado como Modelo Médico Hegemónico por Menéndez (2005a) se caracteriza por su biologismo, individualismo, a-historicidad, a-sociabilidad, mercantilismo y eficacia pragmática. A partir de estos rasgos, la biomedicina pondera casi exclusivamente indicadores biológicos, al tiempo que niega o secundariza el papel de los sujetos y sus condiciones sociales en el proceso de salud/enfermedad/atención; consecuentemente, despliega una práctica centrada primordialmente en la enfermedad (Comelles y Martínez, 1997; Comelles, 2003; Menéndez, 2005a).

Por otra parte, aun cuando hay formas claramente diferentes de la biomedicina –medicina tradicional, saber

³ Completas revisiones sobre salud mental y estudios de género y feministas, con particular detalle en investigaciones anglosajonas, son realizadas por Teresa Sacristán (2009) y por María Pilar Matud Aznar (2008).

⁴ En términos de Menéndez (2005a) la institucionalización del modelo biomédico no es solo resultado del desarrollo científico de la biomedicina, sino que se encuentra profundamente anudado a las estructuras y el desarrollo económico/político de las formaciones capitalistas.



popular, estrategias de autoatención, entre otras –en Occidente la forma de atención que más se expande es la biomedicina, sustentada en la investigación biomédica, en la producción farmacológica y en la medicalización de padecimientos y comportamientos (Menéndez, 2003). Diversos autores críticos que tematizan sobre la medicalización y la expansión de la biomedicina (Illich, 1975; Conrad, 1982; Foucault, 1990; Comelles, 2003; Menéndez, 2005b; Galende, 2008; Stolkner, 2012) coinciden en asociar ambos procesos y vincularlos a su vez con políticas estatales y el desarrollo creciente del “mercado de la salud”.

En tal sentido, Foucault (1990) analiza las relaciones entre medicina, Estado y poder en la regulación de los cuerpos y las vidas. Para el autor, a partir del siglo XVIII, la investigación médica se torna cada vez más penetrante y minuciosa. Se amplían las instituciones de salud y, con ello, la existencia, el comportamiento y el cuerpo humano “se incorporaran en una red de medicalización cada vez más densa y amplia, que cuanto más funciona menos se escapa a la medicina” (Foucault, 1990: 121). Todo ello conduce, en términos del autor, a la configuración de “estados médicos abiertos”, característicos de sociedades modernas donde impera una medicalización sin límites, perpetua y constante (Foucault, 1999).

Desde la perspectiva de Conrad (1982), las sociedades industriales modernas resultan el escenario de un crecimiento sustancial del prestigio y la dominación de la clase médica. En este marco, el tratamiento gana terreno al castigo en la sanción de la anormalidad, al tiempo que proporciones crecientes de comportamientos se incorporan al terreno de la enfermedad y con ello al control médico. El avance permanente de la jurisdicción de la medicina es fomentado –entre otros aspectos– “por una industria farmacéutica poderosa, rentable y expansionista y por una creciente interconexión entre la medicina y el gobierno” (1982: 154). En una línea similar, Menéndez (2005b) señala que durante el siglo XX el incremento del sector salud estatal y el desarrollo de las industrias de la salud y la enfermedad, inducen al incremento del consumo de fármacos y otros insumos biomédicos, que se constituyen de esta manera en uno de los principales rubros del gasto estatal y familiar. Por su parte, Stolkner (2012) sostiene que durante el siglo XX el desarrollo exponencial de la industria químico-farmacéutica

y la tecnología médica generaron un mercado mundial de la salud en el que tecnologías y saberes médico-científicos son bienes a disposición de un consumidor, lo que tensiona la percepción de la salud y el acceso a sus servicios como un derecho.

En el campo de la salud mental, si bien los procesos de medicalización asumen ciertas particularidades, en general presentan coincidencias con lo descrito hasta aquí. Al respecto Galende (2008) plantea que en el caso de la salud mental la medicalización se ha visto fuertemente sostenida por el desarrollo de la industria farmacológica que responde a una doble lógica del mercado: generar diversos productos para la salud mental y promover valores subjetivos que ordenan el comportamiento de las y los sujetos/consumidores. Esta concepción mercantilista de la salud mental se sustenta tanto en novedosas alianzas entre profesionales y laboratorios, como en nuevas herramientas de producción de una subjetividad consumista: la publicidad y el marketing (Galende, 2008).

Los procesos detallados hasta aquí recrudecen desde finales del siglo XX y principios del siglo XXI de la mano del neoliberalismo, que produce la mercantilización progresiva de diversas esferas de la vida hasta el momento periféricas al intercambio de capital, avanzando de modo creciente sobre la salud. De esta manera, asistimos a la producción de la salud como bien de consumo que, devenido producto de las corporaciones médico-farmacéuticas, se inserta en las lógicas de mercado de compra, venta y publicidad. Este proceso, denominado por (Laurell, 1994) como “mercantilización de la salud”, convive con tendencias que lo tensionan, como modificaciones legislativas que reconocen estatus de derecho a la atención en áreas de salud tradicionalmente asignadas al ámbito del mercado para usuarios/as con capacidad de pago⁵. Efectivamente, nos encontramos ante un escenario contradictorio, en tanto en la última década se produjo un retorno al discurso de los derechos humanos en el campo de la salud y una tendencia a reemplazarlos enfoques tecnocráticos; sin embargo una perspectiva integral de derechos humanos incluye también el derecho a la no medicalización de la vida (Stolkiner, 2010).

No obstante la expansión de la biomedicina y la medicalización detalladas hasta aquí, también el siglo XX (particularmente la década de 1960) resultó el escenario de

⁵ Algunos ejemplos son la Ley Nacional de Salud Reproductiva y Procreación Responsable (2003) y la ley de acceso integral a los procedimientos y técnicas médico-asistenciales de reproducción médicamente asistida (2013) que establecen la asistencia sanitaria pública y gratuita en ambas áreas.



surgimiento de múltiples análisis críticos que produjeron rupturas con los principales supuestos de la biomedicina, denunciando su falta de eficacia para revertir ciertos padecimientos y sus prácticas más asociadas al control social que a la cura. En el marco de estas perspectivas críticas los estudios de género y feministas realizaron aportes sustanciales, entre otros aspectos, señalaron que el biologismo y los procesos de medicalización han afectado en forma paradigmática a las mujeres (Esteban, 2003).

Estudios de género y/o feministas y la salud mental de las mujeres

Los estudios de género y feministas surgen en la década de 1970 en Estados Unidos y Europa, abocados a producir teoría sobre los condicionamientos sociales, culturales e históricos que se inscriben sobre los cuerpos humanos sexuados (Hernández García, 2006). En la América Latina, el desarrollo de los estudios de género se produce una década más tarde, ligado a procesos de democratización que caracterizaron a la región en ese momento histórico (Allegue y Carril, 2000).

De modo sintético, pueden ser definidos como un grupo de estudios interdisciplinarios que responden a tradiciones teóricas diversas y que comparten como preocupación la opresión-desigualdad-dominación en función de procesos de diferenciación sexual y generización de las y los sujetos. Este punto de partida los unifica en torno a, por lo menos, dos preguntas centrales: ¿cómo es que la construcción de la diferenciación sexual se vuelve desigualdad?, ¿cómo funciona, se produce, reproduce y puede revertirse esa desigualdad en las distintas esferas de la realidad y experiencia de las y los sujetos?

Los estudios de género abocados al campo de la salud surgen en el marco de la llamada “segunda ola del feminismo”; específicamente, las primeras investigaciones orientadas a salud mental referían a la sobrerrepresentación de mujeres en las estadísticas psiquiátricas, como también en hospitalizaciones, uso de servicios ambulatorios y prescripción de psicofármacos (Sacristán, 2009). En la actualidad, se han diversificado y se ocupan de un amplio grupo de temáticas, por lo que proponemos agrupar sus aportes según los puntos nodales de cada propuesta.



Ubicamos de un lado aquellas perspectivas que hacen visible la medicalización de las mujeres; de otro, las que enfatizan la “invisibilización” del cuerpo femenino en las investigaciones biomédicas; finalmente, las que refieren a las desigualdades de género y su impacto en los padecimientos subjetivos⁶.

Medicalización de las mujeres

Los estudios agrupados en esta línea, aun cuando reconocen la medicalización como una estrategia general de control social, sostienen que el caso de las mujeres no constituye un ejemplo más sino una situación paradigmática (Esteban, 2003). Efectivamente, múltiples investigaciones provenientes de distintas disciplinas han constatado la mayor coerción ejercida por las instituciones médicas y psiquiátricas sobre los cuerpos femeninos, que resultan etiquetados como enfermos más fácilmente que los masculinos (Andreani, 1998; Diéguez Gómez, 1999; Ortega Ruiz, 2011; Vale Nieves, 2012). Conjuntamente señalan que la posibilidad de atribuir etiquetas de “enfermo mental” se vincula con el poder que se detenta en el campo social, de modo que “el etiquetamiento de las mujeres es en gran parte resultado de su desempoderamiento frente a sus contrapartes masculinos” (Sacristán, 2009: 661).

Algunas de esas investigaciones, vinculadas a la historiografía social y la historia de la medicina, realizan una deconstrucción histórica de la producción de saber y verdad en los discursos médicos y psiquiátricos sobre las mujeres (Ortiz Gómez, 2004; Sánchez, 2008). Indican que desde el Renacimiento, cuando se consolida el mito que reduce a la mujer a sus órganos reproductivos (Andreani, 1998), la medicina y la psiquiatría han justificado las desigualdades sociales entre varones y mujeres a través de las diferencias anatómicas, fisiológicas y patológicas de los sexos (Ortega Ruiz, 2011). Señalan una persistencia en los discursos médicos de diferentes períodos históricos, que busca explicar la subordinación de las mujeres por su naturaleza (Andreani, 1998; Sánchez, 2008).

Las primeras teorías de la psiquiatría atribuían los problemas mentales que pudieran sufrir las mujeres a sus características biológicas para la reproducción; consecuentemente, sostenían la existencia de una mayor susceptibilidad femenina para enfermar mentalmente

⁶ Esta clasificación responde a fines analíticos y explicativos. De ningún modo señala fronteras rígidas entre perspectivas y autoras, entre las que resultan habituales los cruces y diálogos.



debido a la relación entre su sistema nervioso y sus órganos reproductivos (Andreani; 1998; Diéguez Gómez, 1999; Ortega Ruiz, 2011; Vale Nieves, 2012). Estas creencias tenían su correlato en prácticas terapéuticas diferenciales, por lo que fue habitual la exploración de los genitales para diagnosticar cualquier enfermedad, como también la indicación de extirpar los órganos reproductivos femeninos, suponiendo que en ellos radicaba la causa del trastorno mental (Diéguez Gómez, 1999; Ruiz-Cantero & Verdú-Delgado, 2004; Bernabeu-Mestre, Cid Santos, Esplugues & Galiana-Sánchez, 2008).

Esta tradición que impregnó la psiquiatría hasta la primera mitad del siglo XX, contribuyó a la creación y consolidación de estereotipos sexuales (Diéguez Gómez; 1999), como también a una mayor patologización de ciertas conductas y disposiciones consideradas como anormales cuando eran realizadas por una mujer (Ortega Ruiz, 2011). Los discursos médico-psiquiátricos de la época contribuyeron a crear una imagen de la vida de las mujeres como una sucesión de crisis temibles debido a los ciclos reproductivos, junto con una idea de una constitución femenina naturalmente débil y enferma, pobre y susceptible mentalmente. Todo ello sirvió de sustento a diversas estrategias de control social, entre ellas, la reclusión de las mujeres en el ámbito privado.

Asimismo, investigaciones feministas situadas en la actualidad indican una continuidad de tales discursos en categorías diagnósticas vigentes que relacionan mecánicamente los órganos reproductivos con la conducta y subjetividad de las mujeres. El diagnóstico de trastorno disfórico premenstrual, la noción de depresión posparto, y la relación que se establece habitualmente de la menopausia con la depresión y el trastorno bipolar, pueden constituirse en ejemplos de esas tendencias (Vale Nieves, 2012). A su vez, la medicalización de lo femenino se visualiza en estrategias terapéuticas centradas en hospitalizaciones y prescripción de psicofármacos (Sacristán, 2009). En efecto, diversas investigaciones han constatado la existencia de una prescripción diferencial de psicofármacos en función del sexo, vinculada con estereotipos de género que impregnan la relación médico/a-consultante (Burín, 1990; Moreno et al., 2000; OMS, 2001; Markez et al., 2004; Ruiz-Cantero & Verdú-Delgado, 2004; Gil et al., 2005; Valls-Llobet, 2009).

Los aportes detallados hasta aquí han sido sustanciales



para dar cuenta de que las ideas médico-científicas no son neutrales y que en numerosas ocasiones dan sustento a prácticas de control social; no obstante en ocasiones corren en riesgo de caer en análisis victimistas que consideran a las mujeres como receptoras pasivas de las ideas médicas, riesgo que puede ser evitado si se incorpora una perspectiva de agencia de las mujeres frente los procesos de medicalización (Ortiz Gómez, 2004).

Invisibilización de los cuerpos femeninos

Otra línea de investigación feminista en salud mental es aquella que alerta sobre la invisibilización de las mujeres en la investigación biomédica y farmacológica, preocupación que se hace presente en la bibliografía científica desde principios de 1990 (Ruiz-Cantero & Verdú-Delgado, 2004). Dicha invisibilización se manifiesta en la exclusión sistemática de mujeres en investigaciones biomédicas y en la aplicación mecánica y directa de los resultados obtenidos en varones a ellas (Matud Aznar, 2008; Valls-Llobet, 2009; Gaviria & Alarcón, 2010; Galaverna, 2010; Ortega Ruiz, 2011). Tales características de la investigación biomédica han sido conceptualizadas por algunas investigaciones en términos de sesgo de género (Ruiz-Cantero & Verdú-Delgado, 2004) que consistiría en considerar que más allá del aspecto reproductivo, las diferencias en la salud-enfermedad entre varones y mujeres no existen o son irrelevantes (Cerón-Mireles et al., 2006).

De acuerdo a estos estudios, la exclusión de las mujeres en los ensayos biomédicos y farmacológicos es explicada en términos sexistas, por las potenciales “distorsiones” que introducirían los ciclos hormonales en la recolección y procesamiento de datos de investigación (Gaviria y Alarcón, 2010; Galaverna, 2010; Ortega Ruiz, 2011). Asimismo, señalan que en las ocasiones en que incluyen a mujeres, los datos no se analizan por sexo y se asume que no hay diferencias fisiológicas relevantes con los hombres (Gaviria & Alarcón, 2010). “En consecuencia, se conocen mucho menos los procesos fisiológicos normales de las mujeres que los de los hombres” (Sen et al; 2005: 28). De esta manera, los estudios basados en modelos masculinos y sin pruebas convincentes de aplicabilidad a las mujeres, generan que los diagnósticos, tratamientos y rehabilitación de diversas enfermedades “no



se adapten a las características y las necesidades específicas de las mujeres en general y, mucho menos, a las mujeres en diversas circunstancias socioeconómicas o antecedentes culturales” (Sen, et al; 2005: 29).

Los efectos más nocivos de tales sesgos van desde errores médicos hasta diagnósticos errados, subtratamientos, subregistros y medicalización (Galaverna, 2010). Por ejemplo, producto del desconocimiento de la forma en que la fisiología femenina afecta la absorción de ciertos fármacos, las mujeres sufren más sus efectos adversos que los varones (Ruiz-Cantero & Verdú-Delgado, 2004; Ortega Ruiz, 2011).

En síntesis, las contribuciones feministas muestran que la medicina homogeniza los cuerpos de varones y mujeres, bajo la predominancia del cuerpo masculino, producto de la persistencia de nociones androcéntricas. A su vez, evidencian que la biomedicina continúa considerando al cuerpo masculino como modelo de ser humano y al cuerpo femenino como un duplicado defectuoso del primero. Tal situación provoca no solo errores médicos, sino también la reproducción de las desigualdades de género en el ámbito de la salud.

Las desigualdades de género y los padecimientos subjetivos

Los estudios reunidos en esta línea de investigación analizan la forma en que factores sociales y condiciones de vida de las mujeres afectan su salud mental. En el contexto de sociedades patriarcales, es habitual que las mujeres enfrenten experiencias de discriminación; violencia física, psicológica y/o simbólica; dificultades para acceder en condiciones de igualdad al mercado de trabajo; doble o triple jornada laboral; sobrecarga de actividades de cuidado; desigualdad en el acceso a sus derechos y a la justicia; limitaciones para decidir sobre su propio cuerpo; entre otros factores que van modelando formas específicas de padecimientos subjetivos. Así, esta perspectiva se preocupa por las experiencias, situaciones, contextos que llevan a padecer de modos diferenciales a mujeres y varones, como también a desarrollar con mayor prevalencia cierto tipo de padecimientos.

El supuesto general sostenido por estas investigaciones es que la salud de hombres y mujeres es diferente y también desigual, “diferente porque existen factores de tipo biológico y fisiológico que tienen distintas implicaciones en su

salud; desigual porque hay factores sociales que establecen diferencias evitables, y por ello injustas, en la salud de ambos sexos” (Ruiz Cantero, 2011: 11). Entre otros aspectos señalan que los roles asignados a las mujeres y los estereotipos dominantes de feminidad contribuyen a producir formas de subjetividad susceptibles a ciertos padecimientos mentales, refieren a ello las nociones de “subjetividades femeninas vulnerables” y de “patologías de género femenino” propuestas por Burín (1990). Para la autora, los roles tradicionalmente asignados a las mujeres como esposa, madre y ama de casa se caracterizan por requerir de altruismo, servilismo, capacidad de contención emocional, inhibición de la agresividad, entre otros. Asimismo, implican tareas repetitivas, carentes de estatus e invisibilizadas en cuanto a su importancia social (Andreani, 1998; Sacristán, 2009). Todo lo mencionado contribuye a ubicar a las mujeres en posiciones de subordinación, desempoderamiento y falta de recursos materiales y simbólicos (Sacristán, 2009) configurando condiciones perjudiciales para preservar su salud mental (Burín, 1990).

Otras autoras (Dio Bleichmar, 1992; Andreani, 1998) indican que los estereotipos reinantes de feminidad en nuestras sociedades constituyen factores de riesgo para la salud mental de las mujeres. Características como la autodesvalorización, la represión de los impulsos activos fuera del campo de la vida privada, la dependencia, la autoculpabilización, la supuesta debilidad y la represión de la ira se imponen socialmente como rasgos típicos de la subjetividad femenina e implican mayor vulnerabilidad frente a la depresión (Dio Bleichmar, 1992; Andreani, 1998; Matud Aznar, 2008). Asimismo se destaca como factor de riesgo para el desarrollo posterior de cuadros depresivos las situaciones de violencia física, simbólica y sexual a las que se ven expuestas las mujeres (Matud Aznar, 2008). Justamente, en la actualidad, la patología depresiva constituye el malestar psíquico y la causa de discapacidad más frecuente en las mujeres, con una prevalencia femenina de dos por uno en relación con los varones (Valls-Llobet, 2009).

Los aportes detallados hasta aquí han resultado sustanciales para revisar prácticas y teorías en el campo de la salud mental, no obstante en ocasiones pueden sobrevalorar ciertas implicancias del género, o bien subvalorar otros factores sociales implicados en los procesos de salud/



enfermedad. Algunas autoras señalan que aun cuando hace tiempo que los feminismos tienen en cuenta la importancia de factores como la clase social, la etnia, la nacionalidad, parece tratarse de “un planteamiento más teórico que práctico ya que en general ha primado y prima la idea de la diferencialidad entre hombres y mujeres, el verlos como colectivos homogéneos y perfectamente diferenciables” (Esteban, 2003: 28). Ello nos invita a introducir los análisis de los feminismos antirracistas, desde los cuales es posible poner en discusión algunas de las reflexiones feministas volcadas hasta aquí, como también analizar aspectos ignorados o poco explorados por tales perspectivas.

Feminismos antirracistas e interseccionalidad. Re-lecturas del campo de la salud mental

⁷ Utilizamos el término “feminismos antirracistas” para referirnos tanto a las producciones del feminismo negro estadounidense y británico, como a las del antirracismo feminista latinoamericano. Realizamos esta elección debido a que el antirracismo es una característica que comparten cada una de las líneas mencionadas. A riesgo de caer en una homogeneización, no constituyen los fines de este trabajo dar cuenta de las fronteras entre unos y otros.

⁸ Desde los feminismos antirracistas se utiliza la categoría de raza, no así etnia o étnico. Si bien las investigaciones han constatado que genéticamente no hay razas humanas, la opresión social basada en la ideología racista es una realidad cotidiana para millones de mujeres y varones del mundo, y como tal debe ser nombrada. “Las categorías son reales aun cuando se puedan criticar como esencialistas. El racismo y el sexismo existen [...] son significativas y tienen consecuencias” (Lugones, 2005: 68).

Los feminismos antirracistas⁷ tienen su antecedente en el pensamiento feminista negro estadounidense, cuyos textos iniciales salieron a la luz en Estados Unidos en la década de 1980 (Hill Collins, 1998); en éstos indicaban que “las mujeres negras no fueron constituidas en la sociedad norteamericana de la misma manera que las mujeres blancas” (Jabardo, 2012: 34). De allí comenzaron a cuestionar el propio concepto de género, por considerarlo parte del sistema de relaciones jerárquicas de raza⁸. Sobre esas bases, el feminismo negro estadounidense desplegó una línea teórica original y crítica del feminismo dominante en Occidente (Dietz & Mansuy, 2005), sustentada primordialmente en la articulación de las categorías de opresión: raza, género y clase.

Por su parte, el antirracismo feminista latinoamericano surge en 1980 mostrando una cierta continuidad con el feminismo negro estadounidense, pero incluyendo diversas miradas que van desde los desarrollos de feministas indígenas, afrodescendientes y decoloniales, como los denominados “feminismos del tercer mundo” (Lugones, 2008; Espinosa, 2013). Si bien constituyen líneas diversas, en todas ellas subyace la preocupación por la dominación (neo)colonial persistente en los discursos del feminismo hegemónico y el análisis de las construcciones de género y sexualidad ligadas a la herencia colonial (Espinosa, 2010).

Los feminismos antirracistas cuestionan al feminismo que denominan occidental, hegemónico, burgués y blanco, por el racismo que comporta la presunta universalidad de



la categoría “mujeres”. Sostienen que las feministas blancas burguesas han supuesto la existencia de solo dos géneros, dentro de los cuales “mujer” tiene un significado unívoco, coincidente con un grupo reducido de mujeres (Lugones 2008, 2005). Asimismo, objetan al feminismo hegemónico por su poca eficacia para dar cuenta de la realidad de mujeres racializadas y provenientes de territorios colonizados, en tanto que utilizan el género como categoría fundamental para explicar la subordinación (Espinosa, 2013). Señalan que por negar o secundarizar las conexiones entre género, clase, raza y sexualidad generan teorías ajenas a la actuación histórica del racismo y la colonialidad (Lugones, 2008; Espinosa, 2013).

Cabe aclarar que el feminismo hegemónico con el que discuten no constituye un cuerpo homogéneo. Hay significativas diferencias entre las corrientes denominadas existencial, liberal, socialista-marxista y psicoanalítica (Dietz & Mansuy, 2005). Particularmente, las feministas socialistas ha teorizado sobre la relación entre clase y género; no obstante, desde el feminismo negro autoras como hooks (2004) señalan que estas perspectivas tienden a menospreciar la raza en sus análisis.

Más allá de sus contrapuntos con otras corrientes feministas, los feminismos antirracistas desarrollaron una línea teórica abocada al análisis las situaciones de mujeres racializadas y que ocupan posiciones sociales subalternas. Aquí, retomamos una categoría específica desarrollada por diversas autoras de esta perspectiva: la interseccionalidad de las opresiones. Entre estas autoras, recuperamos la propuesta de Kimberlé Crenshaw (2012), quien conceptualiza la noción de interseccionalidad en dos sentidos, uno estructural y otro político. En su sentido estructural, refiere a las distintas formas en las que la raza y el género interactúan, generando múltiples dimensiones que conforman las experiencias y afectan la vida de las mujeres negras, que no pueden comprenderse si se miran por separado la raza y el género. En ese sentido fundamenta:

(...) en el nivel más simple, encontraríamos que raza, género y clase están interrelacionados, como evidencia la fuerte correlación entre ser mujer de color y ser pobre. Más aún, el acceso dispar a la vivienda y al empleo –o sea, la discriminación como fenómeno– están ligados a sus identidades raciales y de género (Crenshaw, 2012:91).

Las categorías de raza y género organizan la distribución de los recursos sociales y producen diferencias de clase



⁹ La expresión “mujeres de color”, en palabras de Lugones (2008), constituye un término unificador en contra de las opresiones múltiples, originado en Estados Unidos por mujeres víctimas de dominación racial. No se trata simplemente de un marcador racial, sino que señala una coalición orgánica entre mujeres víctimas de la colonialidad del género.

observables; siendo posible visualizar dentro de la clase económica más baja, el modo en que las estructuras de género y raza constituyen formas concretas de vivir la pobreza que diferencian a las mujeres de color⁹ de otros grupos sociales. Esta subordinación interseccional interactúa con otras vulnerabilidades existentes, creando un mayor desempoderamiento que redundo en menores posibilidades de satisfacer sus necesidades respecto de las mujeres con privilegios raciales.

La interseccionalidad en su sentido político, refiere al hecho de que las mujeres de color están situadas dentro de –al menos– dos grupos subordinados, que suelen perseguir agendas políticas enfrentadas. Mientras que el feminismo que no se pregunta por aspectos raciales y despliega estrategias de resistencia que pueden reforzar la subordinación de personas de color, del mismo modo el antirracismo ignora las implicancias del patriarcado y tiende a reproducir la subordinación femenina (Crenshaw, 2012). De tal manera, “se produce un desempoderamiento interseccional, al que los hombres de color y las mujeres blancas rara vez se tienen que enfrentar” (Crenshaw, 2012: 98).

Crenshaw sostiene que la interseccionalidad también nos permite pensar otras formas de marginación, en tanto posibilita encontrar y reconocer las diferencias entre las y los sujetos. En relación con lo anterior puntualiza: “[...] las intersecciones primarias que exploro están entre raza y género, el concepto puede y debe extenderse para ser aplicado a cuestiones tales como clase, orientación sexual, edad y color” (Crenshaw, 1995, citado en Lugones, 2005: 68). Efectivamente, el análisis interseccional posibilita captar realidades concretas en las que diversas opresiones toman jerarquías distintas.

Ahora bien, si nos valemos de los aportes mencionados hasta aquí, podemos visualizar algunos nudos problemáticos de los análisis feministas sobre salud mental presentados en el apartado anterior. Por una parte, las producciones feministas que analizan fenómenos de medicalización realizan una importante contribución crítica de ciertos discursos hegemónicos en el pensamiento biomédico y psiquiátrico, sin embargo en ocasiones reproducen algunas generalizaciones y esencialismos que puntualizaremos a continuación.

Ciertamente la medicina y la psiquiatría han sido fuente



de discurso sexista, pero de la misma manera han producido discursos racistas. En ese sentido, Menéndez (2005^a: 16) indica que

[...] el racismo interviene en la constitución y funcionamiento de las sociedades capitalistas avanzadas así como en determinadas características de su producción científica, y especialmente de la biomedicina. Frecuentemente, el biologicismo del saber médico y el racismo social se potenciarán para fundamentar las prácticas discriminatorias institucionalizadas de la acción médica hacia determinados grupos sociales.

Por otra parte, al referirnos a procesos de medicalización dirigidos a mujeres resulta inconveniente disociarlos de los procesos de medicalización de diversos grupos subalternos. Analizar la medicalización de las mujeres sin vincularla con la de sus grupos sociales de pertenencia, nos impide visualizar que mujeres racializadas, lesbianas, pobres pueden ser objeto de lo que podríamos mencionar como una doble medicalización, no solo por su condición de género sino también por su sexualidad, clase y/o raza. Si partimos del supuesto de que las construcciones socio-históricas de “lo normal y lo patológico” se encuentran anudadas a las relaciones de poder dominantes en el campo social, constituye un artificio abstraer las relaciones de género de otras relaciones de poder que se producen en la sociedad.

Puntualmente, tanto mujeres lesbianas como transexuales sufren severos procesos de medicalización e invisibilización en el sistema sanitario, fruto de la heteronormatividad que impregna las concepciones y prácticas de agentes de salud (Perrotta, 2014). Ello es particularmente visible en relación con la salud reproductiva de mujeres lesbianas, quienes enfrentan serios obstáculos en el acceso a servicios de ginecología y obstetricia vinculados a políticas o lógicas de invisibilización, es decir al heterosexismo naturalizado y la falta de producción teórica sobre relaciones sexuales entre mujeres (Brown et al., 2014). Para el caso de la población transexual, el discurso de la enfermedad y la consecuente medicalización de este grupo resultó creciente desde la década de 1970, con la inclusión del transexualismo como trastorno en la Clasificación Internacional de Enfermedades y en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (Tena, 2013), redundando en un modelo clínico de la transexualidad centrado en la transformación corporal quirúrgica. De tal modo vemos que la medicalización de



ciertos grupos se construye no solo en base al género, sino también por la configuración de su sexualidad.

Por otra parte, cuando se indica que las mujeres son objeto de terapéuticas diferenciales que suponen una mayor hospitalización y prescripción de medicamentos, conviene visibilizar que esta afirmación refiere solo a algunas mujeres que frente a situaciones de padecimiento psíquico acceden al sistema de salud. Diferentes investigaciones indican que el acceso al sistema de salud no es una posibilidad generalizada (Knipper, 2010); por el contrario, las posibilidades de recibir atención sanitaria y su calidad se encuentran demarcadas por razones socioeconómicas, geográficas, de género, raciales, entre otras (Arcos et al 2010). Por ello, si bien es posible que algunas mujeres sufran mayores hospitalizaciones, probablemente mujeres pobres, pobladoras rurales, migrantes enfrenen serios obstáculos para acceder a servicios de salud mental.

Los análisis referidos a la invisibilización de las mujeres en la investigación biomédica también presentan algunas de las dificultades señaladas hasta aquí, ya que dejan de lado que estas investigaciones suelen excluir a diversos grupos subalternos, entre los que se encuentran mujeres. Diversos estudios y declaraciones (FIP¹⁰, 2001; Sen et al, 2005; Oliveira, 2006; Ávila Vázquez, 2007; Gaviria & Alarcón, 2010) llaman la atención sobre los sesgos de los ensayos clínicos en medicina, los cuales relegan a diversos grupos etarios, étnicos y socioeconómicos (niños/as y ancianos/as, latinos y afrodescendientes, poblaciones rurales y pobres). Esta exclusión no solo se basa en concepciones discriminatorias hacia dichas poblaciones, sino también en intereses mercantiles de los laboratorios que financian gran cantidad de investigaciones médicas. Al respecto Oliveira (2006: 76) señala:

[...] las enfermedades prevalentes en blancos han sido suficientemente estudiadas y existe tratamiento farmacológico para ellas. Sin embargo, la industria farmacéutica, la cual no responde al apelativo de institución de caridad, no se interesaba en fabricar medicamentos para las enfermedades prevalentes en las poblaciones pobres, dentro de las cuales no es posible no incluir a los negros.

Efectivamente, las relaciones que se constituyen entre investigadores biomédicos y sujetos/as de investigación reeditan las relaciones de hegemonía/subalternidad y las desigualdades estructurales de las sociedades en las que

¹⁰ Fédération Internationale Pharmaceutique.

se producen (Menéndez, 2003). De modo que la dinámica visibilización/invisibilización en investigaciones biomédicas se produce no solo por la posición de género, sino también y fundamentalmente por la condición de clase y raza. De hecho, las mujeres de color y pobres no solo han sido históricamente excluidas de las investigaciones en salud, sino que en las ocasiones en que se ha propiciado su inclusión ha sido en condiciones abusivas, discriminatorias e inhumanas (Oliveira, 2006; Ávila Vázquez, 2007)¹¹.

Por otra parte, las nociones de “patologías de género” o “subjetividades femeninas vulnerables” presentan dificultades para ser aplicadas a las realidades que atraviesan mujeres de diversos contextos. Efectivamente, en sociedades patriarcales las mujeres experimentan condiciones de vida adversas que afectan su psiquismo, sin embargo difícilmente se pueda homogeneizar sus situaciones vitales. Por el contrario, cabe indicar que las trayectorias femeninas se caracterizan más bien por la diversidad, ligada a la ubicación de cada mujer en determinada posición de clase, raza y sexualidad.

Presumiblemente, los roles de ama de casa, esposa y madre explican el desarrollo posterior de patologías como la depresión, pero tales roles no se experimentan de igual modo en distintos sectores sociales. En efecto, el estereotipo de ama de casa-esposa-madre está presente en las representaciones sociales dominantes que suelen establecer una asociación directa entre mujer y madre; sin embargo no se materializa igualmente para todas, por el contrario históricamente se reconocen divergentes modelos de maternidad y familia según la clase social (Donzelot, 1998). Asimismo, las investigaciones que refieren a los estereotipos dominantes de feminidad y su impacto en la salud mental (Burin, 1990; Dio Bleichmar, 1992) realizan una generalización que podríamos indicar como “excesiva”, ya que la caracterización de la mujer como frágil, débil de cuerpo y mente, recluida en lo privado y sexualmente pasiva, constituyen un estereotipo que ha sido dirigido solo a mujeres blancas burguesas (Lugones, 2008, 2005). En Occidente solo las mujeres pertenecientes a ese grupo han sido visualizadas como mujeres, mientras que las racializadas no han sido incluidas en dicha construcción social de la feminidad; por el contrario han sido “[...] vistas y tratadas como animales [...] en el sentido profundo de ser seres ‘sin género’, marcadas sexualmente como hembras,

¹¹ Entre innumerables ejemplos del racismo que opera en las investigaciones biomédicas, Oliveira (2006: 78) señala las realizadas en el Congo sobre sida donde “se dio el caso abusivo e inhumano de utilización de prisioneros políticos y de lactantes seronegativos, cuyos padres habían “fallecido de sida” y las madres eran seropositivas, como “conejiños de Indias” para recibir una vacuna experimental [...] tales investigaciones niegan sistemáticamente la continuidad del tratamiento a las personas participantes después de terminada la investigación. Sobre la utilización de poblaciones subalternas por parte de la investigación biomédica, véase el libro de Sonia Shah y Ricardo Pérez *Cazadores de cuerpos*. La experiencia farmacéutica con los pobres del mundo, Madrid, 451 editores, 2009.



pero sin las características de la femineidad” (Lugones, 2008: 94).

Así, algunas de las conclusiones a las que arriban los estudios feministas que presentamos en el apartado anterior solo son aplicables a un grupo reducido de mujeres; ello no es cuestionable en sí mismo, sino porque se presentan dichas apreciaciones con una cierta pretensión de universalidad. Al respecto, bell hooks (2004) sostiene que “[...] las identidades de raza y clase crean diferencias en la calidad, en el estilo de vida y en el estatus social que están por encima de las experiencias comunes que las mujeres comparten” (2004: 36). Por ello, resultaría de especial relevancia analizar las condiciones de vida y la incidencia en el psiquismo, de mujeres racializadas, campesinas, pobres.

Los aportes y contrapuntos mencionados hasta aquí señalan la necesidad de ampliar los análisis sobre las condiciones de vida de las mujeres que afectan su salud mental, estableciendo diálogos entre los distintos elementos que constituyen la posición social y las experiencias cotidianas de las y los sujetos en una sociedad. En este sentido, reflexionar sobre la interseccionalidad de las opresiones permite evitar ciertas universalizaciones que ocultan el modo en que los distintos dispositivos de poder que producen desigualdades (Amigot y Pujal, 2009) funcionan de manera articulada e inseparable. Tal como señala Esteban (2003), no se trata de descartar la categoría de género o mujeres, sino de “introducir las reflexiones, interrogantes y cambios necesarios que nos permitan unos diagnósticos de la realidad menos lineales y simples” (2003: 26). Para ello es necesario partir desde la experiencia vivida por las y los sujetos en contextos socio-históricos específicos y evitar homogenizaciones (Macleod, 2014).

Conclusiones

La biomedicina se ha constituido en un saber hegemónico en el campo de la salud en general y en la salud mental en particular, apoyada por el avance de las estrategias de medicalización, las investigaciones farmacológicas y el mercado construido en torno a la compra-venta de bienes y servicios de salud. Esta hegemonía produce la exclusión de saberes y conocimientos alternativos, que se caracterizan por utilizar lógicas explicativas menos restrictivas y más



complejas, como también por considerar la salud como resultado de la interacción de múltiples determinaciones sociales, políticas, culturales y económicas.

Los estudios feministas y de género se inscriben en este grupo de saberes alternativos. Como tales, han producido significativas rupturas con la biomedicina, que van desde explicitar los vínculos entre saberes médico-psiquiátricos y patriarcado, pasando por cuestionar las investigaciones biomédicas debido a la exclusión de mujeres, hasta incorporar elementos culturales y sociales para explicar los padecimientos subjetivos. Sin embargo, algunas de estas producciones corren el riesgo de replicar ciertos rasgos esencialistas, similares a los que denuncian.

Por su parte, los feminismos antirracistas han constituido un punto de inflexión para el pensamiento feminista –entre otros motivos– por explicitar las relaciones de dominación que se reproducen entre las propias mujeres, como también por señalar la invisibilización de las condiciones de vida de las mujeres de color y su consecuente opresión. Asimismo, desde la perspectiva de la interseccionalidad han analizado el funcionamiento articulado e inseparable de clase, género, raza y sexualidad, comenzando a otorgar visibilidad a las mujeres excluidas de numerosos análisis feministas.

En el campo de la salud mental, la lógica interseccional permite identificar que junto con la clase, el género y la raza, se anuda la construcción de lo normal y lo patológico, que no funciona de manera independiente de las categorías que producen desigualdades. Normalidad y anormalidad se construyen ligadas a las relaciones de poder que constriñen a ciertos grupos sociales, que habitualmente son objeto de procesos de patologización (jóvenes, migrantes, homosexuales, grupos racializados). Estos aportes permiten poner en relieve el modo en que se enlazan condiciones de vida, experiencias cotidianas e identidades colectivas de las y los sujetos, con la producción de ciertas formas de padecimiento subjetivo. A su vez, constituyen una herramienta crítica que permite complejizar los análisis del campo de la salud mental y considerar de modos menos absolutos las situaciones de las mujeres que, además de ocupar lugares subalternos en la estructura social, sufren algún padecimiento mental. Finalmente, los feminismos antirracistas y la lógica interseccional permiten visualizar no solo las profundas vinculaciones entre biologismo y sexismo, sino también los



lazos de ambos con el racismo y las desigualdades de clase.

Bibliografía

- ALLEGUE, Rosario; CARRIL, Elina (2000). “El Género en la Construcción de la Subjetividad. Un Enfoque Psicoanalítico”. En DE SOUZA, L.; GUERRERO, L; MUÑIZ, A. (comp.). *Femenino-Masculino. Perspectivas teórico-clínicas*. Montevideo: Editorial Psicolibros.
- AMIGOT LEACHE, Patricia; PUJAL I LLOMBART, Margot (2009). “Una lectura del género como dispositivo de poder”. En *Sociológica*. Vol. 24, N° 70, México, pp. 115-151.
- ANDREANI, Flor (1998). “Mujer, Cultura y Malestar Psíquico”. En *Revista Venezolana de Análisis de Coyuntura*. Vol. IV, N°2, pp. 189-206.
- ARCOS GRIFFITHS, Estela; MOLINA VEGA, Irma; ALVARADO QUEZADA, Carolina (2010). “Equidad en salud reproductiva en mujeres mapuche”. En *Sexualidad, Salud y Sociedad-Revista Latinoamericana*, N° 5, pp. 97-118.
- ÁVILA VÁZQUEZ, Medardo (2007). Globalización e identidades médicas en los ensayos clínicos. En *Salud Colectiva*. Vol. 3, N° 3. Buenos Aires, pp. 235-245.
- BERNABEU-MESTRE, Josep; CID SANTOS, Ana Paula; ESPLUGUES, Josep Xavier & GALIANA-SÁNCHEZ, María Eugenia (2008). “Categorías diagnósticas y género: Los ejemplos de la clorosis y la neurastenia en la medicina española contemporánea (1877-1936)”. En *Asclepio. Revista de Historia de la Medicina y de la Ciencia*. Vol. LX, N° 1, pp. 83-102.
- BROWN, J. L., PECHENY, M., TAMBURRINO, M. C., LUCIANI CONDE, L., PERROTTA, G. V., CAPRIATI, A., y otros (2014). “Atención ginecológica de lesbianas y bisexuales: notas sobre el estado de situación en Argentina”. *Interface*, 18 (51), pp. 673-684.
- BURÍN, Mabel (1990). *El malestar de las mujeres. La tranquilidad recetada*. Buenos Aires: Editorial Paidós.
- CARDACI, Dora (2006). “Ordenando Relatos. Investigaciones sobre Salud y Género en programas mexicanos de Estudios de la Mujer”. En *Salud Colectiva*. Vol. 2, N°1, Buenos Aires, pp. 21-34.
- CERÓN-MIRELES, Prudencia; SÁNCHEZ-CARRILLO, Constanza; ROBLEDO-VERA, Cecilia; DEL RÍO-ZOLEZZI, Aurora; PEDROSA-ISLAS, Laura; REYES-ZAPATA, Ilda; CERÓN-MIRELES, Berta;

- ORDAZ-HERNÁNDEZ, Guadalupe; OLAIZ-FERNÁNDEZ, Gustavo (2006). "Aplicación de la perspectiva de Género en artículos publicados en cuatro revistas nacionales de salud, 2000-2003". En *Salud Pública de México*. Vol. 48, N° 4, México, pp. 332-340.
- COMELLES, Josep (2003). "Cultura y salud. De la negación al regreso de la cultura en medicina". En *Quaderns de l'Institut Català d'Antropologia*. N° 19, pp. 111-131.
- COMELLES, Josep; MARTÍNEZ, Ángel (1997). "Paradojas de la antropología médica europea". En *Nueva Antropología*. Vol. XVI, N°53-52, México, pp. 187-214.
- CONRAD, Peter (1982). "Sobre la medicalización de la anormalidad y el control social". En *Psiquiatría Crítica. La política de la salud mental*. Barcelona: Grijalbo, pp. 129-159.
- CRENSHAW, Kimberlé (2012). "Cartografiando los márgenes. Interseccionalidad, políticas identitarias, y violencia contra las mujeres de color". En PLATERO, Raquel (Lucas) (ed.), "Intersecciones, cuerpos y sexualidades en la encrucijada". España: Ediciones Bellaterra, pp. 87-122.
- DIÉGUEZ GÓMEZ, Antonio (1999). "Psiquiatría y género: el naciente discurso médico-psiquiátrico en España y el estatuto social de la mujer". En *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*. Vol. XIX, N° 72, pp. 637-652.
- DIETZ, M. G., & MANSUY, C. O. (2005). "Las discusiones actuales de la teoría feminista". *Debate Feminista*, pp. 179-224.
- DIO BLEICHMAR, Emilce (1992). La depresión en la mujer. En *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, Vol. 11, N° 39, pp. 283-289.
- DONZELOT, J. (1998). *La policía de las familias*. Madrid: Pre-textos.
- ESPINOSA, Yuderkys (2010). "Etnocentrismo y colonialidad en los feminismos latinoamericanos: Complicidades y consolidación de las hegemonías feministas en el espacio transnacional". En *Revista Venezolana de Estudios de la Mujer*. Vol. 14, N° 33, pp. 37-54.
- ESPINOSA, Yuderkys (2013). "El feminismo descolonial como epistemología contrahegemónica". En Seminario Internacional Fazendo Gênero 10 - Desafíos Actuales de los Feminismos, Florianópolis, Santa Catarina, Brasil.
- ESTEBAN, Mari Luz (2003). "El género como categoría analítica. Revisiones y aplicaciones a la salud". En *Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria*. Vol. 3, N° 1, 22-39.
- FEDERACIÓN INTERNACIONAL FARMACÉUTICA (2001). Declaración de Principios de la FIP. Investigación Farmacéutica en



Pacientes Geriátricos.

- FOUCAULT, Michel (1990). *La vida de los hombres infames*. Madrid: Ed. La Piqueta.
- FOUCAULT, Michel (1999). *Estrategias de poder. Obras esenciales*. Volumen II. Buenos Aires: Editorial Paidós.
- GALAVERNA, Andrea (2010). “La invisibilidad de las mujeres en la medicina”. En Foro Nacional Interdisciplinario Mujeres en Ciencia, Tecnología y Sociedad. San Carlos de Bariloche, Río Negro, Argentina.
- GAVIRIA, Silvia; ALARCÓN, Renato (2010). “Psicopatología y género: visión longitudinal e histórica a través del DSM”. En *Revista Colombiana de Psiquiatría*. Vol. 39, N°3, pp. 389-404.
- GALENDE, Emiliano (2008). “Salud mental y psicofármacos. La ilusión de no ser”. En *Revista Digital Intercanvis*. N° 20, pp. 25-35.
- GIL GARCÍA, E.; ROMO AVILÉS, N.; POO RUIZ, M.; MENESES FALCÓN, C.; MARKEZ ALONSO, I., y VEGA FUENTE, A. (2005). “Género y psicofármacos: la opinión de los prescriptores a través de una investigación cualitativa”. En *Atención primaria. España*. Vol. 35, N° 8, pp. 402-407.
- HERNÁNDEZ GARCÍA, Yuliuva (2006). “Acerca del género como categoría analítica”. En *Nómadas*, revista crítica de ciencias sociales y jurídicas. Madrid. Vol. 13, N° 1, pp. 111-120.
- HILL COLLINS, Patricia (1998). “La política del pensamiento feminista negro”. En NAVARRO, Marysa; STIMPSON, Catherine (comps.) *¿Qué son los estudios de mujeres?* Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- HOOKS, Bell (2004). “Mujeres Negras. Dar forma a la teoría feminista”. En HOOKS, Bell; BRAH, Avtar; SANDOVAL, Chela; ANZALDÚA, Gloria; LEVINS MORALES, Aurora; BHAVNANI, Kum-Kum; COULSON, Margaret; ALEXANDER, Jacqui; TALPADE MOHANTY, Chandra (eds.) *Otras Inapropiables. Feminismos desde la Frontera*. Madrid: Editorial Traficantes de Sueños.
- ILLICH, Iván (1975). *Némesis médica. La expropiación de la salud*. Barcelona: Barral Editores.
- JABARDO, Mercedes (2012). “Construyendo puentes: en diálogos con/desde el feminismo negro”. En JABARDO, Mercedes (ed.) *Feminismos negros. Una antología*. Madrid: Editorial Traficante de Sueños.
- KNIPPER, Michael (2010). “Más allá de lo indígena: salud e interculturalidad a nivel global”. En *Revista Peruana de*

- Medicina Experimental y Salud Pública*. Vol. 27, N° 1, pp. 94-101.
- LAURELL, A. C. (1994). “La salud: de derecho social a mercancía. Nuevas tendencias y alternativas en el sector salud”. En *Nuevas tendencias y alternativas en el sector salud*, México, Fundación Friedrich Ebert, pp. 9-31.
- LUGONES, María (2005). “Multiculturalismo radical y feminismos de mujeres de color”. En *Revista Internacional de Filosofía Política*. España. N° 25, pp. 61-76.
- LUGONES, María (2008). “Colonialidad y género”. En *Tabula Rasa*. Bogotá. N° 9, pp. 73-101.
- MACLEOD, Morna (2014). “De apariencias y resistencias: el traje de las mujeres mayas guatemaltecas como ámbito de disputa”. En *INTERdisciplina*. Vol. 2, N° 4, pp. 161-178.
- MARKEZ, Iñiqui; PÓO, Mónica; ROMO, Nuria; MENESES, Carmen; GIL, Eugenia; VEGA, Amando (2004). “Mujeres y psicofármacos: la investigación en atención primaria”. En *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*. N° 91, pp. 37-61.
- MATUD AZNAR, María Pilar (2008). “Género y salud”. En *Suma Psicológica*. Vol. 15, N° 1, Chile: Universidad de Santo Tomás, pp. 75-93.
- MENÉNDEZ, Eduardo (2003). “Modelos de atención de los padecimientos: exclusiones teóricas y articulaciones prácticas”. En *Ciência & Saúde Coletiva*. Vol. 8, N° 1, Brasil, pp. 185-207.
- MENÉNDEZ, Eduardo (2005a). “El modelo médico y la salud de los trabajadores”. En *Salud Colectiva*. Vol. 1, N° 1. Buenos Aires, pp. 9-32.
- MENÉNDEZ, Eduardo (2005b). “Intencionalidad, experiencia y función: la articulación de los saberes médicos”. En *Revista de Antropología Social*. N° 14. Madrid, pp. 33-69.
- MIQUEO, Consuelo (2008). “¿Feminismo en la comunidad científica médica?” En *Isegoría*. Revista de Filosofía moral y Política. Vol. 38, N° 1, España, pp. 155-167.
- MORENO-ALTAMIRANO, Laura (2007). “Reflexiones sobre el trayecto salud-padecimiento-enfermedad-atención: una mirada socioantropológica”. En *Salud Pública de México*. N°49, pp. 63-70.
- MORENO LUNA, M.; CLEMENTE LIROLA, E.; PINERO ACÍN, M.; MARTÍNEZ MATÍAS, M.; ALONSO GÓMEZ, F.; RODRÍGUEZ ALCALÁ, F. (2000). “Influencia del género del paciente en el manejo de cuadros ansioso/depresivos”. En *Atención primaria*. Vol.



- 26, N° 8, España, pp. 554-558.
- OLIVEIRA, Fátima (2006). "Condición socioeconómica, de género y raza/etnia en las investigaciones biomédicas". En KEYEUX, Genoveva (coord.) *Ética de la investigación en seres humanos y políticas de salud pública*. UNESCO. Red Latinoamericana y del Caribe: Universidad Nacional de Colombia.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (2001). Informe sobre la salud en el mundo. Salud Mental: Nuevos conocimientos Nuevas esperanzas.
- ORTEGA RUIZ, Cristina (2011). "Las mujeres y la enfermedad mental. Una perspectiva de género a través de la historia contemporánea". En *Cuadernos Kóre. Revista de historia y pensamiento de género*. Vol.1, N° 4. Madrid, pp. 208-223.
- ORTIZ GÓMEZ, Teresa (2004). "Interacciones entre salud, historia y feminismo. Una revisión historiográfica". En *Diálogo Filosófico*, N° 59, España, pp. 229-244.
- PERROTTA, G. (2014). "Concepciones de sujeto/paciente en salud sexual y reproductiva: acceso de mujeres lesbianas y bisexuales". VI Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. Buenos Aires: Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires.
- RAMÍREZ, José; BECERRA, Juan Ignacio (2011). "Globalización, salud y cultura: aspectos emergentes: propuestas para el análisis desde la antropología social". En *Saúde Soc*. Vol. 20, N° 2, Sao Paulo, pp. 273-286.
- RUIZ CANTERO, María Teresa (2011). "Salud pública desde la perspectiva de Género: hitos e innovación". En *Feminismo/s*. N° 18, Alicante, pp. 11-14.
- RUIZ CANTERO, María Teresa & Verdú-Delgado, María (2004). "Sesgo de género en el esfuerzo terapéutico". En *Gaceta Sanitaria*. N° 18 (Supl. 1), Barcelona, pp. 118-25.
- SACRISTÁN, Teresa (2009). "Aportaciones sociológicas al estudio de la salud mental de las mujeres". En *Revista Mexicana de Sociología*. N°4, pp. 647-674.
- SÁNCHEZ, Dolores (2008). "El discurso médico, piedra angular de la construcción de las relaciones de género en la época contemporánea". En *Asclepio*. Revista de Historia de la Medicina y de la Ciencia. Vol. LX, N° 1, España, pp. 63-82.
- SEN, Gita; GEORGE, Asha; ÖSTLIN, Pirooska (2005). "Incorporar la perspectiva de género en la equidad en salud: un análisis de la investigación y las políticas". En ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, Harvard Center for Population



- and Development Studies, Publicación Ocasional, N° 14.
- SHAH, Sonia; PÉREZ, Ricardo (2009). *Cazadores de cuerpos: la experimentación farmacéutica con los pobres del mundo*. Madrid: 451 Editores.
- STOLKINER, A. (2010). “Derechos humanos y derecho a la salud en América Latina: la doble faz de una idea potente”. *Medicina Social*, 5 (1), Nueva York, pp. 89-95.
- STOLKINER, A. (2012). “Infancia y medicalización en la era de ‘la salud perfecta’”. En *Propuesta Educativa*. FLACSO Argentina. Año 21, Vol. 1, N° 37, pp. 28-38.
- TENA, F. (2013). “Sacudirse la tutela médica. Hacia la despatologización de la transexualidad”. *Revista Andaluza de Antropología*, pp. 35-65.
- VALE NIEVES, Otomie (2012). “Foucault, el poder y la psicopatologización de las mujeres: coordenadas para el debate”. En *Teoría y crítica de la psicología*. N°2. Michoacán, pp. 148-159.
- VALLS LLOBET, Carme (2009). *Mujeres, salud y poder*. Madrid: Ediciones Cátedra.

Fecha de recepción: 24 de julio de 2015
Fecha de aceptación: 24 de agosto de 2015

