



SALUD MENTAL Y GÉNERO. REFLEXIONES PARA LA PRÁCTICA CLÍNICA.

Los trastornos mentales representan la mayor carga sanitaria para Europa, no solo para las personas directamente afectadas, sino también para las personas cuidadoras, para las familias y la sociedad en general. Los costes económicos son sustanciales tanto en atención sanitaria y bienestar, como en pérdidas de vidas y de productividad, y esto afecta al desarrollo de los países. La OMS aboga por una transformación en salud mental y demuestra que es posible y un objetivo prioritario a nivel mundial¹.

Se estima que una de cada cuatro personas padecerá algún problema de salud mental en Europa a lo largo de su vida y cifras análogas en España, pero la distribución por sexos de esta morbilidad no es equilibrada. Las diferencias por sexos en la salud mental son bien conocidas. Tanto a nivel internacional como en España, las mujeres padecen más trastornos de estado de ánimo, depresión, ansiedad y trastornos por somatización, trastornos de la conducta alimentaria, mientras que los hombres padecen más trastornos por abuso de sustancias (alcohol drogas ilegales) y trastorno psicótico, t. bipolar, como ejemplos.

Se conoce por diferentes estudios que las mujeres presentan mayor prevalencia de morbilidad psíquica global 22,8% en mujeres vs. 14,6% en hombres (2017), así como peores resultados en el resto de los indicadores de salud mental estudiados, entre los que destaca la sobreprescripción de psicofármacos, según un reciente estudio publicado en España. También hay diferencias muy importantes en la autopercepción del estado de salud: reportan mala

salud autopercebida el 28,5 % de los hombres frente al 37,9 % de las mujeres. El 33,5% de la muestra total refirió «mala salud autopercebida», el 19% declaró morbilidad psíquica y el 15% tenía un diagnóstico de salud mental. Los trastornos más prevalentes, los más comunes, ansiedad, depresión, trastornos del estado de ánimo, t. somatomorfos, que tienen en su conjunto el mayor peso en la mala salud mental de la población, y que generan mayor discapacidad, duplican su prevalencia en las mujeres respecto a los hombres².

A partir de estos datos es importante preguntarnos los posibles porqués de estas diferencias.

No hay evidencias de que los factores genéticos o biológicos las expliquen y, estas diferencias, que apenas existen en la infancia, se hacen ostensibles a partir de la adolescencia, por ello es obligado analizar qué factores ligados a la socialización y a la respuesta a las necesidades específicas de hombre y mujeres tienen que ver con el proceso de salud mental. Para ello es imprescindible contar con datos fiables desagregados por sexos, para poder comparar, y luego hacernos preguntas, y aplicar la perspectiva de género.

¿Hay diferencias en la forma de enfermar, en la expresión de los síntomas, en las quejas, en la búsqueda de ayuda, en las conductas de hombres y mujeres como respuesta a sus malestares psicológicos?

¿Tienen que ver con los estereotipos de género, con los roles y mandatos sociales en función de haber nacido hombre o mujer?

¿Hay diferencias en el trato recibido por las/los profesionales sanitarios, en la valoración y relevancia de sus síntomas, en la escucha, la atención?

¿Y hay diferencias a nivel diagnóstico o terapéutico?

¿Se exploran factores de riesgo y vulnerabilidad en unos y otras para su salud mental?



Se ha dado por hecho que la peor salud mental de las mujeres debería tener algo de genético u hormonal, al mantenerse la diferencia con los hombres en mujeres de distintas sociedades, clases sociales, niveles culturales, aunque no en la misma medida entre ellas, en función de otros factores sociales. Sin embargo, no hay evidencia científica sólida que apoye ninguna de estas hipótesis.

Por el contrario al analizar otras variables socioculturales han encontrado razones que pueden ayudarnos a explicar estas diferencias y muchas tienen que ver con el papel que la sociedad ha asignado a hombres y mujeres, *los roles de género*; al ideal construido para unos y otras, *los estereotipos de género*, y en función de ambas *los mandatos de género*, normas sociales que se supone que tienen que acatar mujeres y hombres en la sociedad, y que su transgresión ha tenido y tiene costes muy altos, sobre todo para las mujeres, el coste del rechazo social³.

Las diferencias en la salud mental encontradas por sexos, se hacen más ostensibles desde la adolescencia, momento en el que la percepción del estado de salud adquiere diferencias entre hombres y mujeres, en detrimento de las mujeres; sin embargo no existe una justificación biológica y se cree más bien que es debida a las condiciones sociales de género en las que viven las mujeres y a la percepción y manifestación del malestar en una etapa en la que la socialización adquiere diferencias claras entre chicos y chicas, y es interiorizada por ambos y traducida a conductas.

Los estereotipos de género influyen poderosamente en la percepción global de la salud mental.

Recordemos que los estereotipos son creencias socialmente vigentes, sobre las características de los hombres y de las mujeres, que alimentan el ideal femenino y masculino. Simplifican la realidad y hacen más comprensible, pero la falsean al gusto de los modelos sociales dominantes.

Culturalmente se consideran características diferenciadas para hombres y mujeres en, los rasgos de la personalidad, las conductas correspondientes al rol (relativos a la maternidad, a los hijos e hijas, pareja, deberes de cuidados con la familia, etc.), las ocupaciones laborales, la apariencia física... y son fruto de un proceso de aprendizaje mediante la socialización y se han generalizado de forma gratuita y sin base científica.

Los *estereotipos de género*, **interseccionan** con otros condicionantes sociales que tienen que ver con creencias populares sobre grupos sociales o individuos en razón de etnia, raza, clase social, religión, estatus migratorio, discapacidad, que son socialmente compartidas. Es importante entender este concepto porque los estereotipos se definen también como creencias populares sobre grupos sociales específicos o sobre determinada clase de individuos, y conforman nuestras actitudes. El *prejuicio* es opinión acerca de una

persona o grupo de forma preconcebida, sin base alguna la evidencia, y ambos se relacionan con las *conductas discriminatorias* que pueden condicionar el estigma, entendido como conjunto de rasgos, aspectos o atributos que justifican la exclusión social de quienes los poseen, y supone clasificar a las personas en normales o estigmatizadas⁴.

Y ¿que supone el estigma? El estigma supone la exclusión del grupo social. Ante el acoso, la discriminación o el rechazo, el individuo estigmatizado reacciona con respuestas como la vergüenza, la culpa, el autodesprecio, la desvalorización, incluido los intentos de cambio para corregir la causa del rechazo. La persona estigmatizada por su obesidad o algún rasgo físico se someterá a cirugías para responder a los cánones sociales de belleza. Llegan a despreciar su propio cuerpo, aversión influida por los medios de comunicación y a veces confirmada a veces por los profesionales de la salud.

Los estereotipos sociales de género tienen mucho que ver con la prevalencia de los trastornos mentales comunes (TMC): depresión, ansiedad y las somatizaciones, que afectan aproximadamente a una de cada tres personas, sobre todo entre las mujeres y que constituyen un grave problema para la salud pública y conviene recordar que existen evidencias del papel de los determinantes de género en Salud Mental.

Según la OMS, los problemas de salud mental son la principal causa de discapacidad en el mundo y la depresión mayor que es la segunda causa de discapacidad, es dos veces más frecuente entre las mujeres que entre los hombres.

Haremos algunas reflexiones solo sobre alguno de los problemas de salud mental más frecuentes en nuestras consultas, o que nos preocupan especialmente, intentando analizarlos a partir del enfoque de género: la depresión y el suicidio. Habrá ocasión de seguir desgranando otros de los numerosos problemas de salud mental que llegan a nuestras consultas con este enfoque.



DEPRESIÓN:

La depresión, un problema de salud pública de primer orden con una prevalencia el doble en mujeres que en hombres; se asocia con frecuencia a la ansiedad y hoy se considera factor de riesgo o comorbilidad de cardiopatía isquémica, problemas gastrointestinales y trastornos por somatización.

Tiene diferente expresividad clínica en hombres (irritabilidad, consumo excesivo de alcohol) que en mujeres (tristeza, anhedonia, alteraciones del sueño, astenia). La dificultad para expresar y comunicar las emociones es otra barrera en los hombres, que también tienen dificultad para pedir ayuda. Las razones tienen que ver con los estereotipos de género; significa reconocer la debilidad, y el estigma sobre los problemas de salud mental puede hacer que rechacen la ayuda; tienen menos oportunidades para el diagnóstico, porque acuden menos a las consultas de Atención Primaria y Salud Mental, por ello es posible que la depresión en los hombres este infradiagnosticada, y probablemente en relación con los sesgos de género.

Por el contrario las mujeres en general no tienen problema para reconocer sus malestares y pedir ayuda (reconocimiento de su debilidad); frecuentan mucho más que los hombres la consulta por múltiples motivos (para los mayores a su cargo, como cuidadora los hijos, el marido, etc.) por ello tienen más oportunidades de tener un diagnóstico y de ser tratadas.

Sin embargo, no siempre se obtiene la respuesta esperada. En ocasiones compartir una queja, un malestar emocional se traduce en *mayor frecuentación en consultas donde a veces en lugar de escucha y comprensión, se medicaliza y se dan fármacos.*

Quizás es una de las razones por la que el consumo de fármacos y sobre todo de psicofármacos es mucho mayor en las mujeres. En los trastornos por somatización, es bastante habitual que a la mujer se la etiquete y prescriba; en el hombre se investigan posibles causas y se piden pruebas. Otro sesgo de género del/la profesional, la infravaloración de los síntomas de la mujer y la medicalización innecesaria.

El género es un factor de riesgo para la presentación de síntomas depresivos en todos los grupos de edad.

Otras variables consideradas como factores de riesgo de depresión para las mujeres tienen que ver con:

Aspectos laborales: son la doble y triple jornada, la sobrecarga e insatisfacción laboral, dificultades para la promoción y para la conciliación.

La dedicación a los cuidados informales de personas dependientes a su cargo (a veces además de su trabajo productivo); por sí mismo, incrementa el riesgo de padecer síntomas de ansiedad o de depresión, la crianza de varios hijos, no disponer de espacios de ocio o respiro familiar.

La violencia contra la mujer por la pareja contribuye sustancialmente a la carga global de los problemas de salud mental. Además, las personas con trastornos de salud mental son más vulnerables a la violencia de pareja íntima (IPV). Hay evidencia de asociaciones entre IPV y problemas de salud mental. Exposición a la IPV, ya sea en la adolescencia o en la niñez, aumenta la probabilidad de desarrollando problemas de salud mental.



La concurrencia de acontecimientos vitales estresantes: maternidad y paternidad, duelos, separaciones o ruptura de pareja, pérdida de empleo, aparición de una discapacidad sobrevenida etc., que son vivenciados de forma diferente por hombres y mujeres, y hay diferencias en el impacto en su salud mental.

En la adolescencia, es más frecuente en niñas la baja autoestima en comparación con los niños del mismo grupo de edad. La preocupación y ansiedad por su imagen corporal conduce en ocasiones a una mayor prevalencia de depresión y de trastornos alimentarios en las adolescentes. La menor prevalencia en los adolescentes, hace que se tarde en diagnosticar porque no se piensa en ello.

La adolescencia se considera una de las etapas óptimas para las intervenciones, y la posibilidad de intervenir justo cuando empiezan la mayoría de los problemas de salud mental y los comportamientos de riesgo⁵.

¿Qué hay detrás de las elevadas cifras de depresión y ansiedad en mujeres?

Hoy sabemos que la mayor prevalencia de problemas psicopatológicos como depresión, ansiedad, tienen relación con el tipo de vida que han llevado y aun llevan muchas mujeres, puede conducir a la insatisfacción, a la frustración, a la ansiedad, a la depresión.

Y esto probablemente tiene mucho más que ver con lo contextual y relacional, con el rol de la mujer, con el escaso desarrollo profesional, con su dedicación a los cuidados, con la dependencia económica, o con la dobles o triple jornadas, no solo en relación con la precariedad, sino también las mujeres profesionales, con independencia económica.

Y nos preguntamos,

¿Investigamos las experiencias vividas?

¿Cuánto influye la inferioridad social, económica, la dependencia emocional y económica, la falta de reconocimiento, la autoestima devaluada?

¿Quién se sigue haciendo cargo de los cuidados de los mayores mayoritariamente? Las mujeres, hijas, esposas, hermanas, madres, nueras... sin remuneración, sin ocio, sin reconocimiento. Papel claramente relacionado con el agotamiento emocional de la persona cuidadora, con la ansiedad, con la depresión, con el deterioro de su calidad de vida.

¿Cómo afecta la Violencia de Género que sufre a una de cada 3 mujeres en Europa? Las consecuencias en la salud mental de la VG son múltiples y graves y están ampliamente documentadas en la literatura científica⁶.

¿Tenemos idea de los factores de protección en hombre y mujeres respecto a la ansiedad, depresión?

¿Cómo estamos abordando los malestares psicológicos de las mujeres? ¿Medicalizando y dando fármacos? El personal médico tiene cierta predisposición a diagnosticar trastornos mentales en las mujeres, especialmente en las mujeres de edad media, a veces sin tener en cuenta las condiciones de vida, el trabajo, la sobrecarga psicosocial que experimentan las mujeres, y su efecto inmediato suele ser la medicalización.



Y los de los hombres ¿Llegan sus malestares a nuestras consultas? ¿Los identificamos? ¿Sabemos abordarlos?

Conviene hacernos conscientes de los sesgos que afectan a los y las profesionales, que comparten con los y las pacientes y responden a los estereotipos, prejuicios, y estigmas de la sociedad que compartimos.

La infravaloración de los síntomas de la mujer, la asunción de su fragilidad psicológica, al igual que la fortaleza en el hombre, asumir que los cuidados de mayores son función de la mujer, casi en exclusiva, no entender nuestro papel en el fomento de la corresponsabilidad, abordar las consecuencias de la VG sin incorporar el enfoque de género, son sesgos que de forma imperceptible y naturalizada podemos estar cometiendo. Por ello “hacernos conscientes” de esa posibilidad, pensar ello, hacernos las preguntas de cómo nuestra intervención puede repercutir en hombres y en mujeres, puede evitar errores y prácticas inadecuadas.

Hablar del malestar psicológico de las mujeres implica preguntarnos por los efectos que el papel de la mujer en la sociedad y cómo los roles de género pueden acabar siendo factores de riesgo para la salud.

También cuando abordamos el impacto en la salud mental de los acontecimientos vitales estresantes o las crisis psicosociales, es imprescindible analizarlas y valorarlas de forma individualizada, bajo la perspectiva de género.

Situaciones que suponen un incremento de riesgo o de mayor vulnerabilidad para la salud mental de las mujeres:

- Restricción de la libertad en las adolescentes.** La baja autoestima. La tiranía de la imagen corporal.
- Acoso sexual** (en el ámbito familiar, escolar, comunitario) y otros tipos de violencia sexual.
- Embarazo en la adolescencia** con el riesgo consiguiente para su salud mental (que puede verse incrementado si ha de decidir IVE, cesión familiar)⁷.
- Repercusión que la maternidad** tiene en las mujeres: depresión postparto, sobrecarga emocional, mayor estrés. También el mandato social de la maternidad es otro ejemplo.
- Repercusión en la crianza** con mayor responsabilidad y sobrecarga física y mental sobre todo si son varios hijos.
- La monoparentalidad** (mayoritariamente femenina) supone una sobrecarga física, psicológica y económica y un aumento de riesgo para la salud mental.
- Responsabilidad en los cuidados de personas dependientes** (padres, hijos con discapacidad, etc) Sin tiempo para el ocio y el autocuidado tiene alto un riesgo de depresión.
- Violencia de hacia la mujer** por su pareja, que afecta a 1 de cada 3 mujeres, se asocia de forma consistente con depresión y otros problemas de salud mental y la violencia sexual por pareja o por extraños.
- Variabilidad en la atención mediatizada por estereotipos.** Sesgos diagnósticos ante los mismos síntomas debido a la estigmatización o discriminación de uno de los sexos. Sesgos diagnósticos y terapéuticos atribuibles a estereotipos de género que minusvaloran las quejas de las mujeres. Menor esfuerzo terapéutico o sobremedicación.
- Mayor credibilidad a la queja de un hombre** y sobre todo de clase social elevada, frente a la queja somática de una mujer, sobre todo si se la percibe como de clase social desfavorecida
- Los mandatos de género y mensajes contruidos socialmente sobre patrones de belleza.** No responder a los mandatos sociales ha generado en muchas mujeres frustración malestar psicológico, baja autoestima, culpabilización, ansiedad, somatizaciones, miedo al abandono, a quedarse solas, pueden acabar en la consulta con TCA o sometidas a cirugías plásticas.
- Mandatos que en la mujer tienen que ver con frecuencia con:** considerarse responsable de la unidad familiar (mandato social), por los hijos, por dependencia emocional, dependencia económica, miedo a las represalias, miedo a la crítica social, miedo a la soledad.

SUICIDIO

Problema de salud mental cuya incidencia ha aumentado en la última década de forma preocupante, y sobre todo en el segmento de población de adolescentes y jóvenes.

Se comporta de forma diferente según el sexo; La mortalidad es mayor en hombres, pero en las mujeres hay más intentos autolíticos, hay razones de género que pueden explicar en alguna medida estas diferencias.

Detrás de las cifras de suicidio mayoritarias en hombres y bajo el paraguas de la masculinidad hegemónica tradicional puede haber:

-**Dificultad para pedir ayuda**, les humilla expresar sus malestares, su debilidad, sus fracasos, porque un hombre debe ser fuerte (estereotipo de género)

-**Quizás muchas de sus depresiones no llegan a diagnosticarse ni a tratarse;** menor uso de los servicios sanitarios, menos posibilidades de detección, rechazo a recibir ayuda.

-Otras veces no hay depresión tras un suicidio en varones, hay desesperación al **no poder dar la talla que al varón se le exige socialmente**, de éxito, de valor, de capacidad, de soporte económico de la familia, de triunfo, y esto tiene que ver con los roles de género.

-**La pérdida de empleo**, de estatus laboral y económico, quiebra de negocios (crisis económica, en la pandemia COVID-19, despidos,) y no poder ser mantener el estatus económico familiar.

-**No ser capaces de afrontar el desprestigio social y el deshonor:** casos en banqueros, empresarios o políticos que, tras implicación en sobornos o fraudes, se suicidan

-**Acoso laboral**, que supone marginación, desprestigio, rechazo de superiores y con frecuencia de iguales, exclusión del grupo social de la empresa, tan importantes para los hombres por su papel público, es otra de las causas de suicidio más frecuente en hombres.



La mujer tiene más intentos autolíticos, pero menos llegan a conseguirlo y sobreviven, a veces con secuelas graves. A veces se minimiza el riesgo considerando que son llamadas de atención o petición de ayuda; sin embargo, todo intento autolítico ha de tomarse como situación de alto riesgo, pues un alto porcentaje lo intenta de nuevo y acaba consiguiéndolo.

En los métodos utilizados para de suicidarse también hay diferencias por sexos. En los hombres son más frecuentes métodos más cruentos y con frecuencia irreversibles: precipitación, ahorcamiento, con armas de fuego.

En las mujeres el método más frecuente es el uso de fármacos, que al ser más lento da más oportunidades de ser encontrada y prestarles atención sanitaria y evitar la muerte.

-Suicidios en hombres que maltratan. ¿Qué hay detrás de esos otros hombres que se suicidan, y son muchos, tras matar a su mujer? Hombres que tienen grabada la posesión y el dominio en sus neuronas como clave identitaria del “ser hombre”, y si eso falla no vale la pena vivir. El elevado número de suicidios en hombres que han asesinado a su pareja, y en algunas ocasiones a los hijos/as (suicidios ampliados), solo puede entenderse en clave de género, de estereotipos y mandatos que se sienten “obligados “a mantener, en un modelo de masculinidad tradicional. La mitad de los hombres que matan a su pareja intenta suicidarse y casi un 30 % los consigue.

-Suicidios en mujeres víctimas de Violencia de Género. El riesgo de suicidio esta aumentado y es de 3 a 5 veces mayor en víctimas de VG según diferentes estudios. Detrás de estos suicidios esta la depresión secundaria al maltrato, la percepción de ausencia de salidas a su situación por ausencia de apoyos y recursos, la percepción de injusticia ante la ausencia de reconocimiento y de reparación por la justicia del delito y el daño, el miedo insuperable por ella y los hijos/as ante las amenazas y el terror íntimo y control coercitivo por la pareja.

-Y los más preocupantes suicidios en adolescentes chicos y chicas, a veces víctimas de acoso escolar,

de violencia sexual, de ciberacoso, o aquellos que simplemente no encuentran sentido a su vida y se suicidan; a veces de forma violenta a veces poco a poco con las drogas, experimentando con riesgos máximos, la ruleta rusa de algunas sustancias, hasta que acaban con su vida. Adolescentes que se encuentran perdidos cuando cambian sus coordenadas en momentos como la pandemia COVID, y no saben cómo afrontar una situación nueva⁸.

El suicidio es la cuarta causa de muerte en jóvenes de 15 a 29 años

Creemos que todos los esfuerzos son pocos para trabajar con los y las adolescentes en la prevención, sobre todo trabajando en la educación en valores que den sentido a sus vidas, en el respeto, la tolerancia, la justicia y la igualdad⁵.

En el abordaje del suicidio, como hemos visto, es fundamental incorporar la perspectiva de género para dar respuestas integrales con mayores posibilidades de eficacia.

Abordar la salud mental y no incorporar los condicionantes de género es un error de partida, o sesgo de base que puede condicionar efectividad de las intervenciones ante un problema clave a nivel mundial como es la salud mental de hombres y mujeres.

1 World mental health report: transforming mental health for all. Geneva: World Health Organization; 2022. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Cataloguing-in-Publication (CIP) data. CIP data are available at <http://apps.who.int/iris>
Freeman M. The World Mental Health Report: transforming mental health for all. World Psychiatry. 2022 Oct;21(3):391-392. doi: 10.1002/wps.21018. PMID: 36073688; PMCID: PMC9453907.

2 Henares Montiel, Jesús, Ruiz-Pérez, Isabel, Sordo, Luis Salud mental en España y diferencias por sexo y por comunidades autónomas. Gaceta Sanitaria Vol34(2) pp 114-119 2020
<https://www.gacetasanitaria.org/es-salud-mental-espana-diferencias-por-articulo-S021391111930086X>

3 World Health Organization. (2019). The WHO special initiative for mental health (2019-2023): universal health coverage for mental health. World Health Organization.

<https://iris.who.int/handle/10665/310981> Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO

4 Isabel Pla Julián, Antoni Adam Donat, Isabel Bernabeu Díaz Estereotipos y prejuicios de género: factores determinantes en Salud Mental. Revista Norte de Salud Mental. 2014 <http://psiqu.com/2-34240>

5 Organización Mundial de la Salud. 2021. Directrices sobre las intervenciones de promoción y prevención en materia de salud mental destinadas a adolescentes: estrategias para ayudar a los adolescentes a prosperar: resumen ejecutivo. Organización Mundial de la Salud. <https://iris.who.int/handle/10665/341147> Sian Oram, Helen L Fisher, Helen Minnis, Soraya Seedat, Sylvia Walby, Kelsey Hegarty, Khadij Rouf, et al.

6 The Lancet Psychiatry Commission on intimate partner violence and mental health: advancing mental health services, research, and policy. Lancet Psychiatry 2022; 9: 487–524

7 Francisco Buitrago Ramírez, Ramon Ciurana Misol, María del Carmen Fernández-Alonso, Jorge L. Tizón y Miembros del Grupo de Salud Mental. Prevención de los trastornos de la salud mental. Embarazo en la adolescencia. Atención Primaria 54 (2022) 102494 <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2022.102494>

8 Jorge L. Tizón; Ramón Ciurana, María del Carmen Fernández-Alonso, Francisco Buitrago. La salud mental de los jóvenes y la pandemia de la COVID-19. La parcelización y pixelación de la juventud: FMC: Formación Médica Continuada en Atención Primaria. ISSN 1134-2072. Vol. 29. Nº. 4. 2022. págs. 159-163.