

# Violencia de género: primera escuela de todas las otras formas de violencia en Centroamérica

Edición:  
Ana Sofía Solano Acuña  
Sharon Rodríguez Brenes  
Mirella Hernández Ramírez



# **Violencia de género: primera escuela de todas las otras formas de violencia en Centroamérica**



362.83 Solano Acuña, Ana Sofía, ed.  
S684v Violencia de género / Ana Sofía Solano Acuña. Sharon Rodríguez Brenes y Mirella Hernández Ramírez. -- Heredia, Costa Rica : IDESPPO / UNA & Universidad Pedagógica de El Salvador, 2024.  
1 recurso en línea (309 páginas) : Ilustraciones, archivo texto, PDF, 60 Mb.

ISBN 978-9977-48-010-7

1. VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES. 2. GÉNERO.  
3. PATRIARCADO. 3. PERCEPCIÓN. 4. ENCUESTAS. I. Rodríguez Brenes, Sharon. II. Hernández Ramírez, Mirella. III. Título



**Línea Editorial Género y Diversidad Cultural**  
**Programa Nuevas lecturas de Centroamérica desde su mosaico cultural, relaciones de poder e inequidades**  
**Universidad Nacional, Costa Rica**  
**en colaboración con la**  
**Vicerrectoría de Investigación e Internacionalización**  
**Universidad Pedagógica de El Salvador**

#### **Consejo Editorial**

Inés Delgado Castro, Instituto Nacional de las Mujeres, Costa Rica.  
Sandra Madriz Muñoz, Universidad Estatal a Distancia, Costa Rica.  
Paola Brenes Hernández, Universidad de Costa Rica.  
Mercedes Yesenia Jaimes de Campos, Universidad Pedagógica, El Salvador.  
Almudena García Manso, Universidad Rey Juan Carlos, España.

#### **Edición**

Ana Sofía Solano Acuña, Universidad Nacional, Costa Rica.  
Sharon Rodríguez Brenes, Universidad Nacional, Costa Rica.  
Mirella Hernández Ramírez, Universidad Pedagógica de El Salvador.

#### **Revisión filológica**

Miriam Contreras Azpurua, Universidad Nacional, Costa Rica.  
Maripaz González Campos, Universidad Nacional, Costa Rica.

#### **Revisión y traducción al inglés**

Rebeca Rodríguez Sánchez, Universidad Nacional, Costa Rica.  
María Mata Granados, Universidad Nacional, Costa Rica.

#### **Diagramación**

Sharon Rodríguez Brenes, Universidad Nacional, Costa Rica.

#### **Año de publicación: 2024**

Publicación editada en Heredia, Costa Rica, Universidad Nacional, Campus Omar Dengo, Apartado 86-3000  
[programa.genero.eticidad@una.ac.cr](mailto:programa.genero.eticidad@una.ac.cr)



Esta publicación se comparte con una licencia Creative Commons  
Atribución-No comercial- Compartir Igual

# TABLA DE CONTENIDOS

5

**Presentación**  
*Ana Sofía Solano-Acuña*

7

**Cultura patriarcal y violencia contra las mujeres en Costa Rica: percepciones, cambios culturales y reconocimiento social**  
*Ana Sofía Solano Acuña e Irma Sandoval Carvajal*

31

**Interseccionalidades y estéticas corporales: una mirada a través de tres artistas centroamericanas**  
*Aurora Hernández Ulate*

65

**Representaciones sociales, género y migración: un acercamiento a la experiencia de migrantes nicaragüenses que viven en Costa Rica**  
*Sileny Mena Gómez*


91

**Análisis de la sentencia Manuela: un caso emblemático de violaciones a los derechos humanos de las mujeres en el sistema penal salvadoreño**  
*Otto Mejía Burgos*

123

**Crítica a la medicalización de la violencia contra las mujeres en el contexto de la atención en salud**  
*Adriana Rodríguez Fernández*





161  
Las adolescentes embarazadas como víctimas de varias violencias de género  
“Cuando ellas hablan”  
*Eugenia Rodríguez Blanco*

191  
Nociones de familia en el discurso Neopentecostal moderno: análisis del episodio  
Límite o control, programa *Sexo divino*, en la plataforma de *streaming* Enlace+  
*Éricka García Zamora*

211  
Rasgos y trastornos de personalidad en mujeres mexicanas que sufren violencia  
por parte de la pareja  
*Cinthia Cruz del Castillo, Ana Ruiz-Celis, Nélica Padilla Gámez,  
María Barbara Rivero Puentes*

229  
¿Maternar o ser política? El doble rol como obstáculo para ser política y madre en  
México  
*María Barbara Rivero Puentes, Cinthia Cruz del Castillo, Angélica Romero Palencia,  
Ana Paola Ruiz Celis y Miriam Wendolyn Barajas Márquez*

259  
Devolverle la voz a las víctimas. Otro lenguaje para narrar el feminicidio, otro  
modo de narrar la violencia  
*Silvia Gianni*

281  
Acoso sexual en espacios públicos y servicios de transporte: impactos en la vida de  
las mujeres  
*Érika Valverde Valverde*

# Crítica a la medicalización de la violencia contra las mujeres en el contexto de la atención en salud en Costa Rica

## Critique of the Medicalization of Violence against Women in the Context of Health care in Costa Rica

*Adriana Rodríguez Fernández*

adriana.rodriguezfernandez@ucr.ac.cr

<https://orcid.org/0000-0002-4003-7057>

### Resumen

Se propone una perspectiva crítica de la relación entre medicalización y violencia contra las mujeres a partir de un estudio cualitativo-descriptivo con enfoque feminista, el cual integra una revisión narrativa de la literatura científica relacionada y una aproximación a las experiencias de mujeres atendidas en servicios de salud pública del Área Metropolitana de Costa Rica. El análisis de los resultados permite argumentar que: a) la crítica a la medicalización de las mujeres ha estado presente en los estudios feministas sobre violencia; b) el abordaje biomédico persiste en la atención de la salud de las mujeres expuestas a la violencia; c) la medicalización de las mujeres en esta situación constituye una forma de violencia médica; d) en esta prescripción abusiva de psicofármacos intervienen factores asociados al género y las condiciones de vida de las mujeres. Como principal desafío se señala la inclusión de una perspectiva feminista interseccional en la respuesta de la salud pública a la violencia contra las mujeres.

### Abstract

A critical perspective of the relationship between medicalization and violence against women is proposed through a qualitative-descriptive study with a feminist approach. This study integrated a narrative review of the relevant scientific literature and an assessment experience of women treated in public health services in Costa Rica's Great Metropolitan Area. Result analysis allows for the following arguments: a) criticism of the

**Palabras clave:** género; violencia contra las mujeres; abordaje biomédico; psicofármacos; salud pública.

**Keywords:** gender; violence against women; biomedical approach; psychotropic drugs; public health.

### Acercas de la autora:

Licenciada en Psicología por la Universidad de Costa Rica y Máster en Derechos Humanos por la Universidad Estatal a Distancia. Investigadora del Centro de Investigación en Estudios de la Mujer (CIEM), profesora asociada de la Escuela de Psicología y docente del Posgrado en Estudios de la Mujer de la Universidad de Costa Rica. Cuenta con diversas investigaciones y publicaciones en temáticas como: equidad de género en la educación superior, explotación sexual comercial, trata de personas, abordajes en violencia sexual, violencia contra las mujeres y salud mental. Dedicada también a la consulta psicológica, con énfasis en la atención a personas sobrevivientes de violencia y abuso sexual.



medicalization of women has been present in feminist studies on violence; b) the biomedical approach persists in health care to treat women exposed to violence; c) the medicalization of women in this situation constitutes a form of medical violence; d) the phenomenon of abusive prescription of psychotropic drugs involves factors associated with women's gender and living conditions. To include an intersectional feminist perspective to public health response concerning violence against women is regarded as the main challenge.

## ***Introducción***

La violencia social en Centroamérica continúa siendo un obstáculo para construir sociedades inclusivas donde la vida humana transcurra en condiciones de dignidad. En este universo de la violencia, la manifestación de esta contra las mujeres tiene formas específicas de legitimación, no por el hecho de ser persona, sino por ser mujer (De Miguel, 2015). Las estadísticas sobre violencia doméstica en Costa Rica nos confirman esta realidad: ser mujer constituye un factor de riesgo. De acuerdo con el Observatorio de Violencia de Género y Acceso a la Justicia del Poder Judicial, en el año 2021 se recibieron un total de 51.137 solicitudes de medidas de protección, el 80% interpuestas por mujeres adultas entre los 18 y 53 años. Para este mismo año, en las Fiscalías Penales se contabilizaron un total de 20.780 casos nuevos por delitos vinculados a la Ley de Penalización de Violencia contra la Mujer.

Datos globales señalan que las estadísticas de esta violencia son más altas en países con menores índices de desarrollo, afectando de manera desproporcionada a las mujeres con menores ingresos económicos. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud [OMS] (2021) el 37% de las mujeres de los países más pobres del mundo han sido afectadas por la violencia por la pareja y/o la violencia sexual. Para el año 2018 su prevalencia en el ámbito de pareja alcanzó el 25% en la subregión de América Latina y el Caribe.

Se estima, además, que la prevalencia de la violencia doméstica a lo largo del ciclo de vida oscila entre el 16% y 50%, y que una de cada cinco mujeres ha sufrido una violación o tentativa de violación durante su vida (OMS, 2001). Según la Organización Panamericana de la Salud [OPS] (2004) las mujeres pierden en promedio 9,5 años de vida saludable por causa de la violencia y tendrían también, el doble de probabilidad de padecer depresión (OMS, 2013).

Mucho se ha dicho sobre el impacto de la violencia en las mujeres, pero quizás no suficiente sobre los posibles riesgos implicados a su abordaje en el contexto de la atención en salud. Por un lado, vemos con agrado que esta haya sido reconocida como un problema de salud pública





incluyendo las obligaciones que ello demanda para la respuesta del Estado, que, particularmente en Costa Rica, se han traducido en un avance a nivel legal y de política pública. Por ejemplo, en el año 2021 se emitió una declaratoria de los servicios de atención y prevención en violencia contra las mujeres como “servicios públicos esenciales”[1]. Por otra parte, se advierte que, pese a la definición normativa de una atención basada en los enfoques género sensitivo y de derechos humanos, la realidad muestra que persisten abordajes biomédicos en la atención de la salud de las mujeres expuestas a situaciones de violencia, expresados en la patologización y la medicalización de sus experiencias.

La violencia y su impacto en la vida anímica de las mujeres representa uno de los factores explicativos de las diferencias de género en el diagnóstico de los denominados trastornos mentales y de una mayor tendencia a la medicación con psicofármacos, que, según Meler (2012), incluso frente a una sintomatología similar suele ser de dos a tres veces mayor en mujeres que en hombres. Tal como lo describe la OMS (2001):

en los distintos niveles socioeconómicos, los numerosos papeles que las mujeres desempeñan en la sociedad las exponen a un mayor riesgo de padecer trastornos mentales y del comportamiento que otros miembros de la comunidad. Las mujeres siguen soportando la carga de responsabilidad ligada a su condición de esposas, madres, educadoras y cuidadoras de otras personas, al tiempo que se están convirtiendo en una parte fundamental de la fuerza de trabajo; constituyen ya la principal fuente de ingresos para una proporción de hogares comprendida entre la cuarta y la tercera parte. Además de las presiones que las mujeres soportan como consecuencia de sus responsabilidades, cada vez más amplias y a menudo encontradas, se enfrentan a una importante discriminación sexual y a las situaciones adversas que conlleva, como la pobreza, el hambre, la malnutrición, el exceso de trabajo y la violencia doméstica y sexual. Por ello no sorprende constatar que las mujeres tienen más probabilidades que los hombres de que se les prescriban psicofármacos. (p. 5)

---

[1] Se trata de la Ley de la República N° 10156, “Consolidación del Centro Operativo de Atención a la Violencia Intrafamiliar y la Violencia contra las Mujeres (COAVIFMU) sancionada en el año 2022.



Este trabajo muestra que la preocupación por la medicalización de las mujeres estuvo presente desde los pioneros estudios feministas sobre violencia. Las reflexiones expuestas son producto de una investigación más amplia desarrollada en el Centro de Investigación en Estudios de la Mujer de la Universidad de Costa Rica[2], la cual en una primera fase abordó la prescripción de psicofármacos a mujeres en situaciones de violencia desde la perspectiva de profesionales expertas de servicios de apoyo (Rodríguez, 2023). En una segunda fase, se recolectaron relatos de mujeres con experiencias de violencia y uso de psicofármacos, que durante su ruta crítica acudieron a algún centro de salud pública del país.

A partir de estos hallazgos, se propone entonces, argumentar una crítica feminista a la medicalización de la violencia orientada desde las siguientes interrogantes: ¿Cuáles son las lógicas que subyacen a la prescripción de psicofármacos a mujeres afectadas por la violencia? ¿Qué implicaciones sociales y subjetivas conlleva dicha medicación? ¿Qué impactos tiene para la ruta crítica de las mujeres?

### *Antecedentes de investigación*

Subrayo como punto de partida que, sobre la relación género y psicofármacos, estudios en diversos contextos marcan una tendencia: un mayor consumo y prescripción en mujeres, principalmente de mediana edad, cuyo uso se remite sobre todo al tratamiento de la ansiedad y la depresión (Bielli et al., 2023; Bosetto et al. 2020; Bacigalupe et al., 2020; Friestino et al., 2020; Molina y Cantos, 2018; Matud et al., 2017; Bejarano et al, 2014; Secades et al., 2003; Romo et al., 2003). Propiamente la relación entre psicofármacos y violencia contra las mujeres no ha sido tan ampliamente investigada, siendo que la mayor producción la encontramos en el ámbito internacional[3]. Dichos estudios sugieren que esta prescripción adquiere dinámicas particulares en el contexto de la atención en salud, y que las mujeres con historias de violencia tienen más probabilidades de usar medicamentos antidepresivos, ansiolíticos, psicotrópicos e hipnosedantes,

---

[2] Proyecto de investigación: “Aproximaciones críticas a la medicalización de la violencia contra las mujeres: experiencias de mujeres en servicios de salud del área metropolitana» realizado en el período 2020-2022”.

[3] En Costa Rica este abordaje investigativo ha sido escaso. En el ámbito internacional se logra observar una mayor producción investigativa con relación a la medicalización de la violencia contra las mujeres especialmente en Estados Unidos, Canadá, España y Argentina.



con implicaciones negativas para su salud (Rodríguez, 2023). De este balance de antecedentes, me interesa apuntalar tres elementos:

a) La incidencia en el uso y la prescripción de psicofármacos tiende a ser mayor en mujeres con experiencias de violencia: La mayoría de los estudios aplican mediciones estadísticas que evidenciaron que la violencia sexual y la violencia por parte de la pareja constituyen marcadores para el uso de psicofármacos, siendo que estas mujeres tienen mayores probabilidades de reportar el uso de antidepresivos, ansiolíticos e hipnóticos (Crespo et al., 2017; Paige, 2015; Romans et al., 2008; Salas y Lozano, 2011; Stein y Kennedy, 2001; Stene et al., 2010; Wuest et al., 2007; Sturza y Campbell, 2005; Ramos et al., 2001). La violencia entonces sería una de las hipótesis explicativas de los diferenciales de género en el consumo de psicofármacos (Romans, et al., 2008).

b) La relación significativa con el diagnóstico de depresión y trastornos de ansiedad: Es común que las mujeres con experiencias de violencia y uso de psicofármacos reporten sintomatología postraumática (Crespo et al., 2017), o el diagnóstico de trastornos afectivos (Wuest et al., 2007; Stene et al., 2010; Ramos et al., 2001), los cuales suelen ser parciales e imprecisos, omitiendo la violencia y otras desigualdades sociales (Wuest et al., 2007; Salas y Lozano, 2011).

c) El uso de psicofármacos constituye una de las estrategias de afrontamiento de las mujeres que experimentan situaciones de violencia: Investigaciones coinciden en que estas mujeres acuden a estos medicamentos para lidiar con el malestar emocional generado por la violencia, sea mediante la automedicación, o principalmente la prescripción por parte de personal de salud (Teodori, 2015; Rodríguez, 2013; Salas y Lozano, 2011).

### ***Referentes teóricos***

Este planteamiento teórico inicial se centra en una comprensión general de las condiciones histórico-sociales, éticas y políticas del proceso de medicalización de la vida. En este marco, me propongo introducir algunos supuestos sobre la relación medicalización y género, particularmente, la extensión del dispositivo biomédico como un mecanismo de control de las mujeres.

## La noción de medicalización

Son innegables los aportes del avance tecnológico de la medicina a partir del siglo XIX para el tratamiento de enfermedades y el mejoramiento de la calidad de vida de quienes las padecen. No se trata entonces de cuestionar su potencial curativo ni su impacto en una mayor esperanza de vida en la población. Se trata de analizar los límites y los riesgos de la medicina como estrategia biopolítica. Según sugieren Munguía et al. (2016) se debe:

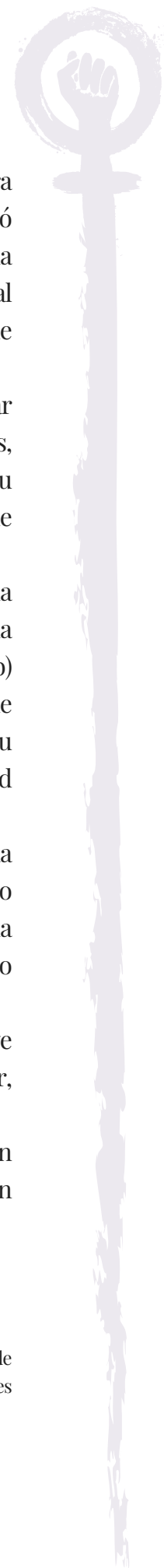
comprender por qué se ha convertido en el modelo médico hegemónico a pesar de las consecuencias de esta hegemonía. Siguiendo esta línea, también se revaloran las capacidades reflexivas y de agencia de las personas, reconociendo que ellas participan activamente, ya sea resistiendo o promoviendo la medicalización de sus condiciones, de manera que no puede considerárseles sujetos inermes frente a los procesos. (p. 639)

Al igual que Munguía et al. (2016, p. 644), se considera que el proceso de medicalización tiene un carácter complejo y paradójico, el cual puede implicar diversas posibilidades y consecuencias, así como recursos y formas de control. En tal sentido, una pretendida crítica a la medicalización de la violencia no supone una oposición al avance de la medicina científica, pero sí a las dimensiones de poder médico como práctica social[4].

El origen de la medicalización como concepto crítico se encuentra en el pensamiento de Foucault. En su ensayo *La crisis de la medicina o la crisis de la antimedicina* profundiza sobre las condiciones históricas que, desde la segunda mitad del siglo XVIII, marcaron el surgimiento de la medicina moderna y su “proceso de medicalización indefinida” a partir del siglo XX. El giro hacia una medicina científica permitió que, en los albores del siglo XIX, el hospital dejara de ser un lugar para morir y se convirtiera en un lugar para salir con vida. El avance de la técnica médica abrió una nueva dimensión de posibilidades a partir de descubrimientos como la anestesia y la asepsia (Foucault, 1996).

---

[4] De acuerdo con el planteamiento de Stolkiner (2013) se trata de no medicalizar sin renunciar al avance del conocimiento que puede ser útil para el tratamiento de ciertos padecimientos.



En este mismo ensayo, Michel Foucault (1996) describe cómo después de la Segunda Guerra Mundial se desarrolla un nuevo modelo de organización de la salud, que, entre otras cosas, marcó su entrada al campo de la macroeconomía. Dicho proceso implicó el surgimiento del derecho a la salud y su tutela por parte del Estado[5]. Pero para Foucault se trataría no solo de la inversión estatal para la garantía de un derecho, sino de una política del cuerpo, “desde entonces, el cuerpo de individuos se convierte en uno de los grandes objetos de la intervención del Estado” (p. 69).

Al llegar el siglo XX la medicina empieza a perder su campo exterior, “comenzó a funcionar fuera de su campo tradicional definido por la demanda del enfermo, su sufrimiento, sus síntomas, su malestar” (Foucault, 1996, p. 75). Es a este carácter expansivo que se refiere la noción de su medicalización, “dotada de un poder autoritario con funciones normalizadoras que van más allá de la existencia de enfermedades” (Foucault, 1996, p. 76).

Además de esta intervención médica en otros ámbitos de la sociedad, para Foucault (1996), la medicalización tiene otros elementos que rescataré de una manera bastante acotada: a) la transformación de los hospitales, de centros de asistencia a espacios de medicalización colectiva; b) la localización de enfermedades (screening) en la población sana; c) el desarrollo de mecanismos de vigilancia médica; d) la medicina de Estado que implicó una normalización de la profesión y su subordinación a la organización médica estatal; e) la economía política de la medicina; f) la salud como objeto de consumo; g) la expansión de la industria farmacéutica.

Desde este planteamiento, el cuerpo, la existencia y la conducta se engloban en una red cada vez más amplia, funcional y ajena a la propia medicina, fundamentada en una tecnología del cuerpo social, con dimensiones tanto epistémicas como políticas y morales (Foucault, 1996). En síntesis, la tesis *foucaultiana* nos conduce a una gran interrogante, ¿se relaciona el aumento del consumo médico con un mejor nivel de salud?

Para Forcades (2012) la medicalización, como indebida extensión del modelo médico, incluye la práctica de medicar problemas sociales, lo cual no sólo no resuelve aquello que pretende tratar, sino que genera negativas consecuencias para la salud.

Precisamente el aumento exponencial del consumo de psicofármacos se ha relacionado con la denominada medicalización de la vida cotidiana, “el proceso de convertir situaciones que han

---

[5] Aunque no constituye tampoco el foco central de este trabajo, es importante señalar que Foucault (1996) no omitió la mención de las luchas políticas que antecedieron la formulación del derecho humano a la salud, pero en su ensayo se centra en las implicaciones políticas del Plan Beveridge en la Inglaterra de 1942 y la extensión del campo tradicional de la medicina.

sido siempre normales en cuadros patológicos y pretender resolver, mediante la medicina, situaciones que no son médicas, sino sociales, profesionales o de las relaciones interpersonales” (Orueta et al., 2011 p. 150). Se trata, además, de una tendencia al tratamiento de “factores de riesgo” como “enfermedades”.

Bien se sabe que la medicina occidental, y consecuentemente la psiquiatría, se han basado en la definición de enfermedades y la producción de tecnologías médicas para su tratamiento, sin contemplar a fondo los factores sociales, culturales y psicológicos asociados, tal como describe Whitaker (2011, p. 22), “la psiquiatría ha remodelado a fondo nuestra sociedad en los últimos veinticinco años. Mediante su Manual Diagnóstico Estadístico (DSM, según sus siglas en inglés) traza una línea divisoria entre lo que es “normal” y lo que “no lo es”.

En las últimas décadas, con el arribo de los manuales psiquiátricos y los psicofármacos como solución, se ha acentuado el fenómeno que Pinafi (2013) denomina medicalización del sufrimiento, que, además de sus implicaciones biopolíticas y la psicologización de los problemas sociales, ha instaurado un proyecto de lucha contra el dolor, de desvinculación del sufrimiento como algo que tiene ser corregido y anestesiado.

Al respecto, Dobles y Arroyo (2020) apuntan a que, además del despojo y la precarización de las condiciones materiales de existencia de las grandes mayorías, el sistema capitalista genera sufrimiento psíquico, pero, a su vez, reproduce moldes prefijados para las subjetividades contemporáneas que obedecen a un imperativo cultural de felicidad del cual ha lucrado toda una industria.

Esta relación entre medicalización de la vida y producción de sufrimiento psíquico ha sido profundizada por Stolkiner (2013), quien afirma que dicho fenómeno “es un analizador privilegiado de la articulación entre lo económico, lo institucional y la vida cotidiana en los procesos de producción de subjetividad” (p. 1). En las dimensiones económica e institucional, la autora ubica dos procesos interrelacionados: la mercantilización de la salud y el fenómeno de “*disease mongering*[6]” o creación de enfermedades. Intervienen en este último, entes de investigación, médicos, especialistas, empresas de marketing que responden a intereses corporativos para la selección de problemas y productos para su tratamiento:

---

[6] Este término fue propuesto inicialmente por el investigador y periodista de salud australiano Ray Moynihan en el año 2006. El mismo hace referencia a la venta o mercantilización de enfermedades, proceso que convierte a personas saludables en pacientes de la medicina (Cerecedo et al.2013).



Así, se aísla o define o un problema, se lo nomina como “enfermedad” o “síndrome” y se lo reduce a su dimensión individual biológica, a la par que se seleccionan algunas de sus características como “sintomatología”, a la cual se ofrece respuesta específica, preferentemente medicamentosa y, eventualmente, acciones preventivas. (Stolkiner, 2013, p. 5)

En una línea similar, Cerecedo et al. (2013) argumentan que este proceso conlleva etiquetar, bajo el léxico de la medicina, aquellas reacciones humanas saludables ante situaciones vitales o conflictivas. De modo que “cada vez mayor número y diversidad de condiciones, conductas y experiencias son categorizados como enfermedades o desórdenes y que por ende se incorporan al campo de los saberes y del ejercicio de los profesionales de la biomedicina” (Munguía et al., 2016 p. 636).

Bajo las lógicas antes expuestas, la violencia contra las mujeres constituiría una “situación de riesgo” que, bajo la lupa biomédica, sería abordada como enfermedad mediante la medicación de sus secuelas. En ese sentido, las reacciones humanas esperables ante un evento crítico violento serían interpretadas desde etiquetas diagnósticas. Un claro ejemplo por mencionar fue el “Síndrome de la Mujer Agredida” propuesto por la psicóloga estadounidense Lenore Walker en su obra *Terrifying Love, Why Battered Women Kill and How Society Responds* en 1989. Si bien este surge como un recurso para probar, a través del peritaje psicológico, la legítima defensa de mujeres maltratadas imputadas en procesos judiciales, su intento de introducirlo como una nueva categoría diagnóstica en el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM) no escapó a la crítica feminista:

Una vez que las mujeres maltratadas son vistas con el lente de los síndromes, entran en juego nuevas formas de relaciones de poder. Un estamento, como es el de las instituciones y profesionales de salud mental, tiene la potestad de catalogar a las mujeres, de marcarlas con nuevos diagnósticos, (estos ya ineludibles ya que se fabricaron especialmente para ellas), y, por tanto, tiene algún poder para decidir sobre ellas y sus vidas. (Carcedo, 2004, párr. 40)

### **La medicalización de las mujeres: un problema tan antiguo como vigente**

En el prólogo de *Viaje al manicomio*, conocida obra autobiográfica de Kate Millet (1990), Mar García nos recuerda que:

Según las estadísticas, las mujeres continuamos sufriendo en mayor proporción la desaparición del lenguaje que supone, en palabras de la propia Millet, la depresión, y tanto ahora como entonces los principales tratamientos son individuales y físicos: paseos y purgas en la antigüedad, psicoterapia y fármacos en la actualidad. (Mar García Puig, Prólogo *Viaje al Manicomio*, de Kate Millet, 1990)

García (Millet, 1990) describe que las voces de los feminismos han entrañado una crítica a la medicalización de las mujeres a lo largo de la historia, tal fue el caso de Kate Millet, exponente del feminismo radical:

Kate Millet no sólo denunció que la diferencia entre los géneros es una construcción social que se ha servido de la medicina, sino que lo hizo extensible a la locura. En las páginas de *Viaje al Manicomio*, y a partir de su propia experiencia, denuncia cómo la psiquiatría se ha apoderado de la locura, se ha convertido en su voz y dueña y ha reducido toda su ambigüedad para ejercer un control total sobre las personas diagnosticadas, acallándolas y sometiéndolas con la autoridad de la ciencia. La psiquiatría se revela así, como un engranaje más de un sistema que niega la razón de la libertad. (p. 13)

De acuerdo con Murguía et al. (2016), en el estudio de los procesos de medicalización durante la década de 1970 destacaron producciones teóricas derivadas del marxismo y del feminismo, las cuales problematizaron el lugar el poder médico en el sistema capitalista y patriarcal. Los feminismos “han denunciado las pretensiones expansionistas de la medicina abocándose a investigar específicamente los discursos y las prácticas dirigidas a las mujeres. Reflexionan sobre la manera en que la institución médica se apropió de sus cuerpos y experiencias” (pp. 638-639).

Históricamente, la crítica feminista ha develado la matriz sexista que, desde tiempos remotos, subyace a la ciencia médica, cuestionando no sólo los discursos y prácticas médicas relacionadas con el cuerpo de las mujeres y su capacidad sexual reproductiva, sino también con su salud mental. Por sexismo se entenderá todo el conjunto de métodos patriarcales para mantener la dominación sexual, la inferioridad femenina y la subordinación de las mujeres (Sau, 2011).

Siguiendo a Maffia (2007), las epistemologías feministas no sólo han cuestionado la expulsión de las mujeres de la historia y el desarrollo de la ciencia, sino el modo en que las teorías filosóficas, biológicas y médicas han definido valoraciones sobre la supuesta “naturaleza de las mujeres”, asignándoles una inferioridad biológica-anatómica. Esta mirada androcéntrica del cuerpo y la salud de las mujeres ha fundado un destino social:





Sobre todo las ciencias biomédicas nos han dicho cómo ser, cómo gozar, cómo parir, cómo sentir, cómo (no) pensar, cómo enfermar y cómo morir. Todavía hoy nos cuesta vincularnos con nuestro cuerpo sin su mediación. El trabajo crítico en este terreno ha permitido revisar teorías muy sólidamente establecidas y que influyen en la vida cotidiana de las mujeres tanto como en la determinación de su lugar social, político y jurídico. (Maffia, 2007, p. 70)

Desde la importancia del útero en la concepción egipcia de la naturaleza femenina, el Corpus Hipocrático en la Edad Media, los textos de las “Enfermedades de las Mujeres” en el siglo V A.C., hasta el surgimiento de la medicina occidental, se sostiene una noción de patología femenina como un metarrelato de la modernidad (Maffia, 2007).

La ciencia nunca ha sido neutral ni objetiva, la historia de su evolución permite demostrar que las innovaciones teóricas y tecnológicas han servido a la reproducción de esta idea de inferioridad de las mujeres. Uno de tantos ejemplos lo aporta Maffia (2007), al respecto de la craneología en la segunda mitad del siglo XIX:

los neuroanatomistas creían que el lóbulo *frontal* del cerebro humano explicaba las más elevadas funciones humanas mentales e intelectuales. Los científicos entonces encontraron que los lóbulos *frontales* de los hombres eran más desarrollados que los de las mujeres, mientras ellas tenían lóbulos *parietales* más grandes. Cerca de fin de siglo, nuevos cálculos de los neuroanatomistas ubican en los lóbulos *parietales*, antes que en el lóbulo *frontal*, el sitio del intelecto. ¿Concluyeron entonces que las mujeres eran más inteligentes? Pues no. En poco tiempo los principales anatomistas del período “*descubrieron*” que los lóbulos parietales de las mujeres no eran realmente mayores y su lóbulo frontal menor que el del hombre como se había pensado (y *observado*), sino justo a la inversa. Y acumularon nueva evidencia empírica para sostener ahora lo contrario. (p. 79-80)

Quedó en el pasado la hipótesis de la inferioridad cuantitativa en el cerebro de las mujeres, pero pese al transcurrir del tiempo, se preserva este sesgo sexista en los nuevos dispositivos médico-científicos.

Los feminismos han puesto de relieve que la intervención farmacológica de las mujeres no sólo proviene de una excesiva medicalización de los problemas sociales en la contemporaneidad, sino que representa un mecanismo para el sostenimiento del estatus patriarcal a través del control

del cuerpo y la subjetividad de las mujeres, como refieren Romo y Meneses (2014, p. 10) “mantener a las mujeres en su lugar”. Hasta hoy día, es en este marco de poder que ocurre la relación médico-paciente, donde el primero posee la verdad y valorará las experiencias de las mujeres –entre ellas la a violencia– bajo criterios diagnósticos, que basados en prejuicios sexistas conducirán a su medicalización (Romo y Meneses 2014).

Al respecto, Carcedo (2004) reconoce que el diagnóstico del sufrimiento provocado por la injusticia social representa uno de los obstáculos para una atención sensible de la violencia contra las mujeres. Afirma que en lugar de reconocer como legítimas estas manifestaciones de dolor, se les asume como inadecuadas: “En definitiva, desde la salud mental tradicional no hay instrumentos para comprender las reacciones lógicas de las mujeres maltratadas, más que en formas que las patologizan” (párr. 27).

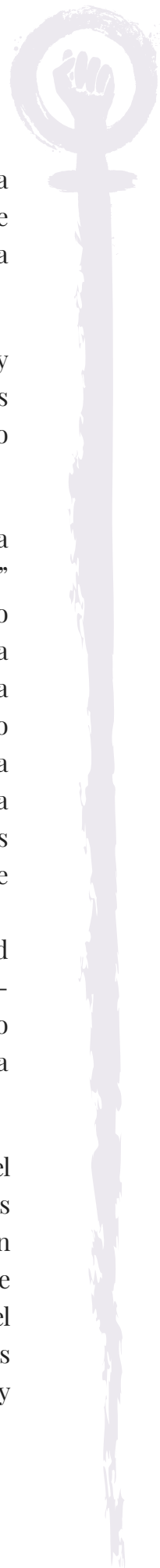
Un giro comprensivo sobre la salud mental de las mujeres fue propuesto por Mabel Burín en el contexto latinoamericano. A largo de sus reconocidos estudios sobre la construcción social de la subjetividad femenina, esta ha insistido en una pregunta que será central para este trabajo “¿de qué manera las condiciones de vida de las mujeres, en especial la vida cotidiana, repercuten de modo decisivo sobre sus modos de enfermar” (Burín, 1991, p. 7).

A inicios de los años noventa Burín (1991) estudió los estados depresivos en mujeres argentinas, entendiéndolos como “modos paradigmáticos de expresión de su malestar” (p. 8) los cuales relacionó con los llamados roles tradicionales de género. Concluye que el rol conyugal, el rol maternal, el rol doméstico y el techo de cristal constituyeron factores potencialmente depresógenos en las mujeres. Según propone más adelante, la sintomatología catalogada como “depresiva” podría ser comprendida como una forma de resistencia a la imposición social de dichos roles (Burín, 2010). De manera tal que su farmacologización formaría parte de un dispositivo de poder que garantiza la subordinación de las mujeres.

Esta noción del malestar de las mujeres, según Burín (1991),

no se encuentra involucrada en la clásica dualidad salud/enfermedad, sino que introduce un tercer término que, al modo de las nociones transicionales, a medias subjetivo y objetivo, externo e interno a la vez, participa de una lógica paradójica pues no refrenda la clásica diferenciación sano-enfermo, normal-patológico. (p. 17)

Siguiendo a Burín (1991) el avance del capitalismo industrial del siglo XIX, la producción centrada en la propiedad privada y el ámbito doméstico como espacio para el confinamiento y el trabajo reproductivo de las mujeres marcó un modo de subjetivación de las mujeres, “bajo la



convicción de que, en tanto producía sujetos, la mujer se producía a sí misma, creando con la maternidad la base de su subjetividad” (p. 31). Relaciona esto con la “psiquiatrización del cuerpo de las mujeres”, la cual no tendría implicaciones sólo en su estructura física sino en su estructura moral. De forma que la salud mental queda adherida al ejercicio de una moral:

La medicina positivista del siglo XIX se apropia del cuerpo de las mujeres y psiquiatriza sus deseos y sentimientos, interpretándolos por vía de los humores, los fluidos linfáticos y, principalmente por las variaciones de temperatura en el útero (especialmente el calor) asociadas a las reglas menstruales. (p. 31-32)

En este devenir histórico, el “sufrimiento femenino” queda inscrito en el campo de la psicopatología tradicional, “dentro del sentido otorgado a las histerias, las fobias, las depresiones” (Burín, 1991, p. 34-35). No obstante, una lectura de género contrapone una definición de dicho sufrimiento como “el malestar de las mujeres, ligado a una situación específica de opresión [...] una situación de subordinación social propia de las mujeres” (p. 35). Para la misma autora, esta perspectiva abre otro campo de problemáticas vinculadas a la salud mental de las mujeres, dentro de ellas se incluye tanto la violencia visible (maltrato físico, sexual o emocional) como la violencia simbólica (desigualdad, inferioridad, desvalorización), la cual estaría presente en la atención de la salud de las mujeres: “Hemos observado un efecto de este tipo de violencia en las prácticas asistenciales: la prescripción abusiva de psicofármacos a las mujeres (especialmente de tranquilizantes y ansiolíticos)” (p. 63-64).

También se ha relacionado este sobreconsumo femenino de psicofármacos con la necesidad de evitar los síntomas derivados de la carga mental asociada al trabajo doméstico y extra-doméstico. El cansancio, la tristeza y la ansiedad serían consideradas por las mismas mujeres como enfermedades que pueden ser superadas con este tipo de medicación. En esta línea, se ha planteado el denominado “ciclo de consumo de psicofármacos de las mujeres”:

Tanto los mandatos, como los roles y los estereotipos conjugados con el androcentrismo en la ciencia y la medicina, provoca que las mujeres tengan más consumo de hipnosedantes [...] además estos fármacos les permiten cumplir con dichos roles. Es lo que se ha denominado como la circularidad del consumo de psicofármacos. El malestar por las desigualdades implica que se consulte con el médico/a, quien receta psicofármacos, lo que a su vez permiten a las mujeres soportar esos malestares y seguir cumpliendo con sus roles y mandatos. (Molina y Cantos, 2018, p. 63)

Como se ha postulado hasta acá, una lectura feminista de los procesos de salud-enfermedad de las mujeres dirige a cuestionar su concepción más tradicional, entendida como la normatización o la adaptación de las mujeres a la cultura patriarcal. En el caso de interés, bajo este criterio adaptativo, esperar que una mujer víctima de violencia se muestre “mentalmente saludable” o pretender la regulación de sus síntomas mediante la medicación como única alternativa, supondría una adaptación psicológica a la dinámica de violencia.

Ahora bien, tampoco pretendo negar al menos dos condiciones: que existan mujeres que en un momento determinado requieran algún tipo de medicación, y que estas mujeres tengan derecho recibir oportunamente el tratamiento requerido. De lo que se trata, retomando a Burín (2010), es de una problematización:

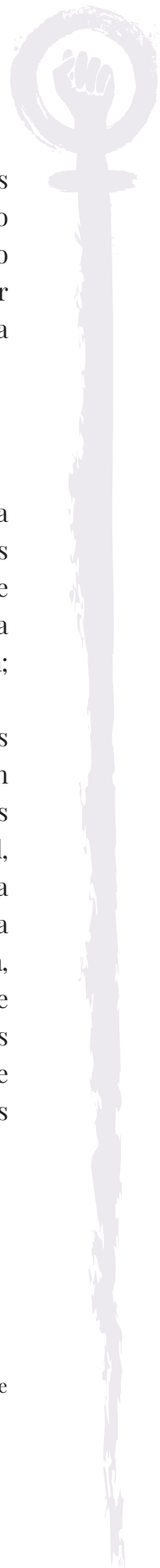
en términos de si es legítimo la prescripción de semejante cantidad de medicamentos a las mujeres, o si esto forma parte de una única manera, estereotipada y patriarcal, de diagnosticar y tratar sus conflictos, más bien como forma de control social. Los agentes de salud que atienden la salud mental femenina deberían estar alertas sobre los riesgos del uso de psicofármacos, por los efectos adversos que puedan provocar, por generar dependencia y trastornos de abstinencia cuando se los intenta abandonar. (p. 31)

### ***Metodología***

Este problema de estudio fue abordado mediante una metodología cualitativa-descriptiva, cuya estrategia integró la revisión narrativa analítica de literatura científica producida desde estudios feministas y de género, el campo de la salud pública, así como la entrevista biográfico-narrativa a mujeres. Las participantes incluidas fueron mujeres adultas residentes del Área Metropolitana de Costa Rica que voluntariamente participaron a través del contacto realizado en tres Oficinas Municipales de la Mujer, donde habían recibido algún tipo de apoyo psicosocial[7]. Entre los criterios de inclusión se estableció la vivencia de situaciones de violencia y la experiencia en el consumo de psicofármacos en algún momento de su vida.

---

[7] Cada una de las mujeres firmó un consentimiento informado para su participación en la investigación donde se garantiza la protección de sus datos personales, por tal razón no serán usados sus nombres.



Se trata de una investigación feminista, que reconoce el valor del testimonio de las mujeres como unidad de análisis, aspecto que sin duda ha sido central en la producción de conocimiento sobre la violencia hacia las mujeres de las últimas décadas. Desde este marco, tanto epistemológico como ético, interesa la construcción de sentido, las significaciones y el lugar de experiencia singular de las mujeres; aspirando a generar un conocimiento situado y críticamente comprometido con la justicia social.

### ***Discusión y análisis de resultados***

En adelante se presentan los principales argumentos que componen una posible crítica feminista a la medicalización de la violencia contra las mujeres, tomando como coordenadas elementos derivados del análisis de la literatura y algunos relatos biográficos de mujeres[8] se abordarán cuatro ejes: 1) el abordaje biomédico de la violencia contra las mujeres; 2) la medicalización como violencia médica; 3) la vulnerabilidad instaurada a través de la medicalización; 4) las intersecciones entre violencia y condiciones de vida.

Cabe señalar que las mujeres de los relatos tenían edades entre 23 a 67 años, todas residentes en Costa Rica, algunas de nacionalidad nicaragüense. La mayoría había concluido solo la educación primaria y tenían de uno a seis hijos. Únicamente dos de ellas contaban con un trabajo formal, las demás se dedicaban al trabajo del hogar, el trabajo doméstico remunerado o el comercio informal, y casi todas dependían de los ingresos de algún familiar. Todas habían experimentado alguna situación de violencia en su ciclo de vida (violencia doméstica, violencia por la pareja y/o violencia sexual) y habían recibido la prescripción de algún psicofármaco en centros de salud pública, principalmente antidepresivos y ansiolíticos, cuyos tiempos de uso oscilaron de un mes a más de veinte años. En todos los relatos se traza una relación entre los padecimientos emocionales reportados de previo a la intervención farmacológica y la violencia vivida. Sin embargo, no se procura una generalización de sus experiencias, ya que no representan la realidad de todas las mujeres, pero como muchas, ellas también han sido medicalizadas en sus malestares.

---

[8] Los relatos serán transcritos tal cual las mujeres se expresaron, omitiendo posibles faltas a la norma lingüística, esto con el fin de mantener la intención y autenticidad de sus testimonios.

## El abordaje biomédico de la violencia contra las mujeres

Los siguientes relatos describen experiencias de prescripción de psicofármacos a distintas mujeres en situaciones de violencia:

Tuve que ir a buscar ayuda en el centro de salud porque me da por llorar, llorar y llorar, no puedo dormir y sólo pensar, no me concentro... Me mandaron dos para dormir y para que no me diera por llorar, para tenerme como dormida, relajada. (Relato 1)

Entonces yo fui al EBAIS porque ya era mucho, ya yo llevaba una semana que no dormía... me mandaron dos, me mandaron para dormir, como para tenerme adormida, digo yo, y para dejar de la depresión, para que no me diera por llorar... (Relato 2)

Es que en ese momento yo decía que me sudaban mucho las manos, siempre sentía una estaca aquí en el pecho, yo creía que me iba a morir, que me iba a dar algo en el corazón... pero ya el doctor me dijo que no era eso, que eran como ataques de ansiedad o ataques de pánico entonces él por eso me envió eso. (Relato 3)

Yo me presenté al centro médico, al EBAIS que tocaba, y le hice el comentario al doctor, de que me sentía mal emocionalmente, de que lloraba mucho... entonces me dijo que me iba a medicar. Me mandó la fluoxetina, de hecho, él me la había dejado creo que por tres años, la receta, este... nada más me dijo que me iba a mandar eso, que eso era depresión lo que yo tenía... la tomé por un año seguida, ya después si la dejé... la verdad, no sentí diferencia, me sentía igual. (Relato 4)

Yo le dije al doctor que estaba con la presión muy alta, y el corazón parecía que se me iba a salir... y el doctor me miraba una ansiedad terrible, y el habló “usted está bien, su corazón está bien, su problema es de ansiedad”, entonces me pasó fluoxetina, tomé fluoxetina como nueve meses, pero ese medicamento te deja sin sentimientos. (Relato 5)



El estudio pionero desarrollado por Sagot y Carcedo (2000) abordó la ruta crítica de las mujeres afectadas por la violencia doméstica en diez países latinoamericanos. En el mismo se observó que los centros de salud suelen ser la primera instancia a la que acuden estas mujeres, siendo un primer espacio de revelación de lo vivido. No obstante, estas no siempre refieren directamente la violencia, sino que reportan sus múltiples afectaciones físicas y emocionales que, sin una exploración mayor, queda oculta en la sintomatología reportada. Según concluyen las investigadoras, en la respuesta de los servicios de salud prevaleció una visión biológica y mecanicista, donde la intervención se limitaba a atender solo las dolencias físicas de las mujeres. Otros estudios similares más recientes vienen a confirmar lo anterior (Rodríguez, 2023; Penyarroja, 2022; Teodori, 2015; Alcencar y Cantera, 2013).

Propiamente en las narrativas de las mujeres entrevistadas se denota que la intervención farmacológica fue la principal o única respuesta recibida en el centro de salud:

Le digo yo, “Doctor, estoy pasando esto y esto...”, y me dice, “Eso es depresión, vamos a medicamentarla”. Yo a él le comenté lo que a mí me había pasado, pero él nunca me puso así atención, nada más le voy a mandar esto y ya vaya para fuera. (Relato 6)

Se basa prácticamente en... “eeh ¿cómo se ha sentido?”, en pocas palabras se le dice rápido al médico lo que uno ha sentido, porque rápido le cortan la conversación a uno, y le dicen, “Bueno, te voy a mandar, esto, y esto, y esto más...”, me aumenta la dosis, y esta última vez que ella me llamó, yo le dije, “Ya no soporto más tanto medicamento, no me hace nada”. Que tengo que seguir las tomando... que eso es lo que me ayuda... mmm... es que ella me corta la conversación, ella no me deja hablar. (Relato 7)

Bueno en ocasiones si no le sirvió este medicamento tome este otro, verdad, entonces creo que eso incluso genera un desorden químico, creo que cambiar de un medicamento a otro o deje de tomarlo del todo eso genera más bien problemas. (Relato 8)

Desde la perspectiva que me propongo desarrollar, en el contexto de la atención en salud, un abordaje biomédico de la violencia contra las mujeres comprendería al menos los siguientes elementos: a) la individualización de un problema de origen sociohistórico (Sweet, 2015), b) la



naturalización de la violencia (Huacuz, 2014; Salas y Lozano, 2011), c) la patologización del malestar (Burín, 2010; Romo y Meneses, 2014, Stolkiner, 2013) y d) la intervención farmacológica como respuesta (Huacuz, 2014; Teodori, 2015, Stlokiner, 2013).

De acuerdo con lo enmarcado en apartados anteriores, parto del supuesto de que la medicalización del impacto de la violencia representa un eslabón más del control de las mujeres a través del discurso científico de la biomedicina, una forma más de intervencionismo médico que, como bien dice Huacuz (2014) se suma a otra serie de prácticas que responden a una misma lógica universalizante, tales como, el predominio de definiciones legales restrictivas, la institucionalización de discursos victimizantes sobre las mujeres, el control epidemiológico de la violencia como “enfermedad” y su patologización.

En su artículo “Chronic Victims, Risky Women: Domestic Violence Advocacy and the Medicalization of Abuse” Sweet (2015) advierte sobre la necesidad de reflexionar críticamente acerca del rol de las instituciones de salud, planteando que, a través de la detección y el diagnóstico de la violencia doméstica, se ha expandido una vigilancia biomédica de género. La autora expone que esta se ha ido transformando en una categoría de enfermedad crónica, reconfigurando la relación histórica entre la lucha contra la violencia basada en el feminismo y la experiencia médica, redirigiendo las explicaciones causales de la violencia del patriarcado al “riesgo”, de la experiencia subjetiva de las mujeres a las “probabilidades calculables”.

Sweet (2015) describe cómo la referencia a una “desviación” en estas mujeres se basa en el lenguaje de la biomedicina y cómo la medicalización ha desplazado la experiencia de las agencias feministas a los hospitales, reconfigurando el abuso como una “condición crónica individualizada”. Para la autora la crítica a la psicopatologización de las víctimas de violencia estuvo presente desde los inicios del movimiento feminista, cuyas voceras insistieron en demostrar que las mujeres maltratadas no estaban locas, repudiando los modelos médicos que las retrataban como “desviadas” o “masoquistas”[9]. Desde ese entonces, se denunciaba que los médicos no sólo ignoraban el malestar de las mujeres, sino que incluso empatizaban con el abusador (Sweet, 2015).

Siguiendo a Sweet (2015, p. 82), aunque el acceso al sistema de salud podría conllevar cierto

---

[9] En el caso costarricense podemos ubicar a Montserrat Sagot y Ana Carcedo y su crítica sociológica feminista al “Síndrome de la Mujer Agredida”, así como los aportes de Cecilia Claramunt y Mirta González para la incorporación de los enfoques de derechos humanos y de género en la comprensión psicológica de la dinámica e impacto de la violencia doméstica y la violencia contra las mujeres.



beneficio para las mujeres, la medicalización amplifica el poder médico, separa la violencia de su contexto sociohistórico reduciéndola a una “enfermedad” cuya causa estaría en la propia paciente. Se presentará el relato de una mujer entrevistada que sufre abuso sexual a los 13 años y posteriormente violencia por parte de la pareja en la adultez. Ella recibió un diagnóstico de desorden de estrés postraumático y trastorno de ansiedad generalizada, durante 17 años ha usado distintos psicofármacos:

Al momento del juicio fue como si lo hubiera vivido en ese momento... y fue cuando empezó mi miedo a que él me hiciera algo, verdad, empecé con ideaciones suicidas, no podía dormir, no comía, lloraba todo el tiempo, entonces cómo las ideas suicidas eran muy constantes me internaron en el Hospital Psiquiátrico, me dieron medicación, pero nunca abordaron el tema de... simplemente estuve guardada, nunca me dieron ni tratamiento psicológico, ni abordaron el tema de abuso en el internamiento. (Relato 9)

Reconocer el malestar emocional que genera la violencia, como bien afirma Teodori (2015), no debe implicar reducirla a sólo un asunto de salud mental, pero desde la racionalidad médico-científica, bien nutrida del sesgo sexista, esta vivencia dolorosa es transformada en una categoría psicopatológica, de ahí la tendencia a su medicación como única intervención posible en salud. Aunque como bien agrega Stolkiner (2013) “sucede que no hay trauma sin sujeto y que no hay medicamento que procese, por ejemplo, la inexpresable angustia de la sobrevivencia” (p. 9).

Volviendo a Stolkiner (2013), esta plantea que el reducir el dolor psíquico a una única nosografía genera una “subordinación política”. En relación con esto, vale retomar su oportuno ejemplo acerca del mencionado desorden de estrés-postraumático:

Se engloba en él desde los síntomas de un veterano de guerra hasta los de una mujer violada [...] Reducida prácticamente a una respuesta fisiológica individual (aunque el hecho traumático sea colectivo), esta categoría permite invisibilizar que lo traumático siempre se liga con el sentido que el hecho tiene para el sujeto y la sociedad [...] Nadie puede negar que el éxito y difusión de esta categoría en los Estados Unidos se relaciona con el estado de guerra permanente y la “naturalización medicalizante sus efectos”. (p. 9)

Esta “naturalización medicalizante” se observa también en la comprensión y abordaje del impacto de la violencia contra las mujeres, cuyas sujetas quedan subordinadas a categorías diagnósticas que pretendidamente universalizan experiencias singulares. Ahora bien, tampoco intento negar que bajo el uso de esta categoría diagnóstica se haya logrado argumentar o probar el daño psicológico en muchos procesos de litigio por violencia contra las mujeres; no obstante, en las lógicas que operan en el sistema judicial también adquiere mayor valor probatorio un criterio psiquiátrico que la palabra y testimonio de las víctimas.

### **La medicalización como violencia médica: entre la acción y la omisión**

Como punto de inicio presentaré dos relatos de la experiencia de dos mujeres, las cuales ejemplifican muy bien la respuesta médica que será analizada en este apartado.

Sólo me dijo de que era, era depresión, nada más, y que si no me trataba me podía hasta morir, muy concho fue en ese tiempo, y nunca me mandó, digamos, como psicología, ni nada... me dijo que tomara en la mañana nada más una, y que ocasiona sueño nada más, eso fue todo lo que me dijo. (Relato 10)

No me preguntó nada, me dijo que estaba con ansiedad, me dio fluoxetina, y me dio cinco fluoxetina, y me pasó al EBAIS y ahí me recetaron otros medicamentos, pero él no me preguntó nada, no me dijeron nada de los efectos secundarios, me dan la receta por escrito y chao. (Relato 11)

Un breve análisis de las condiciones históricas en el proceso de medicalización indefinida, planteado por Foucault, permitió recalcar que el mismo no fue un devenir directo del conocimiento científico, sino de su sumisión a la razón del poder y del mercado capitalista (Foucault citado en Stolkner, p. 4, 2013). Bajo el lente feminista se puede observar que la extendida medicalización de la vida de las mujeres tampoco fue producto de la ciencia, sino de su sumisión a la razón patriarcal.

La violencia contra las mujeres es un problema estructural, pero “las instituciones sobre quienes actúan es sobre las mujeres que la reciben. Son ellas las investigadas, las día a día “valoradas”, consideradas adecuadas o no, diagnosticadas, empastilladas, examinadas, internadas, violentadas por un sistema” (Carcedo, 2006, párr. 28), tal como se narra en el siguiente relato la amenaza médica de internamiento psiquiátrico:



Le dije a la doctora, “Me siento demasiado mal, lo que quiero es morirme...”, entonces me mandaron para emergencias a ponerme una diazepam. En el hospital la psiquiatra que me vio me habló muy golpeado y me dijo, “Bueno, si usted está así, entonces la voy a mandar a Pavas<sup>[10]</sup>, a internar a Pavas”, entonces yo dije, “Eso no es lo que yo necesito, no me están escuchando”. (Relato 12)

En adelante se pretende sostener que, en la prescripción de psicofármacos a mujeres en situaciones de violencia, subyace una violencia médica, cuya dinámica se caracteriza por: a) la reproducción de prejuicios de género en la acción de medicar el malestar de la violencia, b) la omisión de la violencia que afecta a las mujeres atendidas y c) el efecto iatrogénico de una medicación que suele ser desinformada, excesiva y prolongada.

Romo et al. (2003) investigaron ampliamente los motivos relacionados con una mayor prescripción de psicofármacos a mujeres españolas, los factores asociados al sobrediagnóstico médico y el abuso en los tratamientos farmacológicos. Entre sus principales conclusiones expusieron que el género es un aspecto central para comprender esta prescripción diferencial de psicofármacos, el cual a su vez condiciona la relación médico-paciente. Aunque reconocen que la forma de expresar síntomas es distinta en hombres y en mujeres, argumentan que los médicos tienden a minimizar los malestares comunicados por las mujeres, identificando en su discurso lógicas relacionadas con la medicalización de los malestares femeninos.

Tal como ha sido dicho, diversos aportes investigativos concuerdan en que la carga de los estereotipos de género en la respuesta médica puede conducir tanto a patologizar, como a naturalizar los malestares expresados por las mujeres, condenándolas a una medicalización innecesaria (Bielli et al., 2023, Burín, 2010; Romo y Meneses, 2014; García et al., 2005, entre otros). Estos relatos lo ilustran:

No sé otras emergencias, pero ir aquí con un ataque de pánico a uno lo tratan como un histérico, “Eso no es nada”, le dicen, “Usted lo que tiene es un...” le llaman un HI, pero yo no sé qué significa. Pero, o sea, es como si uno estuviera haciendo berrinche, así lo tratan y a veces ni si quiera lo quieren valorar, “No, no, no, usted tiene medicamento en su casa, va para la casa”. (Relato 13)

---

[10] Pavas se refiere a la ubicación del Hospital Nacional Psiquiátrico, cuyo nombre fue cambiado a Hospital Nacional de Salud Mental en el año 2022.

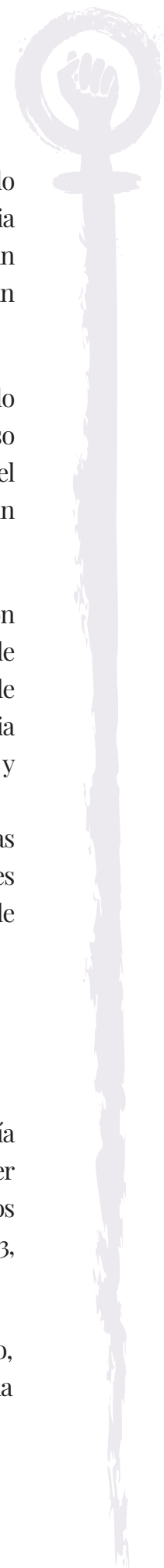
Hubo un tiempo, antes de dejar a mi exesposo, que, que quedé en una crisis, de que me agarraba la cabeza y tuve que pagar médico porque me quedé sin seguro, y ese doctor me recetó “clona”, clonazepam en gotas... Yo llegué como loca, como loca, llorando... y me dice, “¿Qué es lo que tiene”, “Es que me siento, así, así, como loca”, le digo yo, “Es que, siento algo raro, siento el cuerpo y tengo taquicardia”, bueno, no tenía tranquilidad, tenía el cuerpo como demasiado... y llego ahí, y me dio, me, me echó unas gotas en la boca. (Relato 14)

Una mirada sexista influye en la valoración de la sintomatología expresada por las mujeres y su intervención farmacológica como la única acción posible en el campo de la salud. Estudios previos con mujeres en situaciones de violencia muestran una tendencia a omitir la exploración de las dolencias que estas reportan en la consulta médica y a privilegiar un tratamiento sintomático (Rodríguez, 2023). Es decir, las consecuencias de la violencia —expresadas en una serie de síntomas psicofisiológicos—, son interpretadas desde una lógica biomédica que conduce a su medicamentación.

Lo que se intenta subrayar es que este tipo de respuesta en salud implica una omisión, en el tanto la violencia queda invisible ante la falta de exploración de la situación de las mujeres y los posibles riesgos asociados a ésta pasan desapercibidos. En relación con esto, Rodríguez (2013) plantea que, pese a su prevalencia e impacto, la invisibilidad del problema de la violencia contra las mujeres en el sistema de salud está relacionada con el proceso histórico de medicalización.

Vale decir que no sólo se omite una exploración adecuada de la situación de violencia que afecta a las mujeres, sino que el acto de prescribir psicofármacos como única respuesta implica otra serie de omisiones que fueron detectadas en las experiencias de las mujeres entrevistadas, tales como las siguientes: la poca información sobre los motivos de prescripción de psicofármacos, la falta de información sobre el uso y efectos secundarios de los medicamentos, la ausencia de seguimiento al tratamiento médico y la suspensión de los fármacos administrados. Por ejemplo:

De todo lo que me han mandado, nunca me han dicho qué efectos tiene, sólo con la clonazepam sí, que me han dicho que es, este, eeh, es un... es algo que, que, es que no me recuerdo cómo se dice, como que se va acostumbrando el cuerpo y después lo necesita siempre, eeh, es adictivo, eeh, es lo único. (Relato 15)



Entonces, esta medicalización implicaría toda una cadena de omisiones que no sólo naturalizan la violencia como problema, sino que encierran en sí misma una forma de violencia médica. Tanto en la literatura científica como en los testimonios de las mujeres, se observan patrones abusivos en la prescripción de psicofármacos, que en la mayoría de los casos se expresan en una medicación innecesaria, excesiva y prolongada en el tiempo. Una mujer plantea:

Creo que los médicos generales no tienen suficiente información acerca del tema, lo único que hacen es tome esto que es un antidepresivo, o tome lo otro, incluso recomiendan medicamentos que chocan entre sí, no son compatibles el uno con el otro y entonces al final generan crisis si no están del todo informados, creo que es un problema. (Relato 16)

En su trabajo, Salas y Lozano (2011) cuestionan los argumentos que justifican la medicalización de las mujeres en violencia como el resultado de una mejor detección y diagnóstico de enfermedades mentales. Afirman que esta sería más bien el resultado de un proceso de naturalización de las adversidades que, “lo más probable en este caso será que la dolencia emocional no mejore y se mantenga la revictimización de la mujer por parte de su pareja” (Salas y Lozano, 2011, p. 6).

Como síntesis de lo expuesto, el modo de prescripción de tratamiento farmacológico a estas mujeres vulnera su derecho a una vida libre de violencia, siendo además que las condiciones particulares que caracterizan dicha intervención hacen que constituya en sí misma forma de violencia institucional.

### **De la “tranquilidad recetada” a la vulnerabilidad instaurada**

Algunas de las ideas planteadas hasta acá, se recalcan en la siguiente cita:

Todo dolor o malestar de una persona que ha sido encuadrada en una categoría psicopatológica queda subsumido a ello y termina definiendo algo del orden del ser [...] Una escucha adecuada debe ser capaz de alojar y darles dimensión a estos dolores sin subsumirlos a síntomas, cuadros síndromes o trastornos (Stolkiner, 2013, p. 17).

Al igual que los estudios más generales sobre consumo de psicofármacos y género, aproximaciones a la ruta crítica de la violencia reconocen que dicho consumo puede reforzar una

respuesta social de estigmatización y culpabilización de las mujeres (Teodori, 2015), que, en su caso particular, estaría referida no sólo al uso de este tipo de medicamentos, sino también a la experiencia misma de violencia.

En este punto me propongo dar cuenta de que una crítica feminista al abordaje biomédico de la violencia contra las mujeres ha puesto el acento en cómo la intervención farmacológica de sus consecuencias puede empeorar el atrapamiento de las mujeres en relaciones de poder y control, extendiendo así su vulnerabilidad. Una entrevistada describe:

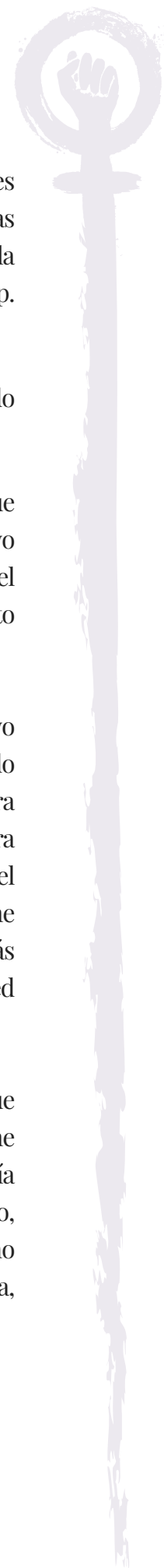
Empecé el tratamiento con clonazepam en pastilla, la clonazepam, la pastilla yo no me la había puesto en la boca cuando yo ya estaba dormida, entonces yo pasaba dormida día y noche, me daban una a las ocho de la mañana y me dormía todo el día, a las siete me despertaba, se me pasaba el efecto, a las ocho me daban la otra y seguía durmiendo y en eso se convirtió mi vida en la bella durmiente, sin ser bella. (Relato 17)

En el clásico libro *El malestar de las mujeres. La tranquilidad recetada*, escrito por Burín, Moncarz y Velázquez (1991), describe con amplitud las dinámicas vinculadas a la automedicación y sobreconsumo de psicofármacos en mujeres. Según las autoras, la autopercepción de desajuste que tienen las mujeres ante sus propios estados de malestar las impulsa a la autoadministración de medicamentos tranquilizantes, a demandar su prescripción en la consulta médica, a duplicar o triplicar sus dosis y a usos excesivos y prolongados de fármacos que en principio deberían ser de uso temporal. Otra mujer relata:

Yo empecé tomándome una pastilla, que me mandó el médico, de clonazepam para poder dormir porque yo pasaba todas las noches sin dormir y bueno... ya llevo cinco amitriptilina al día y cuatro lorazepam al día. Este... sí me afecta mucho porque si no me tomó las pastillas creo que me vuelvo loca. (Relato 18)

Estos fármacos responderían al tan anhelado descanso en las mujeres, a su ilusión de quietud y tranquilidad, al deseo de anestesiarse el dolor de la violencia. A pesar de que para muchas mujeres los psicofármacos han representado un alivio temporal, no puede excluirse, tal como señala Burín (1999) que:





En situaciones peligrosas en donde se requiere la acción de reflejos rápidos es contraproducente. Esto se ha observado particularmente en las mujeres maltratadas que tomaban tranquilizantes, y que manifestaban su dificultad para alejarse de la relación abusiva de maltrato, además de la falta de reflejos para evitar los golpes (p. 157).

Estos tres testimonios que compartieron mujeres entrevistadas ilustran lo planteado anteriormente:

Yo no quería tomarlas porque yo no me sentía bien, y, bueno, el doctor me decía que tenía que tomarlas, que tenía que tomarlas y yo no, es que yo no puedo porque yo paso todo el día como atontada verdad... o sea, yo no podía en la casa ni hacer el oficio porque yo me sentía mal por eso, y, y no el medicamento no me dejaba. (Relato 19)

Fui tomando la amitriptilina, me daba mucho sueño, padecía mucho sueño, y yo dormía y dormía; tenía un niño de, de 9 meses, y prácticamente lo tenía dormido también conmigo, prácticamente no quería ni que me molestara, que me pidiera comida, ni nada, porque yo lo que quería era dormir. Me bajaron la dosis, pero yo era un zombi, yo era un zombi, yo, eeh, el medicamento era muy, muy fuerte, eeh, el medicamento prácticamente me tenía como sedada, pero yo no quería eso, yo no me sentía bien, aparte de que ya sufría la violencia, y estar todo el tiempo dormida, más violencia sufría, porque no era bueno que él me viera todo el tiempo acostada: “usted acostada no va a hacer nada, mire este chiquito no lo ha bañado”. (Relato 20)

Con la imipramina, eeh, ya yo me sentía, eeh, un poquito mejor, ya el cambio fue muy muy notorio, ya tenía, pues no energía, porque la energía como que se me acababa, pero sí había ratos que yo sí podría hacer mis quehaceres, y que ya podía atender la casa de una manera diferente, ya tenía el ánimo, ya podía encerar el piso, que era lo que más me disgustaba siempre, porque yo quería encerar el piso y no tenía ese ánimo, y ya ponerse a hacerlo, y ya era un cambio, pero la agresión seguía, la agresión seguía, y... y la que estaba como sedada era yo. (Relato 21)

Sweet (2015) señala que los primeros estudios en el ámbito hospitalario demostraron cómo el abordaje médico podía empeorar el atrapamiento de las mujeres en situaciones de violencia. Diversas autoras arguyen que, además de la asignación de una etiqueta psiquiátrica, la prescripción de psicofármacos puede resultar incapacitante para las mujeres complicando su exposición a la violencia (Pereira, 2018; Teodori, 2015).

Por su parte, el Observatorio Nacional de la Violencia contra las Mujeres en Argentina en su informe *Violencia contra las mujeres y salud: malestar, medicalización y consumo de sustancias psicoactivas*, propone analizar este fenómeno desde su vertiente de control social, lo cual no sólo implica el tratamiento médico de una causa no orgánica, sino que “se acallan los síntomas, obturando así una salida posible hacia el empoderamiento y la necesaria transformación de las condiciones de vida enfermantes, como sin lugar a duda son las situaciones de violencia” (Observatorio Nacional de la Violencia contra las Mujeres, s.f. p. 17-18). En los más de cien testimonios analizados identificaron que el consumo de psicofármacos puede inhibir o dificultar la búsqueda de apoyo por parte de estas mujeres, aumentando así su vulnerabilidad. De acuerdo con las autoras, esta vulnerabilidad radica en dos aspectos, por un lado, la estigmatización y la culpabilización de la mujer y por otro, el efecto de la medicación como un factor que influye en la decisión de encaminar o no la ruta crítica ante la imposibilidad de comprender el malestar vivido. Dicho de otra forma, los psicofármacos pueden funcionar como un “anestésico de dolor psíquico” que mitiga el sufrimiento y ayuda a “soportar” la violencia frente a la cual no se ha encontrado salida. Esta incidencia en la disposición anímica de las mujeres podría obstaculizar su proceso de toma de decisiones frente a la violencia.

Se presentarán tres relatos de mujeres que describieron cómo en principio el uso de antidepresivos les permitió aliviar el malestar derivado de su situación de violencia:

Bueno, yo estoy tomando este medicamento porque, a base de la crianza mía tuve muchos maltratos físicos, emocionales y sexuales, comenzando desde los dos años, entonces yo padecía de ataques de, de nervios, entonces, eeh, una doctora se le ocurrió darme eso, y desde que me dio una fluoxetina normalizó, eeh, para mí fue un cambio, porque llevo las cosas más, más relajada, ya no, no me dan esos ataques, tengo bastante tiempo de tomármelas. (Relato 22)

Empecé a tomar la Fluoxetina, hace qué, como dos o tres años, eeh, fue un acontecimiento a base de, digamos que actual, con mi ex pareja, por problemas,



digamos de comunicación... no dormía, me daba muchas crisis de pánico, me daba lloraderas, me sentía desesperada, este, y una tristeza profunda, horrible, un vacío sentía... yo tomaba miel de abeja o manzanilla, no me lo calmaba, era un, un hueco, un vacío tan feo, yo estoy loca, y es ahí donde me agarra la crisis de pánico, y esa ansiedad y esa tristeza y vieras que la fluoxetina me ha calmado un montón y me lo tomo de vez en cuando. (Relato 23)

Me sentí bien, me iba a ayudar, es que yo soy como, si tengo algo, siempre ando buscando qué tomarme, me molestan porque dicen que yo paso tomando pastillas, no sé si es de lo mismo, que soy muy ansiosa, pero yo siento que ahí está como mi salvación, no le di cabeza porque yo me sentí bien, porque qué dicha ya me van a dar algo para que se me quite un poco eso. (Relato 24)

Aunque no se pretende negar una realidad, los psicofármacos han permitido a muchas mujeres soportar la violencia y sostener la vida familiar (Teodori, 2015), no por ello significa que este sea el recurso más oportuno para la ruta crítica hacia una vida sin violencia. Pero ¿en qué medida un fármaco podría empeorar dicha condición? Justamente he señalado que una perspectiva crítica sostiene que el mecanismo de acción de este tipo de medicamentos puede suscitar estados de somnolencia, sedación, lentificación del pensamiento, reducción de la vigilancia o estado de alerta, lo cual podría implicar una mayor vulnerabilidad física y psicológica frente a la reincidencia de agresiones, sobre todo aquellas que ponen en riesgo la vida. Para Teodori (2015), a esto se suma un aspecto no menos relevante: la afectación de la capacidad de agencia de las mujeres.

Afirma Huacuz (2014, p. 405) que el discurso biomédico reproducido en las instituciones sanitarias refuerza una imagen de la mujer como “víctima”, que expropia su agencia mediante la atención de “víctimas perpetuas”. A esto agrego que la relación subjetiva que se establece con el fármaco evoca un sentido de dependencia psicológica, una minimización de los propios recursos de afrontamiento, alimentando la desesperanza sobre todo en las “consumidoras perpetuas” de psicofármacos que el mismo sistema médico genera. En ese sentido, no pueden olvidarse los registrados efectos negativos de sobre todo el uso prolongado de medicamentos psicotrópicos, tales como la tolerancia y dependencia física, el síndrome de abstinencia, las alteraciones cardiovasculares, las enfermedades renales, etc. (Oliveira-Friestino et al., 2020).

A continuación, se presentan algunos relatos de mujeres que precisamente refirieron efectos de los psicofármacos, relacionados con afectaciones fisiológicas, dependencia tanto física como

psicológica y finalmente, el estigma social que conlleva el uso de este tipo de medicamentos:

Bueno, la fluoxetina me genera demasiado temblor en las manos, en el cuerpo, sangrado nasal, demasiado sueño, que es un efecto secundario muy raro, pero prácticamente estaba tomando tiamina todos los días porque el sueño era demasiado. La venlafaxina si olvidaba tomarla digamos a la hora o durante el día me sentía muy mal, me sentía mareada, con náuseas, me dolía el cuerpo, sentía que me iba a desvanecer... (Relato 25)

Las dos las tuve que dejar porque me sentía muy mal, o sea, lejos de sentirme bien, me sentía mal, eran unos dolores de cabeza que yo sentía que me iba a volver loca, y como náuseas, como ganas de vomitar, era algo, uyy horrible... (Relato 26)

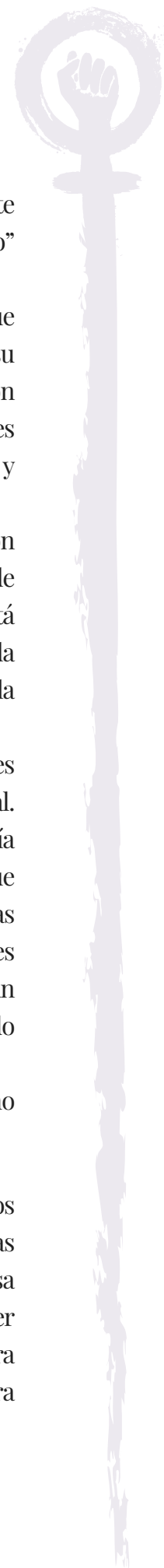
La he dejado por cortos lapsos de tiempo, verdad, pero dejarla del todo no, tal vez yo pienso no me considero dependiente, pero yo no sé si esa misma sensación de ansiedad me hace sentir que siempre me están pasando cosas, entonces siento que estoy como enferma. (Relato 27)

En lugar de, de sentirme mejor, de sentirme mejor, yo me siento peor, porque si yo dejo esos medicamentos, es que, si yo supiera que me voy a morir mañana, no importa yo los dejo todos... o sea, ya yo entiendo a los drogadictos de esa desesperación cuando no tienen la droga, porque yo sé que la lorazepam es una droga, entonces todo mi cuerpo tiembla, todo, todo, todo por dentro. (Relato 28)

Mi expareja era quien decía que yo estaba loca, usted le pregunta a él y dice que yo estoy loca y teníamos muchos problemas entonces decía: “que usted solo tiene que tomarse sus pastillas amansa locos”, entonces yo sé que no estoy loca, pero es por eso, eso sí me dolía, que él pensara eso, di era para que yo me sintiera mejor en mi vida de pareja y en familia. (Relato 29)

### **Intersecciones entre violencia y condiciones de vida**

Excede a este trabajo profundizar en todas las variantes implicadas en la sobreprescripción de psicofármacos a mujeres y sus usos diferenciales en situaciones de violencia. No obstante, los



hallazgos obtenidos coinciden con otros estudios similares en el tanto se reconoce que este complejo fenómeno es resultado de las “desigualdades de género en el sufrimiento psíquico” (Bacigalupe et al., 2022, p. 3).

Bacigalupe et al. (2022) analizan desde el criterio experto los factores socioculturales que determinan las diferencias de género en la medicalización de la salud mental, reconociendo su nexos con la histórica subordinación simbólica y material de las mujeres: “La posición estructuralmente desigual de las mujeres origina condiciones de vida precarias y subjetividades devaluadas, que generan, a su vez, gran sufrimiento mental que se traduce en más diagnósticos y prescripción” (p. 9).

Precisamente en las narrativas de las mujeres que entrevisté se va revelando la intersección de la experiencia de violencia con otras opresiones vinculadas a sus condiciones materiales de existencia. Como se ha entendido desde aportes teóricos previos, el proceso de medicalización está vinculado a una patologización de la vida cotidiana, que, en el caso de estas mujeres, figura marcada por el empobrecimiento, el desempleo, la carga física y mental del trabajo doméstico y de cuidado, la inseguridad social y la soledad.

Al referirse a sus experiencias con psicofármacos, estas mujeres describían sus condiciones de vida atravesadas por condicionantes de género y de clase. Narraban lo que Bacigalupe et al. (2022) describen como un sufrimiento complejo “que no encaja adecuadamente en la dicotomía salud-enfermedad, sino que se encuentra en un espacio intermedio impregnado de elementos que provienen del contexto social” (p. 4). Este sufrimiento, aplacado con pastillas, tal como sugieren las autoras no llega a ser visibilizado ni simbolizado a nivel social, lo que impide que las mujeres puedan reconocerle y otorgarle un sentido “ya que no existen referentes culturales que lo hayan narrado, ni discursos referentes que lo hayan valorizado públicamente, ni siquiera léxico apropiado para nombrarlo” (p. 3).

Para algunas mujeres hablar de su malestar es hablar de su día a día, un día que al final no parece ser suyo sino de los demás:

Yo me levanto a las cuatro de la mañana, me levanto a meter las vacas, levanto los chiquillos... los alisto, los bajamos a la escuela, salen 12:10, subimos, llevamos las cabras al potrero, me toca hacer el almuerzo, hacer las cosas en la mañana de la casa para en la tarde ya dedicarme a hacer trabajos con ellos, para las 4:00 volver a meter el ganado y ordeñar igual las cabritas. Yo me voy acostando 11:00 de la noche para dejar listo para que el otro día no me tenga, a veces son las 7:00 y estoy lavando para tender el otro día temprano, ese es el día mío. (Relato 30)

No deja de tener vigencia la perspectiva feminista de las décadas ochenta y noventa que vislumbraban el malestar de las mujeres como respuesta a la imposición de roles tradicionales de género. Empero, resulta necesario dotarle de una lectura situada que nos permita dimensionar los viejos y nuevos mandatos asignados a las mujeres en la producción de subjetividades de esta época, y, sobre todo, reconocer las condiciones materiales en que acontecen sus existencias.

Prestar atención a este último elemento no es menos importante en una región centroamericana donde el nexo entre la crueldad de la violencia basada en género y la precarización de las condiciones de vida adquiere formas particulares en los escenarios sociales, económicos y políticos actuales. Como se muestra a continuación:

Yo siento que a mí lo que me mata más es la preocupación... a veces si pago la luz o pagamos el agua no tenemos para la comida... entonces yo le hago mente y le hago mente. (Relato 31)

Que me preocupa el no tener trabajo, el no poderle dar, el no poder solventar todas las necesidades de la casa, porque lo único que se recibe es la pensión del papá de mi hija, y a veces las cosas son un poco complicadas... tener un trabajo para poder solventarle, poderla solventar, entonces, como que me aflige, verdad, me preocupa el día a día... (Relato 32)

Quiero tener un trabajo, algo que yo pueda hacer, algo que yo, que no me sienta inútil, porque me siento inútil, porque hay momentos en los que yo paso tan mal... y como el doctor me dijo, “Lo más importante es su salud”, pero yo digo ahora, ¿cuál salud?, ¿cuál salud?, sigo igual, y sigo tomando muchísimos medicamentos que estoy cansada de tomarlos ya, porque yo siento que no me hacen nada... (Relato 33)

Se percibe en los relatos de estas mujeres no sólo la típica carga mental del trabajo doméstico, sino, además, una carga mental vinculada a la pobreza, relacionada con la preocupación —esperable—, que genera la insatisfacción de necesidades básicas como la alimentación, la vivienda, los servicios públicos, el transporte, el seguro médico, entre otros. Para algunas, se suma la movilidad geográfica forzada, el aumento de la criminalidad y la inseguridad social, principalmente asociadas al narcotráfico en las zonas donde habitan, por ejemplo, una mujer describe el barrio donde vive:



Ahí es totalmente difícil el ambiente, para mí fue un cambio totalmente radical ir a un lugar donde a uno lo despiertan las balas, porque a cada rato se hacen balaceras, a mí eso me trauma, yo me pongo desesperada, con nervios, a veces me tiro de la cama y me agacho... (Relato 34)

Finalmente, es de interés apuntalar que estas condiciones opresivas que se entrecruzan con la violencia basada en género generan mayores vulnerabilidades, posiblemente, mujeres llamadas hiperfrecuentadoras de los servicios de salud (Romo y Meneses, 2014), que son invisibilizadas y acalladas a través de la medicalización:

Ya con el medicamento la va a seguir viendo el médico general pero no es lo mismo porque él solamente llega y me da la cita y me dice que siga con mi tratamiento, pero yo ya no tenía con quién hablarlo. (Relato 35)

Ahora quieren solucionarlo todo con medicamentos, y no me parece justo, porque quisieran tenerlo a uno durmiendo, como que les estorbamos, tal vez, pero siento que deberían de escucharnos un poquito más. (Relato 36)

Excluidas, solas, cansadas, dolidas, diagnosticadas, medicalizadas... En estos márgenes, ¿quién escucha a las mujeres empobrecidas? Así como afirmó Burín (1999), habría que insistir “en el potencial transformador que podría darse al malestar de las mujeres, a través de los sentidos que se otorguen, para generar cambios en las condiciones de vida opresivas” (p. 8).

### ***Reflexiones finales***

Una lectura feminista permitió dimensionar cómo el sexismo (expresado en la imposición de roles tradicionales, la carga mental del trabajo reproductivo y los prejuicios de género en la respuesta médica) y el *continuum* de la violencia contra las mujeres, se asocian a la sobrerrepresentación de las mujeres en el uso y prescripción de psicofármacos.

Desde esta perspectiva, se comprende la medicalización de los estados de ánimo de las mujeres como un fenómeno histórico-social imbricado en una racionalidad patriarcal, un modo específico de entender y abordar los problemas que afectan la vida cotidiana de las mujeres, entre ellos, la violencia. En ese sentido, sostengo que la despatologización de los malestares cotidianos de



las mujeres constituye uno de los pasos necesarios hacia la despatriarcalización de las formas de existencia y de las relaciones sociales.

Se vislumbra a lo largo de este trabajo que el cuestionamiento al abordaje biomédico de la violencia contra las mujeres y la mirada crítica a su medicalización ha estado presente en la producción de conocimiento teórico feminista en los últimos años. No obstante, reconocemos que la complejidad de este fenómeno y sus implicaciones políticas, materiales y subjetivas requiere de mayor profundización más allá de la variable sexo/género. Debe necesariamente contemplar la intersección con otras condiciones como la raza, la clase social, la feminización de la pobreza y el recrudecimiento de las formas de violencia contra las mujeres en los escenarios latinoamericanos actuales.

En tal contexto, enfrentamos como desafío la necesidad de examinar las nociones de salud y bienestar de las mujeres desde una perspectiva feminista interseccional, que ponga en el acento en las condiciones de vida de las mujeres, el eje de vida cotidiana y los factores patriarcales que fragilizan su salud mental. Dicho análisis debe considerar, además, los procesos de debilitamiento de la función social del Estado y los giros epistemológicos, éticos y políticos en los modelos de salud pública, con el fin de impulsar mejores prácticas.

Finalmente, nos resulta urgente un abordaje ético-sensible de la salud mental de las mujeres que, contrario a su patologización y medicalización, permita alojar y acompañar el sufrimiento que genera la violencia de la mano con la movilización de recursos orientados a la garantía de derechos humanos, el acceso a la justicia y el bienestar subjetivo.

## Referencias

- Alencar, R. y Cantera, L. (2013). Intervención en violencia de género en la pareja: el papel de los recursos institucionales. *Athenea digital: revista de pensamiento e investigación social*, 13(3), 75-100. <https://www.redalyc.org/pdf/537/53728752004.pdf>
- Bacigalupe, A., Cabezas, A., Baza, M. y Martín, U. (2020). El género como determinante de la salud mental y su medicalización. Informe SESPAS 2020. *Gaceta Sanitaria*, 34(1), 61-67. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2020.06.013>
- Bacigalupe, A. González, Y., Jiménez, M. (2022). Desigualdad de género y medicalización de la salud mental: factores socioculturales determinantes desde el análisis de percepciones expertas. *Atención Primaria*, 54(7), 1-10. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2022.102378>



- Bejarano, J., Fonseca, S. y Ortega, M. (2014). Género, consumo de drogas y otros problemas contemporáneos en Costa Rica. *Revista Humanitas*, 11(11), 13-28. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4865878>
- Bielli, A., Bacci, P. y Bruno, G. (2023). Cambiar para que todo siga igual: mujeres y psicofármacos en Uruguay. *Estudios. Feministas, Florianópolis*, 31(1). <https://doi.org/10.1590/1806-9584-2023V31N193197>
- Bosetto, A., Silva, C. M. da. y Peder, L.D. (2020). Interações medicamentosas entre psicofármacos e a relação com perfil de prescritores e usuários. *Journal Health NPEPS*, 5(1), 186-206. <https://periodicos.unemat.br/index.php/jhnpeps/article/view/4104>
- Burín, M. (2010). *Género y Salud mental: construcción de la subjetividad femenina y masculina*. Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales (UCES). [http://dspace.uces.edu.ar:8180/xmlui/bitstream/handle/123456789/1529/Burin\\_2010\\_Preprint.pdf?sequence=1](http://dspace.uces.edu.ar:8180/xmlui/bitstream/handle/123456789/1529/Burin_2010_Preprint.pdf?sequence=1)
- Burín, M., Mocarz, E. y Velázquez, S. (1991). *El malestar de las mujeres. La tranquilidad recetada*. Paidós.
- Carcedo, A. (2004). Diagnósticos y valoraciones psicológicas de las mujeres maltratadas: los riesgos revictimizantes. *Medicina Legal de Costa Rica*, 21(2), 71-84. [http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1409-00152004000200009&lng=en&tlng=es](http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00152004000200009&lng=en&tlng=es)
- Cerecedo, M. J., Tovar, M., y Rozadilla, A. (2013). Medicalización de la vida: “Etiquetas de enfermedad: todo un negocio.”. *Atención Primaria*, 45(8), 434-438. <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-medicalizacion-vida-etiquetas-enfermedad-todo-S0212656713001844>
- Crespo, M., Soberón, C., Fernández, V., y Gómez, M. (2017). Alcohol and psychotropic substance use in female Spanish victims of intimate partner violence. *Psicothema*, 29(2), 191-196. <https://www.redalyc.org/pdf/727/72750577007.pdf>
- De Miguel, A. (2015). *Neoliberalismo sexual. El mito de la libre elección*. Ediciones Cátedra.
- Dobles, I., y Arroyo, H. (2020). *Neoliberalismo y afectos: derivaciones para una praxis psicosocial liberadora*. Editorial Alerkín.

- Forcades, T. (2012). La medicalización de los problemas sociales. *Revista Cubana de Salud Pública*, 38(5), 803-809. <http://www.revsaludpublica.sld.cu/index.php/spu/article/view/163>
- Foucault, M. (1996). *La vida de los hombres infames*. Editorial Museos de Buenos Aires.
- Huacuz, M. (2014). Desde la complejidad y la ética de la Investigación: paradojas de los discursos biomédicos sobre la violencia de género en México. *Revista Sociedade e Estado*, 29(2), 401-414. <https://www.scielo.br/j/se/a/HrZzCtzZrxvTQhRyCW9D79w/abstract/?lang=es>
- Maffia, D. (2007). Epistemología feminista: la subversión semiótica de las mujeres en la ciencia. *Revista Venezolana de Estudios de la Mujer*, 12(28), 63-98. [http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1316-37012007000100005](http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1316-37012007000100005)
- Matud, M. P., García, L., Bethencourt, J., y Rodríguez-Wangüemert, C. (2017). Gender and the use of anxiolytic and hypnotic drugs in Spain. *Journal of Feminist, Gender and Women Studies*, (5), 23-31. <https://doi.org/10.15366/jfgws2017.5.003>
- Meler, I. (2012). "Las relaciones de género: su impacto en la salud mental de las mujeres y varones". En C. Hazaki. (Ed.) *La crisis del patriarcado* (pp. 23-46). Editorial Topía.
- Millet, K. (1990). *Viaje al manicomio*. Seix Barral.
- Molina-Sánchez, C., y Cantos-Vincent, R. (2018). *Drogas y Género. Consumo de hipnosedantes. Análisis histórico desde la perspectiva de género* [Diapositiva de Power Point]. Fundación Atenea. [https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/publicaciones/catalogo/bibliotecaDigital/publicaciones/pdf/2019/20190508\\_Consumo\\_de\\_hipnosedantes\\_Analisis\\_historico\\_perspectiva\\_genero.pdf](https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/publicaciones/catalogo/bibliotecaDigital/publicaciones/pdf/2019/20190508_Consumo_de_hipnosedantes_Analisis_historico_perspectiva_genero.pdf)
- Murguía, A., Ordorika, T., y Lendo, L. (2016). El estudio de los procesos de medicalización en América Latina. *História, Ciências, Saúde—Manguinhos*, 23(3), 635-651. <https://www.scielo.br/j/hcsm/a/mmjxvHYGDNwTnPVLhbtGT5z/?format=pdf&lang=es>
- Observatorio de Violencia de Género contras las Mujeres y acceso a la Justicia. *Estadísticas. 2021\_Delitossexuales* [Hoja de cálculo de Excel]. (2023). <https://observatoriodegenero.poderjudicial.go.cr/index.php/soy-especialista-y-busco/estadisticas/ley-de-penalizacion-de-la-violencia-contra-la-mujer>



Observatorio Nacional de Violencia contra Mujeres en Argentina. (s.f.) *Violencia contra las mujeres y salud: malestar, medicalización y consumo de sustancias psicoactivas*. Instituto Nacional de las Mujeres (INAM).  
<https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/informeviolenciamedicalizacionconsumofinal.pdf>

Oliveira-Friestino, J., Luzardo, A., Gralak, É., Gass, L., Guimarães, P., y Barbato, P. (2020). El perfil de usuarios de benzodiazepinas en servicios de atención primaria de la salud de la ciudad de Chapecó, Santa Catarina, Brasil. *Salud colectiva*, 16, 1-11. <https://doi.org/10.18294/sc.2020.2495>

Organización Mundial de la Salud (2001). *Informe sobre la salud en el mundo 2001. Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas*. <https://iris.who.int/handle/10665/42447>


Organización Mundial de la Salud, London School of Hygiene & Tropical Medicine, y South African Medical Research Council. (20 de octubre de 2013). *Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence* [Estimaciones mundiales y regionales de la violencia contra la mujer: prevalencia y efectos de la violencia conyugal y de la violencia sexual no conyugal en la salud] [Informe de situación]. OMS. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241564625>

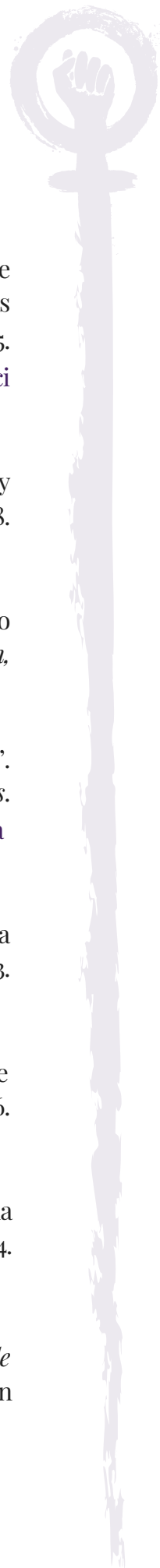
Organización Mundial de la Salud. (9 de marzo de 2021). *La violencia contra la mujer es omnipresente y devastadora: la sufren una de cada tres mujeres* [Comunicado de prensa]. <https://www.who.int/es/news/item/09-03-2021-devastatingly-pervasive-1-in-3-women-globally-experience-violence>

Orueta, R., Santos, C., González, E., Fagundo, E., Lázaro, G., Carmona, J., Rodríguez, J., Del Campo, J., Díez, M., Vallés, N. y Butrón, T. (2011). *Medicalización de la vida*. *Revista Clínica Médica Familiar*, 4(2), 150-161. <https://scielo.isciii.es/pdf/albacete/v4n2/especial6.pdf>

Penyarroja, A. (2021). La influencia de las intervenciones profesionales en el proceso de salida de la violencia de género. *Disjuntiva-Crítica de les Ciències Socials*, 2(2), 34-45. <https://disjuntiva.ua.es/article/view/20021>

Pereira, S. (2018). Salud, mujeres y violencia doméstica. *Revista Judicial, Poder Judicial de Costa Rica*, (123), 25-39. <https://www.corteidh.or.cr/tablas/r38554.pdf>

- 
- Pinafi, T. (2013). Malestar y psicofármacos: Dependencia en la posmodernidad. *Nómadas*, (39), 79-89. <https://www.redalyc.org/pdf/1051/105129195006.pdf>
- Ramos-Lira, L., Saltijeral-Méndez, M., Romero-Mendoza, M., Caballero-Gutiérrez, M., y Martínez-Vélez, N. (2001). Violencia sexual y problemas asociados en una muestra de usuarias de un centro de salud. *Salud Pública de México*, 43(3), 182-191. [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0036-36342001000300002&lng=es&tln=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342001000300002&lng=es&tln=es)
- Rodríguez, A. (2023). Prescripción de psicofármacos a mujeres en situaciones de violencia: perspectivas de profesionales en servicios de apoyo del área metropolitana de Costa Rica. *Población y Salud en Mesoamérica*, 21(1), 1-26. <https://doi.org/10.15517/psm.v21i1.54125>
- Rodríguez, N. (2013) La medicalización de la violencia de género. *Trabajo Social Hoy*, (71), 73-86. <https://www.trabajosocialhoy.com/articulo/68/la-medicalizacion-de-la-violencia-de-genero/>
- Romans, S., Cohen, M., Forte, T., Du Mont, J., y Hyman I. (2008). Gender and psychotropic medication use: the role of intimate partner violence. *Preventive Medicine*, 46(6), 615-621. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2007.07.019>
- Romo, N., Vega, A., Meneses, C., Gil, E., Márquez, I., y Poo, M. (2003). Sobre el malestar y la prescripción: un estudio sobre los usos de psicofármacos en las mujeres. *Revista Española de Drogodependencias*, 28(4), 372-379. [https://www.aesed.com/descargas/revistas/v28n4\\_5.pdf](https://www.aesed.com/descargas/revistas/v28n4_5.pdf)
- Romo, N., y Meneses, C. (2015). Malestares en las mujeres y usos diferenciales de psicofármacos: propuestas críticas desde el feminismo. En I. Márquez (Ed.), *Adicciones: conocimiento, atención integrada y acción preventiva*, (pp. 113-126). Asociación Española de Neuropsiquiatría. <https://repositorio.comillas.edu/xmlui/bitstream/handle/11531/13924/Adicciones.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Sagot, M., y Carcedo, A. (2000). *Ruta Crítica de las mujeres afectadas por la violencia intrafamiliar en América Latina. (Estudios de casos de diez países)*. Organización Panamericana de la Salud. <https://repositorio.ciem.ucr.ac.cr/jspui/bitstream/123456789/160/1/RCIEM141.pdf>
- Salas, F., y Lozano, F. (2011). *Prevalencia de la medicalización de la violencia doméstica y sus efectos iatropatogénicos en un servicio de atención primaria de Montevideo*. X Jornadas de Investigación: derechos humanos, seguridad y violencia. Montevideo, setiembre 2011



Sau, V. (2011). *Diccionario ideológico feminista II*. Icaria Editorial.

Secades, R., Rodríguez, E., Valderrey, J., Fernández, J., Vallejo, G., y Jiménez, J. (2003). El consumo de psicofármacos en pacientes que acuden a Atención Primaria en el Principado de Asturias (España). *Psicothema*, 15(4), 650-655.  
[https://www.researchgate.net/publication/28079316\\_El\\_consumo\\_de\\_psicofarmacos\\_en\\_pacientes\\_que\\_acuden\\_a\\_Atencion Primaria\\_en\\_el\\_Principado\\_de\\_Asturias\\_Espana](https://www.researchgate.net/publication/28079316_El_consumo_de_psicofarmacos_en_pacientes_que_acuden_a_Atencion Primaria_en_el_Principado_de_Asturias_Espana)

Stein, M., y Kennedy, C. (2001). Major depressive and post- traumatic stress disorders comorbidity in female victims of intimate partner violence. *Journal of Affective Disorders*, 66(2-3), 133-138.  
<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0165032700003013?via%3Dihub>

Stene, L., Dyb, G., Jacobsen, G., y Schei, B. (2010). Psychotropic drug use among women exposed to intimate partner violence: A population-based study. *Scandinavian Journal of Public Health*, 38(5), 88-95. <https://doi.org/10.1177/1403494810382815>

Stolkiner, A. (2013). "Medicalización de la vida, sufrimiento subjetivo y prácticas en salud mental". En H. Lerner (Ed.). *Los sufrimientos: 10 psicoanalistas 10 enfoques*. [http://www.trabajosocial.unlp.edu.ar/uploads/docs/stolkiner\\_2013\\_medicalizacin\\_de\\_la\\_vida\\_\\_\\_sufrimiento\\_subjetiv\\_2014.pdf](http://www.trabajosocial.unlp.edu.ar/uploads/docs/stolkiner_2013_medicalizacin_de_la_vida___sufrimiento_subjetiv_2014.pdf)

Sturza, M., y Campbell, R. (2005). An exploratory study of rape survivors' prescription drug use as a means of coping with sexual assault. *Psychology of Women Quarterly*, 29(4), 353-363.  
<https://doi.org/10.1111/j.1471-6402.2005.00235.x>

Sweet, P. (2015). Chronic Victims, Risky Women: Domestic Violence Advocacy and the Medicalization of Abuse. *Signs: Journal of Women in Culture and Society*, 41(1), 81-106.  
<https://www.journals.uchicago.edu/doi/epdf/10.1086/681772>

Teodori, C. (2015) Rutas críticas de mujeres en situación de violencia familiar. Estudio de casos en la ciudad de Buenos Aires. *Revista Internacional de Investigación en Ciencias Sociales*, 11(2), 179-194.  
<http://scielo.iics.una.py/pdf/riics/v11n2/v11n2a03.pdf>

Whitaker, R. (2011). *Anatomía de una epidemia. Medicamentos psiquiátricos y el asombroso aumento de las enfermedades mentales* (J. Álvarez, trad.). Capitán Swing Libros. (Obra original publicada en 2011).

Wuest, J., Merritt-Gray, M., Lent, B., Varcoe, C., Connors, A., y Ford-Gilboe, M. (2007). Patterns of medication use among women survivors of intimate partners violence. *Canadian Journal of Public Health*, 98, 460-464. <https://doi.org/10.1007/bf03405439>