

LA MIRADA DE GÉNERO EN LOS ESPACIOS DE SALUD PSIQUIÁTRICA Y PSICOLÓGICA.

Dra. Almudena García Manso. Universidad Rey Juan Carlos.

Dr. José Manuel Peixoto Caldas. Universidad Federal do Paraíba

Pequeña introducción al concepto de salud mental colectiva

La salud mental no implica de manera directa el concepto de enfermedad, patología o ausencia de salud. Curiosamente es un concepto más social y menos clínico pues se refiere al estado o situación social que favorece la situación emocional, psíquica, social y mental de los sujetos en general, sin que importe su género, raza, nivel económico, procedencia, edad, etc., (López Ruiz, 2017). En resumidas cuentas, es la situación de bienestar donde el sujeto puede llegar a realizar su vida cotidiana de forma completa, sea individual o colectivamente. Vemos que hasta ahora no se ha implicado a la clínica. Ésta, la clínica, entra en escena cuando las personas precisan a profesionales de la salud y lo que ello conlleva -medicalización, tratamiento y farmacología- (Allué, 2013).

Como vemos hasta ahora el concepto de salud mental no hace referencia directa y explícita a la patología, a la enfermedad ni al padecimiento. Se refiere al bienestar en el entorno social saludable, mentalmente hablando. Bienestar individual y colectivo, lo cual hace que sea parte de la problemática de la “sociedad enferma”, tema de obligada referencia en los espacios de la salud pública.

De forma similar la Organización Mundial de la Salud, pero con ciertas diferencias que han de ser subsanadas, define a la salud mental como el estado de bienestar donde el individuo es consciente de sus propias capacidades para poder afrontar las tensiones normales de la vida, pudiendo de esa forma trabajar de manera productiva siendo capaz de hacer una contribución a su comunidad (Martínez, 2014). Ahondando más en lo que es salud mental para la Organización Mundial de la Salud hace referencia a esta en su Constitución precisando sobre ella como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/).

Como vemos la salud mental va mucho más allá de la clínica, de la psiquiatría y la psicología, pero no por ello prescinde de ellas sobre todo en los casos que sean necesarios.

Nuestras preguntas ante estas definiciones y aproximaciones a lo qué es salud mental no dejan tiempo a más explicaciones: ¿Es posible la salud mental en la sociedad de la diferencia, la desigualdad y la discriminación?, ¿cómo podemos vivir en una sociedad tóxica y hablar de lucha por la salud mental colectiva?, ¿no es el capitalismo avanzado, la globalización, las nuevas formas de vivir la violencia, los incipientes y continuos flujos migratorios, la virtualidad vital y sus consecuencias, el incremento de la pobreza y las nuevas esclavitudes laborales, la devastación del medio ambiente, de las culturas tradicionales y la occidentalización de todo, entre otros rasgos de la sociedad del siglo XXI, los causantes de una toxicidad que no permite una salud mental colectiva?; ¿será la sociedad de la ampulosidad y el individualismo, la preferencia de lo material y lo conspicuo una de las causas de nuestra infelicidad?, ¿porqué el suicidio está siendo una pandemia y la depresión así como la ansiedad son las patologías por excelencia en las sociedades actuales?.

Algo falla, nada es tan utópico como el completo bienestar físico, social y mental en una sociedad que no ha parado de crear diferencias, etiquetas y categorías sociales.

Veremos como el género, la diversidad sexual, la raza y la inmigración son entre otras esas categorías que hacen imposible la consecución de salud mental de manera plena y común.

Salud mental colectiva: géneros y sexos que importan.

El género no es esa derivación del determinismo biológico que tanto ha dado que hablar y que por desgracia sigue sin ser entendido. Género, cuyo origen gramaticalmente hablando incluye en sus normas una cantidad de géneros que van más allá del binarismo y, que según el idioma y la raíz de este, pueden ser ninguno, tres o hasta cuarenta (Nash, 2014) y que se convierte en etiqueta social tras su aceptación en el espacio clínico, con los estudios de Money (1953) sobre la asignación de género a bebés intersexuales, donde Money define al género como el conjunto de actitudes y roles sociales que son propios en una sociedad de un individuo niño o niña. Una estrategia útil para continuar con la división sexual que mantuvo intacto el sistema patriarcal (Calvo, 2016) y con ello la diferencia entre hombres y mujeres, siendo ellas las que están en situación de

desigualdad y discriminación. A pesar de ser las que perpetúan la especie, abrigadas en el mito de la madre (Briffault, 2016), son las diferentes, las desiguales y las discriminadas por el poder fáctico y público.

Dejamos a un lado las definiciones de género más afines al determinismo fisiológico, olvidando aquellas que daban por sentado que el género era un producto de la biología como destino del sujeto, subscribiendo al género como categoría que derivaba de la heteronormatividad binaria de la linealidad entre cuerpo, sexo, identidad sexual y comportamiento esperado (Butler, 2006).

El género no es un atributo estático, ni es anterior al cuerpo (Butler, 2008). Es una reiteración continua de normas sociales que determinan lo que es femenino o lo que es masculino, por parte de un sujeto, el cual las va asimilando por repetición y asunción sociocultural, normas reiteradas y replicadas por un sujeto de género performativo que a través de esa reiteración, repetición y performance se hace "ser masculino o ser femenino" de cara a la sociedad que interpreta esas normas (Butler, 2007).

Ahora bien, qué sucede cuando, tras performativizar un género, reiterar sus normas y pautas dadas por la sociedad, se traslocan y el resultado de esa reiteración no es el esperado por el espectador sociedad. Surge la ironía, surge una ruptura entre el género esperado y el interpretado, que es otro bien distinto al esperado, surgiendo con ello una ruptura y equívoco, una dislocación entre lo esperado y lo interpretado que conduce a la ironía y parodia (Butler, 2007).

Retomando y abundando en el tema de la salud mental y las etiquetas o mecanismos de diferenciación social, nos hemos centrado en el concepto género, pues es capital para comprender cruces de variables que entorpecen el bienestar social colectivo, mental y físico, y la comprensión de cambios sociosanitarios a considerar el incremento de la depresión y la ansiedad en las mujeres y diversidades sexo/genéricas. El género bebe de la fuente del antiguo régimen de división sexual binario del sistema patriarcal (Calvo, 2016) y de la heteronormatividad (Preciado, 2008) así como de la necesidad de la acumulación del capital (Federici, 2004). Todo ello hizo que la división sexual binaria se materializara en un término, género. Útil para fijar que los arquetipos que forjaban las dualidades binarias (Moore & Gillette, 1998) se conservaran, manteniendo también las divisiones de poder y los pesos políticos de lo femenino y lo masculino.

Pero el género como tal no sólo responde a la mujer o a lo femenino. Pues como constructo sociocultural, éste responde a otras formalidades de devenir sujeto por rol social adquirido. Lo masculino y lo neutro también están incluidos en esta conceptualización del género.

Es más, desde las teorías *queer* el género es abierto, no está circunscrito a los dispositivos de seguridad y normalización dicotómica heterocéntrica. Más bien al contrario, desde lo monstruoso y lo abyecto es desde donde se establecen los territorios de resistencia del dualismo que marca una zona de diferenciación social que hace engrosar el malestar de la sociedad (García, 2016).

En materia de salud mental nos encontramos con las diferencias de trato y desigual visión social de los sujetos en función del género asignado. Esto no está desvinculado a cómo la heteronormatividad, la homofobia, la transfobia y el machismo siguen vigentes en el imaginario social colectivo (Castoriadis, 2013), y en el inconsciente social (Fromm, 2003). Además de estar presentes en las disciplinas que ordenan las vidas de los sujetos (Butler, 2010) y en las tecnologías y técnicas del poder que sujetan al sujeto sujetado (Foucault, 2009a; 2017). Todo ello apunta a la “teoría de las tres des”, por llamarlo de alguna forma: *Diferencia = Desigualdad = Discriminación*. Una concatenación de actos y representaciones sociales que es ampliable a la orientación sexual y a la identidad de género. Pero también a la raza, a la etnia, al nivel adquisitivo, o a cualquier etiqueta de diferenciación social que dependa de dualizar estados y condiciones de vida.

En lo que respecta al género, es lo femenino lo que está al otro lado de la victoria. Se sitúa en el orden de la monstruosidad (García, 2016), de la otredad (Young, 2011) y de lo diferente a lo establecido. Pues lo establecido en ese binomio es lo masculino. Pero con peros debe ser lo masculino heterosexual y corporalmente completo. Cuerpos genéricamente identificados que se convierten en parámetros a normalizar y enunciar bajo el orden de la norma (Preciado, 2007). Norma que responde a la biopolítica que produce y reproduce capital bajo la imperante ideología del género patriarcal.

Cómo las mujeres, sobre todo aquellas que están más expuestas a los rasgos distintivos de la globalización (Martín-Cabello, 2013), que entre ellos nos encontramos con la precariedad laboral, social, política, alimenticia, educativa, habitacional, jurídica; la vulnerabilidad sexual, social, penitenciaria, sanitaria, etc., y la falta de libertad de

movimiento, de ideología, de expresión entre otros. Junto con la tensión que supone enfrentarte a situaciones de acumulación de tareas, demostración de valía y actitudes de acoso y menosprecio. Vemos que estamos muy lejos de lograr la tan mentada paridad sexo/genérica.

Siendo realistas estas afirmaciones sobre las diferencias sociopolíticas -económicas, ideológicas, de oportunidad y vulnerabilidad- entre masculinidades heterocéntricas y feminidades no es una enunciación gratuita. Responde a una pequeña aproximación exploratoria de abordaje cualitativo, utilizando la técnica de entrevista en profundidad, donde se quería recoger cómo afecta al bienestar mental y físico, la situación de las mujeres como “sujetos de segunda o ciudadanas de segunda categoría”, en una sociedad occidocéntrica y europea que no parece reconocer que discrimina a la mujer y a las diversidades sexo/genéricas.

Pequeña aproximación exploratoria: ¿será que la división social sexo/genérica importa?.

Los datos recabados en la aproximación exploratoria responden a un trabajo cuyos objetivos son muy diferentes a los que vamos a proponer. El enfoque de ese trabajo se centraba en constatar si existía diferencias en las prescripciones de tratamientos y terapias psiquiátricas y psicológicas por depresión y ansiedad, entre pacientes masculinos y femeninos. Pues lo que se quería analizar era la diferencia de género en esos espacios de salud. Pero analizando los datos de ese estudio nos dimos cuenta que el material nos era de utilidad para esta pequeña aproximación a la salud mental colectiva por condición sexo/genérica como variable inicial.

El estudio se circunscribe a la población de la ciudad de Madrid, Abarcando como universo de estudio a 10 centros especializados en tratamientos psiquiátricos y psicológicos, 3 clínicas privadas, 2 gabinetes de terapia psicológica -no psiquiátrica-, 2 centros de día que cuentan con especialidad psiquiátrica y tres unidades de salud mental de hospitales públicos. También se incluyeron asociaciones e instituciones de apoyo y ayuda no institucional, para familiares de personas con trastornos y para personas en situación de riesgo o alta vulnerabilidad. De todas las asociaciones e instituciones de este tipo pudimos acceder a cuatro, dos enfocadas a personas del colectivo LGTB y dos de familiares de personas con problemas y trastornos psicológicos y psiquiátricos. Se

prima ante todo la protección y anonimato de las fuentes, de ahí que no se proporcionen datos que puedan relacionarlos.

Como se optó por realizar entrevistas en profundidad a informantes claves, y a voluntarios que nos fuimos encontrando, la muestra se compone de dos tipos de entrevistados, a considerar, informantes clave elegidos de manera intencional estratégica e informantes voluntarios pero que cumplían ciertas características, tales como: vulnerabilidad social y económica, haber estado bajo tratamiento por ansiedad y depresión, voluntariedad a la hora de haber sido tratado y ser personas que ya no están en pleno proceso de tratamiento.

De las clínicas privadas se entrevistaron, como informantes clave a 5 psiquiatras, 2 pedagogos y 4 psicólogos. Como informantes voluntarios a 10 pacientes.

De los gabinetes de terapia psicológica, se entrevistaron como informantes clave a 4 profesionales (psicólogos/ as conductivistas), una auxiliar. Como informantes voluntarios 4 pacientes.

En los dos centros de día se entrevistaron como informantes clave a 4 médicos especializados en psiquiatría y psicología clínica, dos enfermeros y una auxiliar de esa unidad. Informantes voluntarios dos especialistas en medicina general, 12 pacientes.

De los 5 hospitales, en las unidades de especialidad psiquiátrica y psicológica obtuvimos una muestra de 12 profesionales médicos como informantes clave, 9 enfermeros/as igualmente como informantes clave y 6 auxiliares de enfermería. No se llegó a entrevistar a ningún paciente, sólo a 16 familiares como informantes voluntarios.

De las asociaciones e instituciones, de las dos que trabajan con personas del colectivo LGTB entrevistamos como informantes clave a 4 voluntarios especialistas en salud mental, 3 recepcionistas telefónicos que derivan las llamadas a los profesionales y cinco personas que han pasado por un proceso de insalubridad mental. Todos ellos informantes clave.

De las dos asociaciones de familiares de personas que habían padecido y padecen trastornos mentales, se realizó una entrevista a una persona de la dirección de una de esas asociaciones, a dos profesionales voluntarios y 5 familiares.

Además, para poder ahondar en materia se llevó a cabo un grupo de discusión de jóvenes mayores cuyas edades estaban entre los 20 y 25 años, con la heterogeneidad de

que todos eran universitarios y trabajaban a la vez. El número de personas que compuso el grupo de discusión fue de 9, distribuidos por género de la siguiente manera, 6 mujeres y 3 hombres.

Los objetivos que proponemos en esta aproximación exploratoria se resumen en los siguientes:

Conocer la impresión que tienen los profesionales de la salud sobre la situación de riesgo de insalubridad mental, de dónde creen ello que puede proceder la epidemia social de la depresión y la ansiedad y si la situación de insalubridad mental colectiva hace distinciones sexo/genéricas.

Intentar acercarnos a su opinión respecto a las diferencias entre hombres y mujeres, así como heterosexuales, homosexuales y la salud mental.

Preguntar si creen que los problemas de sus pacientes -ansiedad y depresión- son por sus estilos de vida o bien pueden derivan de situaciones sociales que incluyen el desigual trato por diferenciación sexo/genérica.

Analizar la opinión de las personas que han pasado por un periodo de tratamiento o diagnóstico de ansiedad o depresión, sobre las causas que le llevaron a dicha situación.

Conocer si consideran a estos problemas algo global o individual.

Ver cómo afectan a su día a día, de manera individual y social.

Todos estos objetivos conducen a uno en particular, que no es otro que analizar la calidad de la salud mental y su relación con el hecho de ser mujer, hombre, heterosexual, homosexual o transexual.

Una prueba de control más que técnica de recopilación de datos, fueron los resultados del grupo de discusión. Cuyos comentarios nos sirven para pseudo verificar las opiniones ya recolectadas de familiares y profesionales. Una prueba que tienen un doble fin, intentar plantearnos ampliar el estudio a la población general. Lo cual nos permitirá conocer si lo genérico/sexual son diferenciadores sociales suficientemente importantes como para frenar el bienestar físico y mental de colectivos determinados, a nivel individual y global. Este estudio sigue en vigor tras cuatro años de recolección de información, para el presente análisis exploratorio sólo hemos tomado los datos de los cuatro primeros años, sin incluir las últimas entrevistas en profundidad.

El sistema sexo/genero pesa demasiado: ansiedad, depresión y vulnerabilidad.

Las hipótesis que nos planteamos es aproximarnos a lo evidente, las distinciones sociales y el etiquetado social del sistema sexo/genérico es uno de los factores que minan la salud mental, tanto social como individual. Diferenciaciones y clasificaciones sociales que, cruzadas con otras categorías o clasificaciones hacen de la salud mental una ficción.

Para no saturar el texto de respuestas y opiniones vertidas por los entrevistados vamos a pasar a explicar los resultados de la forma más sintética posible.

De la muestra que corresponde a los profesionales de clínicas privadas, todos afirmaban que un factor muy importante era el ambiental, es decir lo socialmente aceptable que se creen los pacientes para sus más próximos, además de las trabas que les son puestas por su condición de género, pues la mayoría apuntaba a un menosprecio de las tareas de las mujeres y la sobrecarga de funciones que soportan:

“Muchos de mis pacientes, acuden por ansiedad, más de la mitad son mujeres, como comprenderá no puedo darle demasiados detalles o estaría violando el código deontológico, pero sí le puedo decir con absoluta certeza que ellas son las que más padecen ansiedad y depresión, sea por sobrecarga de tareas, los niños, el trabajo, la casa y demás, o sea porque la propia sociedad discrimina y pide más a una mujer que a un hombre” (Doctor en Psiquiatría, 30 años de experiencia, Clínica privada)

“Como profesional le tendría que decir que el trato y tratamiento que se da a una mujer y a un hombre es muy similar, pero le estaría mintiendo. Un abultado porcentaje de mis colegas de profesión ven en la mujer una eterna depresiva con ansiedad crónica. Eso se tiene que mirar más detenidamente, la sociedad de hoy en día reclama demasiadas cosas y no se ha cambiado nada en cuanto a los roles de género, ella no es una deprimida, la sociedad y su contexto la hacen deprimirse, la medicalizamos por desesperación, pues son muchas las que nos lo piden. Vivimos una sociedad de locos (risas), pero sí que a los varones se les trata con más ejercicio, con cambios de alimentación y demás, se tarda más en medicalizarlos, aunque lo pidan” (Doctora en Psiquiatría, 40 años de experiencia, Clínica privada)

En cuanto a la orientación sexual y la identidad de género, no existe tanta univocidad al respecto, pues algunos profesionales siguen dejando entrever que la identidad de género -transexualidad- es tal vez un problema por trauma o por indecisión de la conducta. El resto de profesionales sí ven que la clasificación social o etiquetado social por orientación sexual e identidad sexual sea causa de problemas en el bienestar mental y físico de las personas homosexuales y transexuales, sobre todo apuntan a cómo la

sociedad los rechaza, rechazo que los hace más vulnerables a padecer ansiedad, depresión y en ocasiones tentativas de suicidio:

“No es fácil salir del armario, menos cuando tu familia es demasiado tradicional y el entorno en el que vives está rodeado de personas homófobas, lo peor es el trato familiar, luego el trato laboral y así hasta el trato que algunas personas, anónimas para ellos, les dan por ser homosexuales. ¿Cómo no entrar en depresión?.” (Doctora en Psiquiatría, 20 años de experiencia en el sector público y privado, Clínica privada).

“Los profesionales no entienden la transexualidad, la mayoría la mantienen como patología, pues si esto sucede en el mundo profesional imagínese usted lo que sucede en la vida cotidiana de esas personas, es un infierno. He tratado casos que hasta han llegado a un extremo de degradación completa, eso no es saludable, eso es un infierno” (Doctor en Psiquiatría, 30 años de experiencia, Clínica Privada)

En lo que concierne a la opinión de los profesionales de centros de día con especialidad psiquiátrica y profesionales en unidades hospitalarias, son muy similares, aunque hacen mención más explícita al cruce de otras variables -categorías sociales- tales como son la raza, la procedencia -si es inmigrante o no- y la edad, entre otras categorías:

“Le podría decir que la inmensa mayoría de las pacientes son eso, las pacientes. Mujeres que lo único que quieren es poner freno al peso social que les cae encima todos los días, algunas son fruto del maltrato continuado de sus parejas, compañeros de trabajo y familiares. El acoso y demás actos e información que las rodea las va ahogando, la depresión, ansiedad y fobias son demasiado frecuentes, y desde la crisis más: miedo a perder el trabajo por que el niño se pone malo y no tiene con quien dejarlo, eso me lo dicen mucho las inmigrantes, asco por los compañeros de trabajo que las menosprecian y gritan, muy común en las trabajadoras cualificadas. Las jóvenes tienen cuadros de ansiedad por casos de acoso o por que no quieren defraudar a sus novios, en el caso de la raza, ahí da lo mismo, mujer hombre o niño, suelen padecer más las mujeres” (Doctor especializado en psicología clínica y psiquiatría, trabaja en centro de día con especialidad psiquiátrica, 12 años de experiencia).

“Una vez un compañero me dijo, si está deprimido es por que no practica el sexo, recétale eso...eso no lo habría dicho de un hombre. Entre nosotros existe mucho machismo, mujer que viene, orfidal o cualquier otro ansiolítico que se le receta y a casa. Esto no es tratar un problema, es engrandecerlo. Lo que se debe frenar es porque esta persona está así, porque la sociedad la trata así, porque es diferente el tratamiento en un hombre con ansiedad que en una mujer, que yo sepa existe un mínimo determinante hormonal en ellas y según la edad, pero nada más, el resto es presión y discriminación social” (Doctora en Psiquiatría, unidad hospitalaria, 35 años de experiencia).

“En esta unidad no tratamos a personas transexuales, pero desde luego lo que sí le puedo decir es que para mí no son enfermos mentales, más bien, son valientes, se enfrentan al peso de la violencia administrativa, pues han de pasar unas pruebas psicológicas en mi opinión desmesuradas. Luego el peso de la sociedad, no comprenden la transexualidad, la confunden con travestismo, con homosexualidad (silencio), cuando se pasa por todo eso, incluyendo los tratamientos hormonales y las cirugías, es cuando ves que el mayor mal que les hacen es el rechazo a lo diferente, la sociedad etiqueta” (Doctor en Psiquiatría, unidad hospitalaria, 15 años de experiencia).

“Sí, mi especialidad se enfoca a tratar pacientes de violencia homófoba, casi todos y todas vienen con ansiedad crónica, similar a la de las mujeres sobrecargadas e incomprendidas, les preguntas que porqué, y os aseguro que nadie te dirá que por auto incomprensión, te dirán que son amenazados, ridiculizados y rechazados por amigos, familiares, compañeros de trabajo, por la administración y por el sistema sanitario, por su trabajo, etc., el hecho de tener esas etiquetas sociales ya marcan la diferencia social y ésta marca un espacio de vulnerabilidad y violencia” (Doctora en psicología clínica y social, unidad hospitalaria, 9 años de experiencia).

En los casos de los profesionales de asociaciones e instituciones no estatales, los comentarios son más tajantes, directamente referidos al etiquetado social como la “caja de pandora” que extiende todos los males a la sociedad. Curiosa referencia, pues el de Pandora es uno de los mitos más misóginos de la antigüedad, junto con el de Eva y Lilith.

“Cuando nos llaman es por algo, nadie toma la decisión de llamar a una asociación y pedir ayuda psicológica por acoso homófobo, al pasar al especialista médico, se repite una y otra vez la misma historia: te etiquetan de marica y ahí ya empieza el rechazo, los vacíos por parte de la familia, el miedo a que se enteren en el trabajo o en el insti o en la universidad. Aún la gente tiene ese miedo que todos hemos sufrido y que te llega a corroer, te angustias, te deprimes, estás sin ánimo, a eso hay que sumar que España no es el país que se ve en los días del Orgullo, la gente sigue viendo al mariquita y no a la persona” (Voluntario de asociación, 15 años de experiencia, trabaja dirigiendo las llamadas a los expertos psicólogos que trabajan voluntariamente en la asociación).

“Mi hermana no podía con todo, los hijos, el trabajo, los comentarios despreciativos por ser mujer en un entorno laboral de hombres, cayó en depresión severa. Ahora no está, por eso soy voluntaria para acabar con el machismo, y sus efectos en las víctimas de él (silencio), sé que también hay hombres que sufren de estrés y ansiedad y depresión porque son hombres y no cumplen con lo que se espera de ellos, no lo entiendo muy bien, la verdad” (Familiar de víctima de suicidio por depresión, voluntario en una asociación de familiares de víctimas de enfermedades mentales).

“Cualquiera de las categorías que diferencian a un ser humano y que son utilizadas para denigrarlo o dañarlo ya suponen un riesgo público para la salud mental” (Psiquiatra, Voluntaria en una asociación de familiares de víctimas de enfermedades mentales).

Volviendo a la ideología patriarcal de los roles de género binarios, esa diferenciación entre lo que un hombre significa y debe hacer de cara a la sociedad y lo que una mujer significa y debe hacer, está demasiado latente en los comentarios de los familiares de personas que han sufrido estrés crónico, depresión y ansiedad -moderada a crónica-. El hecho del varón sustentador y la inmanencia de la mujer han favorecido la aparición de entornos insalubres para la salud mental de las personas.

“Mi hija no podía cargar con todo, su marido llega tarde del trabajo, no hace nada en casa, ni siquiera recoge la ropa del suelo” (Madre de enferma de ansiedad y estrés crónico durante cinco años, diagnosticada una depresión severa)

“Como hombre no puede aguantar estar en casa sin aportar nada a la familia, es duro ver cómo se enfada cuando alguien le dice que si le parece bien que yo trabaje y él se dedique a la casa” (Esposa de una persona con diagnóstico severo de depresión y ansiedad crónica durante tres años).

“Cuanto más se esforzaba por demostrar que era una súper mami más caía, no podía seguir así, trabajando, cuidando de los niños y a la vez siendo la mujer 10. En su contexto de amigas todas son así, mujeres ansiolíticas, creo que nos estamos pasando un poco con esto de la sociedad de la apariencia y la sociedad de los roles de género, ser mujer no es ser una súper madre y trabajadora cualificada que mantenga la casa y además se mantenga como una modelo” (Esposo de una persona en tratamiento por ansiedad crónica severa y estrés).

“Mi madre cuando salí del armario lo primero que hizo fue hacerme las maletas, me dijo que no era su hija, bien. Me fui. Lo peor, aguantar los reproches de la sociedad por ser lesbiana, ni que eso fuese un delito (silencio), bueno ahora ya no lo es (risas), aguantar la presión social por ser mujer es duro, pues esperan de ti que les cuides, que tengas hijos, que seas sumisa, que no te revoluciones, pero si a eso le unes que eres lesbiana, el problema se agrava y te ahoga, te empequeñece como persona y lo peor entras en el juego de esconderte y ser cada vez más introvertida, así me pasó a mí, con depresión, intento de suicidio, estrés y ansiedad crónica y fobia a salir a la calle” (Mujer de 24 años, ex paciente tratada por ansiedad crónica y depresión).

“Mi hijo no quiere ser chico, porque no le dejan en paz, los y las compañeros y compañeras de clase, los profesores, que esos son los peores, los vecinos hasta su abuela dicen que está loco. No, no está loco es transexual, qué hay de malo en ello, nosotros que somos sus padres le admitimos, al igual que sus hermanos, queremos que sea feliz y que sea lo que quiera ser, no

comprendo tanta polémica social, administrativa, clínica y psicológica, no, no creo que estemos dentro de lo que usted me dice que es salud mental” (Padre de un hijo adolescente transexual).

Las categorías de diferenciación social sexo/genéricas son un hándicap para poder lograr un entorno saludable en materia de salud mental, sea de forma colectiva como individual, sobre todo si estas categorías se usan para lo que fueron creadas: diferenciar.

Esta afirmación es validada por los datos extraídos del grupo de discusión, donde la mayoría de los y las participantes señalaban a las categorías de diferenciación social, que en su mayoría derivan en desigualdad y discriminación social, las culpables de materializar aún más si cabe los roles sexo/genéricos esperados por la sociedad y que se relacionan directamente con el sistema patriarcal.

En el grupo de discusión se incluyeron otras categorías como la raza, la orientación sexual, la condición de nacional o inmigrante, así como la categoría de activo laboral y en paro, como categorías que se entrecruzan con las de género, creando una bola de nieve de diferencias que conllevan a una insalubridad mental, un deterioro del bienestar, tanto físico como mental, de aquellos que son etiquetados. Además de incluir la etiqueta social de pudiente y pobre.

“Si eres mujer, te van a medir con otra vara, te exigen más y si logras algo dirán que lo has ganado con “trampas”, ya me entendéis, ¿no?” (Participante del grupo de discusión, mujer 22 años).

“No solo las mujeres sufren por ser mujeres, a nosotros nos exigen que seamos unos machos, violentos y dominantes (silencio) ¿Qué pasa con los que no queremos ser eso?” (Participante del grupo de discusión, varón 24 años).

“Si eres pobre estás perdido, pero si eres pobre, en el paro, homosexual y negra ya no te levantas del fango, te expulsan de la sociedad, eres nada y normal, como decían en clase mucha gente termina en la calle, deprimida y con un cartón de vino. Creo que está todo explicado, eso no es muy bueno para el coco” (Participante del grupo de discusión, mujer 21 años)

“yo soy inmigrante y he tenido depre porque en clase se metían conmigo, me llamaban panchito, payo pony y demás burradas. En la universidad estás mejor, pero aún así te miran raro, sobre todo si eres gay” (Participante del grupo de discusión, varón 23 años).

“no soy feminazi (entonación de enfado), respétame, pero las tías llevamos la peor parte en esto, te empastillan nada más llegar al médico y...búscate la vida” (Participante del grupo de discusión, mujer 24 años).

A modo de conclusión: las categorías sociales nunca favorecen el bienestar mental de la sociedad.

El título de este epígrafe explica todo. Desde nuestro inicial recorrido por lo que es el género, lo que ha supuesto su encarnación o cristalización sociocultural en perspectiva dual, y sus consecuentes divisiones y asignaciones de roles y actitudes. Hasta la aproximación exploratoria en espacios que tienen que ver con la salud mental y con las diferenciaciones sociales derivadas del sistema sexo/genérico patriarcal, no podemos más que afirmar que la sociedad de hoy en día es una sociedad insalubre mentalmente hablando.

Nos sentimos invadidos por categorías que tienden a dividir a los sujetos, a diferenciarlos y por ello a describirlos y normativizarlos. Son parámetros que hacen de la vida de los sujetos un mundo difícil de alcanzar, pues cada una de esas categorías posee un valor simbólico al capital y al imaginario social colectivo tal, que es difícil de desentrañar y borrar lo que en ellas hace diferentes y desiguales a los sujetos.

La salud mental, que si bien es cierto es uno de los factores importantes para el bienestar de los sujetos sociales, es algo que cada vez se ve más complicado de lograr, tanto en niveles colectivos y globales como individuales y personales.

El porqué radica en una explicación que va más allá de esta pequeña aproximación exploratoria a uno de los factores que la imposibilitan, la clasificación y diferenciación patriarcal sexo/genérica. El porqué está en la propia naturaleza de la sociedad altamente capitalista, la cual para mantener los niveles de consumo-producción precisa de las diferencias sociales para crear sujetos válidos y normativizados y sujetos que no están dentro de una norma que discrimina a más de tres cuartas partes de la población.

Aún así, dejando a un lado los problemas que no podemos resolver, aquellos que nos superan, debemos de pensar en la coeducación, la socialización en valores plurales y el fomento de la diversidad con el fin de mejorar un poco ese bienestar al que todos y todas tenemos derecho, sin importar el género, la orientación sexual y la identidad de género.

Referencias bibliográficas.

ALLUÉ, M. (2013). *El paciente inquieto*. Barcelona, Bellaterra.

ARCE, R. (2015). *Violencia de género*. Madrid, Biblioteca nueva.

- ARENA, A. (2016). *La barbarie silenciosa*. Barcelona, La llave.
- ARESTI, N. (2010). *Masculinidades en tela de juicio*. Madrid, Cátedra.
- ARJONA GARRIDO, Á. (ed.). (2010). *Transitar por espacios comunes. Inmigración, salud y ocio*. Barcelona, Icaria.
- ATENCIO, G. (2015). *Feminicidio*. Madrid, Los libros de la Catarata.
- BARONA, J.L. (2008). *La salud y el Estado*. Valencia, Universitat de València.
- BEAUVOIR, S. (2005). *El segundo sexo*. Madrid, Cátedra.
- BENACH, N. (ed.). (2005). *Inmigración, género y espacios urbanos. Los retos de la diversidad*. Barcelona, Bellaterra.
- BOSCH, E; FERRER, V.A; FERREIRO, V; NAVARRO, C; DE MIGUEL, A. (2013). *Violencia contra las mujeres. El amor como coartada*. Madrid, Anthropos.
- BRAIDOTTI, R. (2015). *Lo posthumano*. Barcelona, Gedisa.
- BRIFFAULT, R. (2016). *La madre*. Barcelona, La Llave.
- BURY, M (ed.). (2003). *The sociology of health and illness*. London, Routledge.
- BUTLER, J. (2006). *Deshacer el género*. Barcelona, Paidós.
- BUTLER, J. (2007). *El género en disputa*. Barcelona, Paidós.
- BUTLER, J. (2008). *Cuerpos que importan*. Buenos Aires, Paidós-Argentina.
- BUTLER, J. (2010). *Mecanismos psíquicos del poder. Teorías sobre la sujeción*. Madrid, Cátedra.
- BUTLER, J. (2015). *Notes toward a performative theory of Assembly*. Boston, Harvard University Press.
- BYUNG-CHUL, H. (2014). *Psicopolítica: Neoliberalismo y nuevas técnicas de poder*. Barcelona, Herder.
- BYUNG-CHUL, H. (2017). *La exposición de lo distinto*. Barcelona, Heder.
- CALVO, Y. (2016). *La aritmética del patriarcado*. Barcelona, Bellaterra.
- CARABÍ, Á. (ed.). *Nuevas masculinidades*. Barcelona, Icaria.

- CASTORIADIS, C. (2013). *La institución imaginada de la sociedad*. Barcelona, Tusquets.
- CONNELL, R.W. (2003). *Masculinidades*. México. D.F, Universidad Nacional Autónoma de México.
- COURGEON, S. (2004). *A la sombra de Lilith. En busca de la igualdad perdida*. Barcelona, Planeta.
- CUENCA PIQUERAS, C. (2017). *El acoso sexual. Un aspecto olvidado de la violencia de género*. Madrid, CIS.
- ESTÉBANEZ, P. (ed.). (2015). *Exclusión social y salud*. Barcelona, Icaria.
- FEDERICI, S. (2004). *El Calibán y la bruja. Mujeres, cuerpo y acumulación originaria*. Madrid, Traficantes de sueños.
- FERNÁNDEZ MARTORELL, M. (2012). *Ideas que matan*. Barcelona, Alfabia.
- FOUCAULT, M. (2009a). *Historia de la sexualidad, I. La voluntad del saber*. México DF, Siglo XXI.
- FOUCAULT, M. (2009b). *El cuerpo Utópico. Las heterotopías*. Buenos Aires. Nueva Visión.
- FOUCAULT, M. (2016). *Enfermedad mental y psicología*. Barcelona. Paidós.
- FOUCAULT, M. (2017). *Del gobierno de los vivos*. Barcelona. AKAL.
- FROMM, E. (2003). *Lo inconsciente social*. Barcelona, Planeta.
- GADAMER, H-G. (2017). *El estado oculto de la salud*. Barcelona, Gedisa.
- GARCÍA BLANCA, J. (2009). *El rapto de Higea. Mecanismos de poder en el terreno de la salud y la enfermedad*. Madrid, Virus.
- GARCÍA CAMPAYO, J; SANZ CARRILLO, C. (2002). Salud mental en inmigrantes: el nuevo desafío. *Medicina Clínica*. 118 (5).P, 187-191.
- GARCÍA ESTÉBANEZ, E. (2008). *Contra Eva*. Barcelona, Melusina.
- GARCÍA XIMÉNEZ. F. (2011). *Reproducción, procreación, sexo. Dieciséis ensayos*. Valencia, València Publicacions.

- GARCÍA, D.J. (2016). *Rara Avis, una teoría queer impolítica*. Barcelona, Melusina.
- GAVILÁN, J. (2016). *Infancia y transexualidad*. Madrid, Catarata.
- GERVAS, J. (2015). *La expropiación de la salud*. Madrid, Libros del Lince.
- GONZÁLEZ GARCÍA, M.I. (2015). *La medicalización del sexo: el viagra femenino*. Madrid, Catarata.
- GUIRAUD, P. (2013). *El lenguaje del cuerpo*. Madrid, Fondo de Cultura Económica.
- LÓPEZ RUIZ, V. (2017). *Salubrismo o barbarie*. Madrid, Atrapasueños.
- MAESTRO, A; GONZÁLEZ DURO, E; RENDUELES, G; FERNANDEZ LIRIA, A; DE LA MATA, I. *Salud mental y capitalismo*. Madrid, Cisma.
- MARTÍN CASARES, A. (comp). (2006). *Antropología del género. Culturas, mitos y estereotipos sexuales*. Madrid, Cátedra.
- MARTÍN-CABELLO, A. (2013). Sobre los orígenes del proceso de globalización. *methaodos.revista de ciencias sociales*. 1(1), p. 7-20
- MARTÍNEZ, A. (2014). *Cómo comercian con tu salud*. Barcelona, Icaria.
- MÉRIDA JIMÉNEZ, R.M. (2016). *Masculinidades disidentes*. Barcelona, Icaria.
- MONCO, B. (2011). *Antropología del género*. Madrid, Síntesis.
- MONEY, J. (1955). Hermaphroditism, gender and precocity in hyperadrenocorticism: Psychologic findings. *Bulletin of the Johns Hopkins Hospital*, 96, p. 253-264.
- MONTESINOS, R (Coord.). (2005). *Masculinidades emergentes*. México DF, UAM-CONACYT.
- MONTILLA, J. (2016). *Enajenadas. Ilustraciones médicas de la locura femenina en el siglo XIX*. Madrid, Brumaria.
- MOORE, R; GILLETTE, D. (1998). *La nueva masculinidad: Rey, Guerrero, Mago y Amante*. Barcelona, Paidós Ibérica.
- MORIANA MATEO, G. (2017). *Las acogidas. Mujeres entre la exclusión social y las violencias machistas*. Valencia, Publicacions de la Universitat de València.

- NASH, M. (2014). *Feminidades y masculinidades. Arquetipos y prácticas de género*. Madrid, Alianza Editorial.
- NIETO, J.A. (ed.). (2003). *Antropología de la sexualidad y diversidad cultural*. Madrid, Talasa ediciones.
- PÉREZ, P. (2008). *Del texto al sexo. Judith Butler y la performatividad*. Madrid, Egales.
- PLATERO MÉNDEZ, L. (2014). *Trans*sexualidades*. Barcelona, Bellaterra.
- PRECIADO, P.B. (2007). *Biopolítica del Género*. Buenos Aires, Ají de pollo.
- PRECIADO, P.B. (2008). *Testo Yonki*. Madrid, Espasa Calpe.
- PRECIADO, P.B. (2010). *Pornotopía. Arquitectura y sexualidad en "Playboy" durante la Guerra Fría*. Barcelona. Anagrama.
- PRECIADO, P.B. (2016). *Manifiesto contra sexual*. Barcelona, Anagrama.
- RAMÍREZ RODRÍGUEZ, J.C. (2009). *Masculinidades. El juego de género de los hombres en el que participan las mujeres*. México DF, Plaza y Valdés.
- ROCHE RODRÍGUEZ, M. (2017). *Madre mía que estás en el mito*. Madrid, Silex.
- SABIDO, O. (2012). *La construcción del extraño*. Madrid, Sequitur.
- SALAZAR BENÍTEZ, O. (2013). *Masculinidades y ciudadanía. Los hombres también tenemos género*. Madrid, Dykinson.
- SEGATO, R.L. (2017). *Las lecturas elementales de la violencia*. Madrid, Prometeo.
- TALARN, A. (comp). (2007). *Globalización y salud mental*. Barcelona, Herder.
- THACKERAY, W.M. (2005). *Perspectivas de género en salud*. Madrid, Minerva Ediciones.
- TUBERT, S. (2003). *Del sexo al género: los equívocos de un concepto*. Madrid, Cátedra.
- VALCUENDE, J.M. (2004). *Hombres, la construcción cultural de las masculinidades*. Madrid, Talasa.
- WILKINSON, R. (2001). *Las desigualdades perjudican: jerarquías, salud y evolución humana*. Madrid, Crítica.