

Trayectorias en el conocimiento sobre mujeres y psicofármacos: desafíos para la investigación en salud

Trajetórias no conhecimento sobre mulheres e medicamentos psicotrópicos: desafios para a pesquisa em saúde

Trajectories in knowledge about women and psychotropic drugs: Challenges for health research

Adriana Rodríguez Fernández¹, Zulma Consuelo Urrego Mendoza¹

DOI: 10.1590/2358-2898202615111616E

RESUMEN Este ensayo aborda la relación entre las mujeres y los psicofármacos como problema de conocimiento científico con el propósito de discutir sus principales trayectorias y desafíos. La metodología consiste en una revisión crítica de la literatura científica sobre los sesgos de género en salud mental, los diferenciales de género en psicofármacos y el estudio de su prescripción a mujeres durante la última década. A partir de un enfoque analítico-reflexivo, se argumenta que en el corpus de conocimiento más reciente se entrelazan cuatro trayectorias: la perspectiva biomédica, el enfoque en el riesgo, el enfoque en la salud reproductiva y la perspectiva de desigualdad de género. Se sostiene que persisten sesgos de género en la comprensión del fenómeno, lo que muestra que este ha sido un asunto controvertido, atravesado por debates teóricos y éticos que sugieren desafíos fundamentales para la investigación en salud mental de las mujeres.

PALABRAS CLAVE Salud y género. Salud mental. Psicotrópicos. Conocimiento.

RESUMO Este ensaio aborda a relação entre mulheres e drogas psicotrópicas como um problema do conhecimento científico, a fim de discutir suas principais trajetórias e desafios. A metodologia consiste em uma revisão crítica da literatura científica sobre vieses de gênero em saúde mental, diferenciais de gênero em medicamentos psicotrópicos e o estudo de suas prescrições para mulheres na última década. Com base em uma abordagem analítico-reflexiva, argumenta-se que, no corpo de conhecimento mais recente, quatro trajetórias estão entrelaçadas: a perspectiva biomédica, o foco no risco, o foco na saúde reprodutiva e a perspectiva da desigualdade de gênero. Argumenta-se que os vieses de gênero persistem na compreensão do fenômeno, mostrando que ele tem sido uma questão controversa, atravessada por debates teóricos e éticos que sugerem desafios fundamentais para a pesquisa em saúde mental feminina.

PALAVRAS-CHAVE Saúde de gênero. Saúde mental. Psicotrópicos. Conhecimento.

ABSTRACT This essay addresses the relationship between women and psychotropic drugs as a problem of scientific knowledge in order to discuss its main trajectories and challenges. The methodology consists of a critical review of the scientific literature on gender biases in mental health, gender differentials in psychotropic drugs and the study of their prescription to women during the last decade. Based on an analytical-reflexive approach, it is argued that in the most recent body of knowledge, four trajectories are intertwined: the biomedical perspective, the focus on risk, the focus on reproductive health and the gender inequality perspective. It is argued that gender biases persist in the understanding of the phenomenon, showing that it has been a controversial issue, crossed by theoretical and ethical debates that suggest fundamental challenges for research in women's mental health.

KEYWORDS Gender and health. Mental health. Psychotropic drugs. Knowledge.

¹Universidad Nacional da
Colômbia (Unal) – Bogotá,
Colômbia.
arodriguezfe@unal.edu.co

Introducción

A lo largo de este ensayo nos centraremos en la relación entre mujeres y psicofármacos como problema de conocimiento, con el objetivo de discutir las principales trayectorias en el estudio más reciente de la prescripción de antidepresivos y ansiolíticos a mujeres. Tradicionalmente, el abordaje de los síntomas relacionados con la depresión y la ansiedad se ha ubicado en el tratamiento de la enfermedad mental, que, como es bien sabido, ha sido un asunto ampliamente debatido en los dos últimos siglos; según Lánteri-Laura¹, su origen ha estado vinculado a la representación social de la locura y a cierta adecuación de la medicina a ella. Desde la concepción de la locura como hecho sobrenatural en la época arcaica, pasando por su naturalización en la medicina griega, su racionalización en el siglo XVII, hasta su constitución bioquímica a partir del siglo XX, lo que hoy conocemos como enfermedad mental ha sido el resultado de la confrontación de creencias, nociones y prácticas. Asimismo, el mismo estatus científico de la psiquiatría ha sido objeto de debate^{2,3}.

Si bien no será nuestra intención ahondar en dicho debate, resulta fundamental reconocer que la problematización de la relación entre género y psicofármacos no puede desligarse de una mirada histórico-crítica que dimensione el nexo entre el desarrollo de las terapéuticas psiquiátricas y los sesgos subyacentes a la comprensión de la enfermedad mental en las mujeres, develando en qué medida éstos han influido en su estudio. Aclaramos que el uso del término ‘enfermedad mental’ es consecuente con la literatura citada, pero no excluye su propia problematización.

De acuerdo con Caponi et al.⁴, los sesgos de género en la psiquiatría son inherentes a sus orígenes a finales del siglo XVIII; no obstante, la mayoría de la investigación sobre las desigualdades de género en los diagnósticos psiquiátricos sostiene que sus causas son naturales y biológicas y, por lo tanto, inevitables. Contrariamente, sabemos que tanto los

diagnósticos como las prácticas terapéuticas no solo se han ido ajustando al pensamiento de la época y a los giros epistemológicos, sino que responden a nociones de salud-enfermedad, normalidad- anormalidad, construidas sobre fundamentos morales, culturales y políticos. Del mismo modo, la investigación científica, en tanto práctica social, no es impermeable a estas inscripciones históricas.

Las intersecciones entre género y salud mental se enmarcan en un espacio transdisciplinario de carácter complejo, en permanente tensión y construcción de actores, conocimientos, prácticas y tecnologías⁵. Partiendo de la premisa de que la investigación en salud se inserta en dicho espacio, siendo, al mismo tiempo, un campo en el que convergen múltiples saberes, corrientes de pensamiento y disciplinas, nos propusimos identificar las principales trayectorias en la comprensión de la prescripción de psicofármacos mediante una revisión crítica de la literatura científica, con énfasis en los estudios publicados en el período 2014-2024. Procuramos mostrar cómo este ha sido un asunto controvertido, atravesado por debates tanto teóricos como éticos que derivan en una serie de desafíos para el estudio de la salud mental de las mujeres.

Enfoque metodológico

Este es un ensayo teórico-reflexivo basado en una revisión crítica de la producción de conocimiento científico sobre la relación entre mujeres y psicofármacos. La revisión crítica es entendida como un enfoque distintivo en la síntesis de conocimiento, cuya naturaleza analítica-interpretativa y reflexiva trasciende el plano descriptivo, permitiendo identificar las fortalezas, debilidades, controversias, contradicciones, limitaciones y vacíos en el conocimiento científico en un área en particular, siendo especialmente relevante en el campo de la salud⁶. Bajo este enfoque, se pretende desarrollar una mirada crítica sobre las principales trayectorias en el abordaje de

la prescripción de psicofármacos a mujeres como objeto de conocimiento.

El procedimiento implicó, en primera instancia, la recopilación de literatura sobre los tópicos de sesgos de género en salud mental y diferenciales de género en psicofármacos mediante la técnica de rastreo bibliográfico. Con base en los criterios de pertinencia teórica y aporte al campo del conocimiento se priorizaron investigaciones historiográficas y estudios pioneros sobre el tema, incluyendo fuentes latinoamericanas, sin pretensión de exhaustividad.

En segunda instancia, se realizó una búsqueda sistemática de artículos científicos sobre la prescripción de psicofármacos a mujeres en distintas bases de datos (PubMed, Scopus, Embase y LILACS). Se incluyeron para el análisis los estudios publicados entre 2014 y 2024, en español, portugués e inglés, disponibles a texto completo, y que cumplieran los criterios de calidad metodológica, pertinencia de los resultados y aporte al campo del conocimiento. El análisis crítico del corpus documental seleccionado se basó en tres preguntas fundamentales: 1) ¿Cuáles son las principales orientaciones teórico-metodológicas del estudio?, 2) ¿Qué debates o tensiones sugieren? 3) ¿En qué medida se expresan los sesgos de género? Dichas preguntas nos permitieron tanto la identificación de las principales trayectorias del conocimiento sobre la relación entre mujeres y psicofármacos, como la discusión de sus principales controversias, limitaciones y desafíos.

Como punto de partida, abordaremos los sesgos de género en la comprensión de la enfermedad mental en las mujeres, por medio de un breve recorrido en el que pretendemos enlazar el surgimiento y la expansión de la intervención psicofarmacológica, así como, las primeras aproximaciones al estudio de sus diferenciales de género. Posteriormente, a la luz de la producción científica reciente, discutiremos las cuatro trayectorias identificadas en el conocimiento sobre la relación entre mujeres y psicofármacos: la perspectiva

biomédica, el enfoque en el riesgo, el enfoque en la salud reproductiva y la perspectiva de desigualdad de género.

Mujeres, enfermedad mental y psicofármacos: una breve mirada a los sesgos de género

Tal como afirman García y Pérez, “médicos y psicólogos varones de diferentes épocas han construido la locura y la feminidad de forma ‘especular’”⁷⁽¹⁴⁹⁾, lo que guarda estrecha relación con el lugar de los sesgos de género en la construcción del conocimiento científico, expresados no solo en la exclusión de las mujeres como sujetas epistémicas, sino también en la justificación de concepciones que reproducen relaciones de poder sexo-genéricas⁷. En relación con el campo de la salud, diversas autoras han analizado cómo dichos sesgos se manifiestan, tanto en la investigación como en la práctica médica, mediante el desarrollo de teorías que reproducen las ideas de inferioridad femenina, de debilidad intrínseca en su salud^{7,9-11} y, como veremos más adelante, su supuesta proclividad a la enfermedad mental.

En la historia de la medicina occidental, las terapéuticas se han transformado según las representaciones hegemónicas de la naturaleza humana, así como de la feminidad y la masculinidad en cada contexto sociohistórico¹². Los relatos históricos nos muestran que, en el caso de las mujeres, la comprensión de la enfermedad ha estado ligada a mitos, creencias y concepciones relacionadas principalmente con la sexualidad patológica y la inferioridad mental. Tanto los registros más antiguos de la medicina egipcia, como el corpus hipocrático, concebían sus alteraciones de salud como patologías uterinas, apelando a una supuesta inferioridad física y social¹³.

Galeno atribuía al útero la causa de las convulsiones y paroxismos en las mujeres, denominando ‘sofocación de la madre’ a lo que

antes había sido interpretado como ‘posesión demoniaca’; se consideraba que se trataba de irregularidades del útero que ocasionaban vapores fluctuantes en el cuerpo, los cuales provocaban alteraciones en las extremidades, el abdomen y el cerebro². No es casual que el término histeria provenga de la raíz griega ‘*hystera*’ (útero), ni tampoco que sus primeros tratamientos incluyeran desde prácticas físicas como purgas, baños de agua fría, fármacos tradicionales, extirpación de ovarios o cauterizaciones, hasta prácticas morales como la prescripción del matrimonio^{7,13,14}. Las llamadas histéricas “fueron estigmatizadas de modo muy similar al que lo habían sido las ‘brujas’ [...] cambió el diagnóstico, pero se mantuvo la misoginia”²⁽³⁶⁻³⁷⁾.

Bajo la influencia del racionalismo científico del siglo XVII, tanto las explicaciones sobrenaturales como las basadas en la teoría humoral fueron poco a poco desplazadas por conceptos médicos que dotaban a la locura de una etiología orgánica², una nueva interpretación somática que situaría al sistema nervioso como objeto de estudio. Empero, hasta el surgimiento de la psiquiatría moderna con Pinel en 1798, las causas de la alienación mental en las mujeres continuaban asociándose con procesos biológicos como la menstruación, el embarazo, el parto y la menopausia⁴, al considerar su fisonomía como “terreno natural de disposición nerviosa”¹⁵⁽²³⁵⁾. En el siglo siguiente, dicha asociación parecería inalterada; como describe Giberti¹³, en 1858 Isaac Baker propuso a la Sociedad Médica de Londres la ablación del clítoris para tratar las consecuencias de la ‘excitación periférica’, entre ellas la histeria, la epilepsia y los trastornos convulsivos.

La práctica del asilamiento psíquico se extendió durante el siglo XVIII, legitimándose el confinamiento de quienes habían transgredido normas del orden social³, aunque, desde mucho antes, las mujeres eran encerradas en manicomios por voluntad de sus maridos. Según Chesler¹⁶, en el siglo XVII, salas especiales de la Salpêtrière, primer manicomio de Francia, se reservaban para

prostitutas, mujeres embarazadas, mujeres pobres y niñas. Los manicomios representaron para las mujeres una larga historia de abusos, diagnósticos superpuestos y tratamientos intensivos y prolongados¹⁶. Distintas aproximaciones historiográficas se han referido a los diagnósticos y las prácticas psiquiátricas hasta inicios del siglo XX en Latinoamérica, sin pretender ser exhaustivas, puntualizaremos algunos hallazgos relevantes. López¹⁷ encontró significativas diferencias en las formulaciones etiopatogénicas y tratamientos según el sexo de los pacientes del Manicomio General en México. Por su parte, Flores¹⁸ mostró que las historias clínicas del Hospicio Nacional de Locos en Costa Rica consignaban que las mujeres habían transgredido límites sociales:

[...] la mayor parte fueron clasificadas como maníacas, que era la nosología que permitía agrupar ‘estados de exaltación y violencia’ que se oponían a la disciplina y racionalidad social, así como a los modelos de comportamiento recatado y silente inscritos en la feminidad¹⁸⁽¹⁸¹⁻¹⁸²⁾.

Ospina constató que, desde la fundación del Asilo de Locas de Bogotá, autoridades apelaron a su ‘notable daño al buen servicio’:

[...] la incapacidad física, los roles de la mujer en la esfera doméstica y la inescrutable sexualidad femenina, determinaban en buena medida los diagnósticos médico-psiquiátricos¹²⁽³¹⁰⁾.

También Garzón develó esta relación entre el deber ser femenino y los diagnósticos en el mismo asilo: “aquellas mujeres reticentes a las labores domésticas y de cuidado, enfermedades mentales, eran objeto de encierro”¹⁴⁽⁴⁸⁾. Resulta importante precisar que el capitalismo del siglo XIX había ratificado la posición social de la mujer como madre y servidora¹⁹; a su vez, las ideas degeneracionistas y eugenésicas otorgaron al cuerpo femenino la función de saneamiento físico y moral de la población por medio de la reproducción¹⁵. En consecuencia,

el discurso médico hegemónico revalorizaba dicha función.

Durante su apogeo en el siglo XIX, la frenología no solo intentó probar la anormalidad cerebral de los ‘locos’², sino también determinar la madurez intelectual de las mujeres a partir de su volumen craneal²⁰. Médicos como Paul Moebius (1900) se apoyaban en esta para respaldar la idea de la inferioridad mental femenina y la sexualidad patológica. Cuestiones que

[...] ponen en evidencia que la preocupación por medir y pesar cerebros, el interés obsesivo de la psiquiatría por multiplicar y clasificar las locuras femeninas, constituyen hechos claramente políticos⁴⁽⁷⁾.

Aunque existían tensiones entre la psiquiatría biológica y la mentalista, para 1920 se habían introducido las terapias de sueño prolongado, los tratamientos de choque, como la insulino-terapia y la terapia electroconvulsiva, que, como afirma Porter, “gozaron de un peligroso prestigio”²⁽¹⁸⁹⁾. Dirigidas tanto a hombres como a mujeres, existen registros de que en estas últimas se aplicaban con fines reguladores, para evitar la excitación y disminuir el erotismo¹⁵. En el caso del Asilo de Locas de Bogotá, se documentó también el uso de los abscesos de fijación para desviar las crisis delirantes mediante el dolor severo provocado por inyecciones de trementina o petróleo¹².

Hacia los años treinta, la psicocirugía empezaba a posicionarse y la lobotomía se presentaba como beneficiosa para restituir la sumisión y la adaptabilidad de los pacientes^{2,3,21}; estas prácticas funcionarían como “tecnologías de domesticación del desorden patológico, que, en lo femenino, era doble: por la enfermedad misma y por la condición ‘natural’ de la mujer”¹²⁽³¹⁵⁾. Más adelante, los laboratorios introducirían una nueva generación de fármacos antipsicóticos, ansiolíticos y antidepresivos, cuyo uso se extendió rápidamente en los asilos y manicomios. Aun sin existir pruebas científicas concluyentes

sobre las causas cerebrales de sus síntomas²¹, los nuevos psicotrópicos representaron una esperanza tanto para resolver los problemas del modelo asilar, como para elevar el estatus médico de la psiquiatría². Sus implicaciones no dejan de ser paradójicas, pues sustituyeron el peligroso uso de los barbitúricos y constituyeron una alternativa a las terapias de choque, lo que representó la posibilidad del tratamiento extramuros.

Pero, tal fue la expansión de los psicotrópicos que, en los años sesenta, el *Valium* había llegado a ser el fármaco más recetado en todo el mundo²¹. En la siguiente década, una de cada cinco mujeres estadounidenses usaba tranquilizantes menores², y las mujeres constituían la imagen principal de la publicidad farmacéutica²². De acuerdo con Rose³, los anuncios en revistas médicas se enfocaban más en sus beneficios sociales que en su acción neuroquímica; con un marcado sesgo de género, la expresión popular ‘los pequeños ayudantes de la madre’ se usaba para referirse a los ansiolíticos en esa época. Al respecto, Ettorre y Riska subrayaron lo descrito por Fisher:

Las mujeres, tratando de romper las expectativas de los roles sexuales, no tenían que ser declaradas enfermas mentales y confinadas en instituciones mentales, como en el pasado. Tenían la posibilidad de ser mantenidas dóciles, domesticadas u obedientes con la ayuda de drogas psicotrópicas²²⁽¹⁵³⁾.

Inicialmente, el asunto de los psicofármacos no suscitó grandes inquietudes; por el contrario, se concebía como un tratamiento más humanizado²². No obstante, para los años setenta ya constituía una preocupación, lo cual no puede desvincularse de la crítica al proceso de medicalización, que surgió inicialmente en la sociología y pronto se extendió a otras disciplinas. ‘La medicina como institución de control social’, artículo publicado por Irving Zola en 1972, fue el primero en usar el término medicalización desde el campo de la sociología médica; otras ideas tempranas al respecto fueron trabajadas por

Pitts (1968), Ilich (1975), Conrad (1975) y Foucault (1974, 1976)²³. En esa misma década, también teóricas feministas como Ehrenreich y English (1973) utilizaron la noción de medicalización para referirse al control médico sobre la salud reproductiva de las mujeres, así como, Barrett y Roberts (1978) para analizar la experiencia de las mujeres en la medicina general y la reproducción de roles de género²³.

Para inicios de los años ochenta, el consumo y la prescripción de psicotrópicos se habían instaurado como problema de conocimiento para las ciencias sociales. Aunque tempranamente se reconoció su uso más frecuente en las mujeres, no fue sino hasta la siguiente década cuando se profundizó su estudio desde la perspectiva de género. Precisamente, 'Gender Moods. Psychotropics and Society' de Ettorre y Riska²² fue el primer análisis feminista que argumentó que las categorías médicas en la comprensión del problema resultaban insuficientes sin la categoría de género. Según las autoras, la ausencia de esta última respondía a que el cuerpo había sido objeto exclusivo de la ciencia biomédica y a que la perspectiva funcionalista predominaba en el estudio sociológico de la enfermedad y del comportamiento sanitario.

Ettorre y Riska²² expusieron que el discurso médico, reivindicado por la farmacología, individualizaba el problema como un uso indebido, cuyas tasas de prevalencia, ya interpretadas como asunto de salud pública, ameritaban intervenciones centradas en los servicios de salud, pero no cambios estructurales. Por otra parte, el discurso sociológico enfatizaba la crisis de la medicina y sus consecuencias para la salud pública, sobresaliendo dos tendencias: la del control social y la del uso excesivo de psicofármacos como problema social. La primera se enfocaba en la medicalización de la vida cotidiana, pero fue criticada por la ausencia de una teoría de la agencia social; la segunda concebía el comportamiento social en un continuo entre la desviación y la normalidad, entendiendo las diferencias de género como una transgresión de la mujer consumidora de psicotrópicos.

Sin embargo, ambos discursos no eran del todo opuestos, sino que coincidían en un enfoque centrado en el individuo que neutralizaba el género, las relaciones de poder y la transformación estructural²². Mostraban, además, un carácter dualista, pues ponían el énfasis en el usuario o en el proveedor de psicotrópicos, invisibilizando otros actores sociales como las compañías farmacéuticas y los medios de comunicación. Aunque en la perspectiva sociológica se había introducido el análisis de factores estructurales, así como de los significados sociales y simbólicos desde el construccionismo social, Ettorre y Riska²² concluyeron que esta visión no solo seguía siendo individualizada al desatender cuestiones como la raza y la clase, sino que sus categorías resultaban insuficientes para dar cuenta de los diferenciales de género en el uso y la prescripción de psicofármacos.

Más de una década después, una amplia producción científica se ha aproximado al estudio de tales diferenciales de género, apuntando a lo que pareciera ser una constante en diversos contextos: las mujeres son las principales receptoras de antidepresivos y ansiolíticos²⁴⁻³⁷. A su vez, se constata que estas presentan períodos de uso más prolongados²⁴, una mayor frecuencia de duplicidad terapéutica y de interacciones graves²⁸ y mayor prescripción en la atención primaria en salud^{35,38-40}. En nuestro análisis de las publicaciones académicas más recientes, identificamos cuatro trayectorias principales, las cuales no se conciben como únicas ni estáticas, sino como articuladas entre sí y dan cuenta de las continuidades y discontinuidades en el abordaje de la salud mental de las mujeres como objeto de conocimiento.

La perspectiva biomédica

La mayoría de la literatura científica de la última década mantiene la tendencia señalada por Ettorre y Riska²² en los años noventa, pues prevalecen estudios epidemiológicos cuyos intereses centrales radican en la estimación de

la prevalencia, la descripción de los patrones de prescripción y las características socio-demográficas de las usuarias. Aunque estos aspectos podrían ser importantes para evidenciar el incremento en las tasas de prescripción y sus diferenciales de género según el tiempo y el lugar, buena parte de las explicaciones derivadas de la epidemiología tradicional y multicausal resultan, en principio, discutibles, en tanto muestran relatos unidimensionales del fenómeno²², y en su vinculación con la biomedicina, tienden a esencializar lo social en lo biológico.

De acuerdo con Linardelli⁴¹, el modelo biomédico ha configurado un saber hegemónico en el campo de la salud mental, que, entre otras cuestiones, se sustenta en las investigaciones farmacológicas. En ese sentido, resulta evidente que sus marcos han sido limitados para comprender a fondo las razones asociadas a la mayor prescripción de psicofármacos a mujeres, privilegiando justificaciones basadas en la mayor prevalencia de la depresión y la ansiedad en ellas, cuya medicación, según Bielli et al.⁴², sería la respuesta técnicamente esperable:

[...] la perspectiva biomédica ha contribuido a la instalación de explicaciones naturalistas y esencialistas de los patrones diferenciales de género en el consumo de psicofármacos como consecuencia lógica de una concepción neutral – que no tiene en cuenta las inequidades de género – de las dolencias mentales⁴²⁽²⁾.

No solo es debatible la hipótesis de una mayor morbilidad psiquiátrica en las mujeres, sino también el hecho mismo de centrar su análisis en criterios diagnósticos que, además de haber sido cuestionados en su validez científica, reproducen sesgos y prejuicios de género⁴. Así, sus supuestos se sostienen en paradigmas tradicionales en salud mental ampliamente criticados por su carácter esencialista, como el modelo psicopatológico, que sugería que todas las mujeres tienen cierto grado de ‘locura’, o el modelo emotivo-sensible, que asumía que estas solo son saludables si logran alcanzar el

equilibrio¹⁹. El énfasis en los factores hormonales¹⁹ y la asociación con factores genéticos o endocrinos sin pruebas concluyentes⁴³ han sido otros de los elementos debatidos. Por tanto, el predominio de la perspectiva biomédica en el estudio de la relación entre mujeres y psicofármacos nos sugiere la persistencia de la idea de que los problemas de salud mental de las mujeres son constitutivamente biológicos²².

Pese a que estudios recientes desde esta perspectiva hacen referencia al género, este resulta únicamente expresado como una variable sociodemográfica; así, la interpretación del género se limita a la distribución de la morbilidad por sexo, equiparando sexo y género en una variable cuantificable, y no considerándolo como una categoría de análisis. Observamos, además, que la prescripción de psicofármacos se aborda como un problema vinculado a la esfera individual de las mujeres y a sus características particulares, mientras que esta relación no llega a ser problematizada; al decir de Caponi et al.⁴⁽²⁾ “se acumulan datos cuantitativos que contribuyen a naturalizar la brecha de género como un simple dato estadístico, objetivo e incuestionable”.

El enfoque en el riesgo

Entrelazada con la perspectiva biomédica, identificamos una segunda trayectoria cuyo interés particular es la definición del perfil de las usuarias de psicofármacos y de los factores de riesgo asociados a una mayor prescripción, entre los cuales se señalan la edad⁴⁴⁻⁴⁷, la condición económica^{46,48}, la peor calidad de vida³⁹, las condiciones previas de salud mental^{45,46,48-51}, la peor salud física^{52,53}, el uso de tabaco y alcohol^{49,52}, la comorbilidad obstétrica^{49,54} y la condición de obesidad⁵². Más allá de que sus resultados obedezcan a una lógica probabilística, no sean concluyentes o presenten discrepancias entre sí, resulta debatible la definición de ‘un perfil’ de mujer usuaria de psicofármacos. A todas luces, se trata de una visión reduccionista de un fenómeno

mucho más complejo, a lo que se suma que el conjunto de los denominados factores de riesgo se inserta en la esfera de lo individual, principalmente asociada al estilo de vida de las mujeres, lo que conduce a señalarlas como las únicas responsables.

Otros elementos entran en tensión, por un lado, se considera que la sobremedicación con psicofármacos puede acarrear riesgos para las mujeres – los cuales, finalmente, resultan indeterminados o poco estudiados –; por otro, se advierte el riesgo de las condiciones de salud mental no tratadas, por lo que se asume como imperativa la intervención farmacológica. García y Pérez⁷ explican que la conceptualización de riesgos como enfermedades constituye una de las modalidades de la invención científica de ‘enfermedades mentales femeninas’. Paralelamente, se ha reconocido la tendencia a medicalizar casi todas las etapas del ciclo vital de las mujeres¹¹.

En relación con lo anterior, Mitjavila⁵⁵ sostiene que la investigación empírica ha mostrado que ciertas fases del ciclo vital se han convertido en factores de riesgo bajo una perspectiva médica. La autora resalta que la expansión del riesgo como un mecanismo de conocimiento y de poder en la gestión de problemas en el campo médico-sanitario, tiene entre sus características la institucionalización de la toma de decisiones en función de la probabilidad de éxito y no de lo que realmente sucede o sucederá, así como su instrumentalización universal para la resolución de problemas de naturaleza social⁵⁶.

Vemos, entonces, que en cierta producción científica sobre la relación entre mujeres y psicofármacos subyace la lógica del riesgo como respuesta a un fenómeno social complejo, la cual, como describe Mitjavila, estaría más vinculada a racionalidades o patrones culturales que ordenan las respuestas sociales que a la prevalencia real de amenazas:

[...] las afirmaciones científicas sobre el riesgo suelen ocultar, tras una cortina de términos técnicos, un conjunto de creencias sociales,

valores o ideales políticos que, debido a su sintaxis inaccesible, resisten cualquier forma de oposición⁵⁶⁽¹³³⁻¹³⁴⁾ (traducción propia).

Claramente, desde este enfoque, resultaría justificable la prescripción de psicofármacos a mujeres que encarnan aquellos factores de riesgo determinados mediante cálculos estadísticos, lo que, a su vez, reproduce un discurso despolitizado acerca del problema⁵⁶. Este enfoque preventivo guarda una estrecha relación con el proceso de medicalización⁵⁷ y puede generar frecuentes daños iatrogénicos⁵⁸.

El enfoque en la salud reproductiva

Valls¹¹ sostiene que la salud de las mujeres se ha reducido a la salud reproductiva. Como veíamos inicialmente, en estas la enfermedad mental ha estado asociada a la sexualidad y la reproducción. En el pasado, se registró el uso diagnóstico de ‘locura de embarazo’ y ‘locura puerperal’ en pacientes asiladas¹². Aunque dichas terminologías carecen de vigencia, el sesgo de género persiste en la medicalización de experiencias como la menstruación, el embarazo y la maternidad, ahora bajo nuevas terminologías diagnósticas; un ejemplo es el denominado trastorno disfórico premenstrual, cuyo tratamiento médico con antidepresivos como la fluoxetina ha sido avalado por la FDA¹¹. Por otro lado, este sesgo reproductivo está también latente en la patologización del deseo de no maternar o de no poder asumir esta función según lo socialmente esperado, tal como mostraron Bianchi y Sabin⁵⁹ en los motivos de internamiento de mujeres en un hospital neuropsiquiátrico en Argentina.

No sorprende que la prescripción de antidepresivos y ansiolíticos relacionada con la salud reproductiva sobresalga como trayectoria en la literatura científica reciente; son frecuentes las mediciones de su prevalencia en mujeres durante el embarazo, el posparto, el periparto y el puerperio^{44-46,59-62}, así como, la descripción

de sus patrones de prescripción^{49-51,54,63-68}. En sus planteamientos se mencionan preocupaciones tales como el incremento en el uso de psicofármacos en mujeres gestantes^{47,49,60,69}, el uso de psicofármacos en mujeres en edad fértil⁵⁴, y el aumento en la prevalencia de la depresión durante el embarazo y el posparto^{64,69}. Estos dos últimas preocupaciones resultan discutibles, en tanto pareciera asumirse la maternidad como destino para todas las mujeres, y la depresión como inherente a la experiencia del embarazo y el posparto, siendo los psicofármacos una respuesta inevitable.

Si bien algunos estudios presentan el consumo de psicofármacos durante la gestación como un asunto sobre el que existe poco consenso médico, el aumento en su prescripción tampoco es objeto de un análisis crítico. Por el contrario, identificamos lógicas atribuibles al riesgo, entre las cuales se destaca la depresión prenatal como un riesgo para el desarrollo fetal⁶⁴, los trastornos de salud mental no tratados como un riesgo para el desarrollo del neonato^{63,65,66} y la depresión posparto como un riesgo para el desarrollo durante la niñez^{46,64,70}. Pareciera más bien que el foco de interés no es la salud de las mujeres como tal, sino el riesgo de que estas no cumplan con la función materna, lo que evidencia un reduccionismo reproductivo que permea la investigación y las prácticas terapéuticas dirigidas a las mujeres.

La perspectiva de la desigualdad de género

En los últimos años, esta trayectoria ha tenido una mayor presencia en la producción científica sobre mujeres y psicofármacos. A partir de las perspectivas tanto de las usuarias como de los sujetos prescriptores, ha abordado los sesgos de género en los diagnósticos, tratamientos y prácticas médico-psiquiátricas^{25,42,59,71}, profundizando, además, en la experiencia de mujeres en condiciones de vulnerabilidad, como el encierro psiquiátrico, la privación

de libertad y la violencia^{59,71,72}. Estos aportes se circunscriben a los estudios feministas y de género, los cuales han constituido una contribución crítica fundamental frente a la perspectiva biomédica hegemónica⁴¹.

Siguiendo a Bianchi y Sabin, la categoría género ha permitido

[...] dar cuenta de modos diferenciales en los que se enlazan fármacos, enfermedades o trastornos, e identidades, y cómo operan en diferentes segmentos de población, en función de construcciones binarias de sexo femenino y masculino⁵⁹⁽⁴⁾.

Asimismo, ha posicionado la patologización de los malestares derivados de la desigualdad de género¹⁹, señalando que las nociones tradicionales de salud-enfermedad no permiten dimensionar el sufrimiento que genera la subordinación material y simbólica de las mujeres²⁵.

Como puntualizaron Ettore y Riska²², la perspectiva de género desafió hipótesis dominantes como la de una mayor morbilidad psiquiátrica en las mujeres, la hipótesis de la compatibilidad, que defendía el rol sexual femenino como más compatible con el rol de enfermo, la hipótesis de las mujeres expresivas, que asociaba su mayor expresión emocional con la susceptibilidad a la medicación, y la hipótesis de la sustitución, que explicaba el menor consumo de psicotrópicos en varones a partir del consumo de otras drogas. De igual manera, reconoció los problemas conceptuales del marco de los roles sexuales, entre ellos, su dimensión fija y estereotipada, la reducción a condiciones biológicas o presociales, la normalización de la peor salud en las mujeres y su proclividad a requerir psicofármacos.

Sin embargo, algunos planteamientos vinculados a esta perspectiva podrían resultar debatibles, ya que, al esencializar características o condiciones comunes a todas las mujeres, corren el riesgo de que la prescripción de psicofármacos sea asumida como inevitable. Por ejemplo, el denominado ciclo del consumo de

psicofármacos en las mujeres, descrito por Molina y Cantos⁷³, explica que los malestares de género se expresan en el contexto sanitario y que el personal médico receta fármacos que permitirían a las mujeres seguir cumpliendo con roles y mandatos, lo que finalmente puede conducir a la justificación de la intervención farmacológica ante una condición de naturaleza social y no médica. En ese mismo sentido, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha reconocido que las cargas sociales impuestas a las mujeres “las exponen a un mayor riesgo de padecer trastornos mentales y del comportamiento”⁷⁴, pero, desde su apego al enfoque biomédico, se patologiza una situación social sin cuestionar el poder médico sobre las mujeres, a la vez que se omiten otras condiciones de opresión, como la clase social, la raza, la etnia, entre otras. De modo que coincidimos con otros planteamientos que reconocen que la complejidad y la conflictividad del campo de la salud mental de las mujeres demandan la inclusión de enfoques feministas sustentados en la interseccionalidad y la diversidad de las condiciones de vida de las mujeres^{41,43,59}, los cuales han tenido un desarrollo aún incipiente en el conocimiento sobre la relación entre mujeres y psicofármacos.

Conclusiones

Nuestra intención de examinar el abordaje científico de la relación entre mujeres y psicofármacos, nos ha conducido, indefectiblemente, a visibilizar las conexiones históricas, continuidades y discontinuidades, controversias y tensiones que se mantienen en la producción de conocimiento sobre los procesos de salud-enfermedad mental de las mujeres. Tal como mostramos, los estudios de género y feministas han develado la matriz sexista que atraviesa su comprensión y la manera en que los sesgos de género han influido en las prácticas terapéuticas, en la definición de objetos de estudio y en los modos de aproximarse a ellos. Estas comprensiones y prácticas se han

articulado en el campo de la salud pública, en la atención en hospitales psiquiátricos y en unidades de atención primaria, así como, en las agendas investigativas y los desarrollos científicos actuales.

Las trayectorias que identificamos en el corpus de conocimiento se encuentran entrelazadas y, a la vez, no distan de las tendencias que habían sido observadas en los estudios incipientes. Aunque la perspectiva de la desigualdad de género introdujo nuevas categorías, observamos que en la comprensión del fenómeno no solo siguen latentes ‘viejas hipótesis’, como la de una mayor morbilidad psiquiátrica en las mujeres o la de los roles de género, sino que el sesgo reproductivo se ha sostenido a lo largo del tiempo. Esto deja entrever que la salud mental de las mujeres sigue asociándose a su capacidad sexual y reproductiva.

Hemos puesto de relieve el predominio de la perspectiva biomédica, cuyos marcos no alcanzan a comprender las dinámicas vinculadas a una mayor prescripción de psicofármacos a las mujeres, cuyos principales problemas son la individualización de un asunto de naturaleza social, el señalamiento de las mujeres como únicas responsables y la invisibilización de las relaciones históricas de poder médico y desigualdad de género.

Aun ante la hegemonía del paradigma biomédico, es claro que la relación entre mujeres y psicofármacos no ha dejado de ser un asunto controvertido en la investigación en salud, pues existe poco consenso en cuanto a su pertinencia, eficacia e impacto. Ciertamente, en el abordaje científico prevalece una lógica asociada al riesgo, de la cual se deriva el imperativo de la intervención psicofarmacológica. De igual modo, en la mayoría de la literatura científica, la sobreprescripción de psicofármacos como asunto de salud pública no trasciende un carácter declarativo, pues se ha prestado poca atención a las condiciones estructurales implicadas, a las políticas de la institucionalidad sanitaria y a los impactos sociales de una medicación excesiva y prolongada. Para ello,

será fundamental superar el carácter dualista de la investigación –centrada en el sujeto prescriptor y la mujer usuaria – e incorporar otros actores sociales y dimensiones al análisis. Finalmente, subrayamos el desafío investigativo de incorporar una mirada interseccional sobre la salud mental de las mujeres, que permita profundizar en las condiciones históricas, socioculturales, políticas y subjetivas y transformarlas, dado que han mantenido a las mujeres como principales receptoras de psicofármacos a lo largo del tiempo.

Contribuciones de autoría

Rodríguez Fernández A (0000-0002-4003-7057)* contribuyó a la concepción y el diseño de la investigación, la recolección, análisis e interpretación de la información, y la escritura del manuscrito. Urrego Mendoza ZC (0000-0003-1732-4725)* contribuyó a la concepción y el diseño de la investigación, el análisis e interpretación de la información, y la revisión crítica del manuscrito. ■

Referencias

1. Lánteri-Laura G. Ensayo sobre los paradigmas de la psiquiatría moderna. Madrid: Triacastela; 2000.
2. Porter R. Breve historia de la locura. México: Fondo de Cultura Económica; 2003.
3. Rose N. Nuestro futuro psiquiátrico. Las políticas de la salud mental. Barcelona: Ediciones Morata; 2019.
4. Caponi S, Sevilla JM, Amaral LH. El sesgo de género en el discurso y en las intervenciones psiquiátricas. Dossiê Saúde mental e gênero: por uma agenda de pesquisa latino-americana. Rev Estud Fem. 2023;31(1):1-16. DOI: <https://doi.org/10.1590/1806-9584-2023v31n193055>
5. Caponi S, Mazon M, Bianchi E. Gênero e saúde mental em questão. Dossiê Saúde mental e gênero: por uma agenda de pesquisa latino-americana. Rev Estud Fem. 2023;31(1):1-4. DOI: <https://doi.org/10.1590/1806-9584-2023v31n193286>
6. Benavides J, Montilla M del P, Muñoz SE, et al. Revisión de la literatura: análisis de 9 tipos de revisión y sus enfoques metodológicos. Rev Médica Sanitas [Internet]. 2025 [acceso en 2026 sept 22];27(3):1-13. Disponible en: <https://revistas.unisanitas.edu.co/index.php/rms/article/view/797>
7. García S, Pérez E. Las mentiras científicas sobre las mujeres. Madrid: Catarata; 2017.
8. Blázquez N. Epistemología feminista: temas centrales [Internet]. In: Blázquez N, Flores F, Ríos M, coordinadores. Investigación feminista, epistemología, metodología y representaciones sociales. México: Universidad Autónoma de México; 2012 [acceso en 2026 feb 10]. Disponible en: <https://ru.ceiich.unam.mx/handle/123456789/2911>
9. Maffia D. Epistemología feminista: la subversión semiótica de las mujeres en la ciencia. RVEM [Internet]. 2007 [acceso en 2026 feb 10];12(28):63-98. Disponible en: http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1316-37012007000100005&lng=es&tlng=es
10. Nogueiras B. La salud en la teoría feminista. Atlánticas Rev Int Est Fem. 2019;3(1):10-31. DOI: <https://doi.org/10.17979/arief.20194.1.5404>

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

11. Valls-Llobet C. Mujeres invisibles para la medicina. Madrid: Capitán Swing; 2020.
12. Ospina MA. “Con notable daño del buen servicio”: sobre la locura femenina en la primera mitad del siglo XX en Bogotá. *Antípoda. Rev Antropol Arqueol.* 2006;1(2):303-14. DOI: <https://doi.org/10.7440/antipoda2.2006.15>
13. Giberti E. Mujer, enfermedad y violencia en medicina. Su relación con cuadros psicossomáticos. In: Giberti E, Fernández AM, editores. *La mujer y la violencia invisible*. Buenos Aires: Editorial Sudamericana; 1992. p. 71-120.
14. Garzón L. Las mujeres de Ningunaparte. Voces del Asilo de Locas de Bogotá, 1930-1950. Bogotá: Editorial Universidad del Rosario; 2024.
15. Flores M. *Locura y género en Costa Rica (1910-1950)*. San José: Editorial Universidad de Costa Rica; 2019.
16. Chesler P. *Woman and madness*. Chicago: Lawrence Hill Books; 2018.
17. López O. Extravíos del alma mexicana: patologización de las emociones en los diagnósticos psiquiátricos (1900-1940). México: Universidad Nacional Autónoma de México; 2019.
18. Flores M. *La construcción cultural de la locura femenina en Costa Rica (1890-1910)*. San José: Editorial Universidad de Costa Rica; 2007.
19. Burín M, Moncarz E, Velázquez S. *El malestar de las mujeres. La tranquilidad recetada*. Buenos Aires: Paidós; 1991.
20. Ciccía L. *La invención de los sexos. Cómo la ciencia puso el binarismo en nuestros cebreros y cómo los feminismos pueden ayudarnos a salir de ahí*. Buenos Aires: Siglo XXI Editores; 2022.
21. Whitaker R. *Anatomía de una epidemia. Medicamentos psiquiátricos y el asombroso aumento de las enfermedades mentales*. Madrid: Capitán Swing; 2011.
22. Ettorre E, Riska E. *Gendered Moods. Psychotropics and Society*. London: Routledge; 1995.
23. Busfield J. El concepto de medicalización revalorizado. *Sociol Health Illn.* 2017;39(5):759-74. DOI: <https://doi.org/10.1111/1467-9566.12538>
24. Romo N, Meneses C. Malestares en las mujeres y usos diferenciales de psicofármacos: propuestas críticas desde el feminismo. In: Márquez I, coordinador. *Adicciones: conocimiento, atención integrada y acción preventiva*. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría; 2015. p. 113-126.
25. Bacigalupe A, González-Rábago Y, Jiménez-Carrillo M. Gender inequality and mental health medicalization: Sociocultural determining factors from the analysis of expert perceptions. *Aten Primaria.* 2022;54(7):1-10. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2022.102378>
26. Amrein MA, Hengartner MP, Näpfli M. Prevalence, trends, and individual patterns of long-term antidepressant medication use in the adult Swiss general population. *Eur J Clin Pharmacol.* 2023;79:1505-13. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00228-023-03559-4>
27. Blumstein T, Benyamini Y, Shmotkin D, et al. Gender differences in the prevalence and correlates of psychotropic medication use among older adults in Israel. *Isr J Psychiatry Relat Sci [Internet]*. 2014 [acceso en 2026 feb 10];51(2):118-25. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25372561/>.
28. Bosetto A, Mesquita C, Peder LD. Interações medicamentosas entre psicofármacos e a relação com perfil de prescritores e usuários. *J Health NPEPS.* 2020;5(1):187-206. DOI: <http://dx.doi.org/10.30681/252610104104>
29. Brijnath B, Xia T, Turner L, et al. Trends in GP prescribing of psychotropic medications among young patients aged 16-24 years: a case study analysis. *BMC Psychiatry.* 2017;17(214):1-8. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12888-017-1375-2>

30. Cadogan CA, Ryan C, Cahir C, et al. Benzodiazepine and Z-drug prescribing in Ireland: Analysis of national prescribing trends from 2005 to 2015. *Br J Clin Pharmacol*. 2018;84(6):1354-63. DOI: <https://doi.org/10.1111/bcp.13570>
31. Greil W, Bardeci M, Seifert J, et al. Treatment of depression: Are psychotropic drugs appropriately dosed in women and in the elderly? Dosages of psychotropic drugs by sex and age in routine clinical practice. *Hum Psychopharmacol*. 2022;37(1):1-15. DOI: <https://doi.org/10.1002/hup.2809>
32. John D, Montvida O, Chin KL, et al. Antidepressant prescriptions and therapy intensification in men and women newly diagnosed with depression in the UK. *J Psychiatr Res*. 2022;154:167-74. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2022.06.054>
33. Matud P, García L, Bethencourt JM, et al. Género y uso de medicamentos ansiolíticos e hipnóticos en España. *J Feminist Gender Womens Stud*. 2017;(5):23-31. DOI: <https://doi.org/10.15366/jfgws2017.5.003>
34. Oliveira-Friestino JK, Luzardo AR, Gralak EZ, et al. El perfil de usuarios de benzodiazepinas en servicios de atención primaria de la salud de la ciudad de Chape-có, Santa Catarina, Brasil. *Salud Colectiva*. 2020;16:1-11. DOI: <https://doi.org/10.18294/sc.2020.2495>
35. Romo N, Vega A, Meneses C, et al. Sobre el malestar y la prescripción: un estudio sobre los usos de psicofármacos en las mujeres. *Rev Esp Drogodependencias* [Internet]. 2003 [acceso en 2026 feb 10];28(4):372-79. Disponible en: https://red.aesed.com/descargas/revistas/v28n4_5.pdf
36. Secades R, Rodríguez E, Valderrey J, et al. El consumo de psicofármacos en pacientes que acuden a Atención Primaria en el Principado de Asturias (España). *Psicothema* [Internet]. 2003 [acceso en 2026 feb 10];15(4):650-655. Disponible en: <https://www.researchgate.net/publication/28079316>
37. Vedia C, Bonet S, Forcada C, et al. Estudio de utilización de psicofármacos en atención primaria. *Aten Primaria*. 2005;36(5):239-45. DOI: <https://doi.org/10.1157/13079144>
38. Markez I, Póo M, Romo N, et al. Mujeres y psicofármacos: La investigación en atención primaria. *Rev Asoc Esp Neuropsiq* [Internet]. 2004 [acceso en 2026 feb 10];(91):37-61. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352004000300004
39. Borges TL, Hegadoren KM, Miaso AI. Transtornos mentais comuns e uso de psicofármacos em mulheres atendidas em unidades básicas de saúde em um centro urbano brasileiro. *Rev Panam Salud Pública* [Internet]. 2015 [acceso en 2026 feb 10];38(3):195-201. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/10074>
40. Dahlén E, Bardage C, Tuvendal P, et al. New users of anxiolytics and sedatives in Sweden-Drug type, doses, prescribers' characteristics, and psychiatric comorbidity in more than 750,000 patients. *Int J Methods Psychiatr Res*. 2024;33(1):1-8. DOI: <https://doi.org/10.1002/mpr.1998>
41. Linardelli MF. Salud mental y género Diálogos y contrapuntos entre biomedicina, feminismos e interseccionalidad. *Millcayac Rev Digit Cienc Soc* [Internet]. 2015 [acceso en 2026 feb 10];2(3):191-224. Disponible en: <https://revistas.uncu.edu.ar/ojs3/index.php/millca-digital/article/view/519>
42. Bielli A, Bacci P, Bruno G, et al. Changing to keep everything the same: women and psychotropic drugs in Uruguay. *Rev Estud Fem*. 2023;31(1):1-14. DOI: <https://doi.org/10.1590/1806-9584-2023v31n193197>
43. Bacigalupe A, Martín U. Gender inequalities in depression/anxiety and the consumption of psychotropic drugs: Are we medicalising women's mental health? *Scand J Public Health*. 2021;49(3):317-24. DOI: <https://doi.org/10.1177/1403494820944736>
44. Jufresa-Blanch E, Carrilero N, García-Altés A. The influence of general practitioner and patient sex on the treatment of major depression. *Front Pharmacol*. 2023;14:1-12. DOI: <https://doi.org/10.3389/fphar.2023.1274774>
45. Ishikawa T, Obara T, Kikuchi S, et al. Antidepressant prescriptions for prenatal and postpartum women in Japan: A health administrative database study. *J Affect Disord*. 2020;264:295-303. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.01.016>

46. Petersen I, Peltola T, Kaski S, et al. Depression, depressive symptoms and treatments in women who have recently given birth: UK cohort study. *BMJ Open*. 2018;8(10):1-8. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-022152>
47. Sun Y, Dreier JW, Liu X, et al. Trend of antidepressants before, during, and after pregnancy across two decades-A population-based study. *Brain Behav*. 2019;9(11):1-11. DOI: <https://doi.org/10.1002/brb3.1441>
48. Zettermark S, Khalaf K, Perez-Vicente R, et al. Population heterogeneity in associations between hormonal contraception and antidepressant use in Sweden: A prospective cohort study applying intersectional multilevel analysis of individual heterogeneity and discriminatory accuracy (MAIHDA). *BMJ Open*. 2021;11(10):1-11. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-049553>
49. Meng LC, Lin CW, Chuang HM, et al. Prescription patterns and predisposing factors of benzodiazepine and z-hypnotic use during pregnancy: A nationwide cohort study. *Pharmacoepidemiology Drug Saf*. 2024;33(6):1-14. DOI: <https://doi.org/10.1002/pds.5847>
50. Bais B, Munk-Olsen T, Bergink V, et al. Prescription patterns of benzodiazepine and benzodiazepine-related drugs in the peripartum period: A population-based study. *Psychiatry Res*. 2020;288:1-7. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.112993>
51. Wikman A, Skalkidou A, Wikström AK, et al. Factors associated with re-initiation of antidepressant treatment following discontinuation during pregnancy: A register-based cohort study. *Arch Womens Ment Health*. 2020;23:709-717. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00737-020-01050-y>
52. Schofield MJ, Khan A. Predictors of prescribed medication use for depression, anxiety, stress, and sleep problems in mid-aged Australian women. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2014;49:1835-1847. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00127-014-0896-y>
53. Silva PA, Almeida LY, Souza J. O uso de benzodiazepínicos por mulheres atendidas em uma Unidade de Saúde da Família. *Rev Esc Enferm USP*. 2019;53:1-8. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2017038903419>
54. Cabaillet A, Bourset A, Mulliez A, et al. Trajectories of antidepressant drugs during pregnancy: A cohort study from a community-based sample. *Br J Clin Pharmacol*. 2021;87(3):965-87. DOI: <https://doi.org/10.1111/bcp.14449>
55. Mitjavila M. Medicalização, risco e controle social. *Tempo Soc*. 2015;27(1):117-37. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-20702015015>
56. Mitjavila M. O risco como recurso para a arbitragem social. *Tempo Soc*. 2002;14(2):129-45. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-20702002000200007>
57. Castiel LD, Moraes DR, Paula IJ. Terapeuticização e os dilemas preemptivistas na esfera da saúde pública individualizada. *Saúde Soc*. 2016;25(1):96-107. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902016142788>
58. Tesser CD, Norman AH. Geoffrey Rose e o princípio da precaução: para construir a prevenção quaternária na prevenção. *Interface (Botucatu)*. 2019;23:1-16. DOI: <https://doi.org/10.1590/Interface.180435>
59. Bianchi E, Sabin-Paz M. Diagnósticos, fármacos y mujeres internadas en un hospital neuropsiquiátrico. *Rev Estud Fem*. 2023;31(1):1-18. DOI: <https://doi.org/10.1590/1806-9584-2023v31n193063>
60. Molenaar NM, Lambregtse-van den Berg MP, Bonsel GJ. Dispensing patterns of selective serotonin reuptake inhibitors before, during and after pregnancy: A 16-year population-based cohort study from the Netherlands. *Arch Womens Ment Health*. 2020;23:71-79. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00737-019-0951-5>
61. Summers AD, Anderson KN, Ailes EC, et al. Venlafaxine prescription claims among insured women of reproductive age and pregnant women, 2011-2016. *Birth Defects Res*. 2021;113(14):1052-6. DOI: <https://doi.org/10.1002/bdr2.1897>

62. Wemakor A, Casson K, Dolk H. Prevalence and socio-demographic patterns of antidepressant use among women of reproductive age: A prescription database study. *J Affect Disord.* 2014;167:299-305. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.06.015>
63. Zoega H, Kieler H, Nørgaard M, et al. Use of SSRI and SNRI Antidepressants during Pregnancy: A Population-Based Study from Denmark, Iceland, Norway and Sweden. *PloS One.* 2015;10(12):1-13. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0144474>
64. Bénard-Larivière A, Pambrun E, Sutter-Dallay AL, et al. Patterns of antidepressant use during pregnancy: A nationwide population-based cohort study. *Br J Clin Pharmacol.* 2018;84(8):1764-75. DOI: <https://doi.org/10.1111/bcp.13608>
65. Logue TC, Wen T, Huang Y, et al. Continuation of psychiatric medications during pregnancy. *J Matern Fetal Neonatal Med.* 2023;36(1):1-5. DOI: <https://doi.org/10.1080/14767058.2023.2171288>
66. Robiyanto R, Roos M, Bos JH, et al. Switching pattern and dose adjustment of antidepressants before and during pregnancy. *Arch Womens Ment Health.* 2023;26:685-96. DOI: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00737-023-01355-8>
67. Riska BS, Skurtveit S, Furu K, et al. Dispensing of benzodiazepines and benzodiazepine-related drugs to pregnant women: A population-based cohort study. *Eur J Clin Pharmacol.* 2014;70(11):1367-74. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00228-014-1744-4>
68. Yamamoto A, McCormick MC, Burris HH. Disparities in antidepressant use in pregnancy. *J Perinatol.* 2015;35:246-51. DOI: <https://doi.org/10.1038/jp.2014.197>
69. Al Kasbi S, Obaid Y, Al Adawi S, et al. The practice of prescribing antidepressants during pregnancy and breastfeeding among mental health practitioners in Tertiary Care Centers in Oman. *Oman Med J.* 2023;38(6):1-5. DOI: <https://doi.org/10.5001/omj.2023.123>
70. Williams S, Bruxner G, Ballard E, et al. Prescribing antidepressants and anxiolytic medications to pregnant women: Comparing perception of risk of foetal teratogenicity between Australian Obstetricians and Gynaecologists, Speciality Trainees and upskilled General Practitioners. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2020;20(618):1-8. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12884-020-03293-0>
71. Ordoñez-Vargas L, Cortés-García, CM. Psychiatric medicalization in three Brazilian women's prisons: An ethnographic approach to the itineraries of criminalization, pathologization and pharmaceuticalization. *Salud Colectiva.* 2020;16:1-16. DOI: <https://doi.org/10.18294/SC.2020.2507>
72. Rodríguez A. Prescripción de psicofármacos a mujeres en situaciones de violencia: Perspectivas de profesionales en servicios de apoyo del área metropolitana de Costa Rica. *Poblac Salud Mesoam.* 2023;21(1):213-239. DOI: <https://doi.org/10.15517/psm.v21i1.54125>
73. Molina C, Cantos R. Drogas y Género. Consumo de hipnosedantes. Análisis histórico desde la perspectiva de género [Internet]. Madrid: Fundación Ate-nea; 2018 [acceso en 2026 feb 10]. Disponible en: https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/publicaciones/catalogo/bibliotecaDigital/publicaciones/pdf/2019/20190508_Consumo_de_hipnosedantes_Analisis_historico_perspectiva_genero.pdf
74. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 2001 [Internet]. Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. Ginebra: OMS; 2001 [acceso en 2026 feb 10]. Disponible en: <https://iris.who.int/handle/10665/42447>

Recibido en 10/02/2026

Aprobado en 19/07/2026

Conflicto de intereses: inexistente

Disponibilidad de datos: los datos de investigación se incluyen en el propio manuscrito

Apoyo financiero: no hubo

Editor responsable: Mario Parada-Lezcano, Universidad de Valparaíso (UV), Valparaíso, Chile. Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-2526-5972> - e-mail: mapale.2008@gmail.com