

Medicalización de las desigualdades de género en la vejez

VIRGINIA CARDOZO RUFO

Doctora en medicina y especialista en medicina familiar y comunitaria por la Universidad de la República (UdelaR).
Magíster en Género y Políticas de Igualdad por Flacso Uruguay y doctoranda en Ciencias Sociales (Flacso Argentina). Pertenencia institucional: Flacso Uruguay.

Resumen

Este trabajo considera el género como un determinante social de la salud. Los mandatos de género causan malestares que conducen a las personas y, en particular, a las personas mayores, a buscar atención médica. El sistema de salud tiende a medicalizar estos malestares vinculados a las relaciones sociales de género, tratándolos como enfermedades individuales. La categoría de “malestar” propone desarticular el dualismo salud-enfermedad, aludiendo a los sufrimientos psíquicos y emocionales experimentados por mujeres y disidencias sexo-genéricas como consecuencia de su posicionamiento social. Se analiza este proceso desde enfoques feministas y transfeministas de resistencia, entendiendo que se manifiesta a lo largo del ciclo vital, aunque adquiere particularidades en la vejez, debido a la interacción de factores materiales, discursivos e intrapsíquicos específicos.

Palabras clave: género y salud; medicalización; Disparidades en Atención de Salud; Envejecimiento.

DOI: <https://doi.org/10.36888/udual.universidades.2025.105.844>

Medicalização das desigualdades de gênero na idade avançada

Resumo

O artigo considera o gênero como determinante social na saúde. Os mandatos de gênero provocam desconfortos que levam às pessoas e, especialmente, pessoas de idade avançada, a procurar cuidado médico. O sistema de saúde medicaliza esses desconfortos vinculados à relação social de gênero, tratando-os como doenças individuais. A categoria “desconforto” propõe desmantelar o dualismo saúde-doença, alusivo ao sofrimento psíquico e emocional experimentado por mulheres e dissidências sexo-genêricas como consequência da sua posição social. O processo é analisado desde enfoques feministas e transfeministas da resistência, que se manifesta ao longo do ciclo vital, ainda que pegue particularidades na idade avançada graças à interação de fatores materiais, discursivos e intrapsíquicos específicos.

Palavras-chave: gênero e saúde; medicalização; disparidades no cuidado de saúde; idade avançada.

Medicalization of Gender Inequalities in Old Age

Abstract

This work considers gender as a fundamental social determinant of health. Gender mandates produce forms of distress that lead individuals –particularly older adults– to seek medical attention as a means of relief. The healthcare system tends to medicalize these gender-related forms of suffering, treating them as individual illnesses. The concept of discomfort aims to challenge the health–illness binary by highlighting the psychological and emotional suffering experienced by women and gender-sex dissidents because of their social positioning. This process is analyzed through feminist and transfeminist frameworks of resistance, understanding that although it manifests throughout the life course, it takes on specific characteristics in old age due to the interaction of material, discursive, and intrapsychic factors.

Keywords: Gender and Health; Medicalization; Healthcare Disparities; Aging

Introducción

En la práctica clínica, se reciben consultas de mujeres que buscan alivio a sus malestares psico-sociales en el ámbito sanitario (Cardozo, 2022). El sistema médico responde en general desde una lógica reduccionista, biologicista (Cardozo, 2022). Por tanto, es necesario profundizar las reflexiones teóricas sobre este proceso para habilitar prácticas que faciliten procesos transformadores y emancipadores.

Desde este posicionamiento ético-político, el presente trabajo tiene como objetivo aproximarse a los principales debates y reflexiones teóricas sobre la medicalización¹ de las desigualdades de género con énfasis en los procesos de envejecimiento y la vejez. Para ello, se desarrollarán tres secciones: la primera se centrará en la historia de la medicalización de los malestares de las mujeres; la segunda expondrá referencias teóricas relevantes para analizar esta problemática; la tercera presentará el impacto de dicho proceso en la vejez.

Historia de la medicalización de las desigualdades de género

Recuperar el carácter histórico de los procesos de salud-enfermedad permite desnaturalizarlos y considerarlos contingentes histórica y socialmente; por lo tanto, plausibles de ser modificados. Foucault (1977/2008) describe cómo en el siglo XIX en Europa se comenzó a medicalizar lo insólito, de manera que ha evidenciado cómo entre técnicas de saber y estrategias de poder no existe alguna exterioridad. Afirma Foucault que “no hay enfermedad o trastorno físico al cual el siglo XIX no le haya imaginado por lo menos una parte de etiología sexual” (Foucault, 1977/2008, p. 66). En este contexto se desarrolla lo que el autor denomina la “histerización del cuerpo de la mujer”, un proceso mediante el cual el cuerpo femenino es calificado y descalificado como saturado de sexualidad. Este cuerpo, patologizado a través del diagnóstico de histeria, es incorporado al campo de las prácticas médicas y puesto en relación directa con el rol social que debe desempeñar: asegurar la fecundidad y cuidar del espacio familiar y de las infancias.

Un caso histórico relevante para este trabajo es el surgimiento y auge del tratamiento con pastillas para la ansiedad, los nervios, la fatiga y la depresión, promovido por la industria farmacéutica a partir de la década de 1950. Se lanzaron comerciales publicitarios de una serie de fármacos milagrosos con mensajes dirigidos a las amas de casa, abrumadas por las exigencias de las tareas del hogar, para convertirlas en sonrientes consumidoras de pastillas (Cleghorn, 2022). Fármacos como Midtown, de Wallace Laboratories, vinculan los malestares psicológicos de las mujeres con su rol vital. Este nuevo estereotipo cultural del ama de casa (blanca, burguesa) enferma de ansiedad alimentó la producción de tranquilizantes como las benzodiazepinas.

De esa manera, en los años 60, surgió el fructífero negocio de productos como Valium, Librium y Serax.

Los anuncios de estos productos reproducen la vinculación entre tensiones domésticas y la mala salud mental, y no disimulan su focalización en las mujeres como target de la publicidad (Ver Figura 1) (Cleghorn, 2022). El Valium había obtenido la etiqueta popular en los 60 de *mother's little helper*, o “el pequeño ayudante de mamá” (Blum y Stracuzzi, 2004). Los grandes efectos adversos eran minimizados o invisibilizados en la publicidad y en el ejercicio de la prescripción médica (Cleghorn, 2022). Frente a la valoración de una crisis de salud mental, esta se adjudicaba a la incapacidad individual de la mujer de adaptarse a su rol “natural” como ama de casa y se llegó a poner nombre al diagnóstico de “síndrome del ama de casa” (Cleghorn, 2022). A lo largo de las décadas, la publicidad de psicofármacos como el Prozac ha adoptado un discurso aparentemente neutro en términos de género. Sin embargo, esta neutralidad es solo superficial, ya que las imágenes, viñetas y otros recursos visuales utilizados en revistas y anuncios contradicen ese supuesto equilibrio (Blum y Stracuzzi, 2004).

Figura 1. Publicidad Serax

You can't set her free. But you can help her feel less anxious.

You know this woman. She's anxious, tense, irritable. She's felt this way for months. Bored by the seemingly insurmountable problems of raising a young family, and confined to the home most of the time, her symptoms reflect a sense of inadequacy and isolation. Your reassurance and guidance may have helped some, but not enough. Serax (oxazepam) cannot change her environment, of course. But it can help relieve anxiety, tension, agitation and irritability, thus strengthening her ability to cope with day-to-day problems. Eventually—as she regains confidence and composure—your counsel may be all the support she needs.

Indicated in anxiety, tension, agitation, irritability, and anxiety associated with depression.

May be used in a broad range of patients, generally with considerable dosage flexibility.

Contraindications: History of previous hypersensitivity to oxazepam. Oxazepam is not indicated in psychosis.

Precautions: Hypotensive reactions are rare, but use with caution where complications could ensue from a fall in blood pressure, especially in the elderly. One patient exhibiting drug dependency for taking a chronic overdose developed upon cessation considerable withdrawal symptoms. Carefully supervise dose and amounts prescribed, especially for patients prone to overdose; excessive prolonged use in susceptible patients (alcoholics, ex-drugs, etc.) may result in dependence or habituation. Reduce dosage gradually after prolonged excessive dosage to avoid possible epileptiform seizures. Caution patients against driving or operating machinery until absence of drowsiness or dizziness is ascertained. Warn patients of possible reduction in alcohol tolerance. Safety for use in pregnancy has not been established. Not indicated in children under 6 years; absolute dosage for 6 to 12 year-olds not established.

Side Effects: Therapy-interrupting side effects are rare. Transient mild drowsiness is common initially. If persistent, reduce dosage. Dizziness, vertigo and headache have also occurred infrequently, rarely. Mild paradoxical reactions (excitement, stimulation of affect) are reported in psychiatric patients. Minor dose rashes (pruritic/itchy, urticarial and maculopapular) are rare. Nausea, lethargy, edema, slurred speech, tremor and altered libido are rare and generally contribute to dosage reduction. Although rare, hepatic and hepatic dysfunction including jaundice have been reported during therapy. Periodic blood counts and liver function tests are advised. Ataxia, reported rarely, does not appear related to dose or age.

These side reactions, noted with related compounds, are not yet reported: paroxysmal excitation with severe rage reactions, hallucinations, menstrual irregularities, change in EEG pattern, blood dyscrasias (including agranulocytosis), blurred vision, ataxia, incontinence, stupor, disorientation, fever, myoclonic and grand mal.

Availability: Capsules of 10, 15 and 30 mg, oxazepam.

To help you relieve anxiety and tension

Serax®
(oxazepam)

Wyeth Laboratories
Philadelphia, Pa.

Fuente: Obtenido de Pam, (27 de Agosto de 2014). *Mother's Little Helper: Vintage Drug Ads Aimed at Women*. Go Retro. <https://www.goretro.com/2014/08/mothers-little-helper-vintage-drug-ads.html>

Medicalización de los malestares de género

Para analizar la medicalización de la vejez, este trabajo considera relevante los malestares de género como motivaciones centrales que llevan a muchas personas –en especial mujeres– a buscar respuestas a sus padecimientos en el sistema médico. Mabel Burin (1990) introduce la categoría “malestar”, con el propósito de desarticular el dualismo salud-enfermedad, aludiendo a los sufrimientos psíquicos y emocionales que experimentan las mujeres como consecuencia de su condición socialmente construida (Grela y López Gómez, 2000). Para Burin, el malestar de las mujeres refleja su lugar históricamente construido y los modelos que conforman factores de riesgo para su salud (Grela y López Gómez, 2000). Esta categoría incorpora componentes sociales, históricos y culturales en la producción de subjetividades femeninas y masculinas. Se pregunta Burin (1990) si es el sistema médico el más adecuado para atender los problemas que aparecen por las condiciones de vida de las mujeres, aun cuando estos problemas se expresan como trastornos de salud. No obstante, es significativamente mayor el porcentaje de mujeres –en comparación con los hombres– que se perciben enfermas y recurren a la consulta médica como vía de solución (Burin, 1990).

En este mismo sentido, el filósofo Preciado (2022), a partir de su experiencia como persona no binaria, dice que “el dolor que a menudo sentimos al estar vivos es el dolor de esta negación del mundo y su sentido” (Preciado, 2022, p.19). Se pregunta el autor si la disforia no podría ser, en vez de una enfermedad, una inadecuación política y estética a las formas de subjetivación en relación con el régimen normativo de la diferencia sexual y de género. La palabra *disforia* señala “un problema de carga, una dificultad de resistencia, la imposibilidad de sujetar el peso y transportarlo” (Preciado, 2022, p. 23). La disforia mundo señala tanto el dolor que produce la gestión de la necropolítica² de la subjetividad pero también la potencia de los cuerpos vivientes del planeta para salir de la genealogía capitalista, patriarcal y colonial a través de prácticas de inadecuación, de disidencia y desidentificación.

Desigualdades de género en la vejez

La asimilación de vejez con enfermedad explica el fuerte proceso de medicalización en esta etapa de la vida (Freixas, 2008). En contraposición a esta perspectiva, desde el feminismo emergen posturas que promueven nuevas interpretaciones del envejecimiento femenino. Para lograrlo, es fundamental el empoderamiento y el cuestionamiento de los arreglos sociales desiguales que marcan la vida de las mujeres mayores (Freixas, 2008).

En el envejecimiento de las personas se cristalizan las desigualdades de género y sociales que han acumulado a lo largo

de su vida (Sirgo, 2022). En el caso de las mujeres mayores, sus trayectorias individuales generalmente están marcadas por la sobrecarga de cuidados hacia otros, trayectorias laborales intermitentes y una persistente expectativa social de que, en esa etapa de sus vidas, continúen ofreciendo su tiempo de forma gratuita a través de las tareas de cuidado y crianza (Freixas, 2008). Ser cuidadoras sin contrapartida ni reconocimiento, sumado a la dependencia económica, las expone a situaciones de estrés, cansancio, deterioro de la percepción de la salud y falta de tiempo personal (Freixas, 2008). Afirma Anna Freixas (2008) que de las mujeres se espera que muestren su identidad femenina determinada por la belleza, la sumisión y la heterosexualidad. Bajo esta lógica, las concepciones culturales sobre la vejez hacen que las mujeres mayores sean consideradas “mujeres fallidas” (Freixas, 2008). A su vez, la violencia de género sigue siendo un problema para las mujeres en esta etapa de la vida, pues el mal estado de salud se agrava y hay mayores dificultades para defenderse (Muñoz y Espinosa, 2007).

La trayectoria de vida de las mujeres influye en que su mayor longevidad se vea acompañada, paradójicamente, por una peor percepción de su salud, una mayor carga de enfermedad y una mayor prevalencia de discapacidad en comparación con los hombres de la misma edad (Freixas, 2008). Existe una sobrerrepresentación de las mujeres en la población mayor de 80 años (Muñoz y Espinosa, 2007), lo cual tiene implicaciones en parejas heterosexuales, pues las mujeres suelen cuidar a sus parejas antes de morir (Sirgo, 2022), lo que contribuye a enfrentar una vejez solitaria con menor apoyo social (Muñoz y Espinosa, 2007). Otros aspectos vinculados a las desigualdades de género que impactan directamente en la calidad de vida de las mujeres es el menor hábito de actividad física, autonomía limitada en la movilidad –debido, entre otras razones, al menor acceso al uso de un automóvil–, menores ingresos económicos, y una baja cultura de participación social (Muñoz y Espinosa, 2007).

Estas desigualdades lleva a la búsqueda de respuestas en el sistema de salud para atender el proceso social que implica el envejecimiento (Freixas, 2008). Como consecuencia, las mujeres presentan un mayor consumo de fármacos, así como una mayor incidencia a los efectos adversos, lo que empeora su percepción del estado de salud (Muñoz y Espinosa, 2007). A todo esto se deben agregar los sesgos de género en la atención a la vejez de las mujeres, ya que reciben menos intervenciones preventivas y curativas, y menos información sobre sus enfermedades que sus pares varones (Muñoz y Espinosa, 2007).

Figura 2. Medicalización de los malestares de género en la vejez



Fuente: Elaboración propia

Medicalización de las desigualdades de género en la vejez

A través de la medicalización, se individualiza el problema y se invisibiliza el proceso diferencial de socialización, las diferentes expectativas sociales y las inequidades por razones de género detrás de muchas de estas consultas (Pérez y Cano, 2019). Un ejemplo claro de esta situación de esta medicalización de los malestares de género es la alta prescripción médica de tranquilizantes a las mujeres. Estudios en diversos países del mundo muestran un mayor consumo de psicofármacos por parte de las mujeres en comparación con los hombres, con una relación 2:1 (Burín, *s.f.*). Esto se replica en Uruguay (OUD, 2019).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha señalado que, ante síntomas similares, los profesionales de la salud tienden a prescribir psicofármacos con mayor frecuencia a las mujeres que a los varones. Entre las causas se encuentran el hecho de que las mujeres consultan más los servicios de salud, la tendencia de los médicos a prescribir situaciones psico-sociales complejas que requieren una atención interdisciplinaria, y los estereotipos de género presentes en los equipos de salud (OMS en Nuñez, 2016).

Distintos estudios en Uruguay muestran que el inicio del consumo de psicofármacos en mujeres mayores se vincula frecuentemente a problemáticas asociadas a su rol familiar, de cuidado de otros, de desvalorización o de maltrato intrafamiliar (Bielli *et al.*, 2023; Landechea, 2024). Estos medicamentos aparecen como solución para continuar con el rol socialmente asignado de cuidado y sostén familiar (Bielli *et al.*, 2023). Así, el uso de

psicofármacos se utiliza para enfrentar problemas sociales y los avatares de la vida social (Landechea, 2024). Se interviene de forma reduccionista, a través de una mirada biologicista, a una problemática multidimensional.

La médica española Carme Valls Llobet, 2020, p.40 afirma que “la abrumadora administración de psicofármacos y psiquiatrización de cualquier problema psicológico o biológico que pueda presentar una mujer constituye una brecha de género en la salud mental”. “Los psicofármacos, al sedar las voces del malestar, han contribuido a hacer el silencio más hermético y profundo” sobre las condiciones de vida de las mujeres (Valls Llobet, 2020).

Adicionalmente a todo lo desarrollado, este tipo de prescripción en las personas mayores conforma una prescripción inadecuada. Esto se debe a que las benzodiazepinas deben usarse de forma excepcional en las personas mayores debido a los efectos adversos (Delgado et al, 2009), como deterioro cognitivo, o propensión a la demencia o las caídas (Cabral et al, 2023). Sin embargo, diversos estudios han evidenciado la propensión de la prescripción inadecuada en personas mayores, incluyendo benzodiazepinas, como diazepam, en la región; 9.7% en Chile, y 36% en Argentina (Cabral *et al.*, 2023).

Las benzodiazepinas deben entonces evitarse siempre que sea posible; sin embargo, el perfil de prescripción de este fármaco no coincide con estas indicaciones mundiales (Azparren y García). En Uruguay, en sintonía con el fenómeno global, al aumentar la edad, aumenta el consumo de tranquilizantes, principalmente benzodiazepinas en mujeres (OUD, 2019).

Un estudio en el prestador público de salud de la zona metropolitana de Uruguay evidenció que el 14% de los usuarios/as mayores de 65 años, en su mayoría mujeres, recibían prescripciones inadecuadas, siendo las benzodiazepinas los medicamentos más frecuentemente indicados (clonazepam, alprazolam, diazepam y lorazepam) (Cabral *et al.*, 2023).

Conclusiones

El recorrido teórico de este trabajo permite visualizar cómo la historia de la medicina ha estado fuertemente marcada por su función de medicalización de las desigualdades de género. Este proceso continúa presente en la actualidad. La adhesión a las normas y los mandatos de género, atravesados por su inherente desigualdad, producen malestares que pueden reflejar una subjetividad que se resiste a las genealogías patriarcales.

En la vejez, estos malestares pueden considerarse una expresión de desigualdades vinculadas a las trayectorias de vida individual, a factores culturales e individuales vinculados a la socialización de género, así como a su posición social. Tales malestares llevan a la búsqueda de ayuda por el sistema de salud,

mayoritariamente de mujeres, que responde medicalizando estos procesos sociales, acallando las voces del malestar para que se facilite la sumisión a los roles de género. Un reflejo de este proceso es la alta feminización de la prescripción de tranquilizantes de forma crónica a las mujeres mayores, en particular benzodiazepinas, a pesar de que esto constituye una prescripción inadecuada para el saber médico. Esto muestra que la relación del saber médico con el poder patriarcal, los valores culturales de la época y los sesgos de género en la consulta, influyen en la prescripción en detrimento de la práctica médica basada en la evidencia científica.

Referencias

- Azparren, A. y García, I. (2014). Estrategias para la deprescripción de benzodiazepinas. *Boletín de información farmacoterapéutica de Navarra*, 22(2), 2-12.
- Bielli, A., Bacci, P., Bruno, G., y Calisto, N. (2023). Cambiar para que todo siga igual: mujeres y psicofármacos en Uruguay. *Revista Estudios Feministas*, 31(1), e93197. <https://doi.org/10.1590/1806-9584-2023v31n193197>
- Blum, L. y Stracuzzi, N. (2004). Gender in the Prozac Nation. Popular Discourse and Productive Femininity. *Gender and Society*, 18(3), 269-286.
- Burin, M. (s.f.). *Género femenino y consumo abusivo de psicofármacos*. Psicomundo. <https://www.psicomundo.com/foros/genero/farmacos.htm>
- Burin, M. (1990). Mujeres y psicofármacos. La búsqueda de nuevos caminos. En M. Burin, E. Moncarz y S. Velazquez, *El malestar de las mujeres. La tranquilidad recetada*, (pp. 147-172). Paidós.
- Cabral, S., Jara, J., Goyret, A., Castro, M., Fabbiani, S., Garafoni, F. y Edelman, A. (2023). Uso ambulatorio de medicamentos potencialmente inapropiados en adultos mayores usuarios de la RAP Metropolitana de ASSE durante 2019. *Revista Médica del Uruguay*, 39(1), e203. <https://doi.org/10.29193/rmu.39.1.3>
- Cardozo, V. (2022). Medicalización de las desigualdades de género: una respuesta feminista desde la salud. *Zona Franca*, (30), 330-352. <https://doi.org/10.35305/zf.vi30.234>
- Cleghorn, E. (2022). *Enfermas*. Paidós.
- Cobos, F. M., y Almendro, J. M. E. (2008). Envejecimiento activo y desigualdades de género. *Atención primaria*, 40(6), 305.
- Delgado, E., Muñoz, M., Montero, B., Sánchez, C., Gallagher, P. y Cruz, A. (2009). Prescripción inapropiada de medicamentos en los pacientes mayores: los criterios STOPP/START. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 44(5), 273-279. DOI: 10.1016/j.regg.2009.03.017
- Foucault, M. (2008). *Historia de la sexualidad*. Siglo Veintiuno. (Trabajo original publicado en 1977).
- Freixas, A. (2008). La vida de las mujeres mayores a la luz de la investigación gerontológica feminista. *Anuario de Psicología*, 30(1), 4-57.
- Grela, C. y López Gómez, A. (2000). *Mujeres, salud mental y género*. Intendencia de Montevideo.
- Landechea, N. (2024). *Prescripción diferencial de psicofármacos en hombres y mujeres. Estudio de caso de la perspectiva profesional médica sobre los factores que determinan la indicación en servicios de salud públicos de un departamento del oeste de Uruguay. Período 2020- 2022*. [Tesis de Maestría, Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales Uruguay].
- Menéndez, E. (2009). *De sujetos saberes y estructuras. Introducción al enfoque relacional en el estudio de la salud colectiva*. Lugar Editorial.
- Nuñez, C. (2016). El consumo de psicofármacos en mujeres en el Uruguay: hacia una transversalización de género en los planes y programas de salud mental y uso de drogas. En S. Darré (Comp.), *Aportes a las políticas públicas desde la perspectiva de género. 10 años de Flacso Uruguay* (pp. 83-112). Flacso Programa Uruguay.
- Observatorio Uruguayo de Drogas (2019). *VII Encuesta Nacional sobre Consumo de Drogas en Población General*. Junta Nacional de Drogas.
- Perez, R. y Cano, L. (2019). Reflexión sobre el proceso de medicalización de mujeres mayores. Una mirada desde la perspectiva de género y el trabajo social. *Paraninfo Digital*, 13(30), e30047. <http://ciberindex.com/p/pd/e30047>
- Preciado, P. (2022). *Dysphoria Mundi*. Anagrama.
- Riska, E. (2010). Gender and medicalization and biomedicalization theories. En A. Clarke, L. Mamo, J. Fosket, J. Fishman, y J. Shim (Eds.), *Biomedicalization. Technoscience, Health and Illness in the U.S* (pp. 147-172). Duke University Press.
- Sirgo, M. (2022). Envejecimiento activo desde una perspectiva de género. *Revista Iberoamericana de Bioética*, (19), 1-13. DOI:10.14422/rib.i19.y2022.003
- Stryker, S. (2008). *Transgender history*. Seal Studies.
- Valls Lobet, C. (2020). *Mujeres invisibles para la medicina*. Capitán Swing.



Notas

1. “Convertir en enfermedad toda una serie de episodios vitales que son parte de los comportamientos de la vida cotidiana de los sujetos, y que pasan a ser explicados y tratados como enfermedades cuando previamente sólo eran aconteceres ciudadanos” (Menéndez, p. 40).
2. Preciado (2022) afirma que, en las características del capitalismo actual, no se puede pensar la biopolítica, entendida como gestión de la vida, escindida de la necropolítica, entendida como gestión de la muerte, tecnología de la muerte.