

# Capítulo 9

---

## **Salud mental de las mujeres en México: del control simbólico a una mirada comunitaria y de derechos humanos**

*Dejanira Zirahuén Romero Lupercio<sup>1</sup>*

<https://doi.org/10.61728/AE20255848>



---

<sup>1</sup> Coordinación de Planeación/Centro Universitario de Ciencias Económico Administrativas (CUCEA) y Sistema de Educación Media Superior (SEMS)/Universidad de Guadalajara, CE: dejanira.romero@cucea.udg.mx, <https://orcid.org/0000-0001-6259-6768>.

## **Resumen**

Este capítulo analiza la salud mental de las mujeres en México desde una perspectiva crítica, feminista e interseccional, articulando datos epidemiológicos, marcos legales, historia institucional y construcciones simbólicas. A partir de evidencia estadística reciente, se demuestra que los trastornos mentales como la depresión y la ansiedad afectan de manera desproporcionada a las mujeres mexicanas, especialmente en contextos de violencia, precariedad y desigualdad estructural.

Se examina el papel histórico de instituciones como el manicomio de: “La Castañeda”, así como ideologías como el marianismo y los cautiverios simbólicos, en la construcción del sufrimiento emocional femenino. Asimismo, se incluye una crítica al uso reduccionista de la interseccionalidad y un análisis del marco normativo vigente.

Finalmente, se valora la transición hacia un modelo comunitario de salud mental con enfoque de derechos humanos. El texto propone una comprensión integral del malestar psíquico de las mujeres, que permita repensar las políticas públicas desde una lógica de justicia social.

## **Introducción**

En México, la salud mental de las mujeres representa una problemática compleja que ha sido históricamente invisibilizada, malinterpretada y medicalizada, sin atender sus causas estructurales. Aunque los trastornos como la depresión y la ansiedad afectan a una proporción significativa de la población, las cifras muestran una sobrerrepresentación alarmante de mujeres, especialmente aquellas en etapas reproductivas o en condiciones de vulnerabilidad social.

Dicha situación, lejos de ser un fenómeno biológico aislado, refleja la profunda intersección entre violencia de género, desigualdad estructural, mandatos culturales y exclusión institucional, los cuales afectan de manera diferenciada el bienestar emocional de las mujeres mexicanas.

En este capítulo se propone analizar la salud mental de las mujeres desde una perspectiva crítica, interseccional y de derechos humanos, cuestionando los modelos dominantes de atención y proponiendo una relectura que visibilice las condiciones sociales, históricas y simbólicas que configuran el sufrimiento psíquico femenino.

Lo anterior, a partir del análisis de datos epidemiológicos, marcos legales, categorías teóricas y documentos históricos —incluyendo aportaciones de autoras como Cristina Rivera Garza, Marialba Pastor, Marcela Lagarde y David Pavón-Cuéllar— se evidencian los mecanismos de estigmatización, control social y patologización que han operado sobre las mujeres desde los sistemas psiquiátricos y culturales.

Esta investigación está organizada en ocho apartados que abordan, de forma articulada, el panorama estadístico de la salud mental femenina, sus determinantes psicosociales, las raíces históricas del estigma, los dispositivos simbólicos como el marianismo y los cautiverios, el uso crítico de la interseccionalidad, el análisis del marco legislativo mexicano y la propuesta de un modelo comunitario con enfoque de derechos.

A través de este recorrido, se argumenta que solo mediante un enfoque estructural, feminista y humanizante será posible garantizar el derecho de las mujeres a una salud mental libre de violencias, estigmas y exclusiones.

## **1. Panorama epidemiológico de la salud mental en mujeres**

La salud mental de las mujeres en México constituye una problemática compleja que trasciende los enfoques biomédicos tradicionales, los cuales tienden a medicalizar el sufrimiento femenino sin atender sus raíces estructurales.

Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS), los trastornos mentales como la depresión y la ansiedad son actualmente la principal causa de discapacidad a nivel mundial, con una marcada sobrerrepresentación en mujeres. En México, esta tendencia se confirma por la alta demanda de atención por parte de mujeres en servicios especializados, especialmente por cuadros de ansiedad y depresión.

La depresión es uno de los trastornos mentales más comunes a nivel mundial, con una prevalencia estimada del 5 % entre la población adulta.

No obstante, esta condición afecta de forma desproporcionada a las mujeres, quienes presentan tasas significativamente más altas de diagnóstico y síntomas asociados. Según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2023), la depresión es aproximadamente un 50 % más frecuente en mujeres que en hombres, lo que evidencia una diferencia de género persistente en la expresión y atención de la salud mental.

Particularmente preocupante es el caso de las mujeres en etapas reproductivas. La OMS (2023) reporta que más del 10 % de las embarazadas y de las mujeres en el posparto experimentan episodios depresivos, lo que puede afectar no solo su bienestar personal, sino también el desarrollo emocional del recién nacido.

Dichas cifras refuerzan la necesidad de considerar el género y los contextos de vida como dimensiones centrales en las políticas públicas y estrategias de intervención en salud mental, especialmente en contextos como el mexicano, donde se observa una fuerte sobremedicalización y escasa atención a los determinantes sociales del malestar femenino.

Según la Comisión Nacional de Salud Mental y Adicciones, en el periodo enero–septiembre de 2024 se brindó atención a 303,356 personas en el Sistema Nacional de Salud, de las cuales 205,336 fueron mujeres (67.7 %) y 98,020 hombres (32.3 %), siendo los trastornos más prevalentes la ansiedad (52.8 %) y la depresión (25.1 %). De manera más acusada, las mujeres atendidas presentaron prevalencias de ansiedad en el 73.4 % de los casos y de depresión en el 78.8 %, cifras considerablemente superiores a las reportadas en varones.

En el ámbito poblacional, la Encuesta Nacional sobre la Dinámica Demográfica (ENADID) 2021 señala que el 16.3 % de las mujeres de 18 años y más refirió sentirse deprimida “más de la mitad o casi todos los días de la semana anterior a la encuesta”, mientras que en hombres dicha proporción fue del 9.1 %. Datos del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) confirman este patrón: en 2022, el 16.3 % de las mujeres adultas reportó episodios frecuentes de depresión versus el 9.1 % de los hombres, lo cual evidencia la brecha de género en los trastornos del estado de ánimo.

Sin duda, la exposición de las cifras epidemiológicas resulta profundamente alarmante, no solo por el evidente incremento en los indicado-

res de malestar psicológico y psiquiátrico entre la población femenina, sino porque dichas estadísticas ponen en evidencia hasta qué punto las construcciones de género operan como determinantes sociales que obstaculizan el acceso al cuidado.

Tradicionalmente, a las mujeres se les ha asignado el rol de contenedoras emocionales —de creer que pueden “resistir” mientras apoyan a otros—, lo cual refuerza la idea de que “pedir ayuda” es un signo de debilidad o de inadecuación moral. Así, cuando una mujer reconoce sufrir ansiedad, depresión o angustia, no solo enfrenta el estigma personal, sino también la presión familiar, comunitaria e institucional para ocultar o minimizar sus síntomas.

Frente a este escenario, mi postura personal es que resulta imprescindible reconocer que las estadísticas no deben leerse como meros datos fríos, sino como señales de un malestar social profundamente arraigado en normas y expectativas de género que normalizan el sufrimiento femenino. Solo comprendiendo la salud mental de las mujeres como un fenómeno que trasciende lo individual y se enmarca en relaciones de poder, podremos proponer políticas públicas y estrategias de prevención que, de manera efectiva, transformen las condiciones estructurales que perpetúan estas inequidades.

## **2. Determinantes sociales y psicosociales del malestar emocional femenino**

Este panorama estadístico revela no solo una carga desproporcionada de depresión y ansiedad en la población femenina, sino también la urgencia de comprender cómo los factores sociales, culturales y de género configuran estas experiencias de malestar psicológico. Sin embargo, como advierte Gómez León (2024), esta situación no puede entenderse únicamente desde lo individual, sino desde los condicionantes sociales.

Según señala Ramos-Lira (2014), el hecho de ser mujer constituye en sí mismo uno de los principales factores psicosociales vinculados a la depresión en la población mexicana. Esta vulnerabilidad no responde únicamente a elementos biológicos, sino a condiciones sociales estructurales que afectan de manera particular la salud mental femenina.

Entre estas condiciones destaca el impacto del embarazo y la maternidad no deseada, fenómenos que pueden deteriorar tanto la salud física como emocional de las mujeres y sus entornos familiares. De hecho, la maternidad no planeada se ha asociado con efectos negativos en el desarrollo infantil, incluyendo retrasos en procesos cognitivos, emocionales y sociales, los cuales pueden persistir a lo largo de la vida y reproducirse intergeneracionalmente.

El modelo médico dominante ha reducido históricamente la salud mental femenina a una función reproductiva, lo que ha normalizado la sobremedicalización y ha invisibilizado las condiciones estructurales que generan sufrimiento. Desde una perspectiva crítica de medicina social y género, la depresión puede leerse como expresión de malestar colectivo, producido por contextos de violencia, desigualdad, sobrecarga de cuidados y presión social hacia la maternidad.

En este sentido, el reciente impulso al modelo comunitario de salud mental en México representa una vía necesaria para transformar el enfoque institucional, promoviendo atención preventiva, respeto a los derechos humanos y acompañamiento desde el primer nivel. Esta perspectiva integral permite visibilizar las verdaderas dimensiones del malestar de las mujeres y construir estrategias más justas y efectivas de atención.

Desde mi perspectiva, la transición del modelo biomédico a uno fundamentado en los derechos humanos y en la atención comunitaria constituye una esperanza fundamental para abordar las necesidades de salud mental de las mujeres, pues reconoce que nuestro bienestar no puede entenderse al margen de las condiciones sociales que nos han vulnerado históricamente.

Mientras el paradigma biomédico tendía a individualizar y patologizar las expresiones de malestar, el enfoque comunitario implica un reconocimiento explícito de las redes de apoyo, de las dinámicas de género y de los determinantes estructurales que inciden en nuestra salud emocional. En este sentido, resulta imperativo que las políticas y las prácticas de atención no se limiten a recetar diagnósticos o fármacos, sino que promuevan espacios de escucha activa, de acompañamiento colectivo y de empoderamiento comunitario.

Solamente, al colocar en el centro la experiencia colectiva y los derechos humanos, lograremos diseñar estrategias verdaderamente trans-

formadoras que restituyan nuestra capacidad de agencia y promuevan la justicia social en el ámbito de la salud mental femenina.

#### **4. La psiquiatría como herramienta de control moral**

Si retrocediéramos en el tiempo para analizar los orígenes de la estigmatización en torno a la salud mental en México, especialmente en relación con las mujeres, resultaría imprescindible mencionar el Manicomio General “La Castañeda”.

Dicha institución, inaugurada en 1910, funcionó como un espacio de reclusión, no solo para personas con trastornos mentales clínicos, sino también para mujeres que desafiaban las normas morales y sociales de su época. Algunas eran internadas por mostrar conductas consideradas inapropiadas, como cuestionar la autoridad del esposo, negarse a cumplir con roles de género tradicionales o expresar inconformidad ante su entorno doméstico.

Cristina Rivera Garza (2010), en su obra “La Castañeda: Narrativas dolientes desde el Manicomio General, 1910–1930”, documenta cómo los diagnósticos asignados a las mujeres internadas revelaban más un juicio moral que una evaluación clínica. Su análisis, basado en archivos del manicomio, muestra que la salud mental femenina fue tratada desde parámetros profundamente influenciados por las construcciones sociales de género y moralidad.

Rivera Garza identifica al menos ochenta categorías diagnósticas distintas utilizadas en el hospital, siendo la “locura moral” una de las más aplicadas a mujeres. Este diagnóstico se atribuía a conductas que desafiaban las normas sociales, tales como la expresión de deseos sexuales, la creatividad artística o el cuestionamiento de figuras de autoridad, lo que refleja no solo una patologización de la autonomía femenina, sino una profunda incompreensión del cuerpo y la subjetividad de las mujeres.

Las implicaciones de este enfoque médico no fueron solo clínicas, sino también políticas y sociales. Las mujeres institucionalizadas eran tratadas no solo como pacientes, sino también como objetos de estudio, lo cual contribuyó a su deshumanización dentro del sistema psiquiátrico.

Rivera Garza argumenta que estas prácticas utilizaron la psiquiatría como herramienta de control social, reforzando estereotipos de género

y contribuyendo a la vulneración sistemática de los derechos humanos de las mujeres. Su obra revela así que la atención en salud mental no fue neutral ni científica, sino que sirvió históricamente para reforzar normas patriarcales, sancionar la disidencia femenina y excluir del ámbito social a aquellas que no encajaban en el ideal de feminidad hegemónica.

## **5. El marianismo y los mandatos emocionales**

Esta lógica de estigmatización y medicalización moralizante no puede entenderse al margen de los sistemas simbólicos que estructuraron históricamente el rol femenino. En este sentido, el marianismo —como lo analiza Pastor (2010)— ha operado como un régimen ideológico de larga duración que exalta la figura de la Virgen María como el modelo ideal de mujer: obediente, abnegada, casta y maternal.

Tal construcción cultural, profundamente enraizada en el catolicismo colonial, ha moldeado la subjetividad femenina, mediante la imposición de virtudes asociadas al sacrificio y la autoanulación, generando presión emocional y culpa crónica ante cualquier forma de autonomía o deseo.

Pastor (2010) sostiene que, tras el Concilio de Trento, esta configuración simbólica se tradujo en el control de la sexualidad femenina y en la desviación de sus pulsiones libidinales hacia la maternidad idealizada (p. 267). Este desplazamiento generó no solo conflictos emocionales duraderos, sino también una cultura institucional que negó legitimidad al sufrimiento psíquico de las mujeres.

En consecuencia, los síntomas femeninos fueron interpretados como desviaciones morales más que como expresiones clínicas, dificultando el acceso a una atención en salud mental con perspectiva de género.

Incluso tras las reformas liberales e independentistas, el modelo mariano siguió operando bajo formas secularizadas. Como afirma la autora: “La maternidad era una determinante biológica del género femenino que constituía, si no el único, el mejor destino de la mujer” (Pastor, 2010, p. 274).

En términos prácticos, lo anterior implica que las mujeres que encarnan ese ideal son socialmente premiadas, mientras que aquellas que lo desafían —por su sexualidad, autonomía o decisiones reproductivas—

son frecuentemente ignoradas, patologizadas o estigmatizadas dentro del sistema médico. Este legado simbólico continúa afectando de manera estructural la salud mental femenina, reforzando la desigualdad de género desde lo cultural hasta lo clínico.

## **6. Marcela Lagarde y los cautiverios simbólicos**

En su obra “Los cautiverios de las mujeres: madresposas, monjas, putas, presas y locas”, Marcela Lagarde (2014) desarrolla una categoría analítica fundamental para comprender la opresión femenina en contextos patriarcales: el “cautiverio”. Este concepto describe cómo las mujeres han sido históricamente confinadas en roles sociales que limitan su autonomía y libertad, tales como la maternidad obligatoria, la vida religiosa, la prostitución, la reclusión carcelaria y la institucionalización psiquiátrica. Lagarde argumenta que estos cautiverios no solo son físicos, sino también simbólicos y emocionales, perpetuando una subordinación estructural que se manifiesta en la vida cotidiana de las mujeres.

La autora destaca que estos roles impuestos se naturalizan a través de discursos que exaltan la abnegación, la pureza y la obediencia como virtudes femeninas supremas. Esta internalización de ideales patriarcales conduce a que muchas mujeres acepten su subordinación como parte inherente de su identidad, dificultando la toma de conciencia sobre su situación de opresión. En el ámbito de la salud mental, esta dinámica se traduce en una tendencia a patologizar comportamientos que desafían las normas de género, etiquetando a las mujeres como “locas” o “histéricas” cuando expresan deseos de autonomía o cuestionan su rol tradicional.

La obra de Lagarde es especialmente pertinente para analizar cómo las construcciones sociales de género han influido en la percepción y tratamiento de la salud mental femenina en México. Al igual que en el caso del manicomio La Castañeda, donde mujeres fueron institucionalizadas por desviarse de las expectativas sociales, los cautiverios descritos por Lagarde evidencian la utilización de la psiquiatría y otras instituciones como mecanismos de control social sobre las mujeres.

## **7. Interseccionalidad crítica y estructuras de opresión en la salud mental femenina**

Para analizar de forma más integral la salud mental de las mujeres en México, es necesario incorporar una perspectiva crítica que trascienda los marcos diagnósticos y las explicaciones individualizadas del malestar. En esta línea, David Pavón-Cuéllar (2023) propone una revisión profunda del concepto de interseccionalidad desde la psicología crítica latinoamericana. Su argumento central es que, en su forma hegemónica, la interseccionalidad ha sido utilizada para describir la experiencia individual de opresión, pero sin cuestionar las estructuras que la producen y sostienen: el capitalismo, el heteropatriarcado y la colonialidad.

Este uso reduccionista, señala el autor, ha derivado en una psicologización de la violencia estructural, donde la opresión sufrida por las mujeres —en especial las indígenas, racializadas y empobrecidas— es tratada como una afectación psíquica aislada, y no como el resultado de relaciones sociales históricamente determinadas. En palabras del autor: “La interseccionalidad nos hace ignorar la estructura capitalista, colonial y heteropatriarcal, para concentrarnos en su experiencia individual interseccional” (Pavón-Cuéllar, 2023, p. 176).

En este marco, la atención en salud mental termina muchas veces replegada al ámbito clínico, a través de terapias y diagnósticos que despolitizan el sufrimiento femenino y omiten el análisis de las instituciones como reproductoras de violencia. Como advierte Pavón-Cuéllar: “No podremos criticar esta psicología... si explicamos algo como la violencia directa contra una mujer indígena pobre... por la forma en que experimenta individualmente la intersección entre las opresiones racista, clasista y sexista” (p. 177). Esta crítica interpela directamente a los modelos dominantes de atención en México, que suelen ignorar cómo la familia, los servicios de salud, las escuelas y los sistemas judiciales participan activamente en la reproducción del malestar.

Frente a esto, el autor aboga por una interseccionalidad situada, reflexiva y transformadora, que funcione como punto de partida para visibilizar y confrontar las estructuras sociales. Ello implica incorporar de forma articulada los aportes del feminismo latinoamericano, el marxismo y las

teorías decoloniales, no como complementos, sino como ejes fundamentales para repensar la salud mental como un fenómeno profundamente político y estructural, y no únicamente clínico.

Esta propuesta se alinea con la necesidad, cada vez más urgente, de construir un modelo de salud mental en México que no solo reconozca las desigualdades de género, sino que las enfrente desde su raíz sistémica.

## **8. Avances legislativos y desafíos en el reconocimiento del derecho a la salud mental con perspectiva de género**

El marco normativo mexicano ha experimentado una evolución importante en materia de salud mental y derechos de las mujeres, aunque aún enfrenta retos significativos para garantizar una atención integral, accesible y con enfoque de género.

Entre los instrumentos más relevantes se encuentra la Ley General de Salud, que establece las bases para la organización y prestación de servicios de salud en el país. A través de diversas reformas —especialmente las realizadas a partir de 2022— se ha fortalecido el reconocimiento de la salud mental como un componente prioritario del bienestar integral. En particular, se han incluido disposiciones que promueven la atención comunitaria, la desinstitucionalización progresiva y el respeto a los derechos humanos de las personas con padecimientos mentales.

Sin embargo, estos avances no han sido suficientes para incorporar plenamente una perspectiva de género en el tratamiento de la salud mental femenina. La Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia (LGAMVLV), por su parte, ha sido fundamental para visibilizar las múltiples formas de violencia que inciden en la salud emocional y psicológica de las mujeres. En su artículo 6, la ley reconoce la violencia psicológica como una modalidad autónoma de violencia de género, y en los artículos 34 y 35 se mandata a las instituciones de salud a brindar atención especializada y con perspectiva de género a mujeres víctimas.

No obstante, la aplicación práctica de estas leyes enfrenta múltiples barreras. La fragmentación institucional, la falta de capacitación del personal médico y la persistencia de modelos biomédicos centrados en la medicalización del sufrimiento limitan el cumplimiento efectivo

del derecho a la salud mental. Además, la falta de articulación entre los sistemas de salud y justicia impide que las mujeres que sufren violencia —particularmente psicológica— accedan a una atención que considere su contexto y su historia de victimización como parte del diagnóstico y el tratamiento.

A pesar de estos desafíos, el reconocimiento legal de la salud mental y la violencia psicológica como problemáticas de interés público representa un paso relevante. Estas leyes constituyen un marco que puede ser potenciado si se acompaña de políticas públicas interseccionales, financiamiento suficiente, programas comunitarios sostenibles y una transformación cultural e institucional que coloque la experiencia de las mujeres al centro de la atención.

En ese sentido, la legislación mexicana ofrece una base normativa necesaria pero aún insuficiente para garantizar el derecho a la salud mental con justicia, dignidad y equidad de género.

## **9. Del modelo biomédico al comunitario: una transición hacia la salud mental de las mujeres con enfoque de derechos**

En años recientes, la salud mental ha comenzado a ser reconocida en México, no solo como un componente clínico, sino como un derecho humano fundamental vinculado al bienestar colectivo, especialmente en el caso de las mujeres, quienes históricamente han sido sobremedicalizadas, estigmatizadas y excluidas del acceso integral a la atención emocional. Esta reorientación se refleja en la propuesta de cambiar el modelo tradicional biomédico, centrado en el diagnóstico y la medicación, por un modelo comunitario de salud mental, que prioriza la prevención, el enfoque de derechos humanos y la atención desde el primer nivel.

Como señala Gómez León (2024), esta transformación busca posicionar a la salud mental como “un elemento fundamental para el bienestar de las personas”, al tiempo que resalta la necesidad de abordar los padecimientos desde espacios cercanos y cotidianos, donde es posible prevenir y contener los factores estructurales que los originan.

En este sentido, la salud mental de las mujeres deja de ser concebida como una anomalía individual o una falla emocional, y pasa a entenderse

como la manifestación de un malestar social producto de la desigualdad, la violencia y los mandatos de género. El nuevo enfoque también combate el estigma, la discriminación y los estereotipos, históricamente proyectados sobre las mujeres, especialmente aquellas que no encajan en los modelos hegemónicos de maternidad, obediencia o silencio (Gómez León, 2024).

Desde una perspectiva de derechos humanos, esta transición representa un avance ético, político y social. Implica reconocer que el sufrimiento emocional de las mujeres no puede desvincularse de las violencias estructurales que atraviesan sus vidas: la pobreza, el trabajo no remunerado, la violencia de pareja, la desigualdad laboral y el racismo. Que el Estado comience a reconocer estas condiciones como determinantes de la salud mental es resultado de décadas de lucha feminista y análisis crítico, y abre la posibilidad de construir políticas públicas sensibles al género, centradas en la dignidad y el bienestar integral de las mujeres.

## Conclusiones

El análisis de la salud mental de las mujeres en México, desde una perspectiva crítica y con enfoque de derechos humanos, permite evidenciar que no se trata de una problemática individual o meramente clínica, sino de un fenómeno estructural profundamente atravesado por desigualdades de género, clase, etnia y cultura.

A lo largo del capítulo se ha mostrado cómo el sufrimiento emocional femenino no puede desvincularse de los contextos históricos, sociales y simbólicos en los que se produce, y cómo los modelos tradicionales de atención han sido insuficientes —cuando no abiertamente perjudiciales— para garantizar el derecho al bienestar psicológico de las mujeres.

El recorrido comenzó con un panorama epidemiológico alarmante: los datos de la OMS, la OPS, el INEGI y la ENADID revelan que la depresión y la ansiedad afectan de manera desproporcionada a las mujeres mexicanas, quienes representan más del 70 % de los casos atendidos en servicios de salud mental. Estas cifras, lejos de ser casuales, están profundamente conectadas con la sobrecarga emocional, la violencia de género, la maternidad no deseada y la desigualdad estructural. Como

plantean autoras como Gómez León y Ramos-Lira, estas condiciones deben ser entendidas como factores sociales depresógenos, no como fallas personales o desajustes internos.

Desde una perspectiva histórica, se recuperó el caso del Manicomio General “La Castañeda” como emblema del uso disciplinario de la psiquiatría contra las mujeres. El análisis de Cristina Rivera Garza reveló cómo diagnósticos como “locura moral” fueron utilizados para patologizar la autonomía, la sexualidad y la disidencia femenina, convirtiendo a la psiquiatría en una herramienta de control social más que de cuidado.

Dicha medicalización moralizante encuentra su raíz simbólica en ideologías como el marianismo, analizado por Pastor, que construyó un modelo idealizado de mujer abnegada, pura y maternal. Las mujeres que no encajaban en ese ideal eran silenciadas, estigmatizadas o institucionalizadas, y su sufrimiento interpretado como desviación moral.

En continuidad con este análisis, el capítulo incorporó la categoría de “cautiverio” propuesta por Marcela Lagarde, para mostrar cómo los roles de madre, esposa, cuidadora o incluso “loca” han funcionado como formas de reclusión simbólica en la vida contemporánea. Estos mandatos generan una interiorización de la culpa, la autoanulación y el deber ser, factores que alimentan el malestar psíquico femenino y que rara vez son considerados por el sistema de salud mental.

La discusión se amplió con una crítica al uso superficial de la interseccionalidad en la psicología latinoamericana, a partir del trabajo de David Pavón-Cuéllar. Su planteamiento advierte que, al centrarse únicamente en la experiencia individual de la opresión, el enfoque interseccional puede invisibilizar las estructuras que realmente la producen: el capitalismo, el racismo, el colonialismo y el patriarcado. Ello tiene consecuencias directas en la atención en salud mental, que muchas veces termina psicologizando el sufrimiento sin atender sus raíces históricas ni sus dimensiones políticas.

La investigación también analizó los avances legislativos en México, como la Ley General de Salud y la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia. Si bien ambas normativas han incorporado el reconocimiento de la violencia psicológica y la necesidad de atención con enfoque de género, su aplicación sigue enfrentando múltiples ba-

rreras: fragmentación institucional, medicalización hegemónica, falta de capacitación y ausencia de políticas públicas articuladas. La ley, aunque representa un marco importante, aún no garantiza de forma efectiva el derecho a la salud mental de las mujeres en condiciones de igualdad y dignidad.

Se abordó el cambio de paradigma hacia un modelo comunitario de salud mental, que propone desplazar el enfoque centrado en la psiquiatría hacia uno basado en la atención primaria, la prevención y el bienestar integral. Esta propuesta, como subraya Gómez León, tiene el potencial de reducir estigmas, ampliar el acceso y comprender el malestar emocional como una expresión legítima del contexto en que viven las mujeres. Desde una perspectiva de derechos humanos, este enfoque representa una oportunidad para construir una salud mental feminista, interseccional y humanizada.

Finalmente, la salud mental de las mujeres en México no puede seguir siendo entendida como un fenómeno ahistórico ni neutral. Requiere ser leída desde sus raíces estructurales, simbólicas e institucionales. Apostar por una salud mental con enfoque de género es reconocer que el sufrimiento femenino tiene causas profundas, pero también resistencias activas, saberes colectivos y posibilidades de transformación. El desafío es político, ético y social: garantizar el derecho de todas las mujeres a vivir, sentir y sanar en libertad.

## Conclusiones

En consonancia con los hallazgos y reflexiones desarrolladas a lo largo del capítulo, se proponen las siguientes recomendaciones para avanzar en el reconocimiento, atención y transformación de la salud mental de las mujeres en México:

Asignar recursos específicos para la salud mental de las mujeres, garantizando su atención desde una perspectiva de género e interseccionalidad. Estos recursos deben destinarse tanto a servicios clínicos como a programas comunitarios, de prevención, intervención y seguimiento, con énfasis en las poblaciones históricamente marginadas (mujeres indígenas, rurales, adolescentes, adultas mayores).

Implementar programas educativos en todos los niveles —desde la educación básica hasta la superior— que promuevan la alfabetización emocional, la desestigmatización de los trastornos mentales y la identificación de factores de riesgo psicosocial. Estos contenidos deben integrar una perspectiva crítica de género y derechos humanos;

Fomentar una cultura del cuidado colectivo, promoviendo valores como la empatía, la solidaridad, el respeto a la diversidad emocional y la no patologización de la diferencia. Es necesario transitar de la lógica del juicio moral hacia una comprensión más amorosa y humanizante de las experiencias de sufrimiento.

Articular acciones interinstitucionales entre los sectores de salud, educación, justicia y desarrollo social, para garantizar respuestas integrales a los determinantes del malestar psíquico femenino. Esto incluye mecanismos de detección oportuna, acompañamiento psicológico no medicalizante y acceso a redes comunitarias de apoyo.

Revisar y fortalecer los marcos normativos y protocolos institucionales, asegurando que su aplicación esté alineada con los principios de igualdad sustantiva, no discriminación y acceso efectivo al derecho a la salud mental con enfoque de género.

## Fuentes de información

- Comisión Nacional de Salud Mental y Adicciones. (2024). Datos de salud mental 2024: enero–septiembre [PDF]. [www.gob.mx/cms/uploads/attachment/data/file/949747/04\\_DATOS\\_SM\\_2024.pdf?utm\\_source=chatgpt.com](http://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/data/file/949747/04_DATOS_SM_2024.pdf?utm_source=chatgpt.com)
- Congreso de los Estados Unidos Mexicanos. (2023). Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia. Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. Recuperado de [www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGAMVLV.pdf](http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGAMVLV.pdf)
- Gómez León, C. (2024). Aportaciones de la perspectiva médico social y de género en un análisis de la depresión en México. *Salud Problema*, 18(35), 67–81.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). (2023). Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) 2021: Suicidio y salud mental. [www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2023/EAP\\_Suicidio23.pdf](http://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2023/EAP_Suicidio23.pdf)
- Lagarde y de los Ríos, M. (2014). *Los cautiverios de las mujeres: madresposas, monjas, putas, presas y locas*. Universidad Nacional Autónoma de México, Coordinación de Estudios de Posgrado; Centro de Investigaciones Interdisciplinarias en Ciencias y Humanidades; Siglo XXI Editores.
- Organización Mundial de la Salud. (2023). Depresión. [www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression](http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression)
- Pastor, M. (2010). El marianismo en México: una mirada a su larga duración. *Cuicuilco*, 17(48), 257–277. [www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0185-16592010000100013&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-16592010000100013&lng=es&tlng=es).
- Pavón-Cuéllar, D. (2023). ¿Qué hacer con la interseccionalidad en la psicología crítica latinoamericana? De la experiencia de clasismo, racismo y sexismo a la estructura capitalista colonial y heteropatriarcal. *Teoría y Crítica de la Psicología*, 19, 165–183. [www.teocripsi.com/ojs/](http://www.teocripsi.com/ojs/)
- Ramos-Lira, Luciana. (2014). ¿Por qué hablar de género y salud mental?. *Salud mental*, 37(4), 275–281. [www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0185-33252014000400001&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252014000400001&lng=es&tlng=es).
- Rivera Garza, C. (2010). *La Castañeda: Narrativas dolientes desde el Manicomio General, 1910-1930* (2ª ed.). Tusquets Editores.

