

# Psicología y mujeres: una deuda histórica

**Viridiana Loza**

Universidad Autónoma de Baja California  
[viridiana.loza@uabc.edu.mx](mailto:viridiana.loza@uabc.edu.mx)

Artículo de divulgación

¿Has escuchado frases como “las mujeres están locas”, o “son histéricas” o “nadie las entiende”? Si eres mujer, es probable que alguien te haya llamado “loca” por mostrar enojo o inconformidad o que te hayan acusado de “estar en tus días” por mostrar tus emociones abiertamente, porque parece que las hormonas nos llevan al límite de la cordura. Existe una tendencia cultural a asociar nuestros ciclos reproductivos con nuestras emociones y comportamientos y por tal motivo, desestimarlos. Si bien es cierto que hay una relación intrínseca entre nuestra biología y nuestras emociones, no es algo propio de las mujeres, por ello no debería usarse como argumento para sostener que somos propensas a padecer trastornos psicológicos con mayor facilidad o que somos débiles o poco confiables.

### CÓMO CITAR

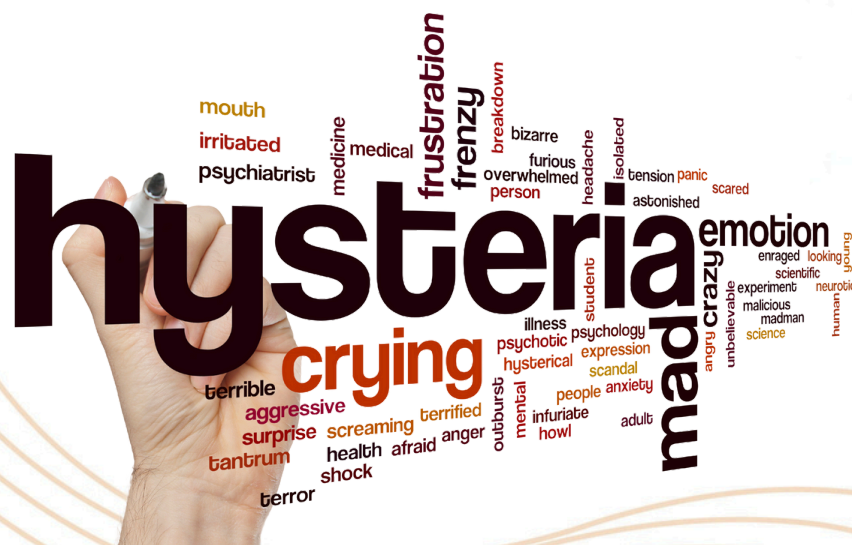
Loza, V. (2024). *Psicología y mujeres: una deuda histórica*. *Cultural-e*, 2(2), 22-27. <https://revistacultural-e.uabc.mx/index.php/revistacultural-e/article/view/35/version/35>

A lo largo de la historia, las mujeres hemos estado vinculadas al estereotipo de “loca”, el cual ha sido utilizado para etiquetar cualquier comportamiento que “no encaje” con las normas y expectativas sociales. En general, considerar ciertos aspectos culturales como la emocionalidad, la vulnerabilidad o debilidad, como un trastorno psicológico, es una idea arraigada al sentido común, de tal manera que sin cuestionar la damos por cierta.

Esta creencia ha sido mantenida por discursos científicos emanados de disciplinas como la psicología y la psiquiatría que, al ignorar la perspectiva de género, reproducen desigualdades y violencias relacionadas con el sexo y la sexualidad. Desde estas disciplinas se han elaborado narrativas que atribuyen los malestares de muchas mujeres a causas biológicas, especialmente a los ciclos reproductivos. El resultado es que, emociones y sentimientos como la ira, la rabia, la insatisfacción o la inconformidad solían etiquetarse como “locura” o “histeria”. Esto ha consolidado el mito de que las mujeres, por naturaleza, estamos más propensas a padecer trastornos psicológicos.

Además, la falta de revisiones críticas dentro de estas disciplinas ha mantenido vigentes algunas teorías psicológicas y psiquiátricas que ofrecen explicaciones individualistas a problemas sociales, lo cual desvincula los malestares psicológicos de las desigualdades económicas, políticas y sociales que los producen.

Un caso muy representativo fue la histeria, considerada durante siglos como un padecimiento propio de las mujeres, en particular de mujeres blancas y adineradas que residían en entornos urbanos. La hipótesis central de la histeria -cuyo nombre deriva del griego hysteros (útero)-, era que el útero no tenía lo que deseaba, por lo tanto, se desplazaba por todo el cuerpo. Esta condición se manifestaba a través de una multiplicidad de síntomas y signos corporales y psicológicos tales como dolores, parálisis, muecas, convulsiones, sordera, mutismo, sensibilidad cutánea, insomnio, irritabilidad, “propensión a causar problemas”, entre otros. La solución frecuente era el encierro forzado en hospitales psiquiátricos como medida de control a las mujeres que cuestionaban su rol doméstico y aspiraban a una vida intelectual.





A partir de la histeria, el neurólogo austriaco Sigmund Freud desarrolló su teoría del inconsciente, y afirmó que la histeria era provocada por un hecho traumático que había sido reprimido, pero seguía aflorando en forma de ataques sin explicación. También observó que la serie de síntomas que caracterizaban a la histeria eran una forma de comunicar la frustración de muchas mujeres confinadas al ámbito doméstico en matrimonios infelices. Si bien Freud revolucionó el entendimiento de la histeria al vincularla con el trauma y el inconsciente, mantuvo explicaciones centradas en dinámicas sexuales y familiares, sin cuestionar el impacto de las estructuras sociales en los malestares de las mujeres de la época.

Finalmente, la categoría de histeria fue retirada del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM) a partir de su tercera edición en 1987. En la actualidad entendemos que la histeria fue una forma de expresar la frustración de muchas mujeres, quienes no encontraban otra vía expresión que no fuera a través de una serie de signos y síntomas muy diversos. Hoy sabemos que la histeria representaba una manera de exteriorizar aquellas inconformidades que carecían de adjetivos y de un contexto idóneo para ser nombradas.



Otro caso notable, vinculado al estereotipo de “loca”, es la depresión. Trastorno que afecta significativamente a las mujeres durante la edad reproductiva, entre los 15 y 44 años de edad. Los cambios hormonales como la pubertad, el embarazo, el posparto, la menopausia pueden jugar un papel importante en la vulnerabilidad de las mujeres a deprimirnos. También existen factores sociales, ya que en esos años estamos más expuestas a experiencias sexuales, violencia doméstica, violencia obstétrica y, con frecuencia, estamos en desventaja tanto social como financiera, siendo estas circunstancias potenciadoras de episodios de depresión.

En nuestra cultura, las mujeres somos formadas en modelos y patrones de feminidad, en “formas de ser mujer” que nos predisponen a la depresión. A las mujeres se nos enseña a dudar de nosotras, a ser temerosas, inseguras y preocupadas por la evaluación de los otros, lo que suele resultar en una mala valoración propia. Los hombres, en cambio, suelen desarrollar un mayor sentido de dominio e independencia.

Por ejemplo, se ha demostrado que cuando las mujeres nos sentimos tristes tendemos a repensar una y otra vez aquellas situaciones que nos preocupan, de tal manera que nos sumimos fácilmente en pensamientos negativos, mientras que los hombres tienden a usar estrategias de distracción. Por su parte, ser exclusivamente ama de casa también predispone a la depresión, debido a que muchas mujeres tienden a postergar o sacrificar su propio proyecto de vida en pos del cuidado de los hijos y del hogar.

Sin embargo, las mujeres que trabajan fuera del hogar también tienen mayor predisposición a padecer estrés y depresión debido a la dificultad de desempeñar varios roles (ama de casa y trabajadora). Las malas condiciones laborales agravan esta situación, con factores como jornadas de medio tiempo, menos salario por el mismo trabajo, peores jubilaciones y prestaciones, menos tiempo de ocio, acoso sexual en los puestos de trabajo, el fenómeno del **techo de cristal**, etc.

Asimismo, el abuso sexual es un factor que aumenta la probabilidad de padecer depresión. Este tipo de violencia afecta más a mujeres que a hombres y representa un riesgo aún mayor para la depresión en comparación con otros trastornos. Más del 60% de las mujeres abusadas desarrollan depresión a lo largo de su vida



### **Techo de cristal**

Barreras invisibles creadas socialmente hacia las mujeres que impiden que estas crezcan y se desarrollen en ámbito profesional laboral.



Desde una perspectiva feminista, estos fenómenos deben interpretarse como síntomas sociales, es decir, manifestaciones de malestares generados por desigualdades estructurales. La propuesta que surge desde la psicología con perspectiva feminista es cuestionar y desarticular los discursos esencialistas que han etiquetado como trastornos mentales las situaciones de desigualdad y opresión que viven las mujeres

y centrarse en criticar los factores estructurales que inciden en su salud mental. Esta perspectiva expone el origen de estas iniquidades y contribuye a la construcción de herramientas emocionales y colectivas que persigan el objetivo de validar las experiencias emocionales de las mujeres, resignificando la rabia y el enojo como emociones necesarias para el cambio social.

