Segundo Congreso Nacional de Estudios Interdisciplinares sobre Diversidad y Disidencias Sexuales y de Género. Universidad Nacional de Córdoba, Córdoba, 2026.

El Trabajo Social y su intervención en la depresión desde una perspectiva de género.

Lizondo, Noelia Sonia y Voragini, Natalia.

Cita:

Lizondo, Noelia Sonia y Voragini, Natalia (2026). *El Trabajo Social y su intervención en la depresión desde una perspectiva de género. Segundo Congreso Nacional de Estudios Interdisciplinares sobre Diversidad y Disidencias Sexuales y de Género. Universidad Nacional de Córdoba, Córdoba.*

Dirección estable: https://www.aacademica.org/2congresodiversidad/68

ARK: https://n2t.net/ark:/13683/eqyo/9O5

Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons.
Para ver una copia de esta licencia, visite
https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.es.

Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto*. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: https://www.aacademica.org*.

El Trabajo Social y su intervención en la depresión desde una perspectiva de género.

Integrantes del equipo de trabajo:

Lizondo, Noelia.noeli_59@hotmail.com Doctoranda en la Universidad Nacional de Mar del Plata.

Voragini Weth, Natalia Andrea. nattivw@gmail.com Doctoranda en la Universidad Nacional de Mar del Plata

Eje temático: Salud, diversidades y resistencias (Eje N° 6)

Resumen/Abstract:

El Trabajo Social está allí donde el padecimiento se expresa en esos encuentros singulares que van más allá del dato estadístico o la descripción de problemas vinculados con poblaciones determinadas o clasificadas.

Este artículo propone reflexionar sobre la depresión desde una perspectiva feminista y de género, atendiendo a las desigualdades sociales, económicas y culturales, las relaciones asimétricas de poder y la distribución desigual de las tareas de cuidado. Se sostiene que el sufrimiento psíquico no puede comprenderse exclusivamente como un fenómeno individual ni separarse de las condiciones materiales y vinculares en las que se desarrolla la vida cotidiana. A partir de aportes teóricos y de datos epidemiológicos publicados por organismos sanitarios, se analizan la patologización de los malestares sociales, las relaciones entre maternidad y salud mental y las contribuciones del Trabajo Social a intervenciones integrales, interdisciplinarias y basadas en derechos. El enfoque propuesto no desconoce la dimensión clínica de la depresión ni la necesidad de tratamientos cuando corresponden; plantea, en cambio, ampliar la comprensión del padecimiento e incorporar sus dimensiones sociales y colectivas.

Palabras Clave: SALUD MENTAL, TRABAJO SOCIAL, DEPRESIÓN, PERSPECTIVA FEMINISTA, DIVERSIDADES SEXO-GENÉRICA.

Estructura:

Introducción

El Trabajo Social está allí donde el padecimiento se expresa en esos encuentros singulares que van más allá del dato estadístico o la descripción de problemas vinculados con poblaciones determinadas o clasificadas. La depresión es un trastorno de la salud mental, que no se elige, ni es voluntario, ni temporal, las personas no se levantan un día y dicen: que pocas ganas o deseos tengo, me siento triste, seguro que es depresión. La salud mental es salud, y sus trastornos, enfermedades, condiciones, afectan la forma en que una persona siente, piensa y actúa. La depresión es un trastorno de la salud mental, que no elige, ni es voluntario, ni temporal, las personas no se levantan un día y dicen: que pocas ganas, deseos tengo, me siento triste, seguro que es depresión. La salud mental es salud, y sus trastornos, enfermedades, condiciones, afectan la forma en que una persona siente, piensa y actúa. Así mismo, las personas con disidencias sexuales y de género presentan indicadores significativamente más elevados de depresión y sufrimiento psíquico en comparación con la población cisheterosexual. Un metaanálisis internacional publicado en el Journal of Affective Disorders, basado en 48 estudios y más de 4,6 millones de personas LGBT+, encontró una prevalencia mundial de trastorno depresivo mayor del 32,2%, cifra considerablemente superior a la observada en la población general.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2025), la depresión es más frecuente en las mujeres que en los hombres y puede presentarse durante el embarazo y el período posterior al parto. Las cifras concretas de prevalencia deben interpretarse de acuerdo con la población, el período y la metodología de cada fuente.

Estos datos permiten señalar diferencias de prevalencia según género, sin afirmar que la depresión afecte exclusivamente o de manera uniforme a las mujeres y a las personas de las diversidades sexo-genéricas. Esta brecha de género en salud mental constituye uno de los

hallazgos más consistentes en la psicología y la psiquiatría contemporáneas, y pone de manifiesto la necesidad de intervenciones que trascienden la mirada clínica tradicional para un efectivo abordaje.

Nuestro análisis parte de una perspectiva feminista que considera las desigualdades sociales, culturales y económicas, las asimetrías de poder y las exigencias que recaen sobre las mujeres y las personas de las diversidades sexo-genéricas. Asimismo, nos posicionamos desde el Trabajo Social como profesión y disciplina comprometida con una perspectiva emancipadora, feminista, decolonial y antipatriarcal.

El Trabajo Social con perspectiva de género aborda la depresión no como un fallo individual, sino como una expresión del sufrimiento social. Desde este enfoque, la depresión se comprende como un fenómeno socialmente construido, estrechamente vinculado a las condiciones de vida y a las relaciones de poder, especialmente aquellas que afectan a las mujeres y desde la perspectiva teórica del estrés de minorías desarrollada por Ilan H. Meyer (2003), según la cual las personas lesbianas, gais y bisexuales pueden experimentar condiciones persistentes de estrés psicosocial derivadas de la estigmatización social, la discriminación institucional y la exclusión, generando un impacto acumulativo sobre la salud mental. Este modelo explica cómo el estigma, los prejuicios y la discriminación pueden generar estrés y contribuir a las desigualdades en salud mental (Meyer, 2003).

La perspectiva feminista permite interrogar las desigualdades sociales, culturales y económicas, las asimetrías de poder y las expectativas de género que atraviesan la vida cotidiana. Desde este posicionamiento, el Trabajo Social se comprende como una profesión y disciplina comprometida con la ampliación de derechos y con la problematización de las condiciones que producen desigualdad. La depresión no se reduce a un fallo individual: su comprensión requiere considerar las historias singulares, los contextos de vida, las redes de sostén y las respuestas institucionales disponibles

Objetivo

Visibilizar desde el Trabajo Social con perspectiva de género, la depresión no como un fallo individual, sino como una expresión del sufrimiento social. Desde este enfoque, la depresión se comprende como un fenómeno socialmente construido, estrechamente vinculado a las

condiciones de vida y a las relaciones de poder, especialmente aquellas que afectan a las mujeres y las disidencias.

Metodología

El presente trabajo se desarrolla desde un enfoque cualitativo, interpretativo y crítico, sustentado en aportes del Trabajo Social y de las perspectivas feministas y de género. Se propone una reflexión teórico-crítica sobre la depresión, con especial atención a las condiciones históricas, sociales, económicas, culturales y vinculares que atraviesan las experiencias de mujeres y personas de las diversidades sexo-genéricas.

El alcance del artículo es teórico-reflexivo. No se presentan entrevistas, observaciones sistemáticas ni registros empíricos que permitan caracterizarlo como una sistematización de experiencias profesionales. Por ello, las afirmaciones se exponen como argumentos conceptuales sustentados en la bibliografía consultada y no como resultados de una investigación empírica propia. Si las autoras incorporan en una versión posterior experiencias profesionales documentadas, será necesario explicitar los ámbitos de intervención, los registros recuperados y el procedimiento de análisis utilizado.

Por tratarse de un artículo teórico-reflexivo y no de una investigación empírica ni de una sistematización documentada de experiencias profesionales, el análisis se sustenta en la bibliografía consultada y en datos secundarios publicados por organismos sanitarios.

También se consideran datos epidemiológicos publicados por organismos sanitarios regionales y nacionales. La Organización Panamericana de la Salud (OPS, s. f.) informa diferencias de prevalencia de depresión entre mujeres y hombres en la región. Las estimaciones sobre depresión durante el embarazo y el posparto varían según el país y la metodología; por ello, deben citarse junto con la fuente y el indicador específicos. Para Argentina, el informe de la iniciativa especial de la OMS presenta estimaciones nacionales que deben interpretarse de acuerdo con la definición y el período de medición utilizados (Organización Mundial de la Salud, 2023).

Análisis/Resultados

El por qué de pensar a la Depresion desde una mirada feminista

Ante todo porque somos mujeres, profesionales, egresadas y estudiantes de la Universidad pública, que han podido transitar por estos caminos gracias a nuestras antecesoras, que tanto lucharon y exigieron que pudiéramos tener el derecho todas de acceder, permanecer, transitar por un llano de la sinuosa ruta que es el vivir en una sociedad patriarcal y capitalista, donde somos las mujeres, junto con las disidencias y demás minorías, las que convivimos y sobrevivimos a las violencias de los Estados democráticos en los que debemos seguir demandando la tranquilidad y la igualdad de convivir con el machismo al que somos sometidas.

Desde una perspectiva crítica, el Trabajo Social busca evitar la patologización y medicalización excesiva de sufrimientos que tienen su origen en condiciones de vida precarias. No se trata de negar la existencia de la depresión como trastorno, sino de cuestionar diagnósticos que invisibilizan las causas sociales del malestar y responsabilizan exclusivamente a las mujeres.

Seguidamente porque pocas veces se habla de la depresión en nuestra profesión como una cuestión de género, al que queremos analizar y compartir para construir y reflexionar con otras colegas al respecto, incorporando la mirada con “gafas violetas” que permitan desenmascarar a la depresión, solo como una cuestión de salud mental, alojando desde nos permitirá la psiquis personal de quien la padece. Ampliar esa perspectiva, nos permite otras intervenciones, pensar otras prácticas, y disponer medidas que miren más allá de la psiquis de esa persona aislada en reuniones esporádicas.

Adentrándonos en el tema, podemos decir que la depresión constituye uno de los diagnósticos más frecuentes en los sistemas de salud mental contemporáneos y presenta una mayor prevalencia en mujeres, fenómeno ampliamente documentado por organismos internacionales y nacionales, con estudios epidemiológicos. Algunos de ellos expuestos con anterioridad. No obstante, esta sobrerrepresentación femenina ha sido abordada, en numerosas investigaciones, desde explicaciones de corte biomédico, donde enfatizan factores hormonales o neuroquímicos, relegando a un segundo plano los condicionantes sociales, culturales y de género que atraviesan la experiencia subjetiva del malestar.

Desde una perspectiva crítica, el Trabajo Social procura evitar la patologización y la medicalización indiscriminada de sufrimientos relacionados con condiciones de vida precarias. Esto no implica negar la depresión como problema de salud ni desestimar los

tratamientos clínicos cuando son necesarios. Implica cuestionar las explicaciones que invisibilizan las causas sociales del malestar o responsabilizan exclusivamente a las personas por su padecimiento.

La metáfora de las “gafas violetas”, puede funcionar como recurso para identificar desigualdades naturalizadas y examinar cómo los mandatos de género intervienen en la experiencia subjetiva. Ampliar la mirada permite pensar intervenciones que no se limiten a encuentros individuales aislados, sino que consideren las condiciones materiales de existencia, los vínculos, las redes de apoyo y las respuestas institucionales.

La patologización de lo social

Diversas autoras feministas han examinado cómo el sufrimiento psíquico de las mujeres puede ser interpretado principalmente como un problema interno o individual, desplazando la atención de las condiciones sociales y materiales. En este sentido, Stoppard (2000) problematiza las explicaciones que descontextualizan la depresión y propone considerar las experiencias de las mujeres en relación con sus condiciones materiales y sociales.

La expresión “patologización de lo social” permite interrogar procesos mediante los cuales problemas estructurales —como la distribución desigual del trabajo doméstico y de cuidados, la precarización laboral, la violencia de género y la falta de autonomía económica— se traducen en dificultades individuales desligadas de sus condiciones de producción. La atribución de responsabilidades de cuidado casi exclusivas a las mujeres puede contribuir al agotamiento emocional y limitar sus tiempos de descanso, participación y desarrollo personal.

La denominada doble jornada laboral, junto con la carga mental asociada a la organización cotidiana de los cuidados, constituye un factor central en el agotamiento emocional de muchas mujeres. Estas tareas, históricamente feminizadas y desvalorizadas, no solo carecen de reconocimiento social, sino que además se presentan como mandatos morales, difíciles de cuestionar sin experimentar culpa o sanción simbólica.

Desde una perspectiva de Trabajo Social, el padecimiento debe situarse en contextos atravesados por desigualdad, exclusión, precarización y fragilización de los lazos sociales. El análisis de la depresión como expresión posible del sufrimiento social (Carballeda, 2002)

permite preguntar por las condiciones de vida y las respuestas colectivas, sin sustituir la evaluación clínica ni reducir la experiencia singular a una explicación estructural única.

El enfoque de derechos implica reconocer a las personas como sujetas de derechos y no como objetos de tutela. En las intervenciones con personas que atraviesan una depresión, esto supone promover autonomía, participación y acceso a redes comunitarias, además de articular recursos sanitarios y sociales. La salud mental constituye un campo interdisciplinario en el que los saberes biomédicos y las ciencias sociales necesitan dialogar para evitar abordajes reduccionistas.

No pueden separarse de los contextos de desigualdad, exclusión y fragmentación social, a la depresión, que aparece como una forma de expresar el malestar producido por la precarización de la vida, la ruptura de lazos sociales, la pérdida de horizontes de sentido, la expulsión simbólica y material de amplios sectores sociales. En este marco, la depresión no es solo “enfermedad”, sino respuesta subjetiva a condiciones objetivas de sufrimiento.

Desde una perspectiva crítica, la medicalización puede despojar al sufrimiento social de su dimensión política al presentarlo exclusivamente como un trastorno individual. La depresión pasa a ser tratada como falla personal, y no como síntoma de un orden social que produce exclusión y vulnerabilidad. Esto puede contribuir al aislamiento de la persona que materna, silenciamiento del conflicto social a nivel social y macro, debates en los medios de comunicación o comunidades que dialogan en redes, (pareciera que el algoritmo no está enterado de lo que sucede cuando maternamos), respuestas centradas solo en lo farmacológico.

Desde un enfoque de derechos, los padecimientos subjetivos deben ser abordados reconociendo a las personas como sujetas de derechos y no como objetos de tutela. En el caso de las mujeres diagnosticadas con depresión, esto implica evitar prácticas asistencialistas o medicalizantes que refuercen su lugar de vulnerabilidad, y promover estrategias de intervención que fortalezcan la autonomía, la participación y el acceso a redes comunitarias.

Stolkiner (2005) sostiene que la salud mental es un campo necesariamente interdisciplinario, donde los saberes biomédicos deben dialogar con las ciencias sociales para evitar reduccionismos. En esta línea, el Trabajo Social aporta herramientas para visibilizar cómo la precarización laboral, la feminización de la pobreza y la responsabilidad casi exclusiva de los cuidados impactan diferencialmente en la subjetividad de las mujeres, produciendo formas específicas de agotamiento emocional y psíquico (Stolkiner & Ardila Gómez, 2012).

La Ley Nacional de Salud Mental N.º 26.657 (2010) constituye un marco normativo central para el abordaje integral, interdisciplinario y comunitario de la salud mental. Desde esta perspectiva, la depresión requiere respuestas articuladas entre los sectores de salud, educación, trabajo, justicia y políticas sociales, de acuerdo con las necesidades y decisiones de cada persona

Maternar, niñeces y depresión: una lectura feminista del cuidado y el malestar psíquico

La depresión puede manifestarse mediante tristeza persistente, sensación de vacío, desánimo o pérdida de interés y placer en actividades significativas. Cuando una persona atraviesa este padecimiento mientras ejerce tareas de cuidado, pueden surgir preguntas sobre cómo acompañar la crianza, cómo sostener a quien materna y qué aportes puede realizar el Trabajo Social. Estas preguntas deben abordarse sin culpabilizar a las madres ni convertir la maternidad en una explicación suficiente del padecimiento.

Pero qué sucede si además estamos maternando, entonces nos surgen preguntas tales: ¿cómo acompañar la crianza de nuestras niñeces desde la depresión?, ¿cómo sostenemos a las mujeres que maternan depresivamente? ¿Qué aporta el Trabajo Social en esas intervenciones que surgen en la depresión durante la maternidad?

La maternidad, lejos de constituir una experiencia homogénea o naturalmente gratificante, se encuentra social e históricamente atravesada por mandatos de género que pueden asignar a las mujeres la responsabilidad casi exclusiva del cuidado de las niñeces y promover ideales de entrega total, sacrificio y renuncia al deseo propio. Desde esta perspectiva, la depresión asociada al maternal no puede ser comprendida únicamente como un trastorno individual, sino como una expresión situada del agotamiento emocional producido por la sobrecarga de cuidados y la desigual organización social del trabajo reproductivo.

Este mandato se refuerza a través de discursos médicos, pedagógicos, judiciales, económicos, estéticos, gastronómicos y morales que construyen la figura de la “buena madre” como aquella siempre disponible, paciente y emocionalmente estable. En este marco, la expresión de tristeza, cansancio o ambivalencia frente a la experiencia de maternar suele ser leída como desviación o patología.

La literatura feminista sobre depresión y género permite analizar los procesos de autoanulación subjetiva que pueden aparecer cuando la identidad personal queda subordinada al rol materno. Asimismo, el concepto de self-silencing, desarrollado en los trabajos reunidos por Jack y Ali (2010), permite examinar cómo algunas mujeres aprenden a silenciar emociones, deseos o desacuerdos con el fin de sostener vínculos y responder a expectativas sociales.

Burin (2004) desde el campo de la salud mental, advierte que muchas depresiones femeninas se vinculan con procesos de autoanulación subjetiva, donde la identidad personal queda subsumida en el rol materno. La autora advierte que cuando la maternidad se ejerce en contextos de desigualdad y sin apoyos suficientes, puede generar una profunda pérdida del yo, especialmente cuando no existen espacios simbólicos y materiales que habiliten proyectos propios más allá del cuidado de otros.

El Trabajo Social aporta una lectura central al situar la maternidad en relación con las condiciones materiales de vida, las políticas públicas y la organización social del cuidado. Carballeda (2015) señala que el sufrimiento psíquico se inscribe en territorios atravesados por la precarización, la desigualdad y la fragilización de los lazos sociales. En este sentido, la depresión materna no puede desvincularse de factores como la feminización de la pobreza, la inestabilidad laboral, la ausencia de corresponsabilidad en los cuidados y la insuficiencia de dispositivos estatales de acompañamiento, sumanos la fragilidad de los lazos colectivos, la poca divulgación de hablar de depresión en mujeres que maternan.

Desde una perspectiva crítica, las niñeces continúan siendo pensadas desde un paradigma familista, que deposita en las familias (pero sobre todo a las mujeres) la responsabilidad casi exclusiva por su bienestar a cualquier costo. Esta concepción refuerza la privatización del cuidado y profundiza el aislamiento de las mujeres-madres, quienes suelen enfrentar en soledad las exigencias de la crianza. En estos contextos, la depresión emerge como una respuesta comprensible ante la falta de redes de apoyo y el escaso reconocimiento social del trabajo de cuidado.

Desde un enfoque de derechos, el abordaje del padecimiento subjetivo debe evitar la responsabilización individual y promover intervenciones orientadas al acceso efectivo a derechos. Es por ello, que aquí se sostiene el generar redes, lazos, encuentros, círculos de mujeres, que nos permita mirarnos, reflejarnos y debatirnos, sobre todo en tiempo de precarización de sostenes.

Por ello insistimos en fortalecernos en redes de apoyo entre mujeres, donde el malestar pueda ser nombrado como experiencia compartida; aprender a poner límites subjetivos, desnaturalizando la culpa asociada al cuidado exclusivo de otras personas; no a la resignificación del autocuidado, pero sin ser vista como consumo individual, sino como práctica política de resistencia frente al agotamiento estructural (Fullagar & O'Brien, 2014).

El autocuidado, desde esta perspectiva, no debe presentarse como una obligación individual más ni como una solución de consumo, sino vincularse con condiciones materiales y colectivas que hagan posible el descanso, la autonomía y el acceso a apoyos. La corresponsabilidad social del cuidado requiere compromisos familiares, comunitarios, institucionales y estatales.

El malestar difuso y la pérdida del yo

En los ámbitos clínicos y sociales, muchas mujeres consultan por un malestar inespecífico, caracterizado por sentimientos persistentes de vacío, cansancio o pérdida de sentido vital. Desde una mirada feminista, este malestar difuso no puede ser comprendido como una falla individual, sino como una reacción comprensible frente a procesos de autoanulación, pérdida de proyectos propios y priorización constante de las necesidades ajenas, conductas enajenadas y socialmente esperables. Estas hipótesis no deben convertirse en diagnósticos ni generalizarse a todas las mujeres: requieren escucha y análisis situado.

Asimismo, desde una perspectiva feminista, autoras como Burin (2004) señalan que muchas depresiones femeninas están asociadas a procesos de autoanulación subjetiva, donde el deseo propio es sistemáticamente postergado en función de las necesidades ajenas.

La noción de self-silencing, desarrollada en los trabajos reunidos por Jack y Ali (2010), invita a examinar las formas de socialización que pueden desalentar la expresión del enojo, el cansancio o la frustración. Si ciertas emociones son socialmente sancionadas, las personas pueden encontrar dificultades para expresar necesidades o poner límites. Esta inhibición emocional prolongada puede derivar en cuadros depresivos, donde la tristeza aparece como una emoción socialmente permitida, mientras que la rabia, el enojo, hasta el hecho de discutir o levantar la voz, el grito (prácticas o conductas potencialmente transformadoras) permanece reprimida. El Trabajo Social puede contribuir a que estos malestares sean escuchados en su contexto, evitando interpretarlos exclusivamente como problemas individuales.

Es allí donde debemos estar muy atentas, presentes y conscientes, de que los malestares de las mujeres que maternamos, trabajamos y sostenemos hogares, suele quedar reducido a lo patológico, nuestro trabajo y desafío es nunca olvidarnos del contexto, jamás dejar de lado lo político, lo económico, las condiciones laborales y sus flexibilizaciones, la pérdida o conquista de derechos, sobre todo, lo referido a las prácticas de cuidado.

Algunos estudios advierten la existencia de un sesgo de género en el diagnóstico, que tiende a interpretar el sufrimiento femenino como patológico, mientras que en los varones se expresa con mayor legitimidad el enojo o la externalización del conflicto.

Este sesgo se traduce en prácticas de sobrediagnóstico y sobremedicación, donde la respuesta institucional se orienta a la adaptación individual antes que a la transformación de las condiciones que generan el malestar. Tal como advierte Chesler (1972), la psiquiatría ha funcionado históricamente como un dispositivo de normalización de las mujeres que se apartan de los mandatos de género dominantes.

Conclusion

Nuestro aporte con este artículo, no es la de negar dimensión clínica del padecimiento ni desestimar la importancia de los tratamientos médicos cuando son necesarios. Por el contrario, proponemos ampliar el enfoque, incorporando estrategias de visibilización, encuentros y lazos, que contemplen la dimensión social y colectiva del sufrimiento.

Desde nuestro rol y función como trabajadoras sociales, retomamos los aportes de Carballeda (2002, 2015), quien propone entender la depresión como la expresión del sufrimiento social contemporáneo, producto de procesos de desigualdad estructural, fenómeno que interpela a las políticas públicas, desafío ético y político para las prácticas profesionales. Es decir, no puede ser comprendida únicamente como una patología individual, sino como una expresión singular de la cuestión social, producida en contextos históricos, económicos y culturales específicos.

En este sentido, el Trabajo Social aporta una lectura situada del malestar, entendiendo que las trayectorias de las mujeres se encuentran atravesadas por relaciones de género desiguales, sobrecargas de cuidado y mandatos normativos que inciden directamente en su salud mental. La intervención profesional, entonces, no se orienta únicamente a la adaptación del sujeto a

un orden dado, sino a la problematización de las condiciones estructurales que producen sufrimiento (Rozas Pagaza, 2001).

El objetivo último del Trabajo Social en la intervención de la depresión es transformar las prácticas sociales, familiares y laborales, promoviendo condiciones de vida más justas y equitativas.

De este modo, se busca mejorar la salud mental colectiva y alejarse de una visión reduccionista que medicaliza el sufrimiento social, apostando por un enfoque integral basado en los derechos humanos y la equidad de género.

La perspectiva feminista permite comprender la depresión no solo como un fenómeno clínico, sino como una experiencia profundamente atravesada por las relaciones de género.

En síntesis, la perspectiva feminista y de género permite comprender que la depresión tiene una dimensión clínica y que su experiencia puede estar atravesada por relaciones sociales desiguales. El aporte del Trabajo Social consiste en sostener una mirada integral, situada y basada en derechos, capaz de vincular el padecimiento singular con las condiciones de vida sin reducir una dimensión a la otra.

Referencias Bibliográficas:

Argentina. (2010). Ley 26.657: *Derecho a la protección de la salud mental.* Boletín Oficial de la República Argentina. https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-26657-175977/texto

Burin, M. (2004). Género femenino, familia y carrera laboral: Conflictos vigentes. *Subjetividad y Procesos Cognitivos*, 5, 48–75. https://dspace.uces.edu.ar/jspui/handle/123456789/263

Carballeda, A. J. M. (2002). *La intervención en lo social: Exclusión e integración en los nuevos escenarios sociales.* Paidós.

Carballeda, A. J. M. (2015). La intervención del Trabajo Social en el campo de la salud mental: Algunos interrogantes y perspectivas. *Margen: Revista de Trabajo Social y Ciencias Sociales*, (77). https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5177832

Chesler, P. (1972). *Women and madness*. Doubleday.

Fullagar, S., & O'Brien, W. (2014). Social recovery and the move beyond deficit models of depression: A feminist analysis of mid-life women's self-care practices. *Social Science & Medicine*, 117, 116–124. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.07.041

Jack, D. C., & Ali, A. (Eds.). (2010). *Silencing the self across cultures: Depression and gender in the social world.* Oxford University Press. https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780195398090.001.0001

Meyer, I. H. (2003). Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: Conceptual issues and research evidence. *Psychological Bulletin*, 129(5), 674–697. https://doi.org/10.1037/0033-2909.129.5.674

Organización Mundial de la Salud. (2025). *Depressive disorder (depression).* https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression

Organización Panamericana de la Salud. (s. f.). *Depresión.* https://www.paho.org/en/topics/depression

Rozas Pagaza, M. (2001). *La intervención profesional en relación con la cuestión social: El caso del Trabajo Social*. Espacio.

Stoppard, J. M. (2000). *Understanding depression: Feminist social constructionist approaches*. Routledge.

Stolkiner, A. (2005, 7–8 de octubre). *Interdisciplina y salud mental* [Ponencia]. IX Jornadas Nacionales de Salud Mental y I Jornadas Provinciales de Psicología, Posadas, Argentina.

https://salud.rionegro.gov.ar/documentos/salud_mental/Interdisciplina%20y%20Salud%20Mental.%20Stolkiner.pdf

Stolkiner, A., & Ardila Gómez, S. (2012). Conceptualizando la salud mental en las prácticas: Consideraciones desde el pensamiento de la medicina social/salud colectiva latinoamericanas. *Vertex*, 23(101), 57–67.

Organización Mundial de la Salud. (2023). WHO *Special Initiative for Mental Health: Country report*- Argentina. https://www.who.int/initiatives/who-special-initiative-for-mental-health