



Revista Electrónica de Psicología Iztacala



Universidad Nacional Autónoma de México

Vol. 28 No. 1

Marzo de 2025

EXPERIENCIAS DE SUBJETIVACIÓN EN EL MARCO DEL TRATAMIENTO EN SALUD MENTAL: UNA MIRADA DESDE EL GÉNERO

Faris Dalya Toro Vargas¹, Monica Alexandra Correa Garcia², Nathalia Aguirre Alvarez³
Universidad de Manizales
Colombia

RESUMEN

Objetivo: El artículo presenta los hallazgos en torno a las relaciones entre las experiencias de subjetivación y el género de personas que han participado en un proceso de tratamiento de salud mental en la ciudad de Manizales, Colombia. Metodología: Estudio cualitativo que se desarrolla por medio del método trazado por la teoría fundamentada. Se realizaron 28 entrevistas a profundidad. La selección de los participantes estuvo orientada por un muestreo dinámico, intencional y secuencial hasta la saturación de los datos. Participaron 10 hombres y 10 mujeres consultantes y 8 profesionales de la salud mental. Resultados: Las principales experiencias identificadas están centradas en tres dimensiones: La asociación de los participantes con el dolor y el malestar, marcada por distintas formas de autosilenciamiento; las marcas a las que se deben enfrentar las personas cuando comienzan un tratamiento o reciben un diagnóstico en salud mental, su impacto sobre la identidad, la relación con los otros y la vida social en general; y los factores que favorecen la recuperación psicológica. Conclusión: No entrar en el orden del estereotipo es fuente de malestar y ponerlo en cuestión lleva a los individuos a comenzar un proceso terapéutico de salud mental.

Palabras clave: Atención en salud mental, Género, Estereotipo de Género, Estigmas Sociales.

¹ Universidad de Manizales. Magíster en Psicología Clínica. fdtoro99436@umanizales.edu.co

² Universidad de Manizales. Magíster en Psicología Clínica. macorrea99672@umanizales.edu.co

³ Universidad de Manizales. Magíster en Psicología Clínica. nathalia.aguirre@umanizales.edu.co

SUBJECTIVATION EXPERIENCES IN THE FRAMEWORK OF MENTAL HEALTH TREATMENT: A GENDER PERSPECTIVE

ABSTRACT

Objective: The article presents the findings about the relationships between the experiences of subjectivation and the gender of people who have participated in a mental health treatment process in the city of Manizales, Colombia. **Methodology:** Qualitative study with a grounded theory design. 28 in-depth interviews were carried out. The selection of participants was guided by dynamic, intentional and sequential sampling until data saturation. 10 men and 10 women consultants and 8 mental health professionals participated. **Results:** The main experiences identified are focused on three dimensions: The association of the participants with pain and discomfort, marked by different forms of self-silencing; the marks that people must face when they begin treatment or receive a mental health diagnosis, their impact on identity, relationships with others and social life in general; and the factors that favor psychological recovery. **Conclusion:** Not entering into the order of the stereotype is a source of discomfort and questioning it leads individuals to begin a therapeutic mental health process.

Keywords: Mental Health Care, Gender, Gender Stereotyping, Social stigmas.

El presente artículo recoge los resultados de investigación del proyecto “Experiencias de subjetivación en el marco del tratamiento en salud mental: una mirada desde el género” para optar al título de magíster en Psicología Clínica de la Universidad de Manizales, y comprende la experiencia de las personas de ambos géneros que han estado en un tratamiento en salud mental. La salud mental, lejos de ser una condición médica es un estado dinámico en el que intervienen distintos determinantes sociales. Los recientes planteamientos de la Organización Mundial de la Salud (2009) contemplan estos determinantes y las condiciones de vida que pueden generar inequidades en cuanto al acceso, intervención y recuperación del bienestar de las personas.

Los determinantes sociales consideran la distribución de poder como un estructurador que condiciona importantes diferencias en temas de salud. En este contexto, el género se define como uno de los determinantes primordiales en salud, debido a su gran influencia en las dinámicas sociales e individuales, puesto que

asigna cualidades de comportamiento mediante normas, que se consideran propias de lo masculino y lo femenino, configurando relaciones de poder asimétricas entre los géneros (Miani et al., 2021). Burin y Meler (2010), definen el género como un tejido de creencias en el cual se incluyen rasgos de personalidad, comportamientos y actitudes que están ligados al proceso histórico de lo colectivo, donde emergen desigualdades y jerarquizaciones entre hombres y mujeres. Así, el género incide decisivamente en las maneras de afrontar el sufrimiento psicológico que acontece en lo masculino y en lo femenino; influye en la valoración que cada sujeto hace acerca de su salud mental, su sensación de malestar o enfermedad, dan forma al camino que emprenden para afrontarlo y buscar ayuda. Esta valoración está enmarcada por la estructura social y los elementos culturales que están a la base de la experiencia subjetiva de ser mujer y ser hombre.

La categoría de género se incorpora en los estudios de salud mental en la década de los 80 y 90 en Latinoamérica con Mabel Burín como una de sus precursoras principales (Pujal et al., 2020), con lo cual se logró reconocer que las circunstancias relacionadas con el género representan entornos de fragilidad y posibilidad de experimentar sufrimiento y malestar emocional.

Desde esta perspectiva, preguntarse por el género en el contexto de la salud mental es reconocer el impacto que tienen los roles sobre la construcción del yo y sobre la experiencia que un sujeto tiene de sí mismo, y entender el género como un terreno propicio para la circulación y acción de los micropoderes. Foucault (2009) argumentó que las normas sociales y las instituciones tienen un poderoso impacto en la construcción de la identidad y la subjetividad de las personas; justamente la normatividad de género expone las prácticas y representaciones sociales que gravan en los diferentes grupos poblacionales una clara delimitación a la feminidad y masculinidad (Conceição et al., 2022). Dicha normatividad se interioriza de manera distinta en los géneros a partir de la configuración clave de los estereotipos de género, los cuales son concebidos como creencias esperadas en función del género y que influyen en la percepción y el tratamiento de la de salud mental de las personas, del mismo modo que tienen un impacto negativo en su bienestar emocional.

Para los profesionales de salud mental, desconocer la perspectiva de género se puede constituir en un sesgo que tiende a aumentar la estigmatización y a reproducir los estereotipos, invalidar o invisibilizar los conflictos de roles de estos en la promoción, prevención e intervención de la salud mental, y a su vez generar atenciones que no contemplan las desigualdades estructurales que emergen en el marco de la intervención de la salud mental. El sesgo de género produce altos costos en salud mental ya que los procesos de sobrediagnóstico y prescripción van sujetos a creencias que pertenecen a lo masculino o femenino, por ejemplo: un mayor número de diagnósticos entre los trastornos emocionales y afectivos en la feminidad y en los trastornos por consumo de sustancias, antisociales de la personalidad y suicidio en la masculinidad (McHugh et al., 2018; Perlis et al., 2021). Los determinantes sociales de la salud pueden agudizar las vulnerabilidades sistémicas, por lo que una perspectiva de género en salud mental estudia la forma en que la desigualdad incide en las experiencias del tratamiento, además de dar paso a la creación de políticas públicas que incorporen un permanente análisis contextual.

En este sentido, esta investigación permite seguir comprendiendo la salud mental como un campo complejo que no puede seguir siendo abordado enfáticamente desde las distancias entre variables individuales y colectivas, así como la importancia de contemplar el género y su incidencia en los procesos de atención, prevención y promoción.

MÉTODO

Diseño

La investigación consistió en un estudio cualitativo con un diseño de teoría fundamentada, que permitió escuchar y comprender, desde la propia experiencia y voz de los participantes, sus vivencias dentro de los tratamientos en salud mental e incluso antes de pedir ayuda, a partir de sus experiencias frente al propio malestar emocional y creencias frente a la salud mental.

Instrumentos

Se utilizó la entrevista a profundidad como instrumento principal, junto a la observación no participante y el uso del diario de campo. Se realizaron 28 entrevistas en total.

Participantes

La selección de los participantes estuvo orientada por un muestreo dinámico, intencional y secuencial hasta la saturación de los datos. Con la intención de diversificar la muestra se entrevistaron 5 hombres y 5 mujeres, que estaban llevando un tratamiento ambulatorio de salud mental dentro de una institución especializada, en la cual el tratamiento incluía una intervención interdisciplinaria y grupal, y 5 hombres y 5 mujeres que estaban tomando un tratamiento con un profesional en psicología particular. También se entrevistaron 8 profesionales de la salud mental entre los que se encontraban dos psiquiatras, cuatro psicólogos, un médico y un terapeuta familiar, seis de ellos trabajan en una IPS y dos psicoterapeutas en su consultorio particular. Todos los participantes consultantes se encuentran entre los 25 y 35 años de edad, y llevan en un proceso terapéutico en salud mental entre 3 y 6 meses como mínimo.

La unidad de análisis del presente estudio fueron las experiencias de subjetivación asociadas al género de las personas que están en un tratamiento salud mental; y la unidad de trabajo los consultantes y los profesionales descritos anteriormente.

Procedimientos desarrollados

La primera fase de la investigación consistió en una revisión documental de la categoría de género, búsqueda de ayuda psicológica y búsqueda de servicios en salud mental. Se analizaron un total de 50 artículos, 46 estudios realizados en otros continentes, 4 elaborados en Latinoamérica y uno en Colombia. Lo anterior movilizó el interés investigativo del presente estudio debido a la falta de literatura a nivel nacional frente a este tópico.

Con base en esta exploración bibliográfica y los objetivos de la investigación se construyó una guía de preguntas para la entrevista a profundidad con la cual se realizaron dos entrevistas piloto para revisar la utilidad y pertinencia de las preguntas, con lo cual se construyó la guía final.

Luego se realizó el contacto inicial con los participantes, lo que implicó la colaboración de la IPS especializada para contactar e invitar a participar a algunos de sus usuarios, a su vez que se hacía el contacto con otras personas que estuvieran asistiendo a un proceso terapéutico particular; con cada uno de los participantes se socializó la investigación y se firmó el consentimiento informado, avalado por el comité de ética de la Universidad de Manizales.

Las 28 entrevistas se realizaron entre octubre de 2022 y enero del 2023, las cuales fueron grabadas y transcritas en su totalidad.

Análisis de datos

La última fase implicó el análisis de la información con apoyo del software Atlas-ti. Dentro de este proceso se realizó la codificación abierta, axial y selectiva a partir de la cual los datos fueron tomando forma en un cuerpo teórico emergente que se iba poniendo en discusión con los conceptos y posturas en torno al género. La construcción de matrices de análisis, mapas conceptuales y memos analíticos fueron tejiendo esta discusión y arrojando nuevas luces a las investigaciones de género, a partir de las categorías emergentes.

RESULTADOS

La experiencia de estar en un tratamiento en salud mental y las marcas que puede representar para la identidad un diagnóstico de esta naturaleza, pero a su vez la puesta en cuestión de creencias y sesgos frente a lo “esperado” o “normal” en el mundo emocional de las personas, fue parte de lo que ocupó la narrativa de los participantes de esta investigación. Sin embargo, esta experiencia pudo ampliarse y comprenderse mejor desde la mirada de género, que hizo posible abrir paso a los sentidos asociados con la vivencia de lo femenino y lo masculino en interlocución con sentirse sobrepasado por una experiencia emocional y otros estigmas asociados a la enfermedad y la salud mental.

Los hallazgos emergentes recogen los aspectos centrales de esta experiencia de transitar por un tratamiento en salud mental, incluso desde el momento que la crisis o la imposibilidad de soportar un dolor emocional lleva a la persona a pedir ayuda,

y las creencias y estereotipos con los cuales debe lidiar cuando se siente fuera de su propio control y regulación.

Las categorías que recogen estos hallazgos están centradas en tres dimensiones de esta experiencia: la primera está asociada con la relación de los participantes con el dolor y el malestar, marcada por distintas formas de autosilenciamiento. La segunda, con las marcas a las que se deben enfrentar las personas cuando comienzan un tratamiento o reciben un diagnóstico que en ocasiones se relacionan con un trastorno de salud mental, su impacto sobre la identidad y la relación con los otros y la vida social en general. Y la tercera, con los factores que favorecen la recuperación de la salud y el valor de un trabajo terapéutico construido de forma conjunta, que cuestiona la tradicional relación jerárquica médico-paciente.

El silenciamiento del yo

Un fenómeno común relacionado con la forma de enfrentar el malestar emocional y que se conectaba de forma importante con las dificultades de pedir ayuda de tipo psicológica o psiquiátrica, fue la experiencia de silenciar el yo.

La teoría del autosilenciamiento, propuesta por Jack (1991), ya había hecho alusión a esta experiencia, y refiere cómo las personas, especialmente las mujeres, pueden adoptar estrategias de autocensura y autorrestricción en sus relaciones interpersonales, especialmente en contextos íntimos. De acuerdo con esta teoría, la subjetividad femenina está fuertemente construida mediante la interacción social, lo que la lleva a poner las necesidades de sus vínculos por encima de las propias. Esta tendencia a silenciarse puede acrecentar en las mujeres dificultades en términos de su capacidad de autogestión y autonomía.

Ambos géneros, en sus trayectos de vida, atraviesan momentos donde deciden ocultar sus emociones desagradables, para dejar de escucharse a sí mismos y a los demás, para atender aquello que impone el estereotipo asociado a su propio género. Uno de los participantes lo narra así:

Lo conecto con las formas que llevo mis sentires. Tengo la costumbre y la crianza de cualquier problema que tengo, no lo comunico hasta que no lo resuelvo. Entonces, si algo me sucede busco cómo solucionarlo por mis propios medios y no

comunico, incluso a las personas involucradas, sino hasta que ya he encontrado una solución a ello; básicamente no va a ser necesario involucrarlas (Hombre, consultante IPS).

Los estereotipos de género son concebidos como ideas que se construyen socialmente tomando como base la diferencia sexual, y que asignan características, roles y funciones “propias” a cada uno. A partir de esas concepciones culturales, se definen los roles sociales que se esperan de cada género, junto con un conjunto de restricciones simbólicas, las cuales moldean y regulan la existencia humana en función del género (Lamas, 2008).

Las mujeres participantes solían silenciar su malestar poniendo por encima de sus propias necesidades las de otros a quienes debían cuidar, o la necesidad de responder a muchas tareas con responsabilidad sin poder conectar con el malestar. Así respondían al estereotipo que las ubica en un lugar de sacrificio y cuidado de otros. Los hombres participantes silenciaban las crisis y el dolor en respuesta a un estereotipo de fuerza y heroísmo que los llevaba a negar la vulnerabilidad. Así, cada participante se silenciaba a sí mismo dándole mayor voz a los estereotipos de género, negando ciertas necesidades psicológicas propias y respondiendo al ideal de sí mismo que el estereotipo impone en algún sentido.

A continuación, se desarrolla cómo opera el silenciamiento del yo en lo femenino y lo masculino.

Silenciar el yo para asegurar un lugar en el mundo

Las personas tienen maneras de sufrir y subjetividades, conectadas con la construcción social del género. Burin (1987) ha argumentado que la subjetividad femenina se constituye a través de las relaciones de poder entre los géneros. Un ejemplo de ello es que, tras la división sexual del trabajo, a las mujeres se les ha asignado el trabajo doméstico y el cuidado de la familia, asegurando este espacio como su lugar protagónico en cual desenvolverse. La socialización de las mujeres en una cultura patriarcal limita sus posibilidades de desarrollo y las obliga a asumir roles estereotipados.

Aunado a esto, la teoría del autosilenciamiento (Jack, 1991) sustenta que la identidad femenina está ligada a sus vínculos íntimos, principalmente los familiares y amorosos. A pesar de que los estudios más recientes han analizado los niveles de autosilenciamiento tanto en hombres como en mujeres, esta tendencia se relaciona especialmente con el género femenino (Neves et al., 2015), pues compromete y condiciona esquemas del pensar y actuar que ponen el cuidado como autosacrificio para preservar el bienestar de sus relaciones. En este sentido, las mujeres participantes hablaban de su experiencia de silenciarse a sí mismas para asegurar el bienestar de sus relaciones y evitar el conflicto, ajustándose así a las expectativas de género, especialmente aquellas conectadas con la feminización del cuidado como normativa social.

En palabras de Burin (2008), “las niñas suelen tener un destino clave para su pulsión de dominio: dominar y ser dominadas, en tanto el recurso activo de dominar queda postergado. Su pulsión de dominio devendrá en deseo de poder: el poder de los afectos” (p. 78). Los afectos, como las emociones y los sentimientos, no solo son experiencias internas pasivas, sino que también tienen un impacto significativo en la manera en que las personas se vinculan con el mundo. De hecho, los afectos pueden ser motores poderosos que impulsan las acciones, decisiones y comportamientos, y tienen el potencial de moldear las dinámicas de las relaciones interpersonales.

De ello se desprende que las participantes coinciden en la percepción de experimentar una sobrecarga de labores, que terminan por generar malestar en diferentes ámbitos, que salen de lo privado hasta lo público (Bacigalupe et al., 2022). La puesta en cuestión de los estereotipos de género lleva a las mujeres a presentar conflictos con los roles asignados, así, cuando rompen con esos marcos o esquemas de aquello que se espera de ellas, como que ejerzan su poder en el ámbito privado, las mujeres se exponen a la desaprobación social o al aumento de cargas en las áreas en donde se desenvuelven. A su vez, hay una tendencia desde el estereotipo de leer la relación de las mujeres con sus emociones como síntoma de un trastorno mental, tal como lo presentan los estudios de Jack (2001), Ussher (2010), Chesler (2019), DeSa et al. (2022).

La tendencia a silenciar su yo, leído en el pensamiento de Gilligan (1982) en un contexto patriarcal, en donde surge la ética del cuidado considerada como una ética exclusivamente femenina, aumenta la probabilidad de que las mujeres desarrollen nociones del cuidado que superan el bienestar propio, generando como efecto un constante autosilenciamiento asociado con una serie de presiones y limitaciones en términos de libertad y autonomía. En efecto, las participantes coinciden con un reclamo legítimo por su libertad en todos los espacios.

Silenciar el yo para asegurar el ejercicio del poder

La subjetividad masculina adscrita al género ha llevado, por el contrario, a modos de socialización y procesos identitarios que devienen de la reproducción histórica de la brecha laboral de género. Por ejemplo, a los hombres se les ha asignado tradicionalmente el trabajo fuera del hogar y la participación política y de toma de decisiones de poder. Esto ha generado que se distancien del terreno de lo intraemocional y se centren en el terreno de las relaciones públicas, pauta que se traslada tanto consigo mismo como con las personas que se relacionan. Un participante manifiesta:

Un rol muy protector; un hombre no llora y un hombre está para ofrecer no solo a su pareja, sino a la sociedad, protección y de ser como la fuente nutricia de la que hablamos. Pero, todo lo contrario, es el hombre el protector. Entonces, si uno no es capaz de proyectar esa protección, de sentir esa protección, pues no es un hombre definitivo en la sociedad. Entonces, pues eso fue lo que me enseñaron y eso es lo que estoy desmontando. (Hombre, consultante particular de psicoterapia)

De acuerdo con Burin (2000) los hombres “se distanciarían de la percepción de ciertos deseos -como los deseos pasivos- y de la negación-supresión-proyección de algunos de los denominados “afectos difíciles”, como el miedo, la tristeza, el dolor” (p. 340). Esto se conecta con el profundo temor al quebranto de la lealtad inflexible de la masculinidad; este debe ser contrario a lo que se considera como pasivo y femenino o débil y emocional. Lo que termina por mantener en los ordenamientos culturales una especie de hermetismo emocional masculino, que

podría ser potencialmente patógeno y alejado de la riqueza que puede propiciar la experiencia emocional.

A diferencia del género femenino que propendía evitar tensiones relacionales, el género masculino trata de sostener una invulnerabilidad ligada con los roles tradicionales asignados. Han planteado diferentes autores (Rasmussen et al., 2018; Fisher et al., 2021; Nagai, 2022; Keohane y Richardson, 2018; Li y Gal, 2021) que los hombres van en busca de una aceptación dentro del ideal masculino donde la manifestación de sus emociones despierta una amenaza hacia sí mismos, que quebranta su autosuficiencia.

Las investigaciones han hecho énfasis en el silenciamiento del yo femenino, por lo que es valioso observar cómo ocurre dicho fenómeno en la masculinidad, aunado a los mandatos de género que limitan su capacidad de explorar y expresar otros deseos de ser y concebir el mundo, lo que termina por ocasionar impactos contraproducentes para su salud mental, incluidos el peso por ocultarse, desconectarse de sí mismos y no conocerse, que aumentan el riesgo de prácticas autolesivas, unas socialmente aceptadas como beber alcohol en exceso, y hacer deporte en exceso, e intervenciones tardías o de mayor complejidad en el campo de la salud mental.

Las marcas de los tratamientos en salud mental

Las marcas de los tratamientos en salud mental refieren las diferentes experiencias estigmatizantes que los participantes han debido enfrentar en los distintos contextos hospitalarios o ambulatorios en los que han estado, a propósito del tratamiento, las cuales se desarrollan en esta categoría.

Los estereotipos están fuertemente asociados al sentimiento de culpa y el temor a ser juzgados, por lo que se convierten en autoestigmas. Pattyn et al. (2014) sitúan este fenómeno como “el autoestigma anticipado, el cual se refiere a la adaptación de esos estereotipos en el sí mismo, lo que lleva a una depreciación, sentimiento de vergüenza y desvalorización interiorizada” (p. 232).

Esta culpa está asociada con el autoestigma y la forma como los estereotipos, ya no sólo de género, sino los vinculados con la enfermedad mental, participan de este sentimiento de culpa con el que debe lidiar alguien con una alteración emocional o

que atraviesa un momento de crisis, sentimiento que a su vez le impide conectar con aquello que está sintiendo y buscar formas de defenderse. Se eligen estrategias de afrontamiento como ocultar información sobre sí mismos en las situaciones sociales, el secreto, el apartamiento social y el sufrimiento interno.

A pesar de la mayor aceptación que se observa hoy de la enfermedad mental, como algo que no debe asociarse con la locura, lo extraño o lo diferente, sino con una afección más, los participantes expresan en sus narrativas, por el contrario, el enfrentamiento del estigma de la locura, y la mirada que reciben de otros que los ubica en la posición de incapacidad. En los tratamientos que reciben esto se encuentra asociado con la infantilización que marca el trato de algunos profesionales y las instituciones hospitalarias, lo cual los desprovee de sus propios recursos y refuerza la idea en el sujeto de que no puede hacerlo por sí mismo. Esto reafirma el estigma de la locura, quizás ya sin el temor por el “loco” pero asumiendo al sujeto que experimenta malestar como alguien que no puede pensar bien ni hacerse cargo de sí; un interlocutor que termina por invalidarse.

En los tratamientos ambulatorios estos estigmas se reflejan más en el asistencialismo. Así, tras la adherencia buscada para lograr el resultado terapéutico se observa un estado de dependencia de algunos pacientes hacia sus terapeutas y tratamientos, alimentados por una actitud de los terapeutas que de nuevo arriesgan con infantilizar a la persona que sufre. Esto puede alimentar la sensación de minusvalía y reforzar las ideas de un sujeto incapaz, que requiere ser controlado y auxiliado. El mismo psicoterapeuta, que en un inicio nos advierte sobre la culpabilización, expresa: “aquí nosotros no tenemos usuarios, nosotros tenemos hijos y aquí todos los usuarios son hijos de todos y a la final eso ayuda a romper la etiqueta, el estigma y el miedo” (Hombre, psicoterapeuta IPS). Es claro que en el terapeuta hay un deseo de cuidado, y que incluso la dependencia es parte normal de un tratamiento prolongado en salud mental. Sin embargo, requiere la reflexión que impida poner en una posición pasiva a la persona que encara este sufrimiento. En el ámbito de la consulta particular también se revelan relaciones de poder asimétricas, aunque fue el espacio donde se evidencian mejorías más significativas

en la movilización y deconstrucción de los estereotipos de género y los estigmas en salud mental.

Al atravesar un proceso en salud mental, cada uno de los géneros se ve expuesto a los impactos de los estigmas antes expuestos y el riesgo que esto trae para la identidad y estado personal de inferioridad. Goffman (2006) explica que: cuando el enfermo mental está internado o se reúne con otros individuos, lo tratan con mucho cuidado, como si estuviera cuerdo, cuando en realidad hay dudas frente a él, aunque él pueda no tener ninguna sobre sí mismo, o se le trata como algo extraño, aunque él sepa que no lo merece. (p. 56)

Los profesionales de la salud mental entrevistados, ante la pregunta sobre que entendían por perspectiva de género, lo situaron desde una comprensión biológica alusiva al sexo con el que se nace o como una construcción social; pero no se observaron conceptos que integraran ambas dimensiones, lo que abría espacio a algunos sesgos de género, que ellos mismos de forma crítica cuestionaban. Reconocían cómo lo femenino estaba más asociado con una expectativa de desborde emocional, lo que conlleva a sobrediagnósticos y más prescripciones de psicofármacos; y en lo masculino un hermetismo emocional que enclaustra la sintomatología en diagnósticos asociados con el consumo o el control de impulsos. Las marcas entonces, en el tratamiento de salud mental a las que se exponen las personas que comienzan un proceso, están asociadas con la patologización y medicalización del malestar, acentuadas por los estereotipos de género.

Elementos precursores de la recuperación psicológica

En las experiencias que los participantes narran de sus tratamientos en salud mental, también están aquellas asociadas a los logros, cambios significativos y todo lo que conlleva a su recuperación emocional. Sin duda, pasar por un proceso terapéutico, especialmente fuera de la hospitalización, ha significado para muchos participantes poner en cuestión los estereotipos de género y una amplificación de la mirada que tienen de sí mismos, favoreciendo una actitud crítica con las imposiciones culturales, y más comprensiva hacia las necesidades propias.

El tratamiento se vuelve un escenario para quebrar los estereotipos, las formas de silenciamiento y la oportunidad de abrir la relación consigo mismo y con los demás. Varios elementos forjan el encuentro y van haciendo posible la recuperación emocional. Entre los elementos que los participantes encuentran están los siguientes.

Una atención centrada en la persona y sus necesidades

Este factor reúne elementos como una escucha comprensiva que acepta lo que acontece sin tratar de modificarlo, la validación emocional, un trato respetuoso y cálido que permita la expresión del malestar teniendo como efecto la conexión con el tratamiento. Uno de los participantes, profesional en psicología, expone:

Yo creo que la calidez, también como de la escucha y de la comprensión, yo creo que la escucha como un acto amoroso y no lo busco como romantizar, una comprensión, esa escucha atenta, que precisa y hace devoluciones de la mano con el paciente o el consultante. Venga, vamos a ver qué pasa y entre los dos, ayúdame a pensar esto y cómo lo ve; ahí se va tejiendo un vínculo y una relación muy bacana. (Hombre, psicoterapeuta particular).

Clarificación y explicación

Para los participantes resultaba valioso poder clarificar sus emociones y comprender su situación de vida en general, conectándola con otras experiencias de vida y con otros factores actuales presentes. Era útil el lenguaje claro y sencillo que usaba el terapeuta y la capacidad de poner en palabras y de forma conjunta aquello que antes parecía no tener traducción. La psicoeducación, o poder explicar y comprender sus sufrimientos resultó ser significativo para su recuperación. Una consultante refiere:

Poder entender muchas de las cosas que ahora quizás me afectan o no me afectan pero que obviamente tienen carga en mi vida y que pudo haber sido de algo que tuve antes y que al entenderlo puedo resolver muchos conflictos de esa manera, hablándolo, dialogándolo con la persona que tengo, sea el profesional que sea, y pues obviamente con el psiquiatra manejar esa parte de la neurotransmisión que

tiene pues mucho efecto también en esa parte de todos los síntomas que tuve (Mujer, consultante particular).

Aquí la puesta en cuestión de los estereotipos de género y comprender que estos son fuente de malestar emocional en tanto imponen a la subjetividad una forma particular de constituirse, es clave para el proceso. Si bien los participantes no sabían que aquello que nombraban como “ideas con las que fueron criados” son estereotipos de género, comprender que podían distanciarse de estas expectativas de otros y ajustarse a las propias en la comprensión del propio curso de vida, fue algo que consideraron importante.

Encuadre terapéutico

La estructura del trabajo terapéutico presentó un impacto significativo en la constancia y adherencia. Que se mantenga el mismo profesional que lleve el caso, la constancia del mismo y el cumplimiento de la estructura de las sesiones desde los horarios y los espacios de trabajo, hasta los objetivos acordados, son clave en la conexión terapéutica. Un psicoterapeuta comparte:

La clave de la adherencia al tratamiento está en que tanto terapeuta como como paciente toleren la falta. Como así que toleren la falta, que no haya variaciones en la estructura de la sesión, y que sea la misma persona a la que atienda y que el espacio terapéutico cobre un sentido, eso es fundamental. Si hay sentido en el espacio terapéutico, si no hay variaciones, sino que se mantiene la estructura de la sesión y se mantienen los horarios, la persona va a asistir independientemente de las dificultades que sean (Hombre, psicoterapeuta IPS).

Los grupos terapéuticos

Es importante destacar que las sesiones de grupos terapéuticos permiten la identificación, la comparación y la validación de las experiencias emocionales particulares, siendo un espacio de muchos beneficios en los tratamientos y hace posible la conexión entre las distintas personas del grupo. Un participante expresa: Entonces, como es un espacio que está diseñado para que uno se sienta tan seguro. Sí, uno está tranquilo y ahí uno dice: yo siento lo mismo que ella dijo que

sentía o lo mismo que él dijo que sentía; o yo puedo terminar la frase, la palabra que ella está buscando o él está buscando, porque me identifico con lo que él quiere decir, porque yo lo pienso igual o lo siento igual dentro de mis síntomas (Hombre, consultante IPS).

Inclusión de los vínculos significativos

Por último, una variable esencial en el avance de los procesos es la inclusión de los vínculos significativos que rodean al consultante, principalmente la familia. La terapeuta familiar entrevistada refiere: “yo creo que los que mayor ventaja tienen de terminar el proceso son los que están más acompañados” (Mujer, terapeuta familiar). Un participante expresó:

Muchas cosas; la familia; en la mayoría es la familia. Uno está presto, mis papás también, las terapias familiares; entonces, obvio todo cambia; ellos han estado apoyándome. Estando ahí cuando les digo que necesito tal cosa, que hay terapias. Siempre en todo momento me han apoyado y han sido muy resilientes con todo este proceso (Hombre, consultante IPS).

Los factores comunes que hacen posible la recuperación son comunes a ambos géneros en la medida en que promueven para ambos un espacio seguro y de confianza, que permite poner en cuestión los estereotipos mismos y las marcas del estigma asociado a la locura o a la enfermedad mental.

Además, estos elementos que los mismos participantes narran confirman que, más allá del enfoque de la terapia, son claves: la relación humana, más allá de una jerarquía de poder del médico sobre el paciente; la conciencia sobre sí mismo y el malestar. La psicoterapia hace posible la apertura a la conciencia sobre otros, que el espacio grupal y el trabajo familiar promueven. Todo lo anterior demuestra, como dice Gilligan (2013), que una ética de cuidado, en un contexto democrático y no patriarcal, no es una ética femenina sino una ética humana. Los elementos que los participantes mencionan como claves en su recuperación recuerdan esta ética humana que beneficia a ambos géneros.

DISCUSIÓN

Los hallazgos ya expuestos, revelan la necesidad de incluir los asuntos de género en la salud mental para lograr una comprensión más amplia de las experiencias vitales asociadas al malestar psicológico y su relación con la feminidad y masculinidad. Esta comprensión implica tener en cuenta los estigmas que pueden surgir dentro de los tratamientos en salud mental y afectar la construcción de las identidades, a su vez que tener en cuenta las distintas formas como los estereotipos de género condicionan las formas como se experimenta y se afronta el malestar emocional, al igual que los diagnósticos.

“El género es un eje primario de la formación de la identidad y de la construcción simbólica de la feminidad y masculinidad” (Ramos, 2014, p. 275), de ahí que la construcción que un sujeto hace de sí mismo y la forma como se lee en el mundo no dependen solamente del sexo con el que nace o de su trayectoria individual, sino de factores histórico-culturales y de la interacción entre ese recorrido personal y los acontecimientos, marcadores sociales y culturales. El sujeto está atravesado por los componentes de la comunidad en la que vive, algunos de los cuales son: los símbolos, los valores, los roles, las tradiciones, los aprendizajes, las ideas, los comportamientos y las creencias.

Un estudio realizado por Machado y Bardi (2020) señala que estos imaginarios de género establecidos influyen en la formación de la identidad de los niños y niñas, promoviendo ideas fijas sobre lo que significa ser una mujer o un hombre, y promoviendo una perspectiva dualista centrada en la biología. Estos componentes, al interiorizarse en los procesos de socialización, se transforman en reflexiones e ideas con las que el sujeto se interpreta a sí mismo y construye las expectativas o el ideal de sí. Desde este punto de vista, surgen formas de sufrimiento ligadas a estresores vitales y sociales, pero también al no cumplimiento de lo que se espera en sociedad de ser hombre o mujer.

Un estudio reciente realizado por Bacigalupe et al (2022) indica en sus hallazgos la patologización de síntomas, de lo considerado como sufrimientos de género, de hombres y mujeres por parte de la psiquiatría, en relación con los estereotipos que se atribuyen socialmente a los roles. Además, agrega que esas cualidades del rol

femenino han sido más patologizadas que las asignadas a lo masculino; en las mujeres el ajuste o el desajuste a las expectativas de este rol ha sido catalogado como enfermizo, y el límite de normalidad que se les aprueba es mucho más reducido que el de los hombres. De este modo, Bacigalupe y Martín (2021) refieren en los hallazgos de una investigación que las mujeres mostraron una probabilidad 2,48 veces mayor que los hombres de recibir diagnósticos de depresión o ansiedad. Un estudio de emergencias psiquiátricas revela resultados semejantes, Sáenz, Recio, López, Santorcuato, Bacigalupe y Segarra (2023) encuentran que existe una mayor proporción de mujeres vinculadas con los trastornos de ansiedad, estrés, los trastornos del estado de ánimo y los trastornos de la personalidad, mientras que los hombres estuvieron más asociados a trastornos de uso de sustancias psicoactivas, en un 70%.

Lo anterior abre la pregunta por el papel que juegan los sesgos de género en los procesos diagnósticos, además del papel que ya han tenido los estereotipos en la configuración de la identidad y de las expectativas que una persona tiene de sí.

En palabras de Pedraza (2022) el sesgo de género se concibe como la idea errónea de igualdad o diferencias entre hombres y mujeres en términos de su naturaleza, comportamiento y/o razonamiento, lo que puede dar lugar a un trato desigual en los servicios de salud y en la investigación, y que resulta en discriminación hacia uno de los sexos en comparación con el otro. Merece la pena subrayar que la falta de claridad por parte de los profesionales de la salud mental, sobre la diferencia entre sexo/género limita las intervenciones psicológicas y se emiten diagnósticos clínicos y prescripciones sujetos a padecimientos de género.

Uno de los impactos de los estereotipos de género que ya se mencionó en los hallazgos, corresponde al autosilenciamiento, que en las investigaciones revisadas aludían a este fenómeno como algo propio de la feminidad. Sin embargo, los resultados de esta investigación muestran cómo opera también en el género masculino, pero de unas formas distintas.

En lo que refiere a lo femenino, Bacigalupe et al. (2022) afirma que la subjetivación de las mujeres está basada en su adscripción al “poder de los afectos” dificultando su individuación. Esto se confirmó en la narración de las participantes, las cuales

hacían un reclamo al ejercicio de la autonomía, la legitimación de su libertad, lo cual no debe ser leído únicamente como un conjunto de síntomas que correspondan a un diagnóstico psiquiátrico.

Existen revisiones críticas de varios autores (Jack, 2001; Ussher, 2010; Chesler, 2019; DeSa et al., 2022) que enfatizan que, sin realizar una lectura distinta de las vivencias de las mujeres más que con un discurso médico restrictivo, se perpetua el diagnóstico de los trastornos del ánimo como si fueran propios de la mujer, lo que elude los estresores vitales que atraviesan y niega los aspectos discursivos de la experiencia de estas. En términos de intervención hospitalaria Caponi, Martínez y Hummel (2023) en un estudio sobre el sesgo de género en el discurso y las intervenciones psiquiátricas exponen la imposición de un silencio sobre las voces de las pacientes y la falta de interés por parte de los psiquiatras y el personal de salud en general, en lo que las pacientes tienen que contar, en sus experiencias de vida y narrativas personales. Estas historias y relatos podrían proporcionar una comprensión más profunda de las verdaderas causas del sufrimiento que estas mujeres están experimentando.

Ahora bien, en los hombres la normativa de género está más orientada a la expresión masculina en lo público, llevándolos a tomar mayor distancia de los "afectos difíciles". Los participantes evidenciaron, sobre todo en un momento inicial, la búsqueda de ayuda como traición a la creencia de invulnerabilidad y quebranto de su autosuficiencia. Otros estudios revelan hallazgos en esta línea, y confirman la experiencia de autosilenciamiento en lo masculino por parte de los sesgos de género. Entre estos, Ferrer, Acosta y Broche (2020) en un estudio sobre trastornos de personalidad resaltan que, en la formación de la masculinidad, se imponen restricciones en la expresión de emociones, particularmente en relación al miedo, la tristeza y, con frecuencia, sentimientos considerados "suaves" como la ternura. Esto conduce a la necesidad de mantener estructuras de personalidad extremadamente controladas o, en su defecto, a una falta de control que se manifiesta en adicciones, comportamientos violentos, impulsividad y dificultades en las expresiones afectivas. En ideas de otros investigadores (Rasmussen et al., 2018; Fisher et al., 2021; Nagai, 2022; Keohane & Richardson, 2018; Li & Gal, 2021), los que acuden a estos

servicios son considerados por el contexto como más afeminados, como si infringieran sus propias reglas masculinas. No obstante, los participantes hacían una fuerte crítica a estas concepciones tradicionales de género, pues se referían al agotamiento mental de llevar esas “máscaras de ser hombre”, sus consecuencias en la vivencia de las propias emociones, dando lugar al reclamo por una sensibilidad como un derecho que promueve el bienestar.

Los resultados anteriores señalan la importancia de fomentar entre los hombres, especialmente en el terreno de la crianza, mayores prácticas de autocuidado, autocompasión y reconocimiento de sus emociones, encaminadas a disminuir las brechas de búsqueda de ayuda y los sesgos de atención y diagnóstico, sujetos a las prescripciones de género en los diferentes servicios de salud (Heath et al., 2017). A su vez, es necesario llevar a cabo más estudios que documenten estas formas de autosilenciamiento masculino.

Otro aspecto que la investigación señaló de forma relevante en las experiencias de subjetivación que tienen las personas en un tratamiento en salud mental, corresponde a los estigmas. Estos se constituyen en dispositivos de opresión, debido a que tienen como función clasificar a los sujetos bajo ciertos atributos indeseados que se interiorizan y posteriormente llevan a la devaluación por parte de los otros. Jassir et al. (2021) en una investigación sobre estigmas en salud mental hecha en Colombia, afirma que las personas presentan más intranquilidad de cómo serán observados por los otros, a como se perciben a sí mismos, dificultando el reconocimiento de los padecimientos psicológicos propios y evitando la búsqueda de ayuda profesional como consecuencia del estigma a la enfermedad mental.

Un discurso en salud mental que sólo reconozca la enfermedad mental como un desequilibrio neuronal, invisibiliza los determinantes contextuales y la forma como estos operan en la vida íntima de las personas. No se trata sólo de asumir que factores como la violencia, la pobreza o en general ciertos contextos generen mayor vulnerabilidad para desarrollar enfermedades mentales, sino de comprender que algunos de estos determinantes contextuales como el género, se transforman en un marco que le da forma al diálogo interno y a las expectativas personales, al igual que influye las prácticas terapéuticas, las cuales pueden reproducir los estigmas y

los estereotipos de género a través del diagnóstico y las indicaciones terapéuticas. Solo una mirada crítica puede poner en cuestión la reproducción de los dispositivos de poder en el terreno de la salud mental.

Foucault (1996) lo había develado cuando enuncia que “el poder es inherente a las relaciones humanas y señaló cómo las tecnologías de poder que circulan en el orden social, como la psiquiatrización y medicalización, se establecen con el fin de regular a las poblaciones” (p. 247). Las prácticas clínicas podrían, en ese sentido, funcionar como una tecnología de poder que instauro el control de las personas, determinando lo que es “normal” y lo que no, por medio de procedimientos y clasificaciones que no atienden a las normas sociales que regulan la vida de las personas, a través de los estereotipos de género.

En esta línea, y atendiendo a las voces de los participantes, la atención en salud mental necesita transformar la práctica clínica tradicional que se ha deshumanizado, por nuevos abordajes que contemplen el enfoque de género y los factores culturales, más allá de una sintomatología, teniendo en cuenta el derecho legítimo de la expresión de las emociones sin ser estigmatizados. Si los expertos en salud mental y las instituciones dedicadas a este fin, son incapaces de dar respuesta al sufrimiento psíquico más allá de los signos, los pacientes se verán enfrentados a recorrer estos procesos de tratamiento en solitario y apartarán cualquier posibilidad de que los profesionales los acompañen en este camino (Beviá, & Girón, 2017). Se requieren más estudios de género en el contexto de la salud mental, que pongan en duda los altos costos en diagnósticos y prescripciones ligadas a los estereotipos de género; porque esta categoría de análisis amplifica las comprensiones de las experiencias humanas en la cotidianidad y brinda aportes a las ciencias sociales y de la salud.

CONCLUSIONES

El género como determinante decisivo de la salud, incide en la búsqueda de tratamiento en salud mental y marca experiencias de subjetivación asociadas con la forma como se vive y se enfrenta el malestar emocional. Así, las diferencias que existen entre las personas no sólo están asociadas con la personalidad, las

condiciones de vida y las predisposiciones biológicas, el género teje formas diferentes de construir la identidad y el rol en la vida social, por tanto, participa de las brechas en salud mental que llevan a que muchas personas que requieren apoyo psicológico o psiquiátrico nunca lleguen a los servicios de salud mental, o que cuando lo hacen sea bajo estados críticos. Será importante entonces incluir el género y este tipo de resultados, en el diseño de proyectos, planes y programas de prevención de la enfermedad y la promoción de la salud, generando una mayor capacidad crítica en las familias y en las personas para identificar y reconocer sesgos y estereotipos de género, y a su vez validar la expresión de lo femenino y lo masculino fuera de estos marcos tradicionalmente asignados. Tal como lo decían los participantes, reivindicando el derecho a sentir de los hombres, y el derecho a la libertad y expresión de autonomía en las mujeres, que no es igual a no cuidar de sus relaciones.

El autosilenciamiento masculino ha sido un fenómeno históricamente imperceptible, por la lejana asociación que se hace de los hombres con su mundo emocional. La investigación permitió distinguir las formas como este autosilenciamiento opera y el impacto del mismo sobre el tipo de síntomas que los hombres experimentan. La mayor comprensión del fenómeno propiciada por los estudios de género será decisiva para transformar las prácticas de crianza y en general la socialización masculina y femenina.

Cuando una persona es capaz de poner en cuestión estos estereotipos y estos sesgos de género, la brecha en salud mental se acorta y se abre no sólo la posibilidad de pedir ayuda, sino de transformar la forma propia de vivir el sufrimiento o el malestar emocional más allá de recibir un diagnóstico en salud mental.

En lo que respecta al campo de los tratamientos en salud mental, es necesario reconocer que existen procesos de sobrediagnóstico sujetos a los padecimientos de género, lo que puede incrementar los costos y los efectos adversos de los tratamientos, atender a esta mirada en términos de conciencia de desigualdad estructural, apunta a la creación de planes preventivos sensibles al género y prevenir el riesgo de la doble etiqueta estigma/estereotipo, propio de los profesionales en salud mental. Pese a las críticas que el modelo médico de la salud

mental ha tenido de parte de modelos socioculturales y contextuales, sigue siendo evidente la dominancia de este modelo dentro de la planificación de la salud mental en Colombia, lo que requiere con urgencia revisarse para hacer posible que las urgencias en salud mental no sean tratadas de la misma forma que una urgencia médica regular, y en este sentido los espacios institucionales para atender a la salud mental se planifiquen de forma diferente. Sin duda los tratamientos ambulatorios han hecho avances importantes en este sentido, y se ratifican en la mayor apuesta que hoy se observa por tener equipos multidisciplinarios para atender asuntos de salud mental, más allá de la psiquiatría y la psicología.

La investigación pone en evidencia que los estudios de género en la psicología clínica colombiana y latinoamericana son un campo por explorar, lo cual permite amplificar debates interseccionales e históricos que consideren las características sociodemográficas del contexto.

Limitaciones y recomendaciones

Una de las limitaciones del presente estudio fue la no inclusión de las identidades no normativas de género, las cuales sin duda pueden seguir amplificando los conocimientos acerca de la relación entre el género y la salud mental, en pro de abordajes más situados y diferenciales.

Es importante seguir realizando estudios de género en salud mental en el contexto latinoamericano, pues los resultados de los estudios europeos pueden ser distintos en función del impacto que el contexto y la historia tienen sobre el género y los estereotipos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bacigalupe, A., González-Rábago, Y., & Jiménez-Carrillo, M. (2022). Desigualdad de género y medicalización de la salud mental: factores socioculturales determinantes desde el análisis de percepciones expertas. *Atención Primaria*, 54(7), 102378. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2022.102378>
- Bacigalupe A., y Martín U. (2021). Desigualdades de género en la depresión/ansiedad y el consumo de psicofármacos: ¿estamos medicalizando la salud mental de las mujeres? *Revista escandinava de salud pública*. 49(3):317-324. doi: [10.1177/1403494820944736](https://doi.org/10.1177/1403494820944736)
- Beviá, B., & Girón, M. (2017). Poder, estigma y coerción. Escenarios para una práctica no autoritaria en salud mental. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 37(132), 321-329. <https://dx.doi.org/10.4321/s0211-57352017000200001>
- Burin, M., & Meler, I. (2000). *Varones: Género y subjetividad masculina*. Paidós
- Burin, M. (2010). Género y Salud Mental. Construcción de la subjetividad femenina y masculina [Material del aula]. Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires. http://dspace.uces.edu.ar:8180/xmlui/bitstream/handle/123456789/1529/Burin_2010_Preprint.pdf?sequence=1
- Burin, M. (1987). Algunos rasgos de construcción de la subjetividad femenina centrada en el trabajo reproductivo [Material del aula]. Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires. https://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/electivas/105_estudios_genero/material/archivos/precariedad_laboral.pdf
- Caponi, S., Sevilla, J. M., & Amaral, L. H. do. (2023). El sesgo de género en el discurso y en las intervenciones psiquiátricas. *Revista Estudios Feministas*, 31(1), e93055. <https://doi.org/10.1590/1806-9584-2023v31n193055>
- Conceição, V., Rothes, I., & Gusmão, R. (2022). The association between stigmatizing attitudes towards depression and help seeking attitudes in college students. *PloS one*, 17(2), e0263622. <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0263622>
- DeSa, S., Gebremeskel, A. T., Omonaiye, O., & Yaya, S. (2022). Barriers and facilitators to access mental health services among refugee women in high-income countries: a systematic review. *Systematic reviews*, 11(1), 62. <https://doi.org/10.1186/s13643-022-01936-1>
- Ferrer, D; Acosta, L y Broche, Y. (2020). Estereotipos, Sesgo de Género y Trastornos de Personalidad. Reflexiones para una praxis más ética.

- Psicosomática y Psiquiatría*. (45),41-48.
<https://raco.cat/index.php/PsicosomPsiquiatr/article/view/390963/484292>
- Fisher, K., Seidler, Z. E., King, K., Oliffe, J. L., & Rice, S. M. (2021). Men's anxiety: A systematic review. *Journal of affective disorders*, 295, 688–702.
<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0165032721009411?via%3Dihub>
- Foucault, M. (2009). *La hermenéutica del sujeto: curso en el Collège de France, 1981-1982* (H. Pons, Trad.). Fondo de Cultura Económica
- Foucault, M. (1996). *Tecnologías del yo* (M. Allendesalazar, Trad.). Paidós.
- Gilligan, C. (1982). *In a Different Voice: Psychological Theory and Women's Development*. Harvard University Press.
- Chesler, P. (2019). Mujeres y locura. *Atlánticas. Revista Internacional de Estudios Feministas*, 4(1), 386-401. <https://doi.org/10.17979/arief.2019.4.1.573>
- Gilligan, C. (2013). *La ética del cuidado*. Fundación Victor Grifols i Lucas
- Goffman, E. (2006). *Estigma la identidad deteriorada*. Amorrourtu.
<https://sociologiaycultura.files.wordpress.com/2014/02/goffman-estigma.pdf>
- Heath, P. J., Brenner, R. E., Vogel, D. L., Lannin, D. G., & Strass, H. A. (2017). Masculinity and barriers to seeking counseling: The buffering role of self-compassion. *Journal of counseling psychology*, 64(1), 94–103.
<https://doi.org/10.1037/cou000018>
- Jack, D. C. (1991). *Silencing the self: Women and Depression*. Harvard University Press.
- Jack D. C. (2001). Understanding women's anger: a description of relational patterns. *Health Care Women Int.*, 22(4):385-400.
<https://doi.org/10.1080/07399330121599>
- Jassir Acosta, M. P., Cárdenas, M. P., Uribe, J. M., Cepeda, M., Cubillos, L., Bartels, S. M., Castro, S., Marsch, L., Gómez, C. (2021). Caracterización del estigma percibido hacia la salud mental en la implementación de un modelo de servicios integrados en atención primaria en Colombia. Un análisis cualitativo. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 1(50), 95-105.
<https://doi.org/10.1016/j.rcp.2020.11.017>
- Keohane, A., & Richardson, N. (2018). Negotiating Gender Norms to Support Men in Psychological Distress. *American Journal of Men's Health*, 160–171.
<https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1557988317733093>

- Lamas, M. (2008). *El género es cultura*. Organización de Estados Iberoamericanos para la Educación, la Ciencia y la Cultura.
http://www.paginaspersonales.unam.mx/app/webroot/files/981/El_genero_e_s_cultura_Martha_Lamas.pdf
- Li, T. & Gal, D. (2021). The Marlboro men don't cry: Understanding the gendered perceptions of people seeking mental health care. *Journal of Experimental Psychology Applied*: 28(2), 423-437. <https://doi.org/10.1037/xap0000360>
- Machado Zubeldia, M., & Bardi, D. C. (2020). LOS ESTEREOTIPOS DE GÉNERO EN LA CONSTRUCCIÓN SUBJETIVA DE LAS NIÑAS: SU RELACIÓN CON LAS DERIVACIONES A SERVICIOS DE SALUD MENTAL. *Anuario de Investigaciones*, XXVII(), 283-291.
<https://www.redalyc.org/journal/3691/369166429033/369166429033.pdf>
- McHugh, R., Votaw, V., Sugarman, D., & Greenfield, S. (2018). Sex and Gender Differences in Substance use Disorders. *Clin Psychol Rev*, 66, 12-23.
<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.10.012>
- Miani, C., Wandschneider, L., Niemann, J., Batram-Zantvoort, S., & Razum, O. (2021). La medición del género como determinante social de la salud en epidemiología: una revisión exhaustiva. *PloS One*, 16(11), e0259223.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0259223>
- Nagai, S. (2022). Does Male Gender Role Conflict Inhibit Help-Seeking? (1-10). *Japanese Psychological Research*. <https://doi.org/10.1111/jpr.12413>
- Neves, S., Carneiro Pinto, J. & Nogueira, C. (2015). Análisis de la estructura factorial de la versión en portugués de la Escala de Autosilenciamiento. *Acta Colombiana de Psicología*, 18(1), 103-112.
<https://doi.org/10.14718/ACP.2015.18.1.10>
- Organización Mundial de la Salud. (2009). *Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud*. https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/A62/A62_9-sp.pdf
- Pattyn, E., Verhaeghe, M., Sercu, C., & Bracke, P. (2014). Public Stigma and Self-Stigma: Differential Association with Attitudes Toward Formal and Informal Help Seeking. *Psychiatric Services*, 65(2), 232–238. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201200561>
- Pedraza, C. (2022). La medizalización del malestar de la mujer. Una revisión crítica. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*. (141),55-73.
<https://doi.org/10.4321/S0211-57352022000100004>
- Perlis, R. H., Ognyanova, K., Quintana, A., Green, J., Santillana, M., Lin, J., Druckman, J., Lazer, D., Simonson, M., Baum, M. A. y Chwe, H. (2021).

Especificidad de género de la resiliencia en el trastorno depresivo mayor. *Depression and Anxiety*, 38, 1026–1033. <https://doi.org/10.1002/da.23203>

Pujal, I, Llombart, M., Calatayud, M. y Amigot, P. (2020). Subjetividad, desigualdad social y malestares de género: una relectura del DSM-V. *Revista Internacional de Sociología*, 78(2), e155. <https://doi.org/10.3989/ris.2020.78.2.18.113>

Ramos-Lira, L. (2014). ¿Por qué hablar de género y salud mental? *Salud mental*, 37(4), 275-281. Recuperado en 11 de septiembre de 2023, de <https://www.scielo.org.mx/pdf/sm/v37n4/v37n4a1.pdf>

McHugh, K., Votaw, V., Sugarman, D., Greenfield, S. (2018). Sex and gender differences in substance use disorders. *Clinical Psychology Review*, 66, 12-23. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.10.012>

Rasmussen, M. L., Haavind, H., & Dieserud, G. (2018). Young Men, Masculinities, and Suicide. *Archives of Suicide Research: official journal of the International Academy for Suicide Research*, 22(2), 327–343. <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/13811118.2017.1340855>

Sáenz, M., Recio, M., López, M; Santorcuato, A; Bacigalupe, A y Segarra, R. (2023) Diferencias de género en el manejo de episodios psiquiátricos agudos en el servicio de urgencias: un análisis transversal del trienio 2017-2019. *Arch Women Ment Health*. <https://doi.org/10.1007/s00737-023-01360-X>

Ussher, J. (2010). Are we Medicalizing Women's Misery? A Critical Review of Women's Higher Rates of Reported Depression. *Feminism and Psychology*, 20(1), 9-35. <https://doi.org/10.1177/0959353509350213>