

## CÓMO LA PERSPECTIVA DE GÉNERO CAMBIA LA TÉCNICA DE LA PSICOTERAPIA RELACIONAL

Sandra Toribio Caballero<sup>1</sup>  
*Psicoterapeuta, Madrid*

A lo largo de la historia la perspectiva androcéntrica imperante ha delimitado la forma en la que hemos visto el mundo. Ello repercute en la política o en la economía, pero también en la salud. Sabemos que la salud de hombres y mujeres es diferente, pero también que esas diferencias no pueden ser explicadas (únicamente) por lo biológico. Las connotaciones y los roles asignados en nuestra sociedad a cada género van a ser determinantes en cómo pensamos, sentimos y actuamos, y también en cómo enfermamos. Y esto llega también a las consultas de psicoterapia. Hombres y mujeres cisgénero consultan por motivos diferentes, por lo que incluir la perspectiva de género en psicoterapia supone ampliar nuestro registro y nuestros recursos para poder incluir así aspectos que antes no teníamos en cuenta. El psicoanálisis relacional ha estado desde siempre especialmente vinculado con un enfoque feminista, en tanto en cuanto a que propone un modelo de trabajo más democrático e igualitario. En el presente artículo se pretende establecer una conexión entre el psicoanálisis relacional y la perspectiva de género desde la que proponer líneas de intervención que ayuden a fomentar la salud.

**Palabras clave:** Psicoterapia relacional, género, feminismo, psicoterapia feminista, perspectiva de género.

Throughout history, the prevailing androcentric perspective has defined the way in which we have seen the world. This has an impact on politics or the economy, but also on health. We know that the health of men and women is different, but also that these differences cannot be explained (exclusively) from a biological point of view. The connotations and roles assigned in our society to each gender are going to be determining in how we think, feel and act, and also in how we get sick. And this is something we will see in our practice. Cisgender men and women consult for different reasons, so including the gender perspective in psychotherapy requires expanding our register and our resources in order to be able to include aspects that we did not previously consider. Relational psychoanalysis has always been especially linked to a feminist approach, insofar as it proposes a more democratic and egalitarian model. This article aims to establish a connection between relational psychoanalysis and the gender perspective from which it proposes lines of intervention that help promote health.

**Key Words:** Relational psychotherapy, gender, feminism, feminist psychotherapy, gender perspective.

*English Title: How Gender Perspective changes the technique in Relational Psychotherapy*

### **Cita bibliográfica / Reference citation:**

Toribio Caballero, S. (2020). Cómo la perspectiva de género cambia la técnica de la psicoterapia relacional. *Clínica e Investigación Relacional*, 14 (1): 216-236. [ISSN 1988-2939] [Recuperado de [www.ceir.info](http://www.ceir.info)] DOI: 10.21110/19882939.2020.140113

<sup>1</sup> Psicóloga y psicoterapeuta, IPR. Dirección de contacto: [sandratoribio@psicoterapiarelacional.com](mailto:sandratoribio@psicoterapiarelacional.com)

## **Introducción**

La perspectiva de género resulta hoy del todo imprescindible para todos los campos de conocimiento: la medicina, el arte o incluso el urbanismo, tienen cada vez más en cuenta el impacto de los roles de género y cómo repercuten y atraviesan todo lo que hacemos. Desde esta óptica, se pretende analizar las construcciones socioculturales y psicológicas que determinan en cada sociedad lo que es “femenino” y “masculino”, con el fin conseguir una mayor igualdad entre géneros. La psicoterapia, que se encarga de trabajar con las personas sobre sus malestares psíquicos, no podía ser menos. En los últimos años, la perspectiva de género se ha incorporado a la concepción teórica de los abordajes psicoanalíticos, pero ¿por qué se ha vuelto algo tan necesario? ¿qué nos dice la investigación al respecto? ¿cómo podemos incorporar el conocimiento que nos aportan los datos a nuestro trabajo como psicoterapeutas? En este artículo hacemos un recorrido por algunos de los datos sobre las diferencias más relevantes en investigación sobre la salud de hombres y mujeres (cisgénero<sup>1</sup>) así como el diagnóstico diferencial de los trastornos mentales. Por último, abordaremos cómo se puede integrar la perspectiva de género en nuestra labor como psicoterapeutas relacionales.

## **Conceptos clave**

Empecemos por el principio: la definición de algunos conceptos que estarán muy presentes a lo largo del artículo. Según la Real Academia Española (RAE, 2020), el feminismo es un «principio de igualdad de derechos de la mujer y el hombre» (el machismo sería –según la RAE también - la “actitud o manera de pensar de quien sostiene que el hombre es por naturaleza superior a la mujer”).

En muchas ocasiones sigue habiendo confusión con los términos sexo y género. El *sexo* viene determinado por la naturaleza (una persona nace con sexo masculino o femenino): hace referencia a las características que vienen determinadas biológicamente (OMS, 2002). El *género* es algo que se aprende, puede ser educado, cambiado y manipulado: el término se utiliza para describir las características de hombres y mujeres basadas en factores sociales (OMS, 2002). Dicho de otra manera: El género es la construcción social y cultural que define las diferentes características emocionales, afectivas, intelectuales, así como los comportamientos que cada sociedad asigna como propios y naturales de hombres o de mujeres<sup>2</sup>. Las personas nacen con sexos masculino o femenino, pero aprenden a ser niños y niñas que se convierten en hombres y mujeres. Este comportamiento, aprendido, configura y compone la identidad de género y determina los papeles de los géneros que hombres y mujeres desarrollarán en sociedad. Ejemplos de esta adscripción de

características en nuestra sociedad es pensar que las mujeres son habladoras, cariñosas y organizadas y los hombres son activos, fuertes y emprendedores. Podemos decir que el género es la construcción psicosocial del sexo (Jayme y Sau, 1996).

Por lo tanto, como señala Ana de Miguel (2015) "se entiende por género (...) la construcción social de la diferencia sexual entre hombres y mujeres. (...) El concepto de género no cuestiona las diferencias biológicas entre los dos sexos. Lo que sí niega es la traducción causal de las diferencias anatómicas en 'naturalezas sociales' o caracteres distintos. Lo femenino y lo masculino son categorías sociales, y la perspectiva de género invita a investigar cómo se construyen y operan organizacionalmente estas definiciones" (p. 231).

Si he querido empezar con estas definiciones, deteniéndome más en las de *sexo* y *género*, es porque ambos términos se confunden con frecuencia (también) en la investigación científica. Desde hace unos años vengo trabajando en una tesis doctoral sobre psicopatología y género, y como parte de la búsqueda bibliográfica, me fui dando cuenta de que en gran parte de la literatura científica revisada constaba lo anterior. Para una de las partes de la investigación hice una búsqueda de las 7 bases de datos más utilizadas para investigación en Psicología<sup>3</sup>, incluyendo como criterios de búsqueda que fueran investigaciones cuantitativas que utilizaran el test de evaluación de la Personalidad PAI (Ortiz-Tallo, Santamaría, Cardenal y Sánchez-López, 2011) y que incluyeran hombres y mujeres en la investigación. De los 90 artículos revisados, el 19% sí hablaban de las diferencias de sexo entre hombres y mujeres en los resultados de la investigación. El 12% no hacían ningún tipo de análisis disgregando los resultados por sexo (a pesar de incluir en su muestra hombres y mujeres) y el 69% hablaban de diferencias de género a pesar de que no lo medían, es decir, hablaban de diferencias de *género* cuando en realidad estaban hablando de diferencias de *sexo*.

Para tratar de solventar este tipo de sesgos científicos, se han elaborado las guías SAGER, un conjunto internacional de directrices para apoyar la presentación sistemática del sexo y del género en investigación en todas las disciplinas (Heidari, Babor, De Castro, Tort y Curno, 2019). Están diseñadas para promover el informe sistemático por sexo y género en la investigación y recomiendan a autores/as, editores/as y revisores/as a considerar si el sexo y el género son relevantes para el objeto de estudio. Así mismo, recomiendan utilizar adecuadamente los términos sexo y género, "ya que el uso de definiciones comunes mejorará la capacidad de realizar metaanálisis de los datos publicados y archivados" (Heidari et al., 2019).

Hasta aquí, podríamos decir que tenemos una base clara y sólida sobre la que seguir avanzando. Pero lo cierto es que la realidad es mucho más compleja. Cordelia Fine (2018)

en su libro *Testosterona Rex*, señala (p. 90): "(...) la bióloga de la Universidad de Brown Anne Fausto-Sterling casi provocó que a más de uno le explotara la cabeza al observar que en realidad existen aproximadamente media docena de sexos. (...) Fausto-Sterling apuntó que las personas intersexuales no encajan en un modelo que no contempla 'la existencia de estados intermedios'". La autora señala que "el sexo genético no se halla dentro de una categoría binaria estricta – presencia o ausencia de Y-, sino que está repartido por todo el genoma (...). Los cerebros humanos no se pueden clasificar en dos categorías distintas (cerebro masculino/cerebro femenino), sino que están formados por mosaicos singulares de rasgos". No hay un cerebro masculino o femenino, sino un mosaico cambiante de rasgos, "algunos más frecuentes entre las hembras que entre los machos, y algunos más frecuentes entre los machos que entre las hembras, y otros comunes en hembras y machos" (Fine, 2018). Tanto el libro de Fine como el de Fausto-Sterling (2005), repletos de referencias bibliográficas de artículos científicos, resultan aportes fundamentales para comprender que determinadas conceptualizaciones, hasta ahora tradicionalmente explicadas por lo biológico, no tienen suficiente base explicativa. Por ejemplo, tradicionalmente se ha recurrido a las diferencias hormonales, y en especial de la testosterona, para explicar las diferencias en agresividad entre hombres y mujeres. Pero Fine señala: "Cuando se trata de afrontar circunstancias relativamente duraderas – situaciones básicas, como estar en pareja o cuidar de los hijos-, la testosterona parece obedecer al principio según el cual los niveles altos están relacionados con la competitividad, y los bajos con los cuidados. Por ejemplo, tanto hombres como mujeres interesados en encontrar parejas sexuales nuevas suelen tener niveles de testosterona en circulación más elevados que los y las que están felizmente emparejados (o felizmente solteros), y tanto los padres como las madres de niños pequeños muestran niveles de testosterona más bajos que los que no tienen hijos" (Fine, 2018).

¿Qué queremos decir con esto? Que no sólo el género es una construcción social: *el sexo (lo biológico) también lo es*. Es una categoría binaria que nos ayuda a comunicarnos y categorizar, pero que resulta limitante por ese mismo motivo. Habrá que seguir pensando y profundizando (como hacen las teorías queer) para poder seguir teorizando y comprendiendo la complejidad del sexo y el género.

### ***¿Por qué es necesaria la perspectiva de género?***

A pesar de que, como veníamos diciendo, sexo y género son un continuo, la realidad es que, en la práctica, la salud de las mujeres y de los hombres es diferente, y esas diferencias no pueden ser explicadas (únicamente) por lo biológico. El modelo biopsicocial nos

proporciona el marco teórico para comprenderlo. Este modelo (que sustituyó al modelo biomédico) explica que en la actualidad la mayoría de la gente muere por “enfermedades cardíacas, cáncer o enfermedades crónicas, enfermedades mucho más complejas y no explicables desde el modelo clásico de causa-efecto. Son muchos los sistemas que interactúan en ellas: el familiar, la personalidad, hábitos de vida, biología de la persona, etc. Son pocas las enfermedades que pueden interpretarse desde la simplicidad de ‘tal germen, tal enfermedad’”, como explica Borrell-Carrió (2002).

Respecto a la salud de las mujeres, sabemos que, aunque las mujeres tienen una mayor esperanza de vida, llevan a cabo un mayor número de conductas predictivas y presentan menos adicciones, tienen peor estado de salud, bienestar y calidad de vida. Además, consumen más servicios sanitarios, más psicofármacos y presentan mayor prevalencia en numerosos trastornos psiquiátricos (Leal, 2006).

No podemos dejar de añadir el impacto que tiene la violencia machista en la morbilidad y mortalidad de las mujeres. Hay registros de los asesinatos machistas desde el año 2003, cuando se aprobó la ley de Protección Integral contra la Violencia de Género (El País, 18/02/2020), con un total de 1.045 mujeres asesinadas hasta febrero de 2020 (aunque son datos incompletos: hasta hace poco sólo se contabilizaban las mujeres asesinadas en situación de violencia dentro de las relaciones afectivas – parejas o exparejas; recientemente, y con la terminología “violencia machista”, se contabilizan también todos aquellos asesinatos a mujeres con independencia de la relación que haya entre el agresor y la víctima). Esto significa que sólo con las cifras oficiales de estos últimos 17 años, la violencia machista ya cuenta con más asesinatos que la banda terrorista ETA (un total de 864) en sus 52 años de historia (Europa Press, 2019).

¿Qué factores pueden estar contribuyendo a que la salud general de las mujeres sea peor a la salud de los hombres? Entre ellos, podemos destacar los sesgos en la investigación científica. Sabemos que, hasta hace apenas 40 años, no contábamos con datos disgregados por sexos en las investigaciones en medicina (Sánchez-López, 2004). Esto ha tenido consecuencias, como las falsas asunciones sobre la igualdad de sexo, que parte de la base que los problemas, riesgos y factores protectores en salud de hombres y mujeres son los mismos, cuando en realidad no lo son. Un ejemplo muy citado es la eficacia de la aspirina para la prevención de infartos: Los ensayos clínicos no han incluido normalmente el número de mujeres suficientes para llegar a ninguna conclusión sólida (simplemente se han extrapolado los datos obtenidos con hombres), “pero en aquellos estudios donde se ha incluido el número suficiente de mujeres se encuentra que éstas no siempre se benefician

de la aspirina con este uso. La diferencia entre sexos parece ser debida a la existencia de diferentes mecanismos en hombres y mujeres” (Sánchez-López, 2004, traducción propia).

Algo parecido pasa con los síntomas ante un infarto: tradicionalmente se acepta – debido al androcentrismo en la medicina – que éstos eran un dolor y presión en el pecho y dolor intenso en el brazo izquierdo. Y en realidad esto es así... para los hombres. “En las mujeres, los infartos se presentan con dolor abdominal, estómago revuelto y presión en el cuello” (Varela, 2013, p. 176).

Otro de los sesgos en la investigación científica tiene que ver con las falsas asunciones de las diferencias de sexo, es decir, que se asumen que hay diferencias en algunos aspectos en los que hay similitudes: Por ejemplo, existía la idea generalizada de que las enfermedades cardiovasculares eran enfermedades típicamente de hombres (Sánchez-López, 2004), a pesar de que en España mueren más mujeres que hombres por estas causas (Ribera, 2016).

Un tercer sesgo en la investigación científica ha tenido que ver con asumir que los problemas de salud de las mujeres se limitaban sólo al área reproductiva (Sánchez-López, 2004).

Estos sesgos, como es obvio, han dificultado sin duda que las mujeres estén en igualdad de condiciones que los hombres en lo que a salud general se refiere. Esto ha recibido el nombre de el “síndrome Yentl”, que Bernardine Patricia Healy dio en 1991 al “hecho de que la probabilidad de que una mujer no reciba tratamiento adecuado para una enfermedad o problema cardiovascular es mucho mayor que para un hombre porque tradicionalmente son enfermedades asociadas a los hombres” (Ribera, 2016).

Afortunadamente, de un tiempo a esta parte hasta los medios de comunicación han dado cuenta de estos sesgos son perjudiciales para la salud con titulares muy impactantes: “Las mujeres mueren más que los hombres por enfermedades cardiovasculares porque nunca les habían contado los síntomas” (El País, 12/12/2017) o “Confundir el diagnóstico de un infarto con ansiedad hace que las mujeres mueran más al sufrir ataques del corazón” (eldiario.es, 11/05/2019).

Además, como señala Vivas (2019), “Cada uno de los ciclos vitales de las mujeres, desde la menstruación a la menopausia, se han medicalizado. (...) La medicina aborda la salud de las mujeres desde una perspectiva androcéntrica”. La autora añade que “la medicina se ha encarnizado en especial con las mujeres (...) con actuaciones sanitarias discutibles, innecesarias o abusivas, como la vacuna contra el virus del papiloma, la terapia hormonal en la menopausia o algunos seguimientos preventivos para el cáncer de mama y el útero”, mientras que algunas enfermedades diagnosticadas exclusivamente o más

prevalentemente en mujeres, como la "endometriosis, la fibromialgia, el síndrome de fatiga crónica o la sensibilidad química múltiple", no han recibido la atención o esfuerzos de investigación necesarios.

Hasta aquí venimos hablando de las diferencias de sexo en salud general en hombres y mujeres, pero ¿hay también diferencias en lo que tiene que ver con la prevalencia en trastornos mentales? Aunque es cierto que los datos epidemiológicos indican que en algunos diagnósticos no hay diferencias de sexo (es el caso del diagnóstico de esquizofrenia, con una prevalencia muy similar en hombres y en mujeres), hay otros muchos donde las diferencias de sexo son muy significativas: El diagnóstico más prevalente en hombres es el Trastorno de la Personalidad Antisocial. Además, sabemos que los hombres cometen suicidio en mayor medida que las mujeres y utilizan medios más violentos para llevarlo a cabo (Kohen, 2010).

En otros muchos diagnósticos, la prevalencia es mucho mayor en mujeres. El ejemplo más significativo es el de los Trastornos de la Conducta Alimentaria: el 90% de los casos diagnosticados corresponden a mujeres (Kohen, 2010). Dentro de los trastornos afectivos, la depresión es el doble de frecuente en mujeres que en hombres (Bleichmar, 1999), y también hay mayor prevalencia de distimia en mujeres (Leal, 2006). Los trastornos de ansiedad también afectan más a las mujeres (Sánchez-López y Cuéllar, 2013) y el doble de probabilidad de sufrir a lo largo de su vida Trastorno de Estrés Post-Traumático (TEPT) (Tolin y Foa, 2008). Una vez aparecido el trastorno, la sintomatología que presentan hombres y mujeres es también diferente: En los hombres los síntomas están más relacionados con la externalización (agresividad, ira) y en las mujeres con la internalización (depresión, ansiedad). La tasa de prevalencia en el trastorno límite es mayor en mujeres que en hombres, con una proporción de 3:1 (Kienast, Stoffers, Bempohl y Lieb, 2014; Skodol y Bernder, 2003). En el diagnóstico de fibromialgia, esa proporción es de 22:1 (Mas et al., 2008).

Estas diferentes formas de enfermar de hombres y mujeres pueden entenderse mediante dos tipos de explicaciones diferentes. Una explicación biologicista pondría el peso en los factores genéticos para explicar que existe un cerebro masculino y un "cerebro femenino" (como sostiene la línea propuesta, entre otras personas, por Louann Brizendine). La otra explicación, ambientalista, sostiene que son las variables socioculturales (la socialización diferencial de niños y niñas que determina las conductas, expectativas y comportamientos esperables en cada sociedad para hombres y mujeres, esto es, los roles de género) las que condicionan la forma de estar en el mundo – por lo tanto, también de enfermar – de

hombres y mujeres. Ésta es la línea propuesta por Anne Fausto-Sterling, Cordelina Fine y Gina Rippon, entre otras.

Por supuesto, las teorías ambientalistas no niegan los factores constitucionales, genéticos y/o endocrinos, pero sí sostienen que, por sí solos, no pueden explicar suficientemente las diferencias en salud. Se entiende que es a través de la socialización

Además de las estadísticas anteriores, las personas que trabajamos en la clínica sabemos que hay otros muchos malestares subyacentes que son más difíciles de medir o cuantificar, y que sin embargo forman parte (implícita o explícita) del motivo de consulta de muchas mujeres. Entre esos malestares, podríamos incluir el techo de cristal: Sería la "superficie superior invisible en la carrera laboral de las mujeres, difícil de traspasar, que nos impide seguir avanzando. Su carácter de invisibilidad viene dado por el hecho de que no existen leyes ni dispositivos sociales establecidos ni códigos visibles que impongan a las mujeres semejante limitación, sino que está construido sobre la base de otros rasgos que por su invisibilidad son difíciles de detectar" (Burín, 2009). Además de las exigencias en lo laboral, resulta fundamental nombrar la doble y triple jornada (trabajar fuera de casa, en casa, cuidar a las personas mayores de la familia, ...) que inciden en la carga mental de las mujeres. En mi experiencia, es también muy frecuente que las mujeres consulten por malestares relacionados con el amor, y específicamente, con los mitos del amor romántico.

Entre las principales investigaciones sobre la conceptualización del amor se encuentra la de Barrón, Martínez-Iñigo, de Paul y Yela (1999), quienes lo definen como una construcción cultural. Señalan que en cada periodo de la historia ha sido entendido de manera diferente, así como el tipo de vínculos que debían existir o no entre matrimonio, amor y sexo. Además, el amor no sólo juega un papel fundamental en la felicidad humana, en la salud y en la satisfacción general (Argyle, 1987), sino que, además, desde hace algunos siglos, el matrimonio es la piedra angular que articula el amor en nuestra estructura social, en base al cual se forma la familia (Barrón, Martínez-Iñigo, de Paúl y Yela, 1999).

Son muchos los autores y autoras que, teniendo en cuenta la importancia y el peso que el amor romántico tiene en la cultura occidental (y en consecuencia en cada uno de nosotros), han venido estudiando no sólo en qué consiste el amor y cómo puede clasificarse, sino también los mecanismos que ayudan a que perdure y a mantenerlo, a pesar de que no siempre sea una experiencia gratificante o satisfactoria (Barrón et al., 1999; Bosch, 2008; Guerra, 2013; Lago y Miracco, 2011; Michelena, 2008; Precht, 2011).

No se puede teorizar sobre la perspectiva de género en terapia sin poner el foco en los mitos del amor romántico. Pero ¿a qué nos referimos cuando hablamos de mitos del amor romántico? Yela (2003) escribió sobre los mitos del amor romántico, describiéndolos como



aquellas creencias socialmente compartidas sobre la supuesta 'verdadera naturaleza' del amor. Algunos de esos mitos serían: El mito de la equivalencia (el amor debe ser entendido necesariamente como una intensa pasión, es decir, se toman "amor" y "estar enamorado" como equivalentes), el mito de "la media naranja" (asume que hay alguien predeterminado para cada persona), el mito de la exclusividad al estar enamorado/a (asume que es imposible estar enamorado/a de dos personas al mismo tiempo), el mito de la pasión eterna (la creencia de que la pasión de los primeros momentos de la relación, si es auténtica, debería durar para siempre), el mito de la omnipotencia (o "el amor lo puede todo", que implica que el verdadero amor superará toda clase de obstáculos), el mito "del emparejamiento o de la pareja" (la creencia de que "la pareja heterosexual es algo natural y universal), el mito de "los celos" (son señal inequívoca de amor verdadero), el mito de la fidelidad (supone que si alguien está verdaderamente enamorado/a será fiel a su pareja, lo que implica que si es infiel no la amaba realmente), el mito del matrimonio (considera que el amor es la única razón para casarse, es decir, que el amor romántico-pasional debe conducir a la unión estable de la pareja), etc.

La creencia en estos mitos, por ser irracionales e imposibles de seguir como modelo de conducta, pueden fácilmente conllevar frustraciones (Bosch, 2008). Cada uno de esos mitos puede tener consecuencias específicas. Ferrer, Bosch y Navarro (2010) algunas de esas consecuencias negativas: por ejemplo, si creemos en el mito de la "media naranja", es posible que el nivel de exigencia en la pareja sea excesivamente elevado, con el consiguiente riesgo de decepción; el mito del "emparejamiento o de la pareja" puede suponer conflictos internos a quienes no tengan pareja o la tengan de su mismo sexo; etc. La creencia en los mitos del amor romántico contribuye al mantenimiento de la desigualdad y a comportamientos relacionados con la pasividad, subordinación, idealización o dependencia del otro, tal y como señalan Ferrer et al. (2010).

Entendiendo el amor y los mitos románticos como algo que se transmite o enseña, en gran medida, culturalmente, Esteban y Távora (2008) han señalado que estas creencias perjudican en mayor medida a mujeres que a hombres, lo que supone un excelente caldo de cultivo para la violencia machista. Las autoras señalan que el amor sexual, romántico o pasional, es una parte clave en la subordinación social de las mujeres, debido a su conceptualización y a las experiencias amorosas que promueve. En esta línea, Bosch et al. (2008) señalan que ha quedado establecido teóricamente el papel que estos mitos juegan en el mantenimiento de las relaciones de pareja violentas. Cantero (2012) habla del amor como síntoma del malestar psíquico de las personas que consultan en el ámbito clínico. Por lo tanto, podemos afirmar que el amor tiene normas y mandatos diferentes para las mujeres y para los hombres. Como Kate Millet (1984) declaró: "El amor ha sido el opio de

las mujeres, como la religión el de las masas. Mientras nosotras amábamos, los hombres gobernaban. Tal vez no se trate de que el amor en sí sea malo, sino de la manera en que se empleó para engatusar a las mujeres y hacerlas dependientes, en todos los sentidos. Entre seres libres es otra cosa" (entrevista en El País, 21 de mayo de 1984).

En las consultas nos encontramos también con frecuencia el malestar de las mujeres en relación con sus cuerpos. Mientras que los cuerpos de las mujeres deben responder a cánones de "belleza" que las incitan a ser delgadas y ocupar poco espacio (Gay, 2017), los de los hombres deben ser magros y musculados (Toro, 2004), e incluso pueden sentirse orgullosos de sus kilos de más (como el término "fofisano" nos ayudó a conceptualizar).

Como es obvio, los hombres también presentan malestares subyacentes difíciles de encajar en las categorías diagnósticas al uso. Los mandatos sobre "cómo ser un verdadero hombre", que fomentan la autosuficiencia, la temeridad y la competitividad, el tener que demostrar que se es "viril" y el tener que aparentar que no se es débil, exhibir indiferencia antes el dolor el riesgo, actuar bajo la meta de la competencia, ... tiene también costes elevados para los hombres. Por ejemplo, limita la posibilidad de expresar sentimientos y emociones ("los hombres no lloran"), constriñe el manejo emocional de los afectos, supondrá frustración cuando no se consigue alcanzar esos mandatos, ... Además, son más frecuentes en hombres las conductas de riesgo (alcoholismo, drogodependencias, mayor número de suicidio y accidentes de tráfico, delitos, ... en definitiva, la manifestación de lo emocional desde el prisma de la externalización). Sabemos que los hombres consultan menos cuando sufren depresión, especialmente a medida que se hacen mayores (Mackenzie, Visperas, Ogrodniczuk, Oliffe y Nurmi, 2019). Resulta especialmente interesante el testimonio de Thomas P. McBee, el primer boxeador trans (transitó de ser mujer a hombre) que boxeó en el Madison Square Garden de Nueva York. En su libro "Un hombre de verdad: Lecciones de un boxeador que peleaba para abrazar mejor" (McBee, 2019) dice: "Si ser *femenino* es lo opuesto a ser un *hombre*, entonces muchas de las cualidades que los norteamericanos asocian a las mujeres (como la empatía, que es propia tanto de niños como de niñas) no sólo se ponen en cuestión durante la infancia, sino que se destruyen" (p. 123). Los hombres también sufren, por lo tanto, los efectos de la imposición de los roles tradicionales (Varela, 2013), ya que se les niega el derecho a la expresión de su afectividad<sup>4</sup>.

Los estereotipos de género constriñen las potencialidades de las personas. Los juguetes que se dan a los niños y a las niñas no están basados en diferencias cerebrales existentes, pero sí terminarán impactando en el desarrollo de esos niños y niñas. Por ejemplo, es frecuente escuchar que las chicas o mujeres "hablan más y escuchan mejor, tienden más al

contacto social, más empáticas, emocionales, cariñosas”, y que los chicos u hombres son “mejores en el ámbito científico y tecnológico, más confianza en sí mismos, agresivos, temerarios”. Además de las consecuencias en la salud ya señaladas, es lógico pensar que estos estereotipos terminan incorporándose y pasando a formar parte de las identidades y roles de género (¿profecía autocumplida?). Si echamos un vistazo al porcentaje de estudiantes en universidades, los datos muestran que hay algunas carreras predominantemente elegidas por mujeres (en Psicología el 76% del alumnado son mujeres, en Educación Social el 80%, en Enfermería el 82%, en Magisterio el 72% y en Ciencia y Tecnología de los Alimentos el 76%), mientras que hay otras donde predomina el porcentaje de hombres en el alumnado (las Ingenierías principalmente: Electrónica con un 97%, Civil con un 75%,...), según fuentes del Instituto de la Mujer (2011).

### ***Cómo la perspectiva de género cambia la técnica de la psicoterapia relacional***

Trabajando en clínica resulta obvio que hombres y mujeres consultamos por motivos diferentes. No sólo eso: *estamos* en consulta de formas diferentes. Incluir la perspectiva de género en psicoterapia supone ampliar nuestra mirada, nuestro registro, y poner el foco en aspectos que antes no teníamos en cuenta.

El género es algo que nos impacta y atraviesa a todas las personas. Vivimos en una sociedad donde ser hombre o mujer tiene unas determinadas connotaciones (igual que se ser homosexual, lesbiana, transgénero, negro/a, blanco/a, ...). Y sin duda tiene un impacto muy potente en lo que tiene que ver con nuestra identidad.

Es frecuente utilizar (en la consulta, pero también fuera de ella) comentarios del tipo: “bueno, es que para eso las mujeres...”, o “es que los hombres... ya se sabe...”. Como en todos los aspectos de la psicoterapia, tenemos siempre dos caminos (o tres, o cuatro, ...): recoger e intervenir, o dejarlo pasar y esperar a lo siguiente y ver donde nos lleva. Confieso que a mí me resulta muy difícil (siendo honesta, quizás podría decir imposible) dejar pasar este tipo de comentarios. Quizás no en el momento, pero desde luego toma buena nota “mental” para que no se me escapen. Tal y como yo lo entiendo, hay que intervenir, señalar y poner el foco.

Me vienen a la cabeza algunas escenas en las que la perspectiva de género siento me ha resultado útil para poder tener una comprensión más completa de la situación.

Trabajo desde hace varios años con una paciente que consultó a raíz de una agresión sexual. Después de trabajar casi dos años con el consecuente estrés postraumático y hacer una evolución, interrumpió la terapia durante un año y volvió a retomar por estar viviendo

una situación estresante. Sin que “contáramos con ello”, empezó a desarrollar ataques de pánico tan potentes que desembocaron en crisis de ausencias de varias horas: la primera vez que le pasó, tuvo un “vacío” de 6 o 7 horas en las que no recordaba nada, ni dónde estuvo, ni con quién habló, ni qué hizo. Al no poder encontrarle cita con ningún/ninguna psiquiatra que yo conociera de primera mano, conseguí el contacto de un psiquiatra con muy buenas referencias. Después de la consulta, mi paciente me dijo que el psiquiatra quería hablar conmigo. Ingenua de mí, pensé que tendría interés en conocer algo más del trabajo que habíamos desarrollado juntas en los últimos años. Cuál fue mi sorpresa cuando, en los 5 ó 6 minutos que duró la conversación, no me preguntó *nada*: sólo me contó todo lo que él había visto/sabido/interpretado en *una* sesión con mi paciente (incluidos supuestos abusos sexuales por parte de su padre de los que nosotras nunca habíamos pensado o hablado en sesión). Me indigné, me enfadé y me sentí fatal por haber dado su referencia a mi paciente. Fue desde pensar con el género “en la cabeza” que pude entender algo más de mi enfado. Su tono de “mansplaining” (término acuñado por Rebecca Solnit en su libro “Los hombres me explican cosas, que podría traducirse al castellano como “machoexplicación”), donde él, un hombre de cierta de edad psiquiatra (¿autoridad?) me explicaba a mí (mujer ¿joven? Psicóloga) de forma condescendiente todo lo que él sabía de mi paciente con una sesión y que no yo había podido “percibir” en años era lo que me indignó. (Por suerte, mi paciente buscó otro psiquiatra, esta vez con mejor suerte).

Un hombre joven, con el que trabajo también desde hace años y cuyo motivo de consulta tenía que ver con su dificultad en las relaciones sociales, se encontraba muy angustiado por no saber cómo debía comportarse en las primeras citas que tuvo con una chica. Daba por hecho que *ella* esperaba que fuera *él* quien se “lanzara” a dar el primer beso, ¿acaso no les corresponde a los chicos tener la iniciativa? Poder ver juntos que, además de sus propias dificultades en lo relacional, había mucho de esto que tenía que ver con los roles de género, nos ayudó a que pudiera posicionarse en esas escenas de forma diferente.

Una mujer, alta directiva de una importante compañía y recientemente jubilada, consulta porque de un tiempo a esta parte a empezado a tener problemas de alcoholismo. Tal y como ella lo explicaba, entendió que su alcoholismo le servía de “anestesia” para poder tolerar la relación con su marido. Ella siempre había ganado más dinero y tenido una posición de más poder (por su puesto) que su marido, pero al estar jubilada, la actitud del marido había cambiado para con ella: la había dejado de respetar y ella sentía que la trataba *peor* porque sentía que era *menos*.

La reflexión permanente sobre nuestra propia posición nos ayudará a poder comprender y trabajar desde una reflexión compartida con nuestros/as pacientes y la perspectiva de

género ampliará aquello en lo que podemos pensar. Pero ¿quiénes se han venido ocupando de la cuestión del género desde el ámbito de la psicoterapia? En castellano son referentes Nora Levinton Dolman, Emilce Dio Bleichmar, Ana Tavora Rivero, Carmina Serrano Hernández, Concepció Garriga i Setó, Lola López Mondejar entre otras. Dentro del psicoanálisis relacional, son figuras de imprescindible lectura Jessica Benjamin, Muriel Dimen, Virginia Goldner, Adrienne Harris, Nancy Chodorow y Ken Corbett entre otras personas<sup>5</sup>.

El trabajo de Muriel Dimen "Lapsus linguae, o un desliz de la lengua. Un caso de abuso sexual dentro de un tratamiento analítico y sus consecuencias personales y teóricas"<sup>6</sup> supone una base excepcional que aborda una gran variedad de las cuestiones que nos tenemos que plantear como analistas: las transgresiones de los límites en el tratamiento analítico, lo traumático de las mismas, cómo género y poder pueden ir de la mano en "transferencias patriarcales", ... Desde su propia experiencia, Dimen nos ayuda a entender lo complejo de las implicaciones del género, y especialmente en el encuentro analítico.

La contribución de Jessica Benjamin es la que posiblemente más se relacione con el aporte feminista a la psicoterapia relacional. Parte de la dinámica del Amo y el Esclavo de Hegel, que plantea que en el origen de las relaciones humanas se encuentran dos conciencias deseantes, pero que desean cosas diferentes. Se desencadena entonces una lucha a muerte, porque esos deseos son incompatibles. Quien tenga más necesidad de reconocimiento que miedo a morir, resultará ganador/a de la lucha y se verá posicionado/a en la posición del Amo. Sin embargo, quien tenga más miedo a morir que necesidad de reconocimiento, terminara siendo el Esclavo. A pesar de lo que pudiera resultar intuitivo, el Amo queda en una situación de insatisfacción, ya que su reconocimiento viene de una persona que ha renunciado a su propio deseo por conservar la vida, y ¡no le sirve porque ha renunciado precisamente a lo que le daba su condición de humano!

Esta dinámica podría servirnos para entender muchas relaciones humanas: relaciones de pareja, relación madre/padre-hijo/a, profesor/a-alumno/a, ... paciente y terapeuta. En estas dinámicas de Amo-Esclavo, estamos ante posiciones de complementariedad, lo que supone que la tensión debe romperse a favor de uno de los dos polos (el que hace o al que le hacen: 'the doer' y 'the done to', los términos en inglés que utiliza la autora), y habría que elegir dónde posicionarse. Sin embargo, lo que Benjamin propone es que quizás no hay porqué elegir donde posicionarnos y que esa tensión es, en realidad, irresoluble. Esto contribuyó al cambio de paradigma que suponía el psicoanálisis relacional. Frente a un psicoanálisis más clásico, que proponía un terapeuta "sano-que sabía" frente a un/a paciente "enfermo/a-que no sabía" (posiciones complementarias), el psicoanálisis

relacional planteaba un modelo más igualitario y democrático (mutualidad). Benjamin señala que, cuando las cosas marchan bien, la complementariedad es un paso en el camino hacia la mutualidad (Benjamin, 1997).

Como parte de los principios éticos por los que tratamos de regirnos, encaja más con nuestra forma de posicionarnos el no interpretar, el no erigirnos en conocedores de la verdad absoluta, el no culpar o responsabilizar al paciente (o a sus resistencias) de los fracasos terapéuticos, ... Hacemos lo posible porque la terapia sea un espacio de encuentro más democrático, donde somos sujetos iguales (parafraseando el título de uno de los libros de Benjamin).

Pero ¿cómo se lleva esto a la práctica? ¿Cómo podemos soportar la tensión continua? Benjamin dice que esto es posible mediante el reconocimiento de la subjetividad del otro: "Desde el punto de vista de la teoría intersubjetiva, la 'resolución' ideal de la paradoja del reconocimiento es que continúe como una tensión constante entre reconocer al otro y afirmar el sí-mismo" (Benjamin, 1997). Entiende el reconocimiento como la respuesta del otro que hace significativos los sentimientos, intenciones y las acciones del self, que permite, a su vez, al self ejercer su capacidad de ser agente de sus propias acciones (Benjamin, 1996): esto haría referencia al sentido de agencia, otro de los términos a los que más recurre Benjamin. El otro debe ser reconocido como sujeto para que uno/a mismo/a pueda experimentar su subjetividad en presencia de ese otro.

Por lo tanto, sabemos que para pasar de la complementariedad a la mutualidad necesitamos el reconocimiento mutuo, pero ¿qué pasa cuando ese reconocimiento mutuo falla? Es ahí donde entra en juego otro de los conceptos clave de la autora: La Terceridad. La Terceridad consiste en la creación de un espacio para reconocer y negociar las diferencias; es un espacio simbólico donde se negocian y se ponen en juego la mutualidad y el reconocimiento (Benjamin, 2004), similar al espacio potencial o transicional de Winnicott. "Sólo somos capaces de captar la doble direccionalidad si lo hacemos desde el lugar del tercero, punto de vista externo a la dualidad". El Tercero, sería aquello ante lo que cedemos (la cesión es para Benjamin otro concepto clave para poder pensar el reconocimiento). Como analistas sólo podemos tranquilizar y ayudar a la regulación del paciente desde una posición de terceridad (Benjamin, 2004). ¿Para qué nos sirve? "El concepto de terceridad intersubjetiva, creada, común o compartida, ayuda a elucidar en la clínica la caída en la dualidad complementaria que se produce en los estancamientos (impasses) y sugiere cómo se restaura el reconocimiento mediante la cesión" (Benjamin, 2004).

La teoría de Benjamin nos va a servir para poder, por un lado, no caer nosotros mismos en relaciones complementarias en las terapias con nuestros/as pacientes, pero también para poder ayudar a nuestros/as pacientes a detectar cuándo están en dinámicas de “amo y esclavo”. ¿Qué pasa cuando se sienten mal en una relación de pareja, familiar, de amistad, en el trabajo? ¿Hay algo de esto, de sentir que puedan no estar teniéndose en cuenta sus necesidades?

Además de teniendo esta teoría presente, ¿de qué otras formas podemos contribuir a trabajar de forma más feminista en psicoterapia? Será fundamental visibilizar y nombrar los malestares de los que venimos hablando. Betty Friedan (1963) comenzaba su famoso libro “La mística de la feminidad” con un capítulo titulado “El problema que no tiene nombre”. Con esa no-forma de llamarlo hacía alusión al malestar que experimentaban mujeres norteamericanas a mediados del siglo pasado: a pesar de “tenerlo todo” (un marido y unos hijos/as maravillosos, una buena casa, electrodomésticos, coche, ...), sentían “una inquietud extraña, una sensación de disgusto, (...) ansiedad, ...” (p. 35). Estará dentro de nuestro cometido como psicoterapeutas el legitimar y ayudar a hacer consciente que hombres y mujeres manifestamos nuestros malestares y padecimientos emocionales de formas diferentes (y muy en relación con lo que significa en nuestra sociedad ser hombre o mujer). Será necesario que reconozcamos esas diferencias y las tengamos en cuenta en el proceso psicoterapéutico. En realidad, como psicoterapeutas relacionales tratamos de poner siempre de relieve la importancia del contexto y lo sociocultural, por lo que incluir una mirada de género encaja bien.

Algunos aportes imprescindibles sobre cómo poder trabajar en la clínica con perspectiva de género se encuentran recogidos en el libro “*Transpsiquiatría. Abordajes Queer en salud mental*” (Climent y Carmona, 2018). En él se recogen las aportaciones de Ana Távora (2017). La autora señala que, para que podamos llevar a cabo una psicoterapia feminista, será necesario “romper con el deseo de relación fusional que describe Jessica Benjamin”, trabajar sobre la “relación entre los deseos y el sentido de agencia, desde lugares que tienen que ver con el yo en los hombres, y en las mujeres, con la conexión emocional, con el aprender a desear”, así como tratar de “no repetir relaciones complementarias en la relación terapéutica” y “asumir que la relación con el otro (terapeuta, pareja, madre...) no resuelve el conflicto con la dependencia, la diferencia y la vulnerabilidad” (p. 265). La autora señala también cuáles serían los objetivos generales del trabajo terapéutico con mujeres: “aprender a cuidarse, construir un yo diferenciado y separado de los otros, aumentar los deseos de autonomía, conocer los mandatos y conflictos de género que influyen en su

subjetividad, reflexionar sobre sus relaciones de pareja” y “tomar conciencia de los conflictos que aparecen en las relaciones con otras mujeres” (Távora, 2013).

Sara Velasco (2013) propone también estrategias de género en la atención psicoterapéutica, que incluirían para las mujeres el que puedan alcanzar posiciones subjetivas activas, autonomía e independencia; empoderamiento individual en lo que se refiere a proyectos y relaciones propias, empoderamiento comunitario en tanto en cuanto a que puedan sociabilizarse y participar en una red de encuentro en la que se comparta apoyo social; no ser víctima pasiva de las circunstancias y modelos sociales; que puedan abandonar las sujeciones del modelo tradicional y que puedan resolver las sobrecargas compartiendo y conciliando, no apoyando todo el proyecto vital en el cuidado de los otros (2013). Para los hombres, sería necesario trabajar también que abandonen las sujeciones del modelo tradicional, las posiciones subjetivas de propiedad sobre la mujer y la necesidad de demostración de fortaleza (sensibilización individual); también sería necesario abordar el que no fueran víctimas de las circunstancias y de los modelos sociales, que puedan acceder a esferas personales y sociales de encuentro igualitario (empoderamiento comunitario), y que pudieran compartir, conciliar y acceder a la esfera de cuidados y de sostén de la vida. Estas estrategias supondrían trabajar desde un modelo de género igualitario y de protección para la salud (Velasco, 2009).

#### *Por qué el psicoanálisis relacional es feminista*

Venimos diciendo que el feminismo tiene que ver con reconocer los derechos de las minorías, con darle voz a quien no la ha tenido. Podríamos decir que el psicoanálisis relacional es feminista porque se ocupa de fomentar relaciones más igualitarias. Nos anima a prestar atención a las relaciones y dinámicas de poder para que podamos pasar de la complementariedad a la mutualidad. La relación terapéutica – más igualitaria – será un ‘modelo’ para ello, y servirá como una experiencia co-construida que ayudará a pensar en nuevas formas de estar en el mundo. El reconocimiento del otro como un “sujeto igual” (parafraseando a Benjamin) requerirá que revisemos continuamente nuestros propios esquemas mentales. Esto supondrá, como no podría ser de otra manera, que tengamos que tolerar grandes dosis de incertidumbre (igual que el feminismo – que no resuelve y está en un constante redefinirse, por lo que en realidad tendría más sentido hablar de “feminismos”). Desde el psicoanálisis relacional sabemos también que la neutralidad no existe, entonces ¿por qué no poner al servicio de las personas con las que trabajamos el conocimiento que sí tenemos sobre porqué enferman hombres y mujeres? ¿Por qué no poner al servicio de nuestro trabajo en pro de la salud que los mitos del amor romántico son perjudiciales (y más para las mujeres que para los hombres), al igual que la doble o triple



carga laboral/mental/de cuidados, o que determinadas conductas de ira pueden estar "tapando" tristezas?

Venimos hablando de "ampliar nuestras miras" y es que, como sabemos, nuestra orientación para una mejor y más profunda comprensión del ser humano no la vamos a encontrar sólo en los libros de psicoterapia. Debemos estar atentos y atentas a las publicaciones de otras disciplinas (Nuria Varela, Judith Butler, Siri Hudsveit) y lo que aportan desde otras miradas (lo político, la filosofía, la novela/ensayo o poesía, respectivamente). Twitter o Instagram se han convertido en fuentes de conocimiento donde artistas visuales (como Yolanda Domínguez) muestran sus reflexiones y conocimiento. Programas de radio (como el de Barbijaputa) plantean cuestiones muy interesantes de forma divulgativa. Y por supuesto, documentales, películas y series (Big Little Lies, El Cuento de la Criada, Sex Education, Vida Perfecta) nos pueden servir de "ventana" a un mundo que nos lleve a conectar con los y las pacientes. Los espacios de igualdad en los centros culturales de los diferentes distritos suponen una excelente oportunidad de formación y transformación personal.

Entonces, ¿no estaremos haciendo psicoeducación o activismo en vez de psicoterapia? Posiblemente, pero igual que cuando trabajamos con adicciones partimos de la evidencia de que son perjudiciales para la salud, con los mandatos de género tendremos que funcionar de igual modo: explicitándolos cuando sea necesario, ampliando nuestro registro constantemente e incorporándolo como parte habitual del trabajo y de la relación terapéutica.

## REFERENCIAS

- Argyle, M. (1987). *Psicología de la felicidad*. Madrid: Alianza Editorial.
- Barrón, A., Martínez-Iñigo, D., De Paul, P. y Yela, C. (1999). Romantic beliefs and myths in Spain. *The Spanish Journal of Psychology*, 2(1), 64-73.
- Benjamin, J. (1996). *Los lazos del amor: psicoanálisis, feminismo y el problema de la dominación*. Buenos Aires: Paidós.
- Benjamin, J. (1997). *Sujetos iguales, Objetos de amor. Ensayos sobre el reconocimiento y la diferencia sexual*. Buenos Aires: Paidós.
- Benjamin, J. (2004). Más allá de la dualidad agente-paciente: Una visión intersubjetiva del tercero. *Intersubjetivo*, 1(6), 7-38.
- Bleichmar, E. D. (1999). *La depresión en la mujer*. Madrid: Temas de Hoy.
- Borrell-Carrió, F. (2002). El modelo biopsicosocial en evolución. *Medicina Clínica*, 119(5), 175-9.

- Bosch, E., Ferrer, V., García, E., Ramis, C., Mas, C., Navarro, C. y col. (enero, 2008). Del mito del amor romántico a la violencia contra las mujeres en la pareja. Instituto de la mujer. Recuperado de [https://www.researchgate.net/publication/39712224\\_Del\\_mito\\_del\\_amor\\_romantico\\_a\\_la\\_violencia\\_contra\\_las\\_mujeres\\_en\\_la\\_pareja](https://www.researchgate.net/publication/39712224_Del_mito_del_amor_romantico_a_la_violencia_contra_las_mujeres_en_la_pareja)
- Burín, M. (junio, 2009). *El techo de cristal*. Comisión Nacional de Investigación Científica y Tecnológica. Recuperado de <https://www.conicyt.cl/blog/2009/06/02/el-techo-de-cristal/>
- Cantero, E. (2012). *Te como a besos: Cuando el amor es el síntoma*. Venezuela: Pentagráfica 3000.
- De Miguel, A. (2015). *Neoliberalismo sexual. El mito de la libre elección*. Madrid: Ediciones Cátedra.
- Dimen, M. (2011). Lapsus linguae, or a slip of the tongue? A sexual violation in an analytic treatment and its personal and theoretical aftermath. *Contemporary Psychoanalysis*, 47(1), 35-79. En su versión traducida al español, "Lapsus Linguae, ¿o un desliz de la lengua? Un caso de abuso sexual dentro de un tratamiento analítico y sus consecuencias personales y teóricas". Recuperado de: [https://www.psicoterapiarelacional.es/Portals/0/eJournalCeIR/V10N2\\_2016/Dimen\\_Lapsus\\_Linguae\\_Spanish\\_translation.pdf](https://www.psicoterapiarelacional.es/Portals/0/eJournalCeIR/V10N2_2016/Dimen_Lapsus_Linguae_Spanish_translation.pdf)
- Esteban, M. L. y Távora, A. (2008). El amor romántico y la subordinación social de las mujeres: revisiones y propuestas. *Anuario de Psicología*, 39(1), 59-73.
- Falcón, L. (21 de mayo de 1984). Entrevista a Kate Millet: "El amor ha sido el opio de las mujeres". El País. Recuperado de [https://elpais.com/diario/1984/05/21/sociedad/453938405\\_850215.html](https://elpais.com/diario/1984/05/21/sociedad/453938405_850215.html)
- Ferrer, V. A., Bosch, E. y Navarro, C. (2010). Los mitos románticos en España. *Boletín de Psicología*, 99, 7-31.
- Friedan, B. (1963, 2016). *La mística de la feminidad*. Madrid: Cátedra.
- Gay, R. (2017). *Hambre. Memorias de mi cuerpo*. Madrid: Capitán Swing.
- Guerra, L. R. (2013). *El clavo ardiendo. Claves de las adicciones amorosas y los conflictos en las relaciones de pareja sanas y patológicas*. Barcelona: Octaedro.
- El País (20 de marzo de 2020). Cronología de víctimas mortales de violencia de género de 2020. Recuperado de [https://elpais.com/sociedad/2020/01/22/actualidad/1579693888\\_556713.html](https://elpais.com/sociedad/2020/01/22/actualidad/1579693888_556713.html)
- Europa Press (19 de junio de 2019). 1.000 víctimas oficiales de la violencia de género en España desde 2003. Recuperado de <https://www.europapress.es/epsocial/igualdad/noticia-1000-victimas-mortales-violencia-genero-espana-2013-20190619112547.html>
- Fausto–Sterling, A. (2005). *Cuerpos sexuados*. Barcelona: Melusina.
- Fine, C. (2018). *Testosterona Rex. Mitos sobre sexo, ciencia y sociedad*. Barcelona: Ediciones Paidós.

- Heidari, S., Babor, T. F., De Castro, P., Tort, S. y Curno, M. (2019). Equidad según sexo y de género en la investigación: justificación de las guías SAGER y recomendaciones para su uso. *Gaceta Sanitaria*, 33(2), 203-210. doi: [10.1016/j.gaceta.2018.04.003](https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2018.04.003)
- Kienast, T., Stoffers, J., Bempohl, F. y Lieb, K. (2014). Borderline Personality Disorder and Comorbid Addiction Epidemiology and Treatment. *Deutsches Ärzteblatt International*, 111(16), 280–6. doi: [10.3238/arztebl.2014.0280](https://doi.org/10.3238/arztebl.2014.0280)
- Kohen, D. (Ed.). (2010). *Oxford textbook of women and mental health*. Nueva York: Oxford University Press.
- Instituto de la Mujer (2011). Mujeres en Cifras. Mujeres y hombres en España. Recuperado de <http://www.inmujer.gob.es/MujerCifras/MujeresHombresEspana/MujeresHombresEspa.htm>
- Jayne, M. y Sau, V. (1996). *Psicología diferencial del sexo y el género*. Barcelona: Icaria.
- Lago, A. y Miracco, M. (2011). *Las creencias sobre el amor y su relación con la violencia de género*. III Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XVIII Jornadas de Investigación Séptimo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.
- Leal, C. (2006). *Psicopatología y mujer: introducción*, en Ezcurra, J., González-Pinto, A. y Gutiérrez-Pinto, M. (Eds.). *Psiquiatría y mujer* (pp. 1-8). Madrid: Aula Médica.
- Mackenzie, C. S., Vesperas, A., Ogrodniczuk, J. S., Oliffe, J. L., & Nurmi, M. A. (2019). Age and sex differences in self-stigma and public stigma concerning depression and suicide in men. *Stigma and Health*, 4(2), 233–241. doi: <https://doi.org/10.1037/sah0000138>
- Mas, A.J., Carmona, L., Valverde, M., Ribas, R., y Episer Study Group (2008). Prevalence and impact of fibromyalgia in function and quality of life in individuals from the general population: Results from a nationwide study in Spain. *Clinical Experimental Rheumatology*, 26, 519-526.
- McBee, T. P. (2019). *Un hombre de verdad: Lecciones de un boxeador que peleaba para abrazar mejor*. Madrid: Temas de hoy.
- Michelena, M. (2008). *Mujeres malqueridas: atadas a relaciones destructivas y sin futuro*. Madrid: La esfera de los libros.
- Organización Mundial de la Salud. (2002). Política de la OMS en Materia de Género: Integración de las perspectivas de género en la labor de la OMS. Recuperado de <http://www.who.int/gender/mainstreaming/ESPwhole.pdf>
- Ortiz-Tallo, M., Santamaría, P., Cardenal, V. y Sánchez-López, P. (2011). *Inventario de Evaluación de la Personalidad PAI. Manual de aplicación, corrección e interpretación*. Madrid: TEA Ediciones.
- Portinari, B. (13 de diciembre de 2017). Las mujeres mueren más que los hombres por enfermedades cardiovasculares porque nunca les habían contado estos síntomas. El País. Recuperado de [https://elpais.com/elpais/2017/12/11/buenavida/1513009319\\_516500.html](https://elpais.com/elpais/2017/12/11/buenavida/1513009319_516500.html)

- Precht, R. D. (2011). *Amor, un sentimiento desordenado. Un recorrido a través de la biología, la sociología y la filosofía*. Madrid: Siruela.
- Real Academia Española (2020). *Diccionario de la lengua española*, 23.<sup>a</sup> ed., [versión 23.3 en línea]. Recuperado de <https://dle.rae.es/>
- Remacha, B. (11 de mayo de 2019). Confundir el diagnóstico de un infarto con ansiedad hace que las mujeres mueran más al sufrir ataques del corazón. Recuperado de [https://www.eldiario.es/sociedad/mujer-tener-infarto-confundan-ansiedad\\_o\\_897661124.html](https://www.eldiario.es/sociedad/mujer-tener-infarto-confundan-ansiedad_o_897661124.html)
- Ribera, A. (2016). *El síndrome de Yentl. Mujeres Con Ciencia*. Recuperado de <https://mujeresconciencia.com/2016/12/26/el-sindrome-de-yentl/>
- Sánchez-López, M. P. (2004). Women's health. En C. D. Spielberger (Ed.), *Encyclopedia of applied psychology* (pp. 677-682). Florida, EEUU: Elsevier.
- Sánchez-López, M. P. y Cuéllar, I. (2013). Salud mental y género, en Sánchez-López, M. P. (Coord.). *La Salud de las Mujeres* (pp. 189-213). Madrid: Síntesis.
- Solnit, R. (2017). *Los hombres me explican cosas*. Madrid: Capitán Swing.
- Skodol, A. E. y Bernder, D. S. (2003). Why Are Women Diagnosed Borderline More Than Men? *Psychiatric Quarterly*, 74, 349–360. doi: <https://doi.org/10.1023/A:1026087410516>
- Távora, A. (2013). Interseccionalidad en salud mental. En M. T. Climent y M. Carmona (Coords.), *Transpsiquiatría. Abordajes Queer en salud mental* (p. 265). Asociación Española de Neuropsiquiatría. Recuperado de <http://www.tienda-aen.es/wp-content/uploads/2018/05/AEN-Digital-5-Transpsiquiatri%CC%81a.pdf>
- Tolin, D. F. y Foa, E. B. (2008). Sex differences in trauma and post-traumatic stress disorder: A quantitative review of 25 years of research. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 5(1), 37–85. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/1942-9681.5.1.37>
- Toro, J. (2004). *Riesgos y causas de la anorexia nerviosa*. Madrid: Ariel.
- Varela, N. (2013). *Feminismo para principiantes*. Barcelona: Ediciones B.
- Velasco, S. (2009). *Recomendaciones para la práctica clínica con enfoque de género*. Observatorio de Salud de la Mujer. Dirección General de la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Política Social.
- Velasco, S. (2013). *Sexos, género y salud. Teoría y métodos para la práctica clínica y programas de salud*. Madrid: Minerva Ediciones.
- Vivas, E. (2019). *Mamá desobediente. Una mirada desobediente a la maternidad*. Madrid: Capitán Swing.
- Yela, C. (2003). La otra cara del amor: mitos, paradojas y problemas. *Encuentros en Psicología Social*, 1(2), 263-267.

Original recibido con fecha: 23/03/2020

Revisado: 28/03/2020

Aceptado: 30/03/2020

**NOTAS:**

---

<sup>1</sup> Debido a que la mayoría de mi trabajo lo llevo a cabo con personas cisgénero (mujeres u hombres cuya identidad de género coincide con el fenotipo sexual con el que nacieron; lo opuesto serían las personas transgénero), hablaré a lo largo del artículo de hombres o mujeres, siendo consciente de que se trata de una categoría binaria reduccionista. Más adelante en el artículo haré referencia a las aportaciones de Anne Fausto-Sterling y Cordelia Fine.

<sup>2</sup> Ver Nota anterior.

<sup>3</sup> PsycInfo, PsycArticles, PsycDoc, PubMed, MedLines, Web of Science y Scopus

<sup>4</sup> El hecho de que en el artículo haya más espacio dedicado al malestar de las mujeres tiene que ver con que el tema de mi tesis y lo que me viene ocupando en los últimos años es la salud de las mujeres. Soy consciente de que existe una amplia literatura de nuevas masculinidades y formas de pensar el género en hombres, pero no me he focalizado en esa línea de trabajo por el momento.

<sup>5</sup> Para profundizar en el estudio guiado de dichas autoras, consultar el curso online "Perspectiva de Género en Psicoterapia Relacional" (Ágora Relacional) en <https://www.psicoterapiarelacional.es/CAMPUS-ON-LINE/PGPR-Perspectiva-de-Genero-en-Psicoterapia-Relacional>

<sup>6</sup> En esta misma revista se puede consultar el homenaje publicado con el motivo del fallecimiento de la autora donde se habla con más detalle del artículo.