



Universidad Autónoma de Querétaro
Facultad de Artes

La perspectiva de género como herramienta
fundamental en la atención psicológica a mujeres
cisgénero

Que como parte de los requisitos para obtener el
Grado de
Maestra en Estudios de Género

Presenta

Jocelyn Guadarrama Hernández

Dirigido por:

Dra. María Elena Meza de Luna

Codirectora:

Mtra. Alejandra Martínez Galán

Querétaro, Qro. a 25 de noviembre de 2025

La presente obra está bajo la licencia:
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.es>



CC BY-NC-ND 4.0 DEED

Atribución-NoComercial-SinDerivadas 4.0 Internacional

Usted es libre de:

Compartir — copiar y redistribuir el material en cualquier medio o formato

La licenciante no puede revocar estas libertades en tanto usted siga los términos de la licencia

Bajo los siguientes términos:



Atribución — Usted debe dar [crédito de manera adecuada](#), brindar un enlace a la licencia, e [indicar si se han realizado cambios](#). Puede hacerlo en cualquier forma razonable, pero no de forma tal que sugiera que usted o su uso tienen el apoyo de la licenciante.



NoComercial — Usted no puede hacer uso del material con [propósitos comerciales](#).



SinDerivadas — Si [remezcla, transforma o crea a partir](#) del material, no podrá distribuir el material modificado.

No hay restricciones adicionales — No puede aplicar términos legales ni [medidas tecnológicas](#) que restrinjan legalmente a otras a hacer cualquier uso permitido por la licencia.

Avisos:

No tiene que cumplir con la licencia para elementos del material en el dominio público o cuando su uso esté permitido por una [excepción o limitación](#) aplicable.

No se dan garantías. La licencia podría no darle todos los permisos que necesita para el uso que tenga previsto. Por ejemplo, otros derechos como [publicidad, privacidad, o derechos morales](#) pueden limitar la forma en que utilice el material.



Universidad Autónoma de Querétaro
Facultad de Artes

MAESTRÍA EN ESTUDIOS DE GÉNERO

**La perspectiva de género como herramienta fundamental
en la atención psicológica a mujeres cisgénero**

Tesis

Que como parte de los requisitos para obtener el Grado de

Maestra en Estudios de Género

Presenta

Jocelyn Guadarrama Hernández

Dirigido por:

Dra. María Elena Meza de Luna

Codirigida por:

Mtra. Alejandra Martínez Galán

Presidenta

Dra. María Elena Meza de Luna

Secretaria

Mtra. Alejandra Martínez Galán

Vocal

Mtro. Hernando Hernández Nava

Suplente

Dr. León Felipe Barrón Rosas

Suplente

Dra. Carla Alicia Suárez Félix Suplente

Centro Universitario, Querétaro, Qro.

31 de octubre de 2025, México.

Resumen

La perspectiva de género (PG) como herramienta para la práctica psicoterapéutica de mujeres cisgénero resulta relevante por la implicación sociocultural en la conformación de las subjetividades, gestadas dentro de las estructuras de poder en el sistema heteropatriarcal. Esta investigación parte del objetivo de realizar una intervención para brindar instrumentos pertinentes a profesionales de la psicología que atienden a MCis. Se realizó un diagnóstico sobre las necesidades de aplicar PG en dos grupos de psicoterapeutas, uno con experiencia en su aplicación y otro sin ella, a través de un estudio con enfoque cuantitativo, transversal y de diseño no experimental, en el que participaron 106 profesionales en psicología. El diagnóstico reveló un elevado interés en la aplicación de la PG dentro del ámbito terapéutico, ya que el principal motivo de consulta de las MCis son los problemas de pareja, donde la violencia más frecuente resultó ser la psicológica, asociados a los roles de género. A partir de las problemáticas detectadas, se diseñó un proyecto de intervención que consistió en la construcción de una guía para la incorporación de la PG en la práctica clínica con MCis. El manual se compone de dos partes, una teórica y otra práctica, donde se utilizaron distintas técnicas de los enfoques pertenecientes a las Terapias Cognitivo-Conductuales (TCC), de Aceptación y Compromiso (ACT), Gestalt y de la Terapia Narrativa para ser transversalizados con la PG y con aquellos elementos encontrados en el diagnóstico. La evaluación de la intervención se efectuó a partir de un método cuantitativo, que tuvo lugar en tres momentos; el primero consistió en el pilotaje de la primera versión de la guía, el cual tenía la finalidad de hacer modificaciones tomando en consideración la opinión de quienes participaron, posteriormente se hizo una segunda evaluación con la guía concluida. En esta etapa la guía recibió, en general, comentarios positivos a las técnicas propuestas. Se concluye que la inclusión de la PG en el campo de la psicología clínica es indispensable para una práctica profesional ética, que tome en cuenta los elementos relacionados con el género en el malestar de las Mcis.

Palabras clave: perspectiva de género, psicoterapia, mujeres cis.

Abstract

The gender perspective as a tool for psychotherapeutic practice with cisgender women is relevant due to its sociocultural implications in the formation of subjectivities, developed within the power structures of the heteropatriarcal system. This research aims to carry out an intervention to provide relevant tools to psychology professionals who treat cisgender women. A needs assessment was conducted to apply a gender perspective among two groups of psychotherapists—those with and without experience in its application—using a quantitative, cross-sectional, non-experimental design with 106 psychology professionals who participated. The diagnosis showed a strong interest in applying a gender perspective within the therapeutic setting, as the main reason for consultation among cisgender women was relationship problems, where the most frequent form of violence was psychological, associated with gender roles. Based on the identified problems, an intervention project was designed that consisted of creating a guide for incorporating a gender perspective into clinical practice for cisgender women. The manual consists of two parts: One theoretical and one practical, where different techniques from Cognitive Behavioral Therapy (CBT), Acceptance and Commitment Therapy (ACT), Gestalt Therapy, and Narrative Therapy were used to be transversal with the gender perspective and with those elements found in the diagnosis. The intervention was evaluated using a quantitative method, which occurred in three stages. The first consisted of piloting the first version of the guide, with the aim of making modifications considering the opinions of those who participated. Subsequently, a second evaluation was performed with the completed guide. At this stage, the guide received generally positive feedback on the proposed techniques. It is concluded that the inclusion of a gender perspective in the field of clinical psychology is essential for ethical professional practice that takes into account gender-related factors in the distress experienced by cisgender women.

Keywords: gender perspective, psychotherapy, cisgender women.

Dedicatoria

A Jorge, Ahsoka, Cleos, Ani y Hércules; mi familia, mi sostén.

A mi hermana; mi inspiración y gran amor de la vida.

A mamá; mi guía, un ejemplo de fortaleza y determinación.

A mis amigas; su amistad ha sido un curita para mi alma.

A mi tía Macri; por fungir como una inspiración constante.

A mis abuelitos; por su infinito y cálido amor.

A mi tía Isa; mi gran compañera de aventuras, mi confidente.

A mi prima Vanes; porque su existencia me transformó.

A mi querida profesora Male; quien con amor y ternura

supo acompañar el intrincado camino que se transitó.

Esta tesis la dedico a todas las personas socializadas como mujer;
porque merecemos una vida feliz y plena.

Agradecimientos

Quiero expresar agradecimiento a mi compañero de vida: Jorge, porque sin su apoyo constante y amor incondicional, muy probablemente no hubiera llegado a donde hoy estoy, gracias por creer en mí incluso cuando para mí era difícil hacerlo, gracias por ser comprensivo cuando no tenía tiempo más que para la tesis. Así mismo agradezco a mi hermana, y amigas que se han vuelto familia, por el apoyo y entendimiento que le brindaron a una agotada estudiante de posgrado.

Gracias infinitas a mi directora de tesis, la Dra. María Elena Meza de Luna, no pude haber tenido mejor mentora, pues gracias a su paciencia infinita, así como al amor y ternura con la que acompañó cada etapa de este proceso, es que esta tesis pudo llegar a su culminación. Siempre estaré profundamente agradecida por las palabras de aliento, felicitaciones y por el sostén que me brindó en aquellos momentos en que creí no poder continuar. Su guía y compañía fueron lo que en muchas ocasiones me impulsó a llegar hasta el final de este viaje. Por sus valiosas enseñanzas, por lo que representan en mi vida profesional y personal le estaré infinita y sinceramente agradecida.

A la codirectora del presente trabajo, así como a mi grupo sinodal, por los valiosos aportes que, desde su amplia experiencia profesional, enriquecieron de manera significativa el desarrollo de mi investigación.

A la psicóloga Samanta Jiménez creadora de la Red Nacional de Psicólogas y Psicoterapeuta Feministas (RNPPF), y a la institución de CAEPSI, por abrirme las puertas para llevar a cabo este proyecto, así como a cada colega que participó, les agradezco su tiempo, escucha, y los saberes que compartieron conmigo, así como sus dudas, por confiar en mí, en mi investigación. Sin su valiosa contribución esto no hubiera sido posible.

Por último a la Universidad Autónoma de Querétaro, a la Maestría en Estudios de Género y, de manera especial, al núcleo académico básico que conforma este programa, por el acompañamiento formativo, crítico y reflexivo recibido, así como a la Secretaría de Ciencia, Humanidades, Tecnología e Innovación (SECIHTI) por el respaldo económico brindado, el cual hizo posible la conclusión satisfactoria de este proyecto de investigación.

Índice

Resumen.....	iii
Abstract	iv
Dedicatoria	v
Agradecimientos	vi
Índice.....	vii
Índice de Tablas.....	x
Índice de Figuras	xi
Abreviaturas y Siglas	xii
Introducción	xiii
Planteamiento del Problema	xiii
Preguntas de Investigación	xv
Justificación	xvi
Estructura de la Tesis	xvii
Capítulo 1. Antecedentes.....	19
1.1 Locura y Mujeres: Antecedentes Históricos y Epistemológicos	19
1.1.1 Locura en Occidente	20
1.1.2 El Control Social del Cuerpo y la Conducta Femenina	22
1.2 Principales Problemáticas de Salud Mental en Mujeres.....	24
1.2.1 Trastornos Más Comunes.....	25
1.2.2 Factores Sociales y Estructurales Asociados	27
1.3 Violencia Contra las Mujeres Como Factor de Riesgo Para la Salud Mental	28
1.3.1 Violencia Contra las Mujeres: Conceptualización General	29
1.3.2 Tipos de Violencia	31

1.3.3 Consecuencias de la Violencia Psicológica en la Salud Mental de las Mujeres..	35
Capítulo 2. Fundamentación Teórica	38
2.1 Del Sistema Sexo-Género a los Estudios de Género en la Psicología.....	38
2.1.1 Introducción al Concepto de Género	39
2.1.2 Sistema Sexo-Género.....	43
2.1.3 Los Estudios de Género Dentro de la Psicología.....	46
2.2 Psicoterapia con Perspectiva de Género	59
2.2.1 El Impacto del Feminismo en la Inclusión de la PG en la Psicología	60
2.2.2 Beneficios de la Incorporación de la PG en la Atención Clínica.....	64
Capítulo 3. Diagnóstico.....	69
3.1 Objetivos.....	69
3.2 Método	69
3.2.1 Muestra	70
3.2.2 Técnicas e Instrumentos.....	71
3.2.3 Procedimiento	71
3.3 Resultados y Discusión.....	72
3.3.1 Relevancia de la Formación con Perspectiva de Género.....	75
3.3.2 Elementos Importantes de la Perspectiva de Género para Favorecer las Buenas Prácticas en el Ámbito Terapéutico	76
3.3.3 Principales Barreras para la Incorporación de la PG	80
3.4 Otros Hallazgos	80
3.4.1 Enfoques y Servicios	80
3.5 Conclusiones.....	83
Capítulo 4. Diseño del Proyecto de Intervención.....	86

4.1 Objetivos.....	86
4.2 Diseño General del Proyecto de Intervención	87
4.2.1 Objetivos.....	91
4.2.2 Equipo de Trabajo.....	92
4.3 Resultados de la Intervención.....	93
4.3.1 Descripción de la Muestra en el Pilotaje	93
4.3.2 Calificación de las Técnicas.....	94
4.3.3 Análisis Comparativo entre Subgrupos.....	99
4.3.4 Comentarios Adicionales de los/as/es Participantes	100
4.3.5 Conclusiones Preliminares.....	100
4.4 Resultados de la Presentación Final de la Guía	101
4.4.1 Objetivos.....	101
4.4.2 Método	101
Discusión	104
Conclusiones.....	108
Referencias	100
Anexos	125
Anexo 1.....	125
Cuestionario para Profesionales de la Psicología Clínica.....	125
Anexo 2.....	137
Cuestionario para la Evaluación de las Técnicas Propuestas	137
Anexo 3.....	156
Cuestionario de Presentación y Evaluación Final de la “Guía para Profesionales de la Psicología que Atienden a MCis”	156

Índice de Tablas

Tabla 1	Formación posterior a la conclusión de los estudios universitarios	72
Tabla 2	Formación en PG específica para su aplicación en el ámbito terapéutico	74
Tabla 3	Principales técnicas ocupadas por profesionales de la psicología.....	78
Tabla 4	Puntuaciones de la utilidad de la técnica evaluada.....	94
Tabla 5	Puntuaciones de la aplicabilidad de la técnica evaluada	95
Tabla 6	Puntuaciones de la conveniencia para ser transversalizada con la PG	96
Tabla 7	Puntuaciones de la claridad en el contenido de la técnica evaluada.....	97
Tabla 8	Puntuaciones de la extensión de la técnica evaluada.....	98
Tabla 9	Puntaje de las técnicas propuestas de acuerdo con enfoque y años de experiencia	99

Índice de Figuras

Figura 1	Modalidad de la formación en PG (General).....	73
Figura 2	Modalidad de la formación en PG en la práctica clínica	74
Figura 3	Relevancia de la formación en perspectiva de género.....	76
Figura 4	Efectos de utilizar el abordaje con perspectiva de género en el proceso terapéutico	77
Figura 5	Principales motivos iniciales de consulta de Mcis	81
Figura 6	Principales motivos iniciales de consulta de Hcis	82
Figura 7	Diagrama general del proyecto de intervención	88
Figura 8	Evaluación general del proyecto de intervención.....	92
Figura 9	La guía brinda herramientas para la incorporación de la PG en la clínica con MCis	103
Figura 10	Utilidad de la guía propuesta	103

Abreviaturas y Siglas

- **ANPM:** Asociación Nacional de Peritos de México.
- **AVAD:** Años de Vida Ajustados por Discapacidad.
- **CAEPSI:** Centro de Atención y Evaluación Psicológica.
- **CEPAL:** Comisión Económica para América Latina y el Caribe.
- **CONAVIM:** Comisión Nacional para Prevenir y Erradicar la Violencia contra las Mujeres.
- **ENBIARE:** Encuesta Nacional de Bienestar Autorreportado.
- **ENDIREH:** Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares.
- **IEMT:** Instituto Estatal de las Mujeres de Tabasco.
- **INEGI:** Instituto Nacional de Estadística y Geografía.
- **LGAMVLV:** Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia.
- **MCis:** Mujeres Cisgénero.
- **OMS:** Organización Mundial de la Salud.
- **ONU Mujeres:** Entidad de las Naciones Unidas para la Igualdad de Género y el Empoderamiento de las Mujeres.
- **ONU:** Organización de las Naciones Unidas.
- **OPS:** Organización Panamericana de la Salud.
- **PG:** Perspectiva de Género.
- **RNPPF:** Red Nacional de Psicólogas y Psicoterapeutas Feministas.
- **SCJN:** Suprema Corte de Justicia de la Nación.
- **UNESCO:** Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura.
- **UNICEF:** El Fondo para las Naciones Unidas para la Infancia.
- **WHO:** *World Health Organization*.

Introducción

En los últimos años, particularmente desde la década de 2010 y con un auge en la última década (2015-2023), la incorporación de la perspectiva de género (PG), en el análisis clínico y psicológico ha adquirido una relevancia cada vez mayor, especialmente en el contexto de los debates contemporáneos sobre salud mental, violencias estructurales y desigualdad social (Bacigalupe et al., 2020; Suprema Corte de Justicia de la Nación (SCJN), 2022; Reyes et al., 2017). Diversas autoras han evidenciado que los malestares psíquicos de las mujeres no pueden comprenderse únicamente desde categorías diagnósticas tradicionales, sino que requieren ser analizados a partir de los contextos sociales, culturales e históricos en los que se producen (Caponi et al., 2023). En este sentido, los aportes de los estudios de género han permitido ampliar la mirada clínica al cuestionar la supuesta neutralidad de los discursos científicos y psicoterapéuticos, señalando su potencial para reproducir jerarquías de poder y normatividades de género (Bacigalupe et al., 2022).

Este trabajo se inscribe en dicha línea crítica y tiene como finalidad proporcionar herramientas para una práctica terapéutica con PG, enmarcando la salud mental de las Mujeres Cisgénero (MCis) en un análisis interseccional, histórico y contextualizado.

Planteamiento del Problema

Los padecimientos de salud mental, en particular la depresión y la ansiedad, han tenido un crecimiento alarmante a nivel mundial, y las mujeres se encuentran entre las poblaciones más afectadas. Entre 1990 y 2021, la prevalencia de depresión en mujeres adultas jóvenes aumentó un 67.6%, la incidencia un 71.4% y los años de vida ajustados por discapacidad (AVAD) un 69.1% (Dai et al., 2025). La ansiedad siguió una tendencia similar, con un crecimiento sostenido de casos prevalentes, de 120 millones en 1990 a 225 millones en 2021, y un incremento significativo en los AVAD asociados (Wu et al., 2025). De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2023), a raíz de la pandemia de Covid-19 los casos de ansiedad y depresión aumentaron un 26% y 28% respectivamente. En América Latina, estas cifras se acentúan, y en el caso de México no es la excepción, de acuerdo con la Encuesta Nacional de Bienestar Autorreportado (ENBIARE) (Instituto Nacional de

Estadística y Geografía [INEGI], 2021), los trastornos más reportados incluyen ansiedad y depresión, especialmente en mujeres adultas. En el estado de Querétaro, los datos resultan contundentes: el trastorno más diagnosticado en población femenina es la ansiedad: 16.40%, seguido por trastornos afectivos: 13.40% (Díaz-Martínez et al., 2003).

A este panorama se suma la elevada prevalencia de violencia contra las mujeres en el país, que constituye un factor de riesgo significativo para su salud mental, ya que más del 50% de las mujeres mexicanas ha experimentado algún tipo de violencia, siendo la psicológica la más reportada (Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares [ENDIREH], INEGI, 2021). Esta violencia no solo afecta la vida cotidiana, sino que se convierte en una fuente estructural de malestar psíquico, cuya influencia muchas veces no es reconocida dentro del espacio terapéutico. Además, parte de esta violencia puede ser internalizada, manifestándose en sentimientos de culpa, baja autoestima o normalización del maltrato, lo que repercute en la manera en que las mujeres deciden, o no, buscar ayuda profesional (Heise et al., 2019; Romito, 2008).

Es difícil determinar con precisión el aumento real a nivel mundial de trastornos como la depresión y la ansiedad en mujeres, ya que la mayoría de los estudios epidemiológicos se basan en la información proveniente de diagnósticos clínicos que, en muchas ocasiones, se encuentran sujetos a sesgos culturales, de género y de acceso a servicios de salud (Riecher-Rössler, 2017; Seedat et al., 2009). Por ello, no se conoce con exactitud cuánta población femenina presenta realmente estas condiciones, lo que sugiere que las cifras disponibles podrían subestimar o sobrestimar la magnitud del problema.

En la propia experiencia clínica, se observa que estas formas de violencia también se reproducen dentro del mismo ámbito de la atención psicológica. Testimonios de mujeres en proceso de consulta psicológica, junto con vivencias personales dentro de procesos psicoterapéuticos, evidencian prácticas revictimizantes, acoso, omisión de variables de género, e incluso, diagnósticos que ignoran las influencias estructurales y culturales que atraviesan el malestar de las mujeres. Estos hechos no son aislados, sino el resultado de una formación profesional insuficiente en PG, donde el enfoque clínico tradicional, enraizado en

una visión biomédica y androcéntrica, sigue operando como marco de referencia dominante (Caponi, 2019).

Y es que el abordaje clínico de la salud mental no puede desligarse del contexto sociocultural en el que las personas construyen sus subjetividades. En el caso de las MCis, hay que recordar que su contexto está profundamente atravesado por mandatos de género, desigualdades estructurales y múltiples formas de violencia simbólica y material. Ignorar estas realidades en la consulta clínica es contribuir a la normalización del sufrimiento, patologizando experiencias que, en muchos casos, tienen raíces sociales compartidas (Lagarde, 2005).

Desde la experiencia profesional que ha sido atravesada por una constante reflexión sobre la práctica, el presente estudio se fundamenta en la necesidad sentida de transformar la manera en cómo se ejerce la psicología clínica con las consultantes MCis. Haber sido testigo, tanto personal como profesionalmente, de prácticas revictimizantes, de invisibilización del género en los procesos diagnósticos, así como de la falta de preparación de profesionales en este ámbito, permite dimensionar la urgencia de integrar la PG como herramienta fundamental en la formación, evaluación e intervención clínica. La escasa formación en temas de género, limitada (o carente) a un par de asignaturas durante toda la carrera, deja a los/as/es profesionales sin las herramientas necesarias para abordar los malestares que surgen de un orden social desigual (Stryker et al., 2022).

Por lo antes expuesto esta investigación parte de las siguientes preguntas para dimensionar la aplicación de la PG en psicoterapia, y en el caso de detectar problemáticas, proponer alguna estrategia de incidencia específica.

Preguntas de Investigación

Pregunta general:

¿Cómo articulan la PG los/as/es profesionales de la psicología en su práctica clínica con MCis, para atender su salud mental?

Preguntas específicas:

Considerando a los/as/es profesionales de la psicología nos planteamos las siguientes preguntas específicas:

- ¿Qué formación sobre PG tienen?
- ¿Qué tan relevante les parece tener formación con PG?
- ¿Qué elementos de la PG consideran importantes para favorecer buenas prácticas en el ejercicio clínico con MCis?
- ¿Cómo ha sido tratada la salud mental en las MCis en el espacio terapéutico?

Justificación

Reconocer que quienes ejercen la psicología han sido socializadas en contextos en los que, en mayor o menor medida, operan estructuras patriarcales (Ordorika, 2009), obliga a realizar un trabajo constante de cuestionamiento ético y político sobre la propia práctica. Desde la epistemología feminista, resulta fundamental analizar los universalismos y subrayar que, aunque el patriarcado puede entenderse como una forma de organización social de alcance global, sus manifestaciones concretas varían según los contextos históricos, geográficos y culturales (Arenas y Aguirre, 2021). Este proceso implica identificar y desactivar los sesgos que operan en la consulta, ya que de lo contrario se corre el riesgo de reforzar el poder hegemónico a través de intervenciones que ignoran el sufrimiento contextualizado de las MCis (Falconí, 2022). En este sentido la incorporación de una PG no solo representa una mejora metodológica, sino un acto de justicia epistemológica que busca reparar las brechas históricas en la atención en salud mental, lo cual apunta a la relevancia social del presente estudio.

Asimismo, su relevancia práctica se justifica porque esta investigación, se propone como un aporte a la reflexión crítica en torno al ejercicio clínico, con el objetivo de brindar herramientas que permitan incorporar la PG en la práctica terapéutica de manera efectiva y ética, ya que promover una psicología clínica que contemple las dimensiones sociales, culturales y estructurales del sufrimiento psíquico femenino implica avanzar hacia una atención más contextualizada, sensible y comprometida con los derechos humanos. A través de este enfoque, se busca fortalecer las capacidades de los/as/es profesionales de la salud

mental para identificar y abordar los sesgos de género presentes en la consulta, evitando la reproducción de violencias simbólicas y mejorando la calidad de la atención psicológica dirigida a MCis (Rivera y Castro, 2022). El proyecto se planteó promover una psicología más comprometida con el bienestar integral y la transformación de las estructuras que reproducen desigualdades. A través de esta mirada, se buscó no solo comprender, sino también intervenir con mayor ética y sensibilidad.

Estructura de la Tesis

Este documento se ha dividido en cuatro capítulos. El primer capítulo traza un recorrido histórico, social y epistemológico que permite comprender la configuración de la salud mental femenina desde una perspectiva crítica y de género, para lo cual se analiza la construcción histórica de la locura en Occidente, vinculada con mecanismos de control hacia las mujeres, así como la patologización de su subjetividad. También se identifican las principales problemáticas de salud mental en mujeres, como la depresión, ansiedad y trastornos alimentarios, y se destaca el impacto de factores estructurales como la desigualdad socioeconómica y la violencia de género, especialmente la psicológica y en el ámbito de pareja, como determinantes del malestar psíquico.

En el segundo apartado se desarrolla el marco conceptual que sustenta la presente investigación, el cual se encuentra enfocado en la importancia de incorporar la PG en la atención clínica. Se revisaron las categorías del sistema sexo-género desde los estudios feministas, así como sus implicaciones en la construcción subjetiva. Se examinan los aportes y limitaciones de distintas corrientes psicológicas: psicoanálisis, conductismo y cognitivismo, respecto al género, visibilizando cómo han influido en la comprensión del malestar psíquico femenino. Este capítulo establece las bases para una crítica al modelo clínico tradicional y propone una aproximación más contextualizada, justa y sensible a las desigualdades de género.

El tercer capítulo presenta los resultados del diagnóstico realizado con profesionales de la salud mental que atienden a MCis. Se identifican los principales motivos de consulta, siendo los problemas de pareja los más frecuentes, así como las formas de violencia más

comunes, destacando la de tipo psicológica. También se aborda la manera en que los/as/es profesionales entienden, abordan y problematizan (o no) estas situaciones desde sus prácticas clínicas, evidenciando la necesidad de contar con herramientas teóricas y técnicas que incorporen la PG para evitar la revictimización y promover procesos terapéuticos más críticos y empáticos.

El último apartado expone la propuesta de intervención dirigida a profesionales de la salud mental, con el objetivo de fortalecer la incorporación de la PG en su práctica clínica. El diseño parte de los hallazgos del diagnóstico y se estructura como una guía que incluye tópicos clave, fundamentos teóricos, estrategias de análisis y técnicas de intervención pertinentes para abordar el malestar psíquico de Mcis desde un enfoque sensible al género.

Capítulo 1. Antecedentes

Este capítulo presenta un recorrido por los principales antecedentes históricos, epistemológicos y sociales que permiten comprender la configuración de la salud mental femenina desde una perspectiva crítica y de género. En primer lugar, se examina la construcción histórica de la locura en occidente y su relación con los dispositivos de control social dirigidos particularmente hacia las mujeres, revelando cómo las nociones de anormalidad y enfermedad mental han operado en función del género. En un segundo momento, se abordan las problemáticas de salud mental más prevalente en mujeres, considerando tanto su manifestación clínica como los factores estructurales y sociales que inciden en su desarrollo.

Finalmente, se profundiza en la violencia de género, especialmente la psicológica y la ejercida en el ámbito de pareja, como un factor de riesgo central en el malestar psíquico de las personas socializadas como mujer, subrayando las consecuencias que estas experiencias tienen sobre su bienestar subjetivo. A través de este recorrido, se establece el marco necesario para comprender los antecedentes del fenómeno estudiado y entender la necesidad de abordajes integrales con PG.

1.1 Locura y Mujeres: Antecedentes Históricos y Epistemológicos

La relación entre las mujeres y la locura ha sido una constante en la historia de occidente, no solo desde una perspectiva médica o clínica, sino también como una construcción cultural profundamente atravesada por las relaciones de poder, el género y las normativas sociales (Milne-Smith, 2022). A lo largo del tiempo, las expresiones emocionales, conductuales y subjetivas de las mujeres que se han “desviado” de los cánones de feminidad dominante -como la docilidad, el silencio, la maternidad o la obediencia- han sido patologizadas, encerradas o medicalizadas, en un intento por mantener el orden simbólico establecido (Showalter, 1987).

Desde los inicios de la psiquiatría moderna en el siglo XVIII, las mujeres han sido desproporcionadamente representadas como portadoras de trastornos mentales, por lo que conceptos como la histeria o la melancolía femenina no solo reflejan una mirada médica, sino

una configuración histórica que sirvió para contener los deseos, saberes y prácticas de las mujeres bajo el argumento de su inestabilidad emocional o su fragilidad mental (Chesler, 2019). La locura, entonces, no puede ser entendida únicamente como una entidad clínica, sino como una categoría cultural, histórica y política que ha sido utilizada para controlar y disciplinar lo femenino (Showalter, 1987).

En este apartado se propone analizar algunos antecedentes históricos y epistemológicos que vinculan la categoría de locura con las mujeres, reconociendo que dicha vinculación no ha sido neutral ni natural, sino profundamente ideológica. Para ello, se abordarán dos ejes temáticos: en primer lugar, la construcción de la locura en occidente, donde se explorarán los principales discursos médicos, filosóficos y sociales que definieron qué era la locura y cómo fue feminizada, y en segundo lugar, se desarrollará el tema del control social del cuerpo y la conducta femenina, donde se analizará brevemente cómo los saberes clínicos y disciplinarios han operado sobre los cuerpos y las emociones de las mujeres, moldeando su subjetividad conforme los ideales de feminidad hegemónica.

Este recorrido no solo permitirá visibilizar los mecanismos históricos de control que han vinculado lo femenino con lo patológico, sino también problematizar los efectos que estas construcciones han tenido (y aún tienen) en las prácticas clínicas actuales, especialmente cuando no se incorporan perspectivas de género que cuestionen el sesgo androcéntrico presente en muchas teorías psicológicas y psiquiátricas (Ussher, 2013; Rosser, 1992).

1.1.1 Locura en Occidente

La noción de “locura femenina” no ha sido una categoría neutra o universal, sino una construcción social e histórica que ha servido como mecanismo de control sobre los cuerpos, deseos y discursos de las mujeres (Showalter, 1987). Desde la antigüedad, los discursos médicos, filosóficos y religiosos han vinculado a las mujeres con la irracionalidad, la inestabilidad emocional y la debilidad psíquica, atribuyéndoles una vulnerabilidad natural al desequilibrio mental, esta asociación ha sido históricamente utilizada para justificar su subordinación social y su exclusión de los espacios públicos, políticos e intelectuales (Chesler, 2019).

Uno de los antecedentes más influyentes en esta construcción es el concepto de “histeria”, que desde la medicina griega fue interpretado como un trastorno exclusivamente femenino, originado en el útero. Durante siglos, este término, derivado del griego *hystera* (útero), consolidó la idea de que el cuerpo de la mujer era la fuente de su irracionalidad y descontrol emocional (Didi-Huberman, 2006). A finales del siglo XIX, con el auge de la psiquiatría y el psicoanálisis, esta concepción se sofisticó, pero no desapareció: figuras como Jean-Martin Charcot y Sigmund Freud, analizaron la histeria como un trastorno psíquico vinculado al inconsciente y al conflicto sexual, reforzando la idea de una feminidad patológica y asociada al sufrimiento psíquico (Freud, 1895).

El tratamiento de la histeria, más allá de sus implicaciones médicas, funcionó como una forma de disciplinamiento a aquellas mujeres que no se adecuaban a los roles tradicionales -madres, esposas, obedientes, discretas-, eran medicalizadas o institucionalizadas (Ehrenreich y English, 1973). Esta “psiquiatrización de la diferencia” implicó una patologización sistemática de conductas que en muchos casos expresaban malestares derivados de la opresión estructural, la violencia o la falta de agencia (Foucault, 2005).

Foucault (2005), ya había advertido que la locura, lejos de ser una categoría objetiva, responde a los límites culturales que una sociedad traza entre la razón y su afuera. En el caso de las mujeres, estos límites han sido atravesados por relaciones de poder que han reducido sus experiencias a síntomas, sus inconformidades a trastornos, y sus resistencias a desviaciones (Cixous, 1995). De este modo, la locura femenina se ha constituido como un espejo invertido de la norma masculina: aquello que escapa al orden racional, autónomo y autocontrolado que el pensamiento occidental ha masculinizado (Showalter, 1987).

Desde el feminismo, autoras como Chesler (2019), han documentado cómo la psiquiatría ha sido históricamente un instrumento de opresión hacia las mujeres. En su investigación *Women and Madness*, la autora señala que muchas mujeres diagnosticadas como “locas” en realidad expresaban duelos, rabia o conflictos identitarios productos de una cultura que desvaloriza lo femenino. Del mismo modo, Showalter (1987), analiza cómo la

representación cultural de la histeria ha fluctuado en distintos momentos históricos, pero siempre manteniendo su vínculo con la feminidad como exceso, fragilidad o transgresión.

En este contexto, la construcción de la locura femenina ha tenido importantes implicaciones clínicas (Caplan, 1995). A lo largo de los siglos, las prácticas diagnósticas y terapéuticas han tendido a culpabilizar a las mujeres por sus síntomas, despolitizando sus experiencias y reubicándolas en una lógica individual, patológica y normativa, lo que ha dificultado el reconocimiento de los determinantes sociales y de género del sufrimiento psíquico femenino, y ha generado intervenciones que en muchas ocasiones refuerzan la desigualdad en lugar de cuestionarla (García y Romero, 2007).

1.1.2 El Control Social del Cuerpo y la Conducta Femenina

La construcción histórica del “ser mujer” ha estado profundamente ligada al control del cuerpo y la regulación de la conducta (Bordo, 1993). A lo largo de los siglos, los dispositivos de saber-poder han operado de manera particular sobre los cuerpos femeninos, normalizando prácticas que subordinan, vigilan y moldean tanto la experiencia subjetiva como las expresiones emocionales y sexuales de las mujeres (Foucault, 1977).

Desde una perspectiva genealógica, Foucault (1976) analizó cómo las sociedades modernas desarrollaron mecanismos de control cada vez más sofisticados, desplazando el castigo físico hacia formas más sutiles y eficaces de vigilancia y corrección, como sucedió con la lógica del panóptico, una forma de poder que se ejerce a través de la vigilancia constante, por lo que la interiorización de la norma se trasladó al cuerpo social estableciendo una relación entre saber y poder. En el caso de las mujeres, esta lógica panóptica ha actuado no solo desde el encierro institucional, sino también desde los discursos médicos, religiosos, pedagógicos y psicológicos, que han construido ideales de feminidad basados en la pasividad, la sumisión, la maternidad y la heterosexualidad (Chodorow, 1978; Bordo, 1993).

Si bien Foucault (1977) no abordó de forma específica la feminidad, pero su concepto de biopoder resulta especialmente útil para analizar cómo los cuerpos socializados como femeninos han sido objeto de una regulación sistemática. El biopoder se refiere a un tipo de poder que, más que reprimir, produce sujetos; organiza la vida, los cuerpos, las poblaciones,

y lo hace desde parámetros de normalidad (Foucault, 1977). En este contexto, el cuerpo femenino ha sido constantemente medicalizado y disciplinado, patologizando toda desviación respecto a los ideales de feminidad construidos históricamente (Bordo, 1993; Irigaray, 1993).

De hecho, el control sobre el cuerpo femenino se ha ejercido tanto desde el ámbito médico como desde el moral, donde se le mira idílicamente como portador de belleza, pureza, contención y maternidad, reforzado a través de discursos higienistas, educativos y religiosos (Bordo, 1993). Como señala Bordo (1993), el cuerpo de la mujer ha sido el sitio donde se escenifican las tensiones entre autonomía y control, entre deseo y represión, por ello trastornos como la anorexia, bulimia o la automutilación pueden ser interpretados no solo como padecimientos individuales, sino como respuestas simbólicas a una cultura que impone sobre las mujeres una normatividad extrema sobre el cuerpo, el deseo y el comportamiento.

La psicología y el psicoanálisis tampoco han estado exentos de este control simbólico, desde sus orígenes muchas de las categorías clínicas han servido para legitimar una visión jerárquica de los géneros, en este sentido, el sufrimiento de las mujeres fue frecuentemente interpretado como producto de una sexualidad inmadura, una fijación edípica o una histeria estructural (Chodorow, 1989; Irigaray, 1993). La crítica feminista ha mostrado cómo estas teorías contribuyeron a consolidar una visión patologizante de la mujer, donde la desviación de los roles tradicionales era entendida como una anomalía psíquica y no como una forma legítima de resistencia o sufrimiento ante contextos opresivos (Benjamin, 1988; Bordo, 1993).

En la clínica contemporánea, si bien han existido avances significativos, persisten formas sutiles de control en la interpretación y acompañamiento terapéutico (Chodorow, 1978). La escucha clínica, cuando no está atravesada por una PG puede reforzar la idea de que el sufrimiento de las mujeres se origina en conflictos internos o vínculos familiares disfuncionales, sin reconocer la estructura social que produce esos malestares (Benjamin, 1988). La resistencia femenina puede así quedar invisibilizada, reinterpretada como síntoma, y conducida a su disolución sin una lectura crítica del contexto que la produce (Bordo, 1993).

1.2 Principales Problemáticas de Salud Mental en Mujeres

El análisis de la salud mental de las mujeres no puede desligarse del contexto histórico, político y social que ha definido su lugar en la sociedad, ya que durante mucho tiempo, los malestares psíquicos femeninos fueron medicalizados sin tomar en cuenta las condiciones estructurales que los producen, lo cual ha contribuido a perpetuar un modelo de atención androcéntrico y descontextualizado (Bacigalupe, 2022). En este sentido, hablar de las problemáticas más comunes de salud mental en mujeres implica no solo describir síntomas o diagnósticos, sino comprender cómo la desigualdad de género, la violencia, los estigmas culturales y las normas sociales inciden en la construcción del sufrimiento psíquico.

Numerosas autoras feministas han denunciado cómo los discursos clínicos han tendido a patologizar las formas en que las mujeres expresan su malestar, etiquetándolas como “emocionalmente inestables” o “excesivamente sensibles”, sin reconocer que estas manifestaciones responden a experiencias de opresión, silenciamiento y sobre exigencia (Caplan, 1995; Chesler, 2019). Así, la salud mental femenina no solo debe ser comprendida como un fenómeno clínico, sino también como un hecho social y político que refleja los efectos de sistemas de poder como el patriarcado, el racismo, el clasismo y la heteronormatividad (Hooks, 2004).

Desde esta perspectiva, el presente apartado parte de la premisa que los trastornos mentales más frecuentes en mujeres deben ser abordados desde un enfoque integral que contemple las dimensiones psíquicas, relacionales y estructurales de malestar. Además, se reconoce la necesidad de visibilizar los factores sociales y políticos que han sido históricamente ignorados por la psiquiatría y la psicología tradicionales, en un esfuerzo por promover prácticas clínicas más sensibles, contextualizadas y justas (Tseris, 2023). Este enfoque permite comprender que el sufrimiento psíquico no es exclusivamente individual, sino también una forma de denuncia frente a una realidad que muchas veces les resulta insoportable.

1.2.1 Trastornos Más Comunes

La salud mental de las mujeres se ha convertido en una preocupación prioritaria para organismos internacionales y profesionales de la salud mental, debido a la alta prevalencia de trastornos psicológicos que les afectan de manera desproporcionada (Organización Panamericana de la Salud, OPS, 2021). Diversos estudios han señalado que, a lo largo de su ciclo vital, las mujeres presentan mayores tasas de ansiedad, depresión, trastornos de la conducta alimentaria, estrés postraumático y síntomas psicosomáticos, en comparación con los hombres (Mazza et al., 2021; Romero y Vera, 2019; Torrubia-Pérez et al., 2022). Estos padecimientos no solo responden a variables biológicas u hormonales, sino que están profundamente influidos por factores psicosociales, culturales y estructurales que atraviesan la vida de las mujeres (OMS, 2023).

Uno de los trastornos más frecuentes en mujeres es la depresión, según la OMS (2023), las mujeres tienen el doble de probabilidad de ser diagnosticadas con depresión en comparación con los varones. Este trastorno afecta significativamente su calidad de vida, funcionalidad y bienestar emocional (World Health Organization [WHO], 2021). Las causas son múltiples y complejas: desde la sobrecarga del trabajo doméstico y de cuidados, hasta la vivencia de eventos traumáticos como el abuso sexual, la violencia de pareja o la discriminación de género, condiciones que generan un entorno de vulnerabilidad emocional que incide directamente en el desarrollo de sintomatología depresiva (Piccinelli y Wilkinson, 2000).

Los trastornos de ansiedad también presentan una elevada prevalencia en mujeres, ya que son más propensas a experimentar ansiedad generalizada, fobias específicas y trastornos de pánico (Fahad et al., 2023). Investigaciones han encontrado que esta tendencia puede estar relacionada con los roles sociales impuestos, las mayores exigencias de autocontrol emocional, la exposición a la violencia y la socialización diferencial de género que promueve la sumisión y la dependencia afectiva, factores que incrementan la predisposición a experimentar miedo, preocupación crónica y angustia ante situaciones cotidianas o estresantes (McLean et al., 2011).

Otro grupo de trastornos que afecta de forma significativa a la población femenina son los trastornos de la conducta alimentaria, entre ellos la anorexia nerviosa, la bulimia y el trastorno por atracón, que se encuentran estrechamente vinculados con los ideales de delgadez, belleza y autocontrol que recaen sobre el cuerpo feminizado (Bordo, 1993). Las mujeres, desde edades tempranas, son expuestas a una fuerte presión social para adecuarse a modelos corporales hegemónicos que refuerzan la vigilancia y la autovaloración a partir de la apariencia física, la cual puede desencadenar prácticas de control alimenticio extremo, distorsiones de la imagen corporal y conductas autodestructivas (Stice et al., 2000).

El trastorno de estrés postraumático (TEPT) también muestra una prevalencia mayor en mujeres, particularmente en aquellas que han sido víctimas de violencia sexual, violencia doméstica o situaciones de abuso prolongado, en este sentido, las mujeres presentan el doble de riesgo de desarrollar TEPT tras eventos traumáticos, en comparación con la población masculina (Sabri, 2021). Este padecimiento se manifiesta a través de *flashbacks*¹, hipervigilancia, pesadillas, evitación emocional y síntomas depresivos, afectando de forma severa la vida cotidiana, además la vivencia del trauma se agrava por la tendencia a minimizar, dudar o culpabilizar a las víctimas, lo que obstaculiza su recuperación (Tolin y Foa, 2006).

En el campo de la salud mental también se ha identificado una mayor frecuencia de trastornos somatomorfos y síntomas psicósomáticos en mujeres, tales como dolores crónicos, fatiga, padecimientos gastrointestinales o molestias físicas sin causa médica aparente, los cuales suelen estar ligados a contextos de estrés crónico, doble jornada laboral, insatisfacción afectiva o violencias estructurales (Barsky et al., 2001). Muchas veces estas expresiones somáticas son desestimadas o interpretadas como exageraciones emocionales, lo que refleja un sesgo de género persistente en la atención médica y psicológica (Ussher, 2011).

¹ Existen tres tipos de flashbacks; sin embargo, en este caso se hace referencia a aquel vinculado con experiencias traumáticas. Estos consisten en recuerdos intensos y vívidos de acontecimientos dolorosos experimentados previamente, descritos con una cualidad casi “fotográfica”. Suelen reaparecer de forma intrusiva en la conciencia, activados por situaciones que evocan el contexto original o por estados de fatiga. Aunque son característicos del Trastorno por Estrés Postraumático (TPT), también pueden presentarse en personas con fobias, depresión, trastornos obsesivos o dolor de miembro fantasma. Recuperado de <https://psiquiatria.com/glosario/flashbacks>

Los trastornos mentales en mujeres no pueden ser comprendidos ni abordados de forma neutra, ya que el género atraviesa la construcción de la subjetividad, la vivencia del malestar y las posibilidades de acceder a un tratamiento adecuado, en este sentido, los síntomas no son solo signos clínicos, sino también una forma simbólica de expresar tensiones, resistencias o silencios frente a una cultura que impone normatividades rígidas y jerárquicas, por tanto, los trastornos más comunes en mujeres deben ser abordados como experiencias complejas que reflejan las desigualdades de género en los distintos ámbitos de la vida social (Castañeda y Montesinos, 2015).

1.2.2 Factores Sociales y Estructurales Asociados

Los trastornos mentales en mujeres no pueden entenderse únicamente a partir de vulnerabilidades biológicas o individuales (Vigo et al., 2019). Numerosos estudios subrayan la influencia determinante de factores estructurales como la desigualdad de género, la pobreza, la violencia y la sobre carga de cuidados, que configuran condiciones de vida más adversas para las mujeres y elevan su riesgo de padecer condiciones como ansiedad, depresión, estrés postraumático y síntomas psicosomáticos (Arihla et al., 2024; Bueno y D Chase, 2023; Calderón-Villarreal et al., 2020).

La desigualdad económica y social es un factor central, las mujeres con menor estatus socioeconómico presentan mayores niveles de estrés, menor acceso a servicios de salud mental y una mayor probabilidad de depresión y ansiedad que las que cuentan con mejores condiciones. Un estudio en Tijuana mostró que las mujeres con desventajas en el nivel educativo, nivel socioeconómico y número de hijos tenían una prevalencia del 17.7% de síntomas depresivos, alcanzando el 39.5% entre las más vulnerables, estas brechas estructurales apuntan a que el género interactúa con otras formas de desigualdad, amplificando el malestar psicológico (Calderón-Villarreal et al., 2020).

La violencia de género y doméstica es otra variable que impacta de manera significativa la salud mental de las mujeres, la OMS (2023), reporta que entre el 20% y el 50% de aquellas que han sufrido violencia en algún momento, presentan una mayor prevalencia de TEPT, ansiedad y síntomas somáticos. Esta exposición recurrente a agresiones

sexuales, psicológicas o físicas actúa como un detonante directo de malestar, si bien, también invisible y normalizado por las estructuras sociales (Dworkin et al., 2017).

Un enfoque macrosocial refuerza cómo las políticas y normas discriminatorias aumentan el riesgo de problemas mentales, al respecto un estudio internacional sobre depresión postparto en 40 países encontró que la desigualdad económica y las políticas restrictivas de aborto, explicaban cerca del 61% de las variaciones en la prevalencia de síntomas depresivos, reaccionando que las condiciones estructurales influyen en la salud mental femenina, lo que muestra que no solo los recursos personales, sino también las políticas que regulan los cuerpos y decisiones de las mujeres convergen en el malestar psíquico (Martínez et al., 2022).

Por otra parte, el enfoque interseccional señala que el impacto de las condiciones sociales no es homogéneo, pues mujeres racializadas, migrantes, indígenas o jefas de familia enfrentan múltiples formas de opresión simultáneas que intensifican el estrés, la exclusión y la angustia (Hill y Bilge, 2019). Los factores estructurales, desigualdad socioeconómica, violencia de género, políticas restrictivas, normativas sociales y opresiones múltiples configuran condiciones que no solo explican los trastornos mentales en mujeres, sino que requieren abordajes clínicos e intervenciones públicas con PG (Montesanti y Thurston, 2015). Entender esto implica que el malestar psicológico no es una patología individual, sino también una reacción ante estructuras sociales que perpetúan desigualdades.

1.3 Violencia Contra las Mujeres Como Factor de Riesgo Para la Salud Mental

Luego de haber abordado las principales problemáticas de salud mental en mujeres, es fundamental considerar uno de los factores sociales con mayor impacto en su bienestar psíquico: la violencia de género (OMS, 2023).

A lo largo de la historia, la violencia dirigida hacia las mujeres ha sido respaldada por la estructura patriarcal que impera en las sociedades, estas la han aceptado como algo “natural”, lo cual ha contribuido a la perpetuación de desigualdades basadas en el género presentes en los distintos ámbitos de la vida humana (Schvartzman et al., 2020). Esta violencia engloba una variedad de acciones perjudiciales tales como la vivida en pareja, el acoso sexual, los feminicidios, la trata de personas y la explotación, entre otros. Estos actos no solo representan

una violación a los derechos humanos, sino que también desencadenan múltiples formas de sufrimiento psicológico, físico y sexual, con consecuencias significativas para la salud mental (Organización de las Naciones Unidas para la Igualdad de Género y el Empoderamiento de las Mujeres [ONU Mujeres], 2024). Entre los efectos más comunes se encuentran trastornos como la ansiedad, la depresión y el trastorno de estrés postraumático (ONU Mujeres, 2020).

Esta problemática, profundamente arraigada en las estructuras sociales y culturales, evidencia la necesidad de analizar la salud mental de las mujeres desde una PG, reconociendo las condiciones estructurales que influyen en su bienestar emocional y psicológico (Ruíz y Jiménez, 2003).

1.3.1 Violencia Contra las Mujeres: Conceptualización General

La violencia contra las mujeres es una problemática estructural profundamente arraigada en las relaciones de poder desiguales entre géneros, y representa una de las expresiones más persistentes de discriminación y desigualdad social (Comisión Nacional para Prevenir y Erradicar la Violencia contra las Mujeres [CONAVIM, 2024]). Esta violencia adopta múltiples formas, siendo especialmente significativa la que ocurre en el ámbito de las relaciones de pareja, donde la violencia psicológica resulta altamente prevalente y de graves consecuencias para la salud mental y emocional de las mujeres (ENDIREH, 2021).

Este apartado aborda de manera general la definición de violencia contra la mujer, con énfasis en la de tipo psicológica dentro de relaciones heterosexuales y lesbianas, así como en sus efectos sobre el bienestar psíquico. Además, se presentan datos estadísticos que permiten dimensionar la magnitud del fenómeno tanto a nivel mundial como en el contexto local del estado de Querétaro.

De acuerdo con ONU Mujeres (2024), la violencia contra la mujer es:

Todo acto de violencia de género que resulte, o pueda tener como resultado un daño físico, sexual o psicológico para la mujer, inclusive las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de libertad, tanto si se produce en la vida pública como en la privada (párr. 1).

La definición de violencia de género como todo acto que cause o pueda causar daño físico, sexual o psicológico a las mujeres, ya sea en el ámbito público o privado, nos invita a reflexionar sobre la amplitud y profundidad de este fenómeno, que trasciende los actos visibles de agresión para abarcar también aquellas formas de control, coacción y amenazas que limitan la autonomía y libertad de las mujeres (Maya et al., 2024). De acuerdo con la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL, 2021), esta conceptualización reconoce que la violencia no es un hecho aislado, sino una expresión de las desigualdades estructurales que atraviesan la vida cotidiana de las mujeres en múltiples espacios.

En este sentido, es importante considerar que este tipo de violencia responde a una estructura social que establece jerarquías, atribuyendo superioridad a lo masculino y subordinación a lo femenino (Lagarde, 2005). Así, lo relacionado con la razón, la fuerza, la actividad y la paternidad se valora como superior, mientras que lo femenino, asociado con la emoción, la sensibilidad, la ternura, la pasividad y la maternidad, es desvalorizado (Arias, 2021). Comprender esta base estructural permite identificar que la violencia contra las mujeres se sostiene en mandatos culturales que perpetúan la desigualdad y legitiman la dominación de lo masculino sobre lo femenino, reproduciendo un sistema que limita el pleno desarrollo y bienestar de las mujeres (ONU Mujeres, 2020).

Como consecuencia de esta lógica jerárquica, las niñas y mujeres se convierten en las principales víctimas de actos violentos (El Fondo para las Naciones Unidas para la Infancia, UNICEF, 2021). Las raíces de esta problemática se encuentran en normas y patrones culturales discriminatorios profundamente arraigados, como los roles de género tradicionales, que ubican a las mujeres en una posición de subordinación frente a los hombres, esta subordinación se manifiesta a través del control, la dominación, la estigmatización y la percepción de las mujeres como objetos o propiedad, en lugar de sujetos con derechos y autonomía (Segato, 2016). Además, la normalización de la violencia, la falta de recursos institucionales, la impunidad y la ausencia de justicia contribuyen significativamente a su reproducción (ONU Mujeres, 2023).

En este contexto, los malos tratos suelen ser apenas la parte visible de un fenómeno más profundo, que permanece en gran medida oculto, y cuya verdadera magnitud e impacto

en la salud mental de las mujeres no siempre es evidente e inmediato (Gracia, 2002). Por ello, se sostiene que este tipo de violencia constituye una violación directa a los derechos humanos y libertades fundamentales, incluyendo la integridad física, psíquica y moral (ONU Mujeres, 2023).

Frente a esta realidad, el análisis desde una PG se vuelve indispensable, ya que permite comprender cómo los roles y mandatos de género, en contextos estructuralmente patriarcales, favorecen la perpetuación de la violencia en las relaciones de pareja (OPS, 2023). Este enfoque permite identificar causas profundas de la violencia, tanto culturales como estructurales, y por ende, promueve la implementación de estrategias más efectivas para su prevención y erradicación (Ferrer-Pérez y Bosch-Fiol, 2019).

1.3.2 Tipos de Violencia

La violencia contra las mujeres adopta diversas formas que responden tanto a patrones culturales como a dinámicas estructurales que perpetúan la desigualdad de género, por lo que comprender las distintas expresiones de esta violencia resulta fundamental para identificar sus efectos diferenciados en la salud mental femenina (Montesanti y Thurston, 2015). Este apartado aborda dos de las manifestaciones más frecuentes: la violencia de pareja y la violencia psicológica, las cuales han sido seleccionadas por su alta prevalencia, su carácter cotidiano y su estrecha relación con el deterioro del bienestar emocional y psíquico de las mujeres (White et al., 2024).

Si bien, existen otras expresiones de violencia, como la física, sexual, económica o simbólica, este análisis se enfoca en la violencia psicológica y en el ámbito de pareja debido a que representan formas de agresión profundamente normalizadas y, en muchos casos, invisibilizadas, cuyas consecuencias subjetivas tienden a ser subestimadas tanto en el ámbito clínico como en el social, además, estas modalidades suelen funcionar como base o puerta de entrada a otros tipos de violencia más visibles, por lo que su estudio resulta clave para una comprensión integral del malestar psíquico femenino (Jordan et al., 2010). Este enfoque, busca, por tanto, visibilizar sus características, dinámicas e impactos, reconociendo que la salud mental de las mujeres no puede comprenderse al margen de los vínculos afectivos ni de las relaciones de poder en las que se inscriben.

1.3.2.1 Violencia de Pareja.

La violencia contra las mujeres no puede entenderse como un fenómeno aislado o individual, sino como una manifestación de desigualdades estructurales profundamente arraigadas en los sistemas sociales y culturales (Munévar-Munévar y Mena-Ortíz, 2009). En este marco, las relaciones de pareja se convierten en uno de los espacios donde más claramente se reproducen estas lógicas jerárquicas, dando lugar a diversas formas de violencia que atentan contra la autonomía, integridad y bienestar de las mujeres (Meneses y Herrera, 2019). Analizar esta problemática implica, por tanto, dismantelar las estructuras simbólicas y materiales que perpetúan la desigualdad en el ámbito íntimo, y reconocer que la violencia de pareja es una expresión concreta del patriarcado en lo cotidiano (Aragón y Alcina, 2021).

La Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia (LGAMVLV, 2007), establece que la violencia familiar, categoría en la que encuadra la violencia de pareja, comprende:

Artículo 7.- Violencia familiar: Es el acto de poder u omisión intencional, dirigido a dominar, someter, controlar, o agredir de manera física, verbal, psicológica, patrimonial, económica y sexual a las mujeres, dentro o fuera del domicilio familiar, cuya persona agresora tenga o haya tenido relación de parentesco por consanguinidad o afinidad, de matrimonio, concubinato o mantengan o hayan mantenido una relación de hecho.

La definición de violencia de pareja establecida por la LGAMVLV deja claro que esta problemática no se reduce a incidentes aislados, sino que constituye un ejercicio sistemático de poder y control dentro de una relación íntima. Este marco legal permite visibilizar que las relaciones afectivas pueden convertirse en espacios donde se reproducen desigualdades de género profundamente arraigadas, legitimando diversas formas de agresión contra las mujeres. En consonancia con esta mirada estructural, la OPS (2025), advierte que la violencia perpetrada por la pareja representa una de las expresiones más frecuentes de violencia hacia las mujeres a nivel global, abarcando maltrato físico, sexual, emocional y comportamientos coercitivos. Esta forma de violencia trasciende fronteras culturales, económicas y religiosas,

lo cual evidencia su carácter estructural y su vínculo con los mandatos de género patriarcales que siguen operando en las relaciones íntimas (Jiménez y Guzmán, 2015).

De acuerdo con ONU Mujeres (2024), la violencia conyugal o de pareja se entiende como un conjunto de comportamientos abusivos y violentos, tanto físicos como emocionales, que tienen lugar dentro de una relación íntima, ya sea de tipo romántico, conyugal o cohabitacional. Esta forma de violencia puede incluir una amplia gama de conductas perjudiciales, tales como la intimidación, coerción, control, humillación, aislamiento, manipulación, acoso, agresiones físicas y sexuales, así como el abuso psicológico (Alencar-Rodrigues y Cantera, 2012).

Se reconoce como una manifestación de violencia de género, ya que ocurre en el contexto de relaciones marcadas por la desigualdad de poder, siendo ejercida con mayor frecuencia por hombres hacia mujeres (Orozco et al., 2021), no obstante, también puede presentarse en vínculos intragénero (Rondan et al., 2022; Alanez y Jarro, 2022). Es importante subrayar que esta violencia no se restringe a un solo perfil de pareja, ya que puede manifestarse en cualquier tipo de relación, sin distinción de edad, etnia, religión, orientación sexual o nivel socioeconómico (Ferrer-Pérez y Bosch-Fiol, 2019).

1.3.2.2 Violencia Psicológica.

La violencia psicológica constituye una de las formas más sutiles pero también más devastadoras de maltrato dentro de las relaciones de pareja (ONU Mujeres, 2024). Se caracteriza por un conjunto de conductas repetitivas que buscan controlar, intimidar, humillar o desvalorizar a la otra persona, afectando gravemente su salud mental y emocional (Ruíz y Pavón, 2022). Aunque en muchas ocasiones no deja huellas visibles, sus efectos pueden ser profundamente traumáticos y persistentes en el tiempo (Tourné et al., 2024). Diversas investigaciones coinciden en señalar que esta violencia es, lamentablemente, una de las formas más comunes de violencia de pareja, aunque también una de las más difíciles de identificar y atender (Muñoz y Echeburúa, 2015).

Según Taverniers (2012), esta modalidad de violencia también es conocida como “abuso emocional” (p. 25) y puede incluir una amplia gama de comportamientos, tales como

insultos, chantajes, desprecios, críticas constantes, amenazas, control de las actividades, aislamiento social, celos humillaciones públicas o privadas, y negación de afecto. Estas conductas tienden a debilitar progresivamente la autoestima y la autonomía de la víctima, generando sentimientos de inseguridad, tristeza, ansiedad y, en casos extremos, ideas suicidas (Redondo et al., 2018). Lo más preocupante es que muchas de estas formas de maltrato están profundamente normalizadas dentro de los vínculos de pareja, y pueden incluso pasar inadvertidas tanto para la víctima como para su entorno cercano (Díaz, 2017).

La violencia psicológica se manifiesta tanto a través de actos explícitos, como la agresión verbal o el control coercitivo, como mediante formas más encubiertas de manipulación emocional, estas últimas con especialmente peligrosas porque se enmascaran tras discursos culturalmente aceptados sobre el amor romántico, los celos o los roles de género tradicionales, lo cual contribuye a su legitimación social (Marcos y Isidro, 2019). En este sentido, estudios como los de Alanez y Jarro (2022), advierten que, incluso en relaciones entre mujeres, pueden replicarse dinámicas de dominación emocional medidas por los estereotipos de género y la imitación de modelos afectivos patriarcales.

Además, el impacto de la violencia psicológica no se limita al ámbito emocional, sino que puede tener repercusiones significativas en la salud física, social y funcional de las mujeres (Tourné et al., 2024). La OMS (2024), ha reconocido que este tipo de violencia incrementa el riesgo de desarrollar trastornos depresivos, ansiedad, trastorno de estrés postraumático (TEPT), abuso de sustancias y dificultades en las relaciones interpersonales. Asimismo, puede afectar el desempeño laboral y académico, generar aislamiento social y dificultar la búsqueda de ayuda, especialmente cuando la víctima no es consciente de estar siendo violentada (García y Matud, 2015).

En el marco de relaciones de pareja marcadas por desigualdades estructurales de poder, como se ha señalado anteriormente, la violencia psicológica se presenta como una herramienta de control altamente efectiva que refuerza la subordinación de las mujeres (Jiménez y Guzmán, 2015). Su reconocimiento resulta complejo, no solo por su carácter intangible, sino también por la falta de formación específica en muchos ámbitos profesionales

y por la persistencia de narrativas sociales que minimizan o justifican el abuso emocional (Olivares y García, 2016).

Por tanto, visibilizar y comprender la violencia psicológica desde una PG se vuelve indispensable para su prevención y abordaje (Ferrer-Pérez, 2019). Tal como señala Taverniers (2012), identificar las diversas expresiones del abuso emocional es un paso clave para intervenir de manera adecuada, generar conciencia social y promover relaciones más equitativas y libres de violencia.

1.3.3 Consecuencias de la Violencia Psicológica en la Salud Mental de las Mujeres.

Varios estudios concuerdan en que las principales consecuencias en la salud mental de las mujeres que viven violencia psicológica por parte de sus parejas son la depresión y la ansiedad (Aguilar et al., 2022; Amor et al., 2022; Barreto y Santos, 2023; Betancourt-Ocampo et al., 2021; Calero y Vaca, 2019; Colque, 2020; Llosa y Canetti, 2018; Méndez et al., 2022; Molina, 2019). De acuerdo con lo estipulado por la Asociación Nacional de Peritos de México (ANPM, 2022), el daño psicológico suele presentarse a través de lesiones psíquicas que incluyen alteraciones en la adaptación y la presencia de un estado de ánimo deprimido, ansioso o con trastorno de estrés postraumático, además se manifiestan un conjunto de consecuencias emocionales que perpetúan la lesión psicológica, lo cual la mayoría de las veces resulta en una discapacidad permanente e irreversible.

Los factores que influyen en la conducta de las mujeres que experimentan violencia por parte de su pareja son múltiples, sin embargo, uno de los más significativos es la dependencia emocional, que abarca diversas dimensiones y connotaciones (Bravo, 2022). De acuerdo con Palazón y García (2022), esta se define como una necesidad afectiva intensa hacia la pareja, que se expresa mediante conductas de sumisión, pensamientos obsesivos, y un profundo temor al abandono. Estas características dificultan que muchas mujeres puedan romper con relaciones afectivas que les resultan perjudiciales y dañinas para su bienestar (Fávero et al., 2025).

La exposición prolongada a la violencia, junto con sentimientos de encubrimiento, rechazo o conformidad ante la situación de maltrato, genera una respuesta psicológica

ineficaz que incrementa el riesgo a desarrollar trastornos psicopatológicos, especialmente depresión, ansiedad y alteraciones emocionales persistentes (Aguilar et al., 2022). Este panorama puede dar lugar al desarrollo del síndrome de la mujer maltratada, que se manifiesta como un conjunto de síntomas físicos, emocionales y conductuales que reflejan la huella profunda que la violencia deja en la psique femenina (Mancillas, 2023).

En este contexto, la autoestima desempeña un papel crucial, según Lara-Caba (2019), se trata de la capacidad de valorar y relacionarse consigo misma de forma digna, amorosa y realista. Las mujeres víctimas de violencia suelen ser blanco de agresiones verbales como insultos, descalificaciones, humillaciones y amenazas, lo que afecta profundamente su amor propio. Esta destrucción simbólica de su identidad genera sentimientos de inadecuación, culpa y autodesprecio, debilitando aún más su salud mental y provocando síntomas de depresión y ansiedad (Llosa y Cannetti, 2018).

La violencia psicológica, en particular, impacta directamente la estabilidad mental y emocional de la víctima (Locascio et al., 2021). El constante rechazo, desprecio y ridiculización ejercido por la pareja tiene como propósito el control y sometimiento, lo cual deriva en diversas alteraciones psicológicas y fisiológicas, como insomnio, crisis de ansiedad, somatizaciones, e incluso trastornos psicosomáticos, donde el sufrimiento emocional se expresa mediante síntomas físicos sin una causa médica evidente (Barreto y Santos, 2023).

Asimismo, esta situación puede desencadenar el síndrome de estrés postraumático (TEPT), caracterizado por la presencia de recuerdos intrusivos, hipervigilancia, evasión emocional y disociación, que se originan como respuesta a experiencias de violencia extrema (Tourné et al., 2024). La mujer vive en un estado constante de alerta, reviviendo el trauma y enfrentando grandes dificultades para restablecer su sentido de seguridad (Zorrilla, 2024).

Por otro lado, muchas mujeres que viven violencia también presentan el síndrome de indefensión aprendida, fenómeno descrito por Seligman (1975), que se refiere a la sensación de impotencia generalizada ante situaciones adversas. Esta percepción se construye tras repetidas experiencias de fracaso al intentar cambiar la situación violenta, lo que las lleva a

resignarse, dejar de buscar ayuda y permanecer en la relación abusiva, aun cuando sean conscientes del daño que les ocasiona (Gonzales-Quispe et al., 2025).

En este sentido, Taverniers (2012), señala que la mujer maltratada enfrenta una triple pérdida: el temor al abandono por parte de su pareja, la pérdida de su identidad y el distanciamiento de su red de apoyo social. Esta situación genera emociones intensas de aislamiento, desesperanza y desconexión, que hacen aún más complejo el proceso de recuperación, además, cualquier intento de confrontar al agresor/a o alejarse puede desencadenar un incremento en la violencia, incluyendo el riesgo de agresiones físicas graves o incluso feminicidio (Núñez, 2021). Por ello, como parte del abordaje terapéutico, es fundamental que las mujeres puedan desarrollar estrategias de protección, tales como un plan de escape seguro en caso de peligro inminente (Gracia, 2022).

Capítulo 2. Fundamentación Teórica

La presente fundamentación teórica tiene como objetivo ofrecer un marco conceptual que permita contextualizar y comprender la relevancia de incorporar la PG en el quehacer clínico de profesionales de la salud mental que atienden a MCis. Para ello, se considera necesario abordar algunos conceptos clave que han sido desarrollados por los estudios de género y que han transformado profundamente la manera en que se entienden las identidades, las relaciones sociales y las configuraciones del malestar psíquico (Bacigalupe et al., 2022).

2.1 Del Sistema Sexo-Género a los Estudios de Género en la Psicología.

La categoría de género ha adquirido una relevancia central en las ciencias sociales y humanidades, incluyendo la psicología, al permitir problematizar las construcciones culturales, históricas y simbólicas que regulan las formas de ser, sentir y habitar el mundo (Hyde et al., 2019). Tradicionalmente, la psicología se apoyó en un paradigma binario y biologicista que asumía una correspondencia directa entre el sexo asignado al nacer y las identidades, roles y comportamientos esperados, no obstante, con el surgimiento del concepto de sistema sexo-género, particularmente desde los aportes del feminismo y la teoría crítica, se comenzó a cuestionar esta equivalencia naturalizada, evidenciando que el género no es una expresión inevitable del cuerpo, sino una construcción social atravesada por relaciones de poder (Cameron y Stinson, 2019).

Este apartado explora la transición desde una visión esencialista del género, hacia una perspectiva más compleja e interdisciplinaria, en la que la psicología que ha tenido que revisar críticamente sus marcos teóricos y metodológicos. Por tanto, se presentará, en primer lugar, una introducción al concepto de género, así como las implicaciones teóricas del uso de la categoría sistema sexo-género en la práctica clínica. Posteriormente, se abordarán los principales aportes y perspectivas que los estudios de género han desarrollado dentro del campo psicológico, enfocándose especialmente en el psicoanálisis, el conductismo y el cognitivismo. La elección de estas tres escuelas responde a su centralidad en la historia de la psicología como disciplina, ya que constituyen los pilares teóricos fundamentales de los que posteriormente se han desprendido una diversidad de enfoques híbridos, críticos y aplicados (Zagaria y Lombardi, 2024).

El psicoanálisis, con su énfasis en la constitución subjetiva y el inconsciente, abrió interrogantes elementales sobre la sexualidad, la identidad y la diferencia (De Casas, 2020). El conductismo, por su parte, centrado en la observación del comportamiento y los procesos de aprendizaje, ofrece claves para analizar cómo se refuerzan y reproducen los roles de género desde la infancia (González y Rodríguez, 2020). Finalmente, el cognitivismo, al enfocarse en los esquemas mentales, la percepción y la interpretación del entorno, permite problematizar cómo se internalizan los mandatos sociales relacionados con el género y cómo estos influyen en la toma de decisiones, la autoestima y las relaciones interpersonales (Burke et al., 2020).

Al analizar el cruce entre corrientes psicológicas y los estudios de género, se busca no solo evidenciar los avances teóricos y prácticos en el tema, sino también visibilizar los desafíos que persisten en la despatologización, desnaturalización y descolonización de las experiencias de género en la psicología contemporánea (Macleod et al., 2020).

2.1.1 Introducción al Concepto de Género

El concepto de género es de gran relevancia debido a sus múltiples implicaciones en los ámbitos social, cultural, económico y político, por ello la comprensión de su influencia en distintos aspectos de la vida facilitan la promoción de la igualdad, la justicia y el bienestar para las personas (Chaves et al., 2024). Este término hace referencia a las características y roles socialmente contruidos, asignados y esperados en las personas de una determinada sociedad, por lo que un análisis del género en relación con la salud mental femenina es fundamental para garantizar una atención apropiada y justa, pues servirá de herramienta a profesionales de la psicología en el diseño de enfoques más eficaces que promuevan el bienestar mental de las mujeres, ya que la construcción del género influye significativamente en cómo las personas experimentan y responden a las condiciones de salud mental, así como en la forma en que se abordan y comprenden estas cuestiones en el ámbito social y de la salud pública (Fisher, 2020).

Debido a que las expectativas culturales y de género pueden influir en la forma en que las personas expresan sus emociones o buscan ayuda, afectando con ello la detección, así como el tratamiento de los trastornos mentales, es necesario que se coloque una lupa en

la influencia del género respecto a las diferencias de cómo hombres y mujeres experimentan y expresan los problemas de salud mental (Moulding et al., 2021). Así mismo, los factores de riesgo y protección pueden variar, por ejemplo, las mujeres pueden enfrentar riesgos adicionales relacionados con la violencia contra las mujeres, la discriminación y las expectativas sociales, pues el impacto de los roles de cuidado, que mayormente están a su cargo puede aumentar su vulnerabilidad al agotamiento emocional y al estrés, mientras que los hombres pueden experimentar presiones asociadas con las exigencias tradicionales de masculinidad (Pinquart y Sörensen, 2019; Rice et al., 2021).

Uno de los primeros aportes significativos proviene del trabajo de Mead (1973), quien propone una idea revolucionaria para su tiempo: el género no es una consecuencia biológica, sino una construcción cultural. Esta postura contrastaba radicalmente con la visión dominante representada por Parsons (1951), quien concebía la división de los roles entre hombres y mujeres como algo natural y funcional, donde el matrimonio y la familia eran instituciones fundadas en un equilibrio complementario entre el trabajo instrumental de los varones y el rol expresivo de las mujeres, concepción que reforzaba la normalización de la desigualdad de género. Mientras las indagaciones de Parsons influyeron fuertemente en el pensamiento de las décadas de 1930 y 1940, las de Mead fueron, en gran medida, desoídas por la comunidad académica. No obstante, fue de las primeras en señalar que las estructuras psíquicas humanas emergen del entramado complejo de las interacciones sociales, subrayando así la influencia decisiva de los sistemas culturales en la construcción del género (Mead, 1973).

Posteriormente surge el lema subversivo “no se nace mujer, se llega a serlo” de Beauvoir (1949), que refuerza la idea propuesta por Mead de la distinción entre el sexo biológico y la construcción social de la feminidad, afirmación que sienta las bases para la concepción del género como una categoría cultural. Las cada vez más frecuentes diferencias entre lo determinado biológicamente y aquello perteneciente a lo cultural, fueron campo fértil para la propuesta de Rubin (1986), quien introduce el concepto de “sistema sexo-género”, para argumentar que las diferencias de género son resultado de un sistema social que organiza

la sexualidad y la reproducción, propone con ello que el género debía entenderse como una forma de opresión estructural derivada de la organización de la sociedad.

En la década de 1980, Scott (1990), consolida el uso del género como una categoría de análisis histórico, debido a su representación como “un elemento constitutivo de las relaciones sociales fundadas sobre las diferencias percibidas entre los sexos, y una forma primaria de significar las relaciones de poder” (pp. 289). Esta definición aportó una dimensión política y relacional al concepto, permitiendo su aplicación en investigaciones históricas y sociales. Más adelante, Butler (2006) radicaliza el concepto al proponer una teoría performativa del género, en la que argumenta que no se trata de una identidad estable, sino de una serie de actos discursivos que se reiteran en el tiempo. Esta perspectiva desestabilizó las categorías tradicionales de identidad, poniendo énfasis en la contingencia y posibilidad de subversión en las expresiones de género.

Lo anterior resulta de suma importancia contemplando que las categorías utilizadas para la clasificación de la población son dicotómicas (mujeres y hombres), y complementarias pero excluyentes entre sí, pues operan como un marco normativo que regula la identidad, el comportamiento y las relaciones sociales de las personas (Lamas, 1986). Para Lagarde (1996), este sistema de género se distingue de otros por la organización que hace de las personas de acuerdo con sus características anatómicas, lo que resulta desigual, pues los valores considerados por las distintas culturas como masculinos se encuentran por encima de los femeninos, debido fundamentalmente a que lo evidente es realmente ficticio, pues la concepción de la dicotomía biológica es más un resultado de la idea que hemos construido de género, que otra cosa.

Por su parte, Lamas (1986), propone hacer uso del género como una categoría de análisis, mencionando que ésta sustituye a la de patriarcado tanto en el análisis como en el discurso político y comienza a utilizarse de forma más literal y rigurosa para referirse al ordenamiento social de las relaciones entre los sexos. Su propuesta resulta importante ya que el género debe entenderse como una construcción social, cultural e histórica que organiza y jerarquiza las relaciones entre mujeres y hombres, más allá de las diferencias biológicas.

En desarrollos más recientes, las feministas estadounidenses han adoptado el término género para expresar su rechazo al determinismo biológico que atribuía las diferencias entre hombres y mujeres exclusivamente a características anatómicas (Friedrichs y Kellmeyer, 2022). Así, por medio del uso del género, hicieron visible la influencia de los factores sociales en la construcción de dichas diferencias, destacando los mecanismos que definían y regulaban los estudios de la feminidad (Abellán, 2024). Sin embargo, los aportes del feminismo blanco dejaron de lado las necesidades de las mujeres racializadas, en este sentido Lugones (2008), es quien ofrece una lectura decolonial, señalando que el género no puede entenderse sin advertir las estructuras coloniales de poder. Su introducción del concepto “sistema moderno/colonial de género”, explica que la colonización impuso un sistema binario y jerárquico de género sobre poblaciones no occidentales, racializando y deshumanizando a las mujeres indígenas y afrodescendientes. Esta crítica amplía la concepción del género al incorporar la intersección entre género, raza y colonialidad (Lugones, 2018).

El género, por tanto, es considerado una representación de las construcciones culturales que emergen exclusivamente de procesos sociales, particularmente en torno a la definición de roles considerados apropiados para mujeres y hombres, este enfoque supone un rechazo explícito a las explicaciones biologicistas que atribuyen las relaciones de subordinación femenina a divergencias respecto a las características anatómicas de los cuerpos y desplaza el análisis hacia los entramados culturales que producen y reproducen tales desigualdades (Falcone, 2018). Así el género se configura como una categoría social impuesta sobre un cuerpo sexual, enfatizando su carácter histórico y contingente (Scott, 1990).

La sutileza con la que operan los preceptos de género los cuales no se manifiestan únicamente a través de expresiones materiales en la cultura, sino también mediante el lenguaje y otros sistemas simbólicos, les confiere un carácter dinámico, maleable y negociable, similar a lo que ocurre con las categorías de clase social (González y Pérez, 2022). De este modo, el género cumple funciones políticas, económicas y sociales al instalarse en el imaginario colectivo de quienes conforman una sociedad (Ramírez, 2022).

En suma, comprender el género como una construcción social compleja y cambiante permite visibilizar cómo se articulan distintas formas de poder y desigualdad en la vida cotidiana (Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura, UNESCO, 2025). Al trascender explicaciones biologicistas y reconocer su papel en la configuración de identidades, comportamientos y relaciones, se abre el camino para analizar estructuras más amplias que regulan y jerarquizan las diferencias entre los sexos (Velázquez, 2021). Es en este contexto que se vuelve imprescindible abordar el concepto de sistema sexo-género, como una herramienta teórica que permite comprender de forma más profunda los mecanismos mediante los cuales se produce y reproduce la desigualdad basada en el género (Marugán, 2020).

2.1.2 Sistema Sexo-Género

El sistema sexo-género constituye una de las categorías fundamentales dentro del pensamiento feminista y los estudios de género, hace referencia a la organización social que asigna roles, identidades y comportamientos en función del sexo biológico, estableciendo una jerarquía entre lo masculino y lo femenino. Uno de los primeros planteamientos teóricos al respecto, fue el realizado por Rubin (1986), quien lo define como “el conjunto de disposiciones por el que una sociedad transforma la sexualidad biológica en productos de la actividad humana, y en el cual se satisfacen esas necesidades humanas transformadas” (pp. 97). Para la autora, el género no es una consecuencia directa del sexo, sino una construcción cultural impuesta por sistemas patriarcales que regulan la sexualidad y la reproducción.

Con relación a lo anterior es importante tomar en consideración dos aspectos, el primero nos advierte del riesgo de encapsular al sistema sexual en un sentido puramente biológico o social, pues su campo es mucho más amplio, el segundo es tener en cuenta la diferencia entre la aptitud y el imperativo que tiene la humanidad de acomodar el universo sexual (Fausto-Sterling, 2006). Desde esta mirada la opresión vendría a ser resultado de los lazos sociales que dan vida y figura al sistema de sexo-género, ya que gran parte de la subordinación femenina se debe a que el ámbito familiar y doméstico aparecen como propios para las mujeres (Federici, 2018).

De esta forma, los comportamientos que conforman muestras del sexo y el género son interpretados a partir de las exigencias de la cultura (West y Zimmerman, 1987). En un sentido más completo, el género, la heterosexualidad obligatoria y las limitaciones de la sexualidad femenina son el piso que cimienta el ordenamiento social, de manera que los vínculos sociales de la sexualidad humana devienen en el género, cuya expresión de por medio es la división obligatoria de los sexos (Rubin, 1986). Los efectos se observan tanto en las estructuras macrosociales representadas por las instituciones, como a un nivel micro, en la represión de las características de personalidad (Burin y Meler, 2010).

La constante lucha entre la determinación biológica “naturaleza” y el aspecto social “cultura”, en el hecho de ser mujer o ser hombre, basada en la premisa de que los rasgos biológicos enmarcan las habilidades y el “lugar que a cada uno le corresponde”, trae como consecuencia la división del trabajo, cuyos estatutos se generalizan a las demás esferas de la sociedad, es decir; a las instituciones, la economía, política, religión etc. (Rubin, 1986). Lo anterior ha ocurrido debido a una tendencia a reproducir patrones que parten de lo particular hacia lo general, sustentada en un sesgo androcéntrico que establece una oposición entre lo masculino y lo femenino. En este esquema, lo masculino se erige como el centro de referencia, mientras que lo femenino se construye como “la otredad”, asignándole así una posición subordinada: uno se reconoce como sujeto, y el otro queda reducido a la categoría de objeto (Lamas, 1996).

De acuerdo con Rubin (1986), el sistema sexo-género puede entenderse como una construcción social que se origina a partir de las diferencias sexuales anatómicas y fisiológicas, transformadas en elementos culturales como tradiciones, normas y valores. Este sistema tiene como finalidad dotar de sentido a la existencia humana en lo relativo a la sexualidad, la reproducción y las relaciones afectivas. Tal enfoque permite un análisis más profundo e histórico de la sexualidad y la reproducción humanas, facilitando la comprensión de la subordinación femenina en relación con la dominación patriarcal.

Este fenómeno también puede entenderse a partir del papel que desempeña el sistema sexo-género en la organización social, ya que este asigna de forma diferenciada derechos, obligaciones, posiciones y roles a las personas según su sexo asignado, lo cual estructura

jerárquicamente las relaciones sociales, en este marco, el parentesco no se limita a la consanguinidad biológica, sino que adquiere un sentido cultural que se legitima a través de los vínculos sanguíneos, es decir, el sistema sexo-género establece normas que regulan quiénes son considerados sujetos legítimos dentro de la red familiar y cómo deben vincularse entre sí, permitiendo que el parentesco se naturalice a partir de construcciones culturales que se presentan como biológicas (Lamas, 1996). En este sentido, tanto el sexo como el género forman parte de los sistemas sociales que sostienen la supremacía de lo masculino sobre lo femenino, jerarquía que se construye y reproduce a partir de creencias culturales en torno a la procreación y a los roles asignados a las infancias en los procesos de socialización (Butler, 2007). Su importancia radica en que funcionan como ejes genealógicos que organizan las distintas categorías sociales, trazando una suerte de mapa simbólico del orden social, dentro del cual el matrimonio cumple un papel central: refuerza, legitima y reproduce el binarismo de género al establecer vínculos y roles que consolidan la normatividad heterosexual y la división sexual del trabajo (Lamas, 1996).

Por tanto, las categorías de “mujer” y “hombre” no deben entenderse como entidades fijas o naturales, sino como constructos que adquieren sentido dentro de marcos socioculturales específicos y en función de los distintos ciclos de la vida humana, uno de ellos, la etapa reproductiva, resulta especialmente relevante para el análisis del sistema sexo-género, ya que en ella se intensifican las normas, expectativas y funciones asignadas según el binarismo de género (Lorber, 1994). Esta fase no solo organiza los cuerpos y sus capacidades en torno a la reproducción, sino que también despliega un entramado simbólico y material que justifica la distribución desigual del poder entre los géneros, proceso donde lo biológico se entrelaza con lo imaginario y lo social para sostener representaciones que legitiman jerarquías y desigualdades, reproduciendo así un orden que naturaliza la dominación masculina (Gómez, 2010). Los arquetipos erigidos por las sociedades a lo largo de la historia construyen desde las etapas tempranas de vida humana un conjunto de normativas que encuentran su expresión en la vestimenta, el comportamiento, los aprendizajes formales e informales, las tradiciones y símbolos que son representativos de

cada cultura, siendo para el caso femenino los de madre, esposa y ama de casa, mientras para los varones: jefe de familia, pilar económico del hogar, padre y esposo (Chodorow, 1978).

Si bien, el sistema sexo-género, propuesto inicialmente por autoras como Rubin (1986), permitió visibilizar cómo lo social se impone sobre lo biológico en la construcción de la feminidad y la masculinidad, posteriores desarrollos teóricos comenzaron a cuestionar la supuesta estabilidad y linealidad del género. Una de estas críticas la realiza De Lauretis (2000), quien introduce el concepto de tecnologías del género para explicar que el género no solo se impone desde lo social, sino que se produce y reproduce mediante prácticas discursivas, visuales, institucionales y corporales que configuran subjetividades de manera normativa. En este sentido, el género no es simplemente una identidad interior ni una mera construcción cultural, sino un efecto de tecnologías que lo hacen parecer natural, coherente y estable (De Lauretis, 2000). Esta perspectiva resulta especialmente útil al analizar cómo disciplinas como la psicología han contribuido, a través de sus teorías y prácticas clínicas, a reforzar representaciones normativas de género que moldean la subjetividad femenina desde parámetros androcéntricos.

2.1.3 Los Estudios de Género Dentro de la Psicología

Aunque disciplinas como la antropología y la sociología han hecho contribuciones fundamentales para la comprensión del género como construcción social, es en el ámbito de la psicología, particularmente en su vertiente médica y clínica, donde el concepto de género comienza a adquirir una formulación sistemática (Lamas, 1994). Fue en este campo donde se introdujo formalmente la distinción entre sexo y género, marcando un hito en la forma en que se abordaba la identidad humana (Stoller, 1968). El psicólogo y pediatra John Money y el psicoanalista Robert J. Stoller, comenzaron el estudio de las disonancias entre el sexo asignado al nacer y la identidad de género (Money y Ehrhardt, 1972; Stoller, 1968).

Stoller (1968), estableció de manera más clara esta diferenciación a partir de su trabajo clínico con personas que presentaban lo que entonces se denominaba “trastornos de identidad sexual”. A través de su práctica, concluyó que la configuración de la identidad de género respondía en mayor medida por factores culturales y simbólicos que por determinantes biológicos, como las hormonas o la genética, desafiando así los postulados

esencialistas predominantes en su época. Stoller (1968), propuso que el género se compone de tres elementos: la asignación de género, determinada al momento del nacimiento por la observación de los genitales; la identidad de género, que se consolida en la infancia temprana conforme las personas organizan sus experiencias alrededor del rol asignado; y el rol de género, que remite a las normas sociales históricamente construidas que vinculan a lo femenino con lo doméstico y a lo masculino con lo público (Lamas, 1996).

A partir de estas formulaciones, los estudios de género dentro de la psicología han generado una importante transformación epistemológica al introducir una mirada crítica sobre los discursos normativos en torno a la sexualidad, la identidad y el cuerpo (Butler, 2007; Scott, 1990). No obstante, este enfoque ha suscitado tensiones con ciertas escuelas psicológicas tradicionales, especialmente con el psicoanálisis freudiano, que si bien revolucionó la concepción de la sexualidad, también estuvo marcado por supuestos androcéntricos y falo-céntricos (Mitchell, 1979). La noción de que la feminidad se define desde la falta (castración simbólica) y la envidia del pene ha sido duramente cuestionada por pensadoras feministas y teóricas del género como Scott (1990), Chodorow (1978) y Butler (2006), quienes han problematizado los vínculos entre género, deseo y poder desde nuevas perspectivas.

Entre las contribuciones destacadas del psicoanálisis revisado desde el feminismo, se encuentra la teoría de las relaciones objetales propuesta por Winnicott (1993), y Klein (2009), quienes sostienen que la estructuración psíquica del género se ve profundamente afectada por los vínculos tempranos, siendo diferente la separación afectiva que se produce entre madre-hija y madre-hijo. Chodorow (1978), retomando estas ideas, argumenta que las mujeres son socializadas para desarrollar una identidad relacional, lo cual las coloca en una posición de mayor dependencia afectiva, contribuyendo a la reproducción de roles de género.

Por su parte, Lacan (1981), desde una postura postestructuralista, reformula el psicoanálisis freudiano al introducir el lenguaje como eje estructurante del inconsciente. En su teoría, el género no se concibe como una esencia estable, sino como una posición simbólica en el entramado del deseo, atravesada por lo histórico, lo social y lo lingüístico. Esta concepción fue clave para teóricas como Butler (2006), quien considera que el género

es performativo, es decir, no es algo que se es sino algo que se hace, a través de prácticas reiterativas que producen la ilusión de una identidad coherente y estable.

En este capítulo se abordarán dos de las principales corrientes psicológicas que han influido de manera significativa en la conceptualización del género: el conductismo, el cognitivismo y el psicoanálisis. La selección de estas corrientes responde a su centralidad histórica en la comprensión de la conducta, la mente y la subjetividad. Cabe señalar que, si bien el psicoanálisis no es considerado actualmente una corriente psicológica dentro del paradigma científico-positivista dominante, su impacto en la formación del pensamiento psicológico, clínico y cultural ha sido fundamental (Mitchell, 1979). Como teoría de la subjetividad y técnica clínica, el psicoanálisis ha ofrecido herramientas conceptuales clave para pensar la identidad, el deseo y la diferencia sexual, por lo que su inclusión en este análisis resulta pertinente (Roudinesco, 1999). Estas tres escuelas permiten identificar cómo se han sostenido, y también cómo se han desafiado, las construcciones de género en cada paradigma, revelando tanto sus limitaciones como sus aportaciones para el estudio de la subjetividad sexuada (González, 2018).

2.1.3.1 Conductismo.

Desde la perspectiva conductista, los procesos de aprendizaje son fundamentales para comprender la adquisición de comportamientos en la infancia (Skinner, 1975). Los principios fundacionales del enfoque, el condicionamiento operante y el aprendizaje por imitación (o modelado), constituyen las herramientas centrales para analizar la conducta observable y su modificación a través del refuerzo y el castigo (Bandura y Walters, 1974; Skinner, 1975). Bajo este paradigma, las diferencias entre los géneros no se abordan como construcciones sociales complejas, sino como patrones de conducta aprendidos y reproducidos por imitación de modelos cercanos: la familia, escuela, medios de comunicación, y otros entornos de socialización primaria y secundaria.

La socialización de género, en este marco, es vista como un proceso de aprendizaje en el cual las infancias, al observar e imitar los comportamientos de figuras significativas, internalizan normas de género específicas (Bolívar y Gallardo-Hurtado, 2022). Estas conductas son reforzadas positivamente cuando se alinean con las expectativas sociales (por

ejemplo, docilidad en las niñas o la agresividad en los niños), o negativamente sancionadas cuando se desvían de ellas (Carrasco et al., 2023). Así, se moldea el repertorio conductual de cada individuo en función de los roles de género predominantes, contribuyendo a la consolidación de una identidad de género coherente con el orden social establecido (Bandura y Walters, 1974; Lipsitz, 1981).

Este enfoque ha permitido visibilizar la importancia del entorno en la adquisición de conductas de género, así como señalar la maleabilidad del comportamiento humano, sin embargo, sus aportes se ven limitados por la ausencia de una problematización crítica sobre el contenido ideológico de los patrones que la refuerzan (De Pascual et al., 2022). Aunque el conductismo se presenta como un paradigma objetivo y neutro, su aplicación ha estado impregnada de una lógica androcéntrica que no cuestiona la validez o legitimidad de los roles tradicionales, sino que los reproduce al considerarlos conductas “esperables” o “adecuadas” (Lojo, 2009).

Aportes como los de Watson (1919), pionero del conductismo clásico, sentó las bases para entender cómo la conducta es moldeada por el ambiente desde los primeros momentos de vida. No obstante, su énfasis en el control del entorno sobre el comportamiento humano, sin considerar la dimensión emocional o simbólica, lo llevó a reducir la experiencia humana a reacciones predecibles, invisibilizando las tensiones subjetivas asociadas a las normas de género (Bleger, 2007). En su modelo, la conducta femenina se configura como una réplica ambiental sin agencia ni cuestionamiento, lo que invisibiliza las múltiples formas en que las mujeres procesan, resignifican o resisten las normas impuestas (Reyes et al., 2017).

Desde el condicionamiento operante, Skinner (1975), amplió la comprensión sobre cómo los reforzadores (positivos o negativos) configuran patrones de conducta a lo largo del tiempo, si bien, su modelo permitió analizar la persistencia de comportamientos género-normativos a través del reforzamiento diferencial (por ejemplo, premiar la sumisión de las niñas o la iniciativa en niños), su marco carece de elementos para problematizar el contenido valorativo de dichas conductas. Skinner (1975), asumía que la eficacia de un reforzador es funcional y observable, sin atender a que la cultura define qué comportamientos se premian o sancionan, perpetuando así, de forma no cuestionada, la subordinación femenina.

En la década de los setenta, Lipsitz (1981), desarrolló el concepto de androginia desde una crítica al conductismo tradicional. Aunque su propuesta tiene fuertes bases cognitivistas, retoma principios del aprendizaje conductual al señalar cómo los reforzadores sociales influyen en el desarrollo de una identidad de género rígida o flexible. Lipsitz (1981), advierte que los sistemas sociales refuerzan la conformidad con los roles de género tradicionales, lo que limita el desarrollo de potencialidades en ambos sexos, en el caso de las mujeres, son penalizadas por apartarse de la feminidad normada.

Un aporte relevante en la aplicación del conductismo en el ámbito clínico se encuentra en el trabajo de Wolpe (1958), creador de la desensibilización sistemática. Aunque su modelo fue útil para tratar fobias y trastornos de ansiedad mediante el condicionamiento clásico, no consideró que muchas de las experiencias ansiógenas de las mujeres están relacionadas con contextos de opresión, discriminación o violencia estructural, por tanto, sus métodos, al centrarse exclusivamente en la modificación del síntoma, ignoran las causas sociales y de género del malestar psíquico (Timler, 2022).

En un intento por adaptar el enfoque conductual a contextos más complejos, Patterson (1982), desarrolló el modelo de coerción familiar para explicar cómo se adquiere la agresión en contextos familiares. Este modelo ha sido útil para explicar la transmisión intergeneracional de roles violentos, pero ha sido criticado por no diferenciar las dinámicas según el género de quienes participan en dichas relaciones, asumiendo muchas veces una neutralidad en el análisis de poder entre hombres y mujeres, cuando en realidad las mujeres suelen estar en posiciones de mayor vulnerabilidad (Espinoza et al., 2018).

Más recientemente, Linehan (1993), con su Terapia Dialéctico-Conductual (DBT), ha representado un avance importante dentro del paradigma conductual al integrar la regulación emocional, la aceptación y el contexto social como factores clave. Su modelo ha sido especialmente eficaz en el tratamiento de mujeres con trastorno de personalidad, especialmente *bordeline*, quienes históricamente han sido patologizadas desde lecturas androcéntricas. Linehan (1993), incorpora elementos contextuales y valora la subjetividad, lo cual representa una ruptura con la tradición conductista clásica y una apertura hacia el reconocimiento de las experiencias de género.

En este sentido, las contribuciones del conductismo a los estudios de género resultan ambivalentes, por un lado, ofrece herramientas analíticas útiles para entender los mecanismos mediante los cuales se consolidan los roles de género; por otro, omite una reflexión sobre las estructuras de poder y desigualdad que subyacen a dichas prácticas (Ruiz, 1995). Como señalan Papalia et al., (2010), esta omisión lleva a naturalizar diferencias conductuales sin indagar en sus raíces socioculturales o en sus consecuencias subjetivas. Al limitarse al plano conductual y observable, el conductismo clásico no contempla la dimensión simbólica ni las implicaciones emocionales de la socialización diferenciada por género, especialmente en lo que respecta a las experiencias femeninas de subordinación y exclusión (Burman, 1994).

Además, al sostener que las conductas se adquieren de forma análoga en todas las personas, el modelo niega la singularidad de las trayectorias identitarias y minimiza el papel de la agencia individual en la resignificación de los mandatos de género (Ruiz, 1995). Esta postura reduccionista ha sido ampliamente cuestionada desde enfoques feministas y posestructuralistas que han evidenciado cómo las subjetividades femeninas no son meras respuestas pasivas al condicionamiento, sino construcciones activas que negocian, resisten y reconfiguran las normas de género (Scott, 1990; Butler, 2006).

Si bien el conductismo contribuyó a explicar cómo se aprenden y refuerzan los roles de género desde la infancia, su marco conceptual carece de herramientas para analizar críticamente el contenido ideológico de las conductas reforzadas, limitación que ha tenido implicaciones profundas en la forma en que se comprende la subjetividad femenina, al omitir los efectos psíquicos de la socialización diferencial y reproducir sin cuestionamiento los discursos normativos que perpetúan la desigualdad de género (Magaña et al., 2012).

2.1.3.2 Cognitivismo.

La psicología cognitivista, al centrarse en los procesos mentales implicados en la adquisición del conocimiento, la interpretación del mundo y la toma de decisiones ha generado importantes aportes al entendimiento del desarrollo humano, sin embargo, su aproximación al estudio del género y, específicamente, a la construcción de la subjetividad

femenina, ha sido limitada y, en ocasiones, reproductora de estereotipos y jerarquías de género (West, 2015).

Uno de los referentes fundacionales del enfoque cognitivista es Piaget (2003), quien centró sus investigaciones en el desarrollo del pensamiento lógico y moral durante la infancia, donde las normas de juego eran consideradas una forma de comprender la interiorización de reglas sociales, subrayando la interacción entre factores internos y externos en el desarrollo cognitivo. Para Piaget (2003), la adquisición de la identidad de género y la interiorización de los roles asociados se relacionan con la maduración de las estructuras cognitivas más que con factores socioculturales, por tanto, el desarrollo de la identidad de género se encuentra condicionado por el avance de la inteligencia, desestimando la influencia de la socialización y los contextos culturales.

Es importante señalar que, cuando Piaget desarrolló su teoría sobre la construcción del pensamiento moral en las infancias, la categorías de género aún no se había constituido como un campo conceptual ni académico; esta se institucionalizó en las ciencias sociales hasta la década de 1970 (Evans, 2011). En este sentido, resulta comprensible que Piaget no problematizara explícitamente las diferencias entre niños y niñas desde esta perspectiva, ya que el debate sobre la construcción social del género y las implicaciones de los roles diferenciados atribuidos a mujeres y hombres aún no formaba parte del horizonte teórico de su época (Villegas, 1998).

Kohlberg (1966), influido por Piaget, propuso un modelo de desarrollo del concepto de género en tres etapas: etiquetado de género, estabilidad de género y constancia de género, que se desarrollan progresivamente entre los dos y cinco años, además, es reconocido por su teoría del desarrollo moral en tres niveles (preconvencional, convencional y posconvencional). Aunque sus estudios representaron avances al considerar el género como una construcción cognitiva progresiva, también han sido criticados por su visión androcéntrica, ya que no cuestionó la desigualdad de género, ni explicó por qué los niños tienden a valorar más lo masculino que lo femenino entre los cinco y ocho años, hallazgo, que en lugar de ser interpretado como una manifestación de jerarquización de género

aprendida socialmente, fue reducido a una etapa natural del desarrollo moral, invisibilizando las implicaciones de poder y subordinación contenidas en dicha preferencia (Gilligan, 1982).

En contraposición, Gilligan (1982), propuso una visión alternativa al desarrollo moral, identificando que los hombres tienden a razonar desde una lógica de justicia y reglas, mientras que las mujeres se orientan hacia una ética del cuidado, basada en la empatía, las relaciones y la responsabilidad interpersonal, la cual resultó fundamental para visibilizar que no se encontraban en un estadio inferior de desarrollo moral, como lo sugería el modelo de Kohlberg, sino que empleaban una lógica distinta, igualmente válida, aunque históricamente desvalorizada. De esta manera, la obra de Gilligan (1982), marcó un hito en la interacción de los estudios de género a la psicología cognitiva, abriendo camino para reflexiones críticas sobre el sesgo de género en la investigación y la teoría psicológica, ya que sus reflexiones han girado en torno al papel social de las mujeres, la educación y las estructuras patriarcales, lo que ha tenido impacto en diversas disciplinas.

Otros/as autores/as dentro del paradigma cognitivo también han contribuido, directa o indirectamente, a la comprensión del género y la subjetividad femenina, entre ellos se encuentra Bandura y Walters (1974), con su teoría del aprendizaje social, si bien, es ubicado en una intersección entre el conductismo y el cognitivismo, fue clave al introducir el concepto de autoeficacia y al enfatizar que el comportamiento se aprende en contextos sociales mediante la observación, la imitación y la retroalimentación. Su propuesta ayuda a entender cómo los estereotipos de género se internalizan a través de modelos culturales que refuerzan conductas asociadas a lo femenino o masculino, reproduciendo desigualdades desde la infancia (Bandura y Walters, 1974).

Por otra parte, tenemos el enfoque de Lipsitz (1981), que aunque se distancia del cognitivismo clásico, retoma herramientas cognitivas para explicar su teoría del esquema de género, en el que propone que las personas desarrollan marcos mentales o esquemas que les permiten organizar la información en función del género. Estos esquemas se interiorizan desde etapas tempranas de la vida y afectan la percepción, la memoria y el comportamiento. Lipsitz, señala cómo estos marcos refuerzan los roles tradicionales y propone la androginia

psicológica como una alternativa más flexible y menos limitante para el desarrollo humano (Lipsitz, 1981).

Una de las primeras revisiones sistemáticas sobre las diferencias psicológicas entre los sexos, fue la realizada por Emmons y Nagy (1974). Aunque su enfoque es empírico-cognitivo, sus conclusiones desmontaron muchos mitos sobre la superioridad intelectual masculina, al encontrar que las diferencias más bien estaban determinadas por contextos sociales, educativos y afectivos, lo cual cuestionó de forma indirecta la supuesta neutralidad de la psicología cognitiva. Por otra parte, se tiene el modelo de sexismo ambivalente propuesto por Glick y Fiske (1996), en el cual se analiza cómo los estereotipos de género pueden tomar formas tanto hostiles como aparentemente benevolentes. Este modelo ha sido fundamental para comprender cómo operan los prejuicios en contextos relacionales, institucionales y clínicos, y cómo los estereotipos afectan la percepción de mujeres que desafían los roles tradicionales (Glick y Fiske, 1996).

Por su parte, Markus y Kitayama, (1991), con la teoría del yo independiente e interdependiente, muestran cómo los esquemas de pensamiento y autodefinición no son universales, sino que varían culturalmente, perspectiva que ha sido clave para entender cómo las mujeres, en contextos patriarcales, desarrollan identidades marcadas por la conexión, el cuidado y la subordinación, elementos que pueden ser reinterpretados desde una óptica más crítica de género. Pese a estos aportes, la corriente cognitivista ha tendido a privilegiar modelos universales del desarrollo que omiten la influencia de los contextos socioculturales y las desigualdades estructurales de género (Fine, 2010). En este sentido, muchos de sus postulados perpetúan visiones dicotómicas y jerárquicas de lo masculino y lo femenino, al presentar los procesos cognitivos como neutros, cuando en realidad están atravesados por normas culturales, estereotipos y relaciones de poder (Longino, 1990).

En el ámbito clínico, estas limitaciones teóricas tienen consecuencias prácticas significativas, ya que la aplicación de modelos cognitivos sin PG puede llevar a interpretaciones sesgadas de las vivencias de las personas, minimizando o patologizando experiencias que están profundamente marcadas por la violencia simbólica, estructural y relacional, a pesar de esto, en años recientes, el enfoque cognitivo-conductual ha mostrado

avances importantes al incorporar la PG en la intervención clínica, especialmente en el tratamiento de mujeres que han sufrido violencia por parte de sus parejas (Brown, 2018).

Diversas investigaciones han demostrado la efectividad de programas de intervención cognitivo-conductuales adaptados a las necesidades específicas de las mujeres que experimentan violencia de pareja (Gracia, 2022; Habigzang et al., 2019; Ramírez-Cruz et al., 2023; Ramírez-Cruz et al., 2022; Vélez et al., 2023). Estos estudios representan un esfuerzo por subsanar las omisiones históricas del enfoque y por reconocer las particularidades del sufrimiento psíquico en contextos de desigualdad de género.

Si bien, la psicología cognitivista ha aportado comprensiones valiosas sobre el desarrollo del pensamiento, su abordaje del género ha sido limitado por sesgos androcéntricos y una escasa problematización de las estructuras sociales, por lo que resulta necesario revisar críticamente sus modelos y ampliar su alcance teórico y práctico para integrar de manera más profunda las dimensiones de género, subjetividad y poder (Dovidio et al., 2018; Fine, 2010).

2.1.3.3 Psicoanálisis.

El psicoanálisis, desde su nacimiento a finales del siglo XIX con Sigmund Freud, ha tenido un impacto profundo en la comprensión de la subjetividad humana, sin embargo, sus postulados fundacionales presentan una fuerte carga androcéntrica, especialmente en lo que respecta a la construcción de la subjetividad femenina y el abordaje clínico de las mujeres (Meler, 2007).

Freud (1933), propuso que las diferencias entre hombres y mujeres tenían un origen esencialmente biológico y sexual. En su teoría del desarrollo psicosexual, la niña atraviesa una fase fálica en la que, al descubrir que no posee pene, se enfrenta al complejo de castración, de este supuesto deriva la noción de “envidia del pene”, que Freud entendió como una etapa estructurante de la identidad femenina, donde la niña al sentirse “castrada”, se desvía del deseo original hacia la madre y lo redirige al padre, buscando con él el acceso al símbolo del poder fálico a través de la maternidad (Freud, 1933). Esta conceptualización posiciona a la feminidad como carencia, pasividad y deseo frustrado, lo cual repercute directamente en la manera en que se define y aborda la subjetividad femenina (Meler, 2007).

Uno de los conceptos más representativos de esta visión deficitista fue la construcción de la histeria femenina, ampliamente estudiada por Freud (1985), en sus primeras obras. Este padecimiento fue considerado paradigmático en las mujeres, donde los síntomas corporales como parálisis, ceguera o afonía sin causa orgánica se interpretaban como expresiones inconscientes de deseos sexuales reprimidos. Freud (1895), afirmó que, en muchos casos, estos síntomas derivaban de conflictos infantiles no resueltos, especialmente relacionados con el deseo incestuoso hacia el padre o la represión del deseo sexual.

Lejos de entender estos síntomas como respuestas al contexto social de opresión estructural hacia las mujeres, el psicoanálisis clásico los interpretó como evidencias de una sexualidad femenina incompleta, inmadura o desviada (Millet, 1970). Clínicamente, esto condujo a encasillar el malestar de las mujeres en explicaciones centradas en la biología, la sexualidad reprimida y los conflictos edípicos no elaborados, minimizando el papel del entorno cultural, las desigualdades de género y las restricciones impuestas sobre el cuerpo y la autonomía femenina (Chodorow, 1989).

Así, el modelo freudiano contribuyó a consolidar una visión patologizante de la mujer, donde el sufrimiento psicológico era interpretado como una manifestación de su incapacidad para aceptar pasivamente el rol que le correspondía en la estructura familiar y social, por lo que las mujeres eran tratadas con el objetivo de adaptarlas a ese modelo normativo, más que para explorar críticamente las condiciones sociales y simbólicas que las atravesaban, originando su malestar (Ussher, 2013).

Algunos intentos por matizar algunas de las afirmaciones de Freud, fueron las realizadas por Ernest Jones, quien durante algún tiempo fue su colaborador cercano, empero, terminó consolidando una visión de la mujer como estructuralmente pasiva, proponiendo que la feminidad implicaba una regresión a etapas más tempranas del desarrollo y que la dependencia afectiva era un rasgo esencial en las mujeres, si bien, buscó alejarse de la literalidad anatómica, reforzó el vínculo entre la pasividad y lo femenino, lo cual perpetuó modelos clínicos que interpretaban la autonomía femenina como patológica (Jones, 1933).

Desde una perspectiva más sistematizada del psicoanálisis, Fenichel (1945), sostuvo que la “normalidad femenina” implicaba necesariamente una disposición masoquista. Consideraba que muchas mujeres solo podían amar desde el sacrificio y el sometimiento, atribuyendo a su educación y a la cultura estos patrones, pero sin cuestionar el orden jerárquico en que se inscribían (Fenichel, 1945). Este enfoque ha justificado interpretaciones que ven el sufrimiento femenino como inherente a su estructura psíquica.

Por otro lado, Reich (1973), introdujo críticas sociales al psicoanálisis, reduciendo la salud sexual femenina a la capacidad de experimentar orgasmos vaginales dentro de una relación heterosexual, mirada que patologizó cualquier forma de placer no normativo y subordinó el deseo femenino a la satisfacción del deseo masculino. Klein (1960), con su revolución en la teoría del mundo interno infantil, aportó elementos valiosos para entender las emociones tempranas, en particular a través de su conceptualización de los objetos internos como el “pecho bueno” y el “pecho malo”. En esta formulación, la figura materna adquiere un papel central en la organización psíquica temprana, no obstante, desde lecturas críticas posteriores se ha señalado que dicha conceptualización contribuyó a representar la maternidad como una experiencia ambivalente, cargada de culpa y generadora de angustia, asociando con frecuencia a la madre con sentimientos de persecución, dependencia y miedo, lo que reforzó el arquetipo de la mujer como fuente de conflicto psíquico (Chasseguet-Smirgel, 1997; Stone, 2014).

sin embargo, su conceptualización del mundo psíquico de la madre (el pecho bueno y el pecho malo) contribuyó a representar la maternidad como una carga ambivalente, culpógena y generadora de angustia. La figura materna, central en sus teorías, fue frecuentemente asociada a sentimientos de persecución, dependencia y miedo, reforzando el arquetipo de la mujer como fuente de conflicto psíquico (Klein, 1960).

Por su parte, Deutsch (1945), discípula de Freud, también consolidó una visión limitada de la mujer al afirmar que el desarrollo femenino maduro implica la renuncia al deseo activo y la realización a través de la maternidad. Para esta psicoanalista, las mujeres que no seguían este “camino natural” eran propensas a trastornos psíquicos, reforzando así un modelo clínico que ubicaba la salud femenina en la aceptación de su rol materno y conyugal (Deutsch, 1945).

Estas visiones fundacionales han tenido profundas consecuencias clínicas, si se considera que a lo largo del siglo XX, muchas mujeres fueron tratadas desde una lógica que buscaba “normalizarlas” de acuerdo con ideales de feminidad tradicional: pasividad, maternidad, heterosexualidad, abnegación (Chodorow, 1978). Conductas que desafiaban este modelo eran frecuentemente interpretadas como manifestaciones neuróticas, histeria o fijaciones inmaduras, por lo que la subjetividad femenina se construyó, así, como subordinada, dependiente y emocionalmente inestable, naturalizando roles sociales impuestos y patologizando la resistencia a ellos (Chodorow, 1978).

Frente a estos modelos androcéntricos, diversas autoras y autores han cuestionado los supuestos tradicionales del psicoanálisis y han generado líneas teóricas alternativas que permiten comprender la subjetividad femenina desde otros marcos simbólicos, más complejos y menos normativos. En esta vía se tienen las aportaciones de Horney (1926), quien fue una de las primeras en criticar las formulaciones freudianas y rechazar la idea de la envidia del pene, argumentando que las niñas no deseaban el órgano masculino, sino el poder que la cultura atribuía a los hombres, proponía, por tanto, que el deseo femenino era activo y que su represión generaba sufrimiento psíquico. En la práctica clínica, esto implicó legitimar el deseo de autonomía en las mujeres y cuestionar los ideales de feminidad subordinada (Horney, 1926).

Desde una integración entre el psicoanálisis la teoría feminista, Chodorow (1978), plantea que las diferencias de género emergen a partir de las dinámicas relacionales tempranas con la figura materna, destacando cómo las mujeres son socializadas para cuidar y priorizar los deseos ajenos, enfoque que permitió una relectura de los síntomas femeninos como manifestaciones de alienación subjetiva y no como déficits estructurales. En esta misma línea, Benjamin (1988), en su propuesta sobre la intersubjetividad, introdujo la noción de “reconocimiento mutuo” como clave para el desarrollo del *self*. Para esta autora, la lógica binaria de dominación/sumisión debía ser sustituida por relaciones que validaran la autonomía y agencia de ambos géneros, esto implica favorecer procesos donde las mujeres pueden nombrar sus deseos, cuestionar el mandato del cuidado y establecer vínculos menos jerárquicos (Benjamin, 1988).

Desde un juicio a la centralidad del falo en el psicoanálisis lacaniano, Irigaray (1993), sugiere la noción de una “escritura femenina” y defiende la idea de pensar la subjetividad femenina desde su propia lógica simbólica, para lo cual criticó la organización del lenguaje y el deseo desde una mirada masculina. Su propuesta clínica exige repensar el deseo de las mujeres fuera del molde fálico y abrir espacios a otras formas de significación y erotismo (Irigaray, 1993). Kristeva (1981), desde una mirada sociolingüística y psicoanalítica, introdujo el concepto semiótico como dimensión pre-simbólica del lenguaje, profundamente ligada a la experiencia materna y a lo femenino. En el campo clínico, sus ideas han servido para rescatar el valor de lo afectivo, lo no verbal y lo fluido en la constitución del sujeto, más allá de las estructuras rígidas impuestas por el orden simbólico tradicional (Kristeva, 1981).

Si bien, el psicoanálisis ha sido, históricamente, una herramienta poderosa para pensar la subjetividad, pero también ha operado como un dispositivo de normatividad sexual y de género (Butler, 2007). Mientras que la tradición clásica consolidó modelos femeninos basados en la pasividad, la maternidad obligatoria y la dependencia, las críticas contemporáneas han abierto caminos para repensar el deseo, el cuerpo y la identidad desde perspectivas más inclusivas y complejas (Scully, 2002).

En la clínica, estos debates no son meramente teóricos: implican transformar las prácticas de escucha, interpretación y acompañamiento terapéutico (Benjamin, 1988). Reconocer los sesgos de género en la teoría y en la técnica permite una mayor sensibilidad hacia los malestares femeninos como formas de resistencia simbólica y no como síntomas a erradicar (Hollway, 2006). La subjetividad femenina, lejos de ser un efecto de la falta de castración, puede así pensarse como un espacio de creatividad, potencia y autonomía, siempre en relación con los contextos sociales, históricos y simbólicos que la constituyen (Chodorow, 1978).

2.2 Psicoterapia con Perspectiva de Género

En las últimas décadas, los aportes del feminismo han sido fundamentales para cuestionar y transformar las bases teóricas y prácticas de la psicología, siendo una de sus contribuciones más relevantes la inclusión de la PG como una herramienta crítica para repensar cómo se produce el conocimiento psicológico y como se lleva a cabo la práctica

clínica (Lafrance y Wigginton, 2019). Esta incorporación representa un avance significativo en la comprensión y el abordaje del sufrimiento psíquico de las mujeres, al permitir intervenciones más sensibles, contextualizadas y éticamente responsables (Campo-García y Bacigalupe, 2023).

Este enfoque reconoce que las experiencias subjetivas no se generan en el vacío, sino que están profundamente marcadas por estructuras sociales, culturales y simbólicas que producen y reproducen desigualdades de género, en este sentido, la PG amplía la mirada clínica más allá de lo individual, integrando dimensiones históricas, relacionales y estructurales que inciden directamente en la salud mental (Rosenfield y Mouzon, 2013).

En este apartado se abordarán dos beneficios clave de esta incorporación. En primer lugar, se analizará cómo el enfoque de género posibilita una mayor comprensión del malestar psíquico en mujeres desde una mirada estructural y relacional, que permite visibilizar los vínculos entre lo subjetivo y los contextos de opresión y violencia. En segundo lugar, se explorará la importancia de este enfoque en la prevención de prácticas revictimizantes y en la desarticulación de estereotipos de género, que históricamente han limitado la autonomía y la expresión emocional de las mujeres en el ámbito clínico. Ambos temas evidencian la relevancia de transformar las prácticas terapéuticas tradicionales hacia intervenciones más justas y empáticas.

2.2.1 El Impacto del Feminismo en la Inclusión de la PG en la Psicología

Cada movimiento político, cada teoría fundada tiene lugar en un contexto sociocultural que lo gesta y a la vez se alimenta de él, tal es el caso del feminismo, cuya matriz de origen se encuentra en el Renacimiento (Olivares-Aising y Mayorga, 2023). En sus diversas olas y expresiones, ha sido fundamental para visibilizar las desigualdades estructurales que atraviesan la vida de las mujeres y otras identidades subalternizadas (Barffusón et al., 2010). A lo largo del siglo XX y XXI, el feminismo no solo ha tenido un impacto político y social, sino también ha producido una transformación epistemológica en múltiples disciplinas, incluida la psicología, gracias en gran parte al cuestionamiento feminista que ha evidenciado que gran medida el conocimiento psicológico se construyó

desde una perspectiva androcéntrica, invisibilizando las experiencias particulares de las mujeres y normalizando modelos masculinos como universales (Falconí, 2022).

La segunda ola del feminismo, surgida en los años sesenta y setenta, fue especialmente influyente en el ámbito psicológico, al denunciar cómo los estereotipos de género y la opresión patriarcal tenían efectos concretos en la salud mental de las mujeres (Field et al., 1986). Esta crítica propició el surgimiento de teorías y enfoques clínicos que integraron la PG, no como un añadido temático, sino como una lente fundamental para comprender la subjetividad, el malestar psíquico y las relaciones terapéuticas (Gilligan, 1982).

A continuación, se presenta un recorrido cronológico por algunas de las principales teorías feministas en psicología y psicoterapias con enfoque de género, sus autoras, sus aportes conceptuales y sus implicaciones clínicas, particularmente en la atención a mujeres. Durante la década de 1970 surgió la llamada psicología feminista como una respuesta crítica al modelo tradicional androcéntrico que dominaba la disciplina, que tuvo como principales representantes a Jean Baker Miller y Phyllis Chesler, las cuales comenzaron a cuestionar la forma en que la psicología había contribuido a la patologización de las mujeres al interpretar sus emociones, conductas y formas de relacionarse desde parámetros masculinos considerados universales (Baker, 1992; Chesler, 2019).

Baker (1992), en particular, propuso que la conexión emocional y el valor de las relaciones interpersonales eran aspectos fundamentales en el desarrollo psíquico femenino, en contraste con la idea de que la independencia y la autonomía eran signos exclusivos de salud mental, como se postulaba en los modelos clásicos, ideas que abrieron paso a una práctica clínica más sensible al género, en la que se promueve una relación terapéutica igualitaria, se reconoce la influencia de los mandatos sociales y se validan las experiencias emocionales de las mujeres, no como síntomas patológicos, sino como respuestas legítimas en contextos de desigualdad estructural.

Lo previo fueron los cimientos para lo que después se convertiría en la Teoría del Cuidado Relacional, desarrollada en la década de los 80's por Baker en colaboración con

Judith Jordan y el grupo del Stone Center, propuesta que resultó innovadora ya que desafiaba los postulados tradicionales de la psicología del desarrollo, sosteniendo que el crecimiento psicológico saludable no se basaba en la autonomía individual ni en la separación afectiva, como lo sugerían muchos modelos masculinos, sino en la capacidad de establecer relaciones empáticas, auténticas y recíprocas (Jordan et al., 1991). Desde esta mirada, el desarrollo humano se entiende como un proceso profundamente relacional, en el que la conexión emocional con otros es una fuente primaria de bienestar, lo que implicó una transformación significativa en el ámbito clínico, al proponer una psicoterapia centrada en la empatía, la mutualidad y la validación emocional (Jordan et al., 1991).

En ese mismo periodo, Gilligan (1982), aportó una perspectiva fundamental a través de su crítica a los modelos de desarrollo moral, propuestos por Kohlberg (1966), señalando que su esquema de etapas morales reflejaba una perspectiva masculina centrada en la justicia abstracta, mientras que las mujeres tendían a basar sus juicios morales en el cuidado, la empatía y la responsabilidad relacional. Su trabajo visibilizó que las formas de razonamiento femenino no eran “inferiores”, sino diferentes, y respondían a una ética del cuidado, lo que llevado a la práctica clínica implicó que quien fungía como terapeuta, fuera capaz de reconocer las diversas formas de pensamiento moral y afectivo, evitando imponer modelos normativos que puedan invalidar o malinterpretar las decisiones éticas de las mujeres desde marcos ajenos a su experiencia (Gilligan, 1982).

A inicios de los años noventa, la obra de Herman (1992), marcó un parteaguas en la comprensión del trauma desde una perspectiva feminista al exponer cómo el trauma psíquico especialmente en contextos de violencia sexual y doméstica debía ser entendido no solo desde una perspectiva clínica individual, sino como una respuesta a contextos de opresión y abuso estructural, esta visión permitió desarrollar enfoques terapéuticos más sensibles al contexto de género, centrados en la seguridad, la reconstrucción narrativa y el empoderamiento de las sobrevivientes. Para profesionales de la salud mental que trabajan con MCis, este enfoque resulta esencial, ya que muchas de ellas han experimentado violencia de género en distintos ámbitos y requieren intervenciones que reconozcan tanto el daño individual como su dimensión social (Sangiao y Martínez, 2021).

Posteriormente, la teoría de la interseccionalidad, propuesta inicialmente por Kimberlé Crenshaw en el ámbito jurídico, fue adoptada por psicólogas feministas como Patricia Hill Collins, ampliando el análisis hacia la complejidad de las identidades y opresiones que atraviesan a las mujeres, sosteniendo que el género no actúa de manera aislada, sino que se entrecruza con otros ejes como la raza, la clase, la orientación sexual o la discapacidad, generando experiencias de discriminación únicas (Crenshaw, 1991; Hill, 2000). En el ámbito clínico, este enfoque permite evitar generalizaciones o esencialismos sobre “lo femenino” y favorece una comprensión más contextualizada y plural de los malestares psíquicos (Ramírez, 2019).

En décadas recientes, diversas terapias afirmativas y queer-positivas han enriquecido el panorama clínico, desafiando los modelos cishetero-normativos que aún predominan en muchas prácticas psicológicas (Freitas De León, 2018). Serrano (2007) y Barker (2013), han propuesto enfoques terapéuticos que validan las identidades diversas de género y sexualidad, promoviendo el respeto, la autonomía y la despatologización de las experiencias no normativas. Aunque dirigidas también a personas trans, no binarias y queer, estas terapias son relevantes para la atención a MCis que desafían los roles tradicionales o que viven su cuerpo, sexualidad y deseo desde lugares no normativos, en este sentido la incorporación de estos enfoques permite una práctica más abierta, reflexiva y coherente con los principios de justicia de género (Bazán y Mansilla, 2022).

Finalmente, muchos modelos terapéuticos contemporáneos, como la terapia cognitivo-conductual, narrativa, humanista o sistémica, han sido reformulados desde una PG, estas adaptaciones han permitido que les, las y los profesionales puedan trabajar con mandatos de género internalizados, con el impacto de la violencia simbólica o estructural, y con temas como el autocuidado, la sexualidad, la culpa y la autonomía desde una mirada crítica (Aguirre, 2022). En todos los casos, lo central es comprender que la PG no es una técnica, sino un marco ético y político que permite contextualizar el sufrimiento, validar las vivencias de las mujeres y acompañarlas en procesos terapéuticos transformadores (Avila, 2019).

2.2.2 Beneficios de la Incorporación de la PG en la Atención Clínica

La incorporación de la PG en la práctica clínica ha significado una transformación profunda en la manera de comprender, abordar y acompañar el malestar psíquico en mujeres (Lagarde, 2005). Esta mirada reconoce que la salud mental no puede entenderse de forma aislada de los contextos socioculturales, históricos y relacionales en los que se desarrolla la vida de las personas, y visibiliza cómo las desigualdades de género, junto con otras formas de opresión, inciden directamente en la subjetividad y el padecimiento (Ruíz, 1998).

Históricamente, los modelos clínicos dominantes han tendido a interpretar el sufrimiento psicológico desde marcos individuales o biologicistas, lo que ha llevado, en muchas ocasiones, a invisibilizar las raíces estructurales del malestar femenino, patologizando experiencias que tienen un fuerte componente social (Fernández, 1993). La PG, en cambio, permite una lectura crítica y contextualizada del síntoma, en la que se consideran las dinámicas de poder, los mandatos de género y las condiciones materiales y simbólicas que atraviesan la vida de las mujeres (Ávila y Caballero, 2016).

Este apartado explora dos beneficios fundamentales de este enfoque en la práctica clínica, en primer lugar, se analiza cómo el uso de una PG posibilita una mayor comprensión del malestar psíquico en mujeres desde un enfoque estructural y relacional, superando las explicaciones reduccionistas y favoreciendo intervenciones más empáticas y pertinentes (Moreno y Carrillo, 2016). Se ha demostrado que integrar este encuadre facilita identificar cómo el sufrimiento se inscribe en relaciones desiguales de poder y en mandatos de género internalizados, lo cual permite resignificar la experiencia subjetiva y construir narrativas más amplias y menos culpabilizantes para las mujeres (Navarro et al., 2024).

En segundo lugar, se aborda su contribución a la prevención de la revictimización y la reproducción de estereotipos en el espacio terapéutico, lo cual resulta indispensable para construir relaciones clínicas éticas, respetuosas y transformadoras (Vaca-Ferrer et al., 2021). Una atención sin PG corre el riesgo de reforzar prejuicios sexistas o de señalar a las mujeres por su padecimiento, mientras que un enfoque sensible al género promueve la validación del relato, la escucha activa y la deconstrucción de discursos patriarcales que perpetúan el daño (Avila, 2019).

2.2.2.1 Mayor Comprensión del Malestar Psíquico en Mujeres Desde un Enfoque Estructural y Relacional.

La inclusión de la PG en la atención clínica ha permitido una comprensión más profunda, crítica y contextualizada del malestar psíquico en mujeres, superando visiones individualistas o biologicistas que históricamente han dominado la práctica psicológica (Bacigalupe et al., 2022). Desde una mirada estructural y relacional, el sufrimiento de las mujeres no se reduce a síntomas aislados ni a características personales, sino que se reconoce como resultado de la interacción entre condiciones estructurales de desigualdad de género, vínculos afectivos atravesados por dinámicas de poder y narrativas culturales que moldean su subjetividad (Villavicencio y Zúñiga, 2015).

En el paradigma biomédico o de la psicología tradicional, los síntomas que presentan las mujeres, como ansiedad, depresión, culpa, insatisfacción corporal, entre otros, suelen ser interpretados como disfunciones internas o trastornos individuales, sin embargo, diversas autoras feministas han señalado que estos malestares, lejos de ser únicamente intrapsíquicos, expresan una relación activa con un entorno que desvaloriza lo femenino, exige sacrificios emocionales y reproduce múltiples formas de violencia, simbólica y material (Cleghorn, 2021). En este sentido, la PG aporta un marco analítico que visibiliza cómo los mandatos de género, los roles tradicionales y las experiencias de desigualdad, incluyendo la violencia de pareja, la sobrecarga de cuidado, la discriminación laboral o la medicalización de la diferencia, se inscriben en la subjetividad femenina generando malestar (Pujal et al., 2020).

Desde un enfoque estructural, se considera que las mujeres se enfrentan a condiciones sociales marcadas por relaciones de poder desiguales, que afectan directamente su salud mental (Homan, 2024). Tal como lo plantea Lagarde (2005), las mujeres han sido socializadas en “cautiverios” que condicionan su autonomía, su agencia y su acceso a una vida plena, donde la subordinación estructural no solo opera a través de la violencia física, sino también mediante discursos que construyen lo femenino como pasivo, débil, emocional o dependiente. Esta interiorización de los mandatos patriarcales se expresa en una autovaloración deteriorada, en el silenciamiento de las necesidades propias o en la dificultad

para poner límites, lo cual es frecuente en mujeres que acuden a terapia manifestando sentimientos de angustia, vacío o desconexión de sí mismas (Brown, 2018).

Por otro lado, el enfoque relacional aporta una mirada clave para entender de qué manera los vínculos afectivos, familiares, de pareja, laborales o sociales, inciden como signo de salud mental (Jordan et al., 1991). Esta teoría sostiene que el desarrollo psíquico ocurre en el contexto de relaciones mutuamente empáticas y seguras, sin embargo, muchas mujeres crecen y se desarrollan en relaciones marcadas por la jerarquía, el abuso o la invisibilización, lo que puede llevarlas a experimentar culpa por sus necesidades emocionales, miedo a la autonomía o una tendencia a priorizar el bienestar de otros sobre el propio (Jordan et al., 1991).

La incorporación de estas perspectivas en la clínica permite a los/as profesionales de la salud mental reconocer que el sufrimiento de muchas mujeres no es señal de debilidad, sino una expresión coherente ante contextos de opresión y desconexión (Tseris, 2023). La psicoterapia con enfoque de género, al integrar estos elementos, se convierte en un espacio de validación, reflexión crítica y reconstrucción identitaria, donde se problematizan los mandatos sociales y se fomenta el empoderamiento subjetivo, lo cual es importante en la atención a MCis, quienes muchas veces han sido socializadas en un marco de obediencia, cuidado y silencio emocional, y requieren procesos terapéuticos que reconozcan sus historias desde una perspectiva de justicia social y no de déficit individual (Avila, 2019).

Asimismo, adoptar una mirada estructural y relacional implica que quien funge en el papel de terapeuta, pueda reconocer su propia posición en las relaciones de poder dentro del espacio clínico (Distiller, 2022). Tal como plantea Brown (2018), el rol del/a profesional no debe ser de experto/a que interpreta desde una supuesta neutralidad, sino el de acompañante ético que colabora en la resignificación del malestar desde una comprensión situada, de esta forma el encuadre clínico entraría en el ámbito ético-político permitiendo no solo aliviar el síntoma, sino transformar las condiciones que lo producen o perpetúan.

En suma, la comprensión del malestar psíquico en mujeres desde una PG estructural y relacional implica una ruptura con los modelos psicoterapéuticos tradicionales, y abre paso

a prácticas más críticas y empáticas, de manera tal que no solo mejore la calidad de la atención clínica, sino que contribuya a una psicología más comprometida con la transformación social y con el bienestar integral de las mujeres (Toribio, 2020).

2.2.2.2 Prevención de la Revictimización y Reproducción de Estereotipos.

En el ámbito clínico, la incorporación de la PG resulta fundamental para evitar prácticas que perpetúen la revictimización y la reproducción de estereotipos de género, ya que tradicionalmente, la psicoterapia ha estado influida por modelos normativos de subjetividad, en los que lo femenino se asocia con la emotividad, pasividad o la dependencia, reforzando así marcos interpretativos que patologizan la experiencia de las mujeres, lo que ha llevado, en muchos casos, a intervenciones que no solo ignoran los contextos estructurales de desigualdad, sino que también colocan la responsabilidad del malestar exclusivamente en las pacientes (Bosch et al., 2005; Caponi et al., 2023).

La revictimización en el espacio terapéutico puede entenderse como el proceso mediante el cual una persona que ha vivido situaciones de violencia, particularmente de género, es expuesta nuevamente a dinámicas que la reproducen, ya sea mediante el juicio, la descalificación, la minimización de su relato o la insistencia en lecturas patologizantes que despolitizan su experiencia (Lagarde, 2005). Esto puede darse cuando los/as profesionales no reconocen los factores estructurales que atraviesan las historias de vida de sus pacientes o cuando utilizan marcos diagnósticos sin un análisis crítico de género (Tseris, 2023).

En este sentido, la PG permite reconocer que muchas problemáticas que llevan a las mujeres a consulta no son únicamente resultado de conflictos individuales, sino que se insertan en una matriz social de desigualdad y violencia (Bacigalupe et al., 2022). Por ello, una práctica clínica sensible al género parte de la escucha empática, la validación del testimonio y la identificación de los mandatos sociales que configuran la subjetividad femenina y sus malestares, ya que no solo se busca evitar la revictimización, sino promover procesos terapéuticos más reparadores y transformadores (Muruaga y Pascual, 2019).

Asimismo, la reproducción de estereotipos de género en la clínica puede observarse cuando se refuerzan roles tradicionales, como la maternidad sacrificada, la pareja abnegada

o la mujer emocionalmente inestable, como parámetros normativos de salud mental. En lugar de cuestionarlos, estos imaginarios se consolidan como modelos de lo deseable, limitando la agencia y la autonomía de las mujeres (Worell y Remer, 1992). La PG invita a deconstruir estas imágenes, promoviendo la reflexión crítica tanto en la persona terapeuta como en la consultante sobre cómo estas narrativas han impactado su subjetividad (Avila, 2019).

Uno de los mayores retos de la intervención con PG es el trabajo reflexivo y continuo de los/as profesionales sobre sus propios sesgos (Avila, 2019). El proceso de formación en psicología, al estar atravesado por una matriz androcéntrica, requiere ser revisado críticamente para evitar reproducir prácticas que invisibilicen o minimicen la violencia estructural, en esta vía, resulta necesario fomentar la supervisión con enfoque de género, el trabajo interdisciplinario y la formación permanente en temas de género, violencia y derechos humanos (Bonilla, 2010).

Por otro lado, la PG no implica una forma única de intervención, sino una orientación ética, política y metodológica que puede integrarse a diversos enfoques psicoterapéuticos, cuyo eje principal es el reconocimiento del contexto sociohistórico de las pacientes, la validación de sus experiencias y la promoción de su agencia subjetiva, de manera que se prioriza la escucha activa, el acompañamiento sin juicio, y la co-construcción de significados que permitan a las mujeres resignificar su historia desde una posición de mayor poder y autonomía (Aguirre, 2022).

La incorporación de la PG en la psicoterapia representa una herramienta indispensable para prevenir la revictimización y desmontar estereotipos que limitan el bienestar y la salud mental de las mujeres, ya que lejos de ser un enfoque accesorio, se trata de una apuesta ética que interpela profundamente la práctica clínica, orientándola hacia la justicia, la dignidad y la transformación subjetiva (Sangiao y Martínez, 2021).

Capítulo 3. Diagnóstico

En este capítulo, se expone el procedimiento seguido durante el diagnóstico. Se inicia detallando los objetivos que sirvieron de orientación para llevar a cabo las diversas actividades, posteriormente, se describe la metodología empleada para recopilar y analizar los datos recabados. Por último, se exponen los resultados obtenidos y se realiza un análisis de estos.

3.1 Objetivos

Objetivo General: Identificar cómo articulan la PG los/as/es profesionales de la psicología en su práctica clínica con MCis, para atender su salud mental.

Objetivos específicos:

Considerando a los/as/es profesionales de la psicología:

- Conocer la formación sobre PG con la que cuentan.
- Reconocer la relevancia que tiene la formación con PG en su práctica terapéutica.
- Indicar los elementos de la PG que consideran importantes para favorecer buenas prácticas en el ejercicio clínico.
- Señalar cómo ha sido tratada la salud mental en las MCis en el espacio terapéutico.

3.2 Método

El siguiente estudio constituyó una investigación de tipo aplicada (Muñoz, 2015), el problema observado tuvo como finalidad conocer cuál es la intervención más pertinente para la implementación de la PG en profesionales de la psicología que atienden a MCis. Acorde a lo estipulado por Hernández et al., (2015), el enfoque desde el que se abordó fue cuantitativo, ya que para la recolección de datos se ocupó un cuestionario de *Google Forms* que planteaba preguntas con diversas opciones de respuesta, la mayoría de tipo Likert, y unas pocas abiertas, sobre todo cuando se trataba de averiguar opiniones. El alcance fue descriptivo, ya que la principal finalidad fue conocer con especificidad algunas de las opiniones que tenían los/las/les profesionales de la psicología respecto a la incorporación de la PG en la práctica terapéutica con MCis (Hernández et al., 2015). El diseño fue no experimental y transversal.

3.2.1 Muestra

El tipo de muestra ocupada para este estudio fue de carácter no probabilístico y por oportunidad (Hernández et al., 2015). Se contactó con dos personas clave que conducen grupos de psicólogos/as/es, quienes me permitieron compartir la liga del cuestionario por medio de sus grupos de *WhatsApp*, una de ellas fue la directora del Centro de Atención y Evaluaciones Psicológicas e Interdisciplinarias (CAEPSI), con quien mantengo una relación de trabajo cordial y amistosa, este grupo está conformado por un total de 71 miembros profesionales de la psicología.

Con la segunda persona clave tuve contacto a partir de mi codirectora de tesis, quien hizo el favor de escribirle, contarle un poco del proyecto de investigación y ver si le interesaba participar en él, ella es fundadora de la Red Nacional de Psicólogas y Psicoterapeutas Feministas (RNPPF), constituido por 56 participantes, quienes tienen una línea de trabajo desde el enfoque feminista, de PG y de DDHH. Los criterios de inclusión para la participación se limitaron a que fueran profesionales de la psicología clínica que se encontraran ejerciendo activamente durante el tiempo que duró la recolección de datos, que contaran con cédula profesional y que tuvieran más de seis meses atendiendo a consultantes MCis. Los criterios de exclusión fueron; no contar con cédula profesional, que tuvieran menos de 6 meses ejerciendo activamente la práctica clínica y que no hubieran atendido a mujeres adultas cisgénero.

Al comienzo se buscó que la población estuviera únicamente integrada por profesionales de la psicología pertenecientes a los dos grupos mencionados, sin embargo, no fue posible por cuestión de tiempos y disponibilidad de quien participó. Por tanto, la muestra final estuvo integrada por 106 personas, 83 pertenecen al género femenino, 20 al masculino, 2 se identifican como no binario y 1 persona escogió la opción: “prefiero no decirlo”, las edades abarcan de los 22 a los 56 años, siendo las más frecuentes los 28 y 32 años con 9 participantes en cada una, el promedio de la edad es 35.32 y la desviación estándar 8.8. Las entidades donde radican son 14; San Luis Potosí, Sinaloa, Chiapas, Guerrero, Oaxaca, Nayarit, Morelos, con 1 participante para cada una, Guanajuato, Jalisco y Michoacán con 2, Hidalgo;5, la CDMX;9, el Estado de México;10, y Querétaro con la mayor cantidad: 66

participantes. El 92.5% de la muestra refirió contar con cédula profesional en materia de psicología.

3.2.2 Técnicas e Instrumentos

Para la recolección de datos se empleó un cuestionario de tipo cuantitativo, el cual abordó por una parte algunos ejes temáticos en torno al conocimiento sobre la PG, así como de los principales motivos de consulta de las MCis y las consideraciones del género como un factor determinante, también se indagó acerca de la valoración que tenían los/as/es profesionales de la psicología respecto a la utilidad de la PG cuando consultaban a MCis. Para lo anterior se hizo uso del formulario de *Google*. Al inicio se tenía planeado hacer a la par entrevistas semiestructuradas para completar la información recabada, sin embargo, esto ya no fue posible por el tiempo limitado con el que se contó.

3.2.3 Procedimiento

Lo primero que se realizó fue la indagación en la literatura, con el propósito de conocer las líneas temáticas para las preguntas del cuestionario, se cuidó que estuvieran enfocadas a los objetivos planteados, posteriormente se hizo un pilotaje de la primera versión del cuestionario, el cual se ejecutó vía *zoom*, se pidió permiso a quien participó para poder ser grabado. Participaron seis profesionales de la psicología; cuatro varones, quienes no tenían ninguna formación en PG, ni DDHH, las otras dos fueron mujeres, quienes contaban con previo conocimiento de la PG y mencionaron aplicarla en su práctica clínica con MCis. Una de las psicólogas es la fundadora de la RNPPF, quien fungió como una persona clave para la investigación.

Las respuestas y comentarios por parte de los/as/es participantes en el pilotaje sirvieron para el ajuste del cuestionario. Para la difusión se creó una imagen en la que se colocó información referente al tema de la investigación, los logos de la universidad, así como un QR que dirigía directamente al formulario. En el caso del semillero que contaba con PG y DDHH la líder compartió la información en el grupo de *WhatsApp*, sirviendo de respaldo en la importancia de la participación.

Para el segundo semillero para recabar datos, la directora de CAEPSI no compartió directamente la información vía WhatsApp, más bien me dio el permiso de tomar partida en esa acción. Debido a que esa modalidad no tuvo mucho éxito, se optó por mandar un mensaje con la imagen y el *link* del formulario de manera individual, lo cual aumentó de manera significativa las respuestas y por ende las participaciones. Cabe destacar que al inicio del formulario se mencionaba el objetivo del estudio, así como la confidencialidad de los datos personales y el uso de los resultados con fines meramente académicos.

3.3 Resultados y Discusión

Los resultados se estructuraron conforme a los objetivos específicos, que concuerdan con las 4 secciones que abarca el formulario aplicado. A continuación describiré los objetivos seguidos por sus resultados.

El primer objetivo fue: Conocer la formación sobre PG con la que cuentan los profesionales de la psicología en su práctica clínica con MCis, para atender su salud mental. El 65.1% de la muestra refiere haber obtenido alguna formación sobre PG durante su formación académica, el 34.9% menciona no haberla tomado.

Respecto a la formación posterior a la conclusión de los estudios universitarios, la mitad de la muestra reporta haber tomado más de 40 horas aprox. (Tabla 1), de formación en PG.

Tabla 1

Formación posterior a la conclusión de los estudios universitarios

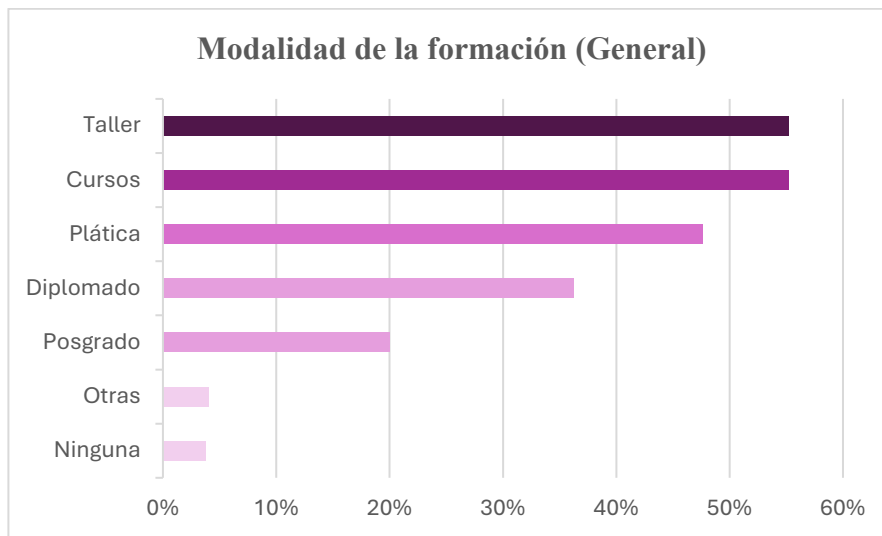
Horas aproximadas de formación en PG	Porcentajes
Más de 40 horas	49.1%
1 a 10 horas	22.6%
11 a 20 horas	14.2%
21 a 40 horas	8.5%
0 horas	5.7%

Fuente: Elaboración propia.

Dentro de las principales modalidades para la formación con PG se encuentran los talleres y cursos, ambos con una puntuación de 55.2%, seguidos de pláticas con 47.6% (Figura 1).

Figura 1

Modalidad de la formación en PG (General)



Fuente: Elaboración propia.

Con relación a la formación en PG para su aplicación específica en el ámbito terapéutico el porcentaje de quienes tomaron más de 40 horas corresponde al 38.4%, mientras que el de 0 horas es de 10.1% (Tabla 2).

Tabla 2

Formación en PG específica para su aplicación en el ámbito terapéutico

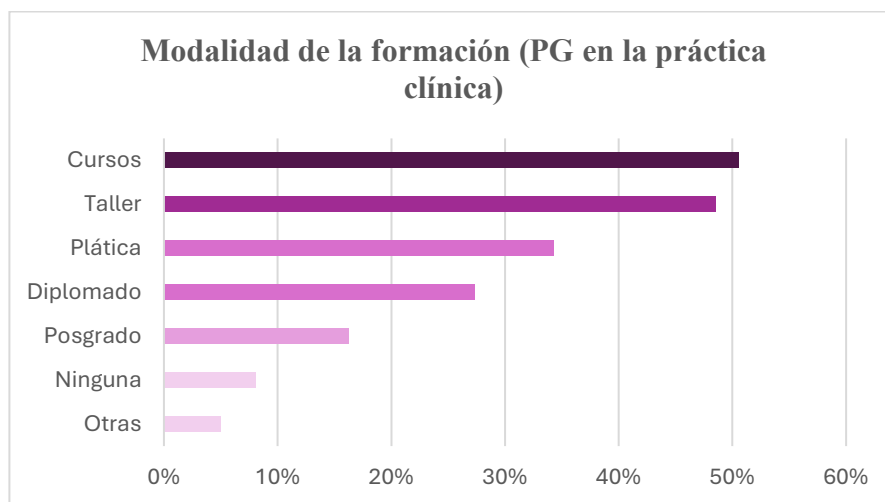
Horas aproximadas	Porcentajes
Más de 40 horas	38.4%
1 a 10 horas	24.2%
11 a 20 horas	16.2%
21 a 40 horas	11.1%
0 horas	10.1%

Fuente: Elaboración propia.

Dentro de las principales modalidades para la formación con PG en el ámbito terapéutico se encuentra en primer lugar: cursos con 50.5%, seguido de talleres; 48.5% y pláticas; 34.3% (Figura 2).

Figura 2

Modalidad de la formación en PG en la práctica clínica



Fuente: Elaboración propia.

Los datos nos muestran que el porcentaje de la formación en PG aplicada al ámbito terapéutico disminuye un 10.7% en el intervalo de “Más de 40 horas” respecto con el de formación en PG en general, en cuanto a la opción de “0 horas” presenta un aumento de 4.4%. Los demás intervalos: “1 a 10 horas”, “11 a 20 horas” y “21 a 40 horas” tuvieron un leve incremento con relación a la formación en PG aplicada al ámbito terapéutico en contraste con la general.

En cuanto al tipo de formación, los datos nos advierten de una reducción en el porcentaje de los principales medios educativos: talleres, cursos y pláticas respecto de la modalidad aplicada en el ámbito terapéutico con la general.

Lo anterior nos señala dos cosas: la primera es que hay una reducción entre las horas que se toman de formación en PG aplicada en el ámbito terapéutico en comparación con la general. La segunda; que el porcentaje de los principales medios informativos (talleres, cursos y pláticas), aplicada a la práctica clínica disminuye en comparación con la modalidad general. Esto podría significar que hay menos formación en PG aplicada al ámbito terapéutico que la que hay de manera global.

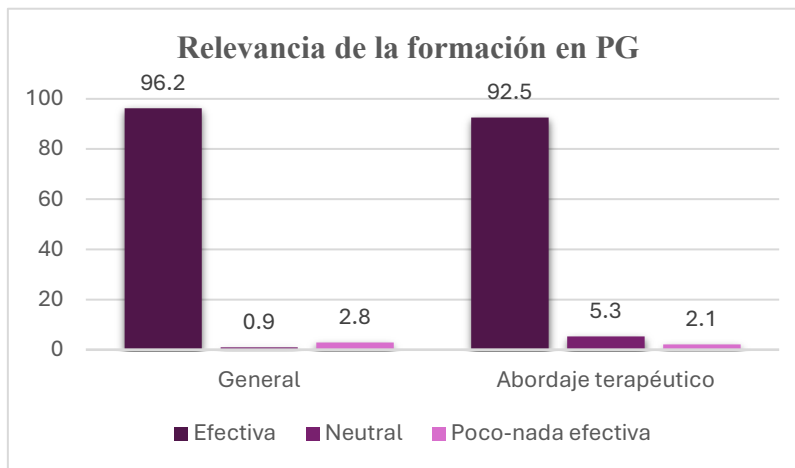
Es importante recalcar que uno de los semilleros participantes conforma la RNPPF, cuyo conocimiento de la PG y de DDHH es mayor que el presente en el otro grupo, motivo por el cual el porcentaje de quienes posterior a la conclusión de los estudios universitarios buscaron una formación con PG, resulta elevado.

3.3.1 Relevancia de la Formación con Perspectiva de Género.

El segundo objetivo fue: Reconocer la relevancia que tiene la formación con PG. En el estudio se encontró que el 96.2% de participantes la consideran relevante, mientras el 3.7% poco relevante. En tanto los datos para la formación en el abordaje terapéutico el 92.5% lo considera efectivo, mientras que el 7.4% neutral o poco efectivo (Figura 3).

Figura 3

Relevancia de la formación en perspectiva de género



Fuente: Elaboración propia.

Podemos notar que el porcentaje de participantes que considera relevante la formación en PG es alto, son muy pocas las personas que eligieron la opción de “poco” y “nada efectiva”. Esto puede estar relacionado a que uno de los semilleros está inmerso en una red de psicólogas y psicoterapeutas con conocimiento de la PG y DDHH.

Por otra parte, los datos arrojaron que el 39.6% de participantes le confiere un nivel alto de relevancia a los análisis o abordajes con PG durante las sesiones de terapia, ya que lo utilizan siempre, el 47.2% le brinda un nivel medio, puesto que hacen uso de él ocasional y frecuentemente, mientras el 13.3% es bajo. Esto da cuenta de que hay un elevado interés por parte de los/as/es profesionales de la psicología con relación a la aplicación de la PG en el ámbito terapéutico, lo cual me parece de suma importancia para la intervención, ya que estarán mayormente motivados a participar en ella.

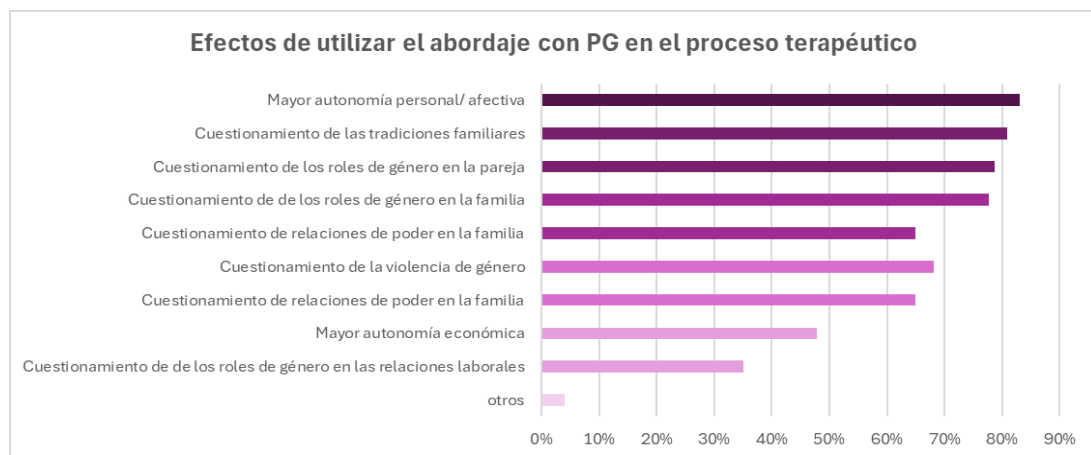
3.3.2 Elementos Importantes de la Perspectiva de Género para Favorecer las Buenas Prácticas en el Ámbito Terapéutico

El tercer objetivo fue: Indicar los elementos de la PG que consideran importantes las, los, les profesionales de la psicología para favorecer buenas prácticas en el ejercicio clínico. Los resultados nos muestran que uno de los principales efectos en las consultantes MCis, cuando se utiliza el abordaje con PG en el proceso terapéutico, es una mayor autonomía personal y afectiva; 83%, seguido por el cuestionamiento de las tradiciones familiares;

80.9%, los roles de género en la pareja; 78.7%, familia; 77.7%, así como el cuestionamiento de relaciones de poder en la pareja; 72.3% (Figura 4).

Figura 4

Efectos de utilizar el abordaje con perspectiva de género en el proceso terapéutico



Fuente: Elaboración propia.

Por tanto, el que las mujeres, por medio de la PG aplicada en la práctica clínica, obtengan una mayor autonomía personal y afectiva, la cual es fundamental para la salud mental, ya que constituye parte de la percepción que la persona tiene sobre sí misma (Jhorima, 2001), les permite ser menos susceptibles a la sumisión o dominación, o bien, negarse a cumplir con las expectativas sociales, las cuales en muchas ocasiones son las causantes de un mayor grado de vulnerabilidad respecto al agotamiento emocional y al estrés (Castro y Díaz, 2018).

Respecto a las técnicas que más les ha funcionado a profesionales de la salud mental que atienden a mujeres adultas cisgénero, se encuentran entre las tres primeras: 1. examinar los conflictos y repercusiones que traen las construcciones de género propias de un sistema patriarcal, 2. poner atención en cómo las construcciones de género influyen en la manera en que se expresa el malestar y 3. hacer preguntas centradas en el género, en ámbitos como las tareas domésticas, cuidados de los integrantes del hogar, crianza, espacios en el hogar,

tiempos de recreación, economía del hogar, proyectos personales, sexualidad, afectividad y amor (Tabla 3).

Tabla 3

Principales técnicas ocupadas por profesionales de la psicología

Técnicas	Porcentajes
Examinar los conflictos y repercusiones que traen las construcciones de género propias de un sistema patriarcal.	72.3%
Poner atención en cómo las construcciones de género influyen en la manera en que se expresa el malestar.	70.2%
Hacer preguntas centradas en el género, en ámbitos como: tareas domésticas, cuidados de los integrantes en el hogar, crianza, espacios en el hogar, tiempos de recreación, economía del hogar, proyectos personales, sexualidad/afectividad/amor, etc.	64.9%
No normalizar cuando se encuentran síntomas que estereotípicamente corresponden al género de la persona consultante (Ej. Depresión, ya que el llanto recurrente se asocia con lo "femenino").	63.8%
Poner en palabras los dolores y malestares que se relacionan con la construcción social del género.	63.8%
Enmarcar los problemas individuales, como parte de un contexto social.	59.6%
Otras (opciones que las, los, les participantes anotaron:	
<ul style="list-style-type: none"> • Los sistemas religiosos, cuando el consultante lo pone se revisan. • Poner ejemplos de creencias románticas que devienen del sistema patriarcal. • Cuestionamiento de introyecciones, impacto en la vida personal y en sus vínculos. Acompañamiento de construcción de otras formas de ser y estar. 	3%

Fuente: Elaboración propia.

Las mejoras que fueron sugeridas para el fortalecimiento de la incorporación de la PG en la práctica terapéutica por parte de profesionales de la psicología fueron las siguientes:

1. Reconocer y cuestionar los propios sesgos asociados al género.
2. Intervenir en terapia tomando en consideración las construcciones sociales del género.
3. Analizar la influencia del género en el motivo de consulta, y/o en el malestar de quien consulta.
4. Tomar una posición como profesional de la salud mental acorde al enfoque de género.
5. Admitir la influencia del género entre consultante y terapeuta.

Dentro de sus propias propuestas están:

1. Psicoeducación en temas de género y sexualidad de los pacientes.
2. Tener un espacio permanente de terapia como profesionales de la psicología clínica, así como espacios de supervisión. Ambos con profesionales que a su vez tengan PG.
3. Desde la presentación como profesional asumirse y trabajar desde la PG y DH.
4. Certificaciones.
5. Incorporar el enfoque basado en DDHH y sobre las disidencias sexo-genéricas.

Con lo anterior se puede notar un interés y necesidad por trabajar sobre temas relacionados con el género, la sexualidad y los DDHH, los cuales están intrínsecamente relacionados, también permite dar cuenta de la importancia del papel que tienen profesionales de la psicología en la conformación y práctica de un abordaje con PG, así como la apuesta por crear espacios en comunidad para el aprendizaje y supervisión.

3.3.3 Principales Barreras para la Incorporación de la PG

Las principales barreras para la incorporación de la PG en la psicoterapia, que identificaron los/as/es profesionales de la psicología fueron en primer lugar la naturalización de los roles de género, seguida de una formación familiar demasiado rígida o conservadora, así como una formación religiosa, las cuales están estrechamente relacionadas, pues las concepciones que colocan a la mujer en relación con el ámbito de lo emocional, inferior, privado, la sumisión, dependencia, pasividad, etc., provienen de un sistema de normas y prácticas mediante el cual una comunidad convierte la sexualidad biológica en productos y comportamientos humanos, satisfaciendo así las necesidades modificadas por la sociedad (Beauvoir, 1949; Rubin, 1986).

3.4 Otros Hallazgos

En esta área se colocan los enfoques y servicios, que abarcan la parte de la experiencia en la atención clínica que tienen los/as/es profesionales de la psicología, así como el principal enfoque utilizado en su práctica, que considera la corriente psicológica desde la cual trabajan, por último, se habla de la población que mayormente atienden. Esto resulta de importancia porque algunos enfoques de la psicología, por su propia estructura teórica, pueden resultar más flexibles que otros en su incorporación de la PG, en cuanto al tiempo y la calidad de experiencia profesional es porque son claves para entender cuán sensibilizados/as/es están las/os/es terapeutas respecto a las problemáticas de género. Aunque la experiencia profesional aporta un conocimiento valioso en la práctica clínica, diversas investigaciones han señalado que la falta de actualización en PG puede generar el riesgo de reproducir sesgos en la atención psicológica (Álvarez-Rementería et al., 2021; Lagarde, 1996). En este sentido, más que la cantidad de años de ejercicio, lo determinante es la formación continua y el compromiso ético con la revisión crítica de los propios marcos de referencia (Álvarez-Rementería et al., 2021).

3.4.1 Enfoques y Servicios

De manera adicional mencionaré la sección cinco, que tiene relación con los enfoques y servicios por parte de los/as/es profesionales de la psicología, para ello abordaré algunos aspectos importantes sobre la población muestra. El 2.8% de participantes tiene menos de un

año de experiencia en atención clínica, el 44.3% de uno a cinco años, el 52.8% de cinco a 20 años y el 4.7% más de 20 años. El principal enfoque que utilizan en la práctica clínica es el psicoanálisis; 42.5%, seguido del cognitivo conductual; 18.9%, sistémico; 13.2% y humanista; 8.5%. Lo anterior toma sentido ya que el 62.3% de participantes pertenece al estado de Querétaro, donde la principal institución de enseñanza para la carrera en psicología es la UAQ, la cual tiene un enfoque psicoanalítico².

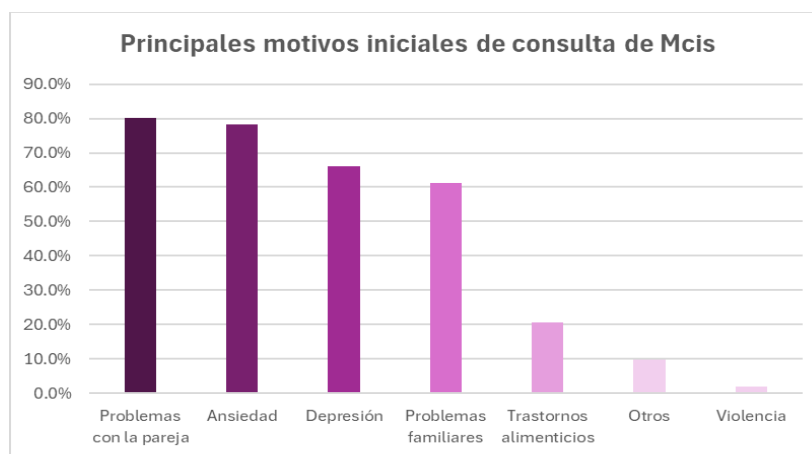
Dentro de la población que mayormente atienden profesionales de la psicología están las personas adultas; 79.2%, seguidas por jóvenes; 59.4%, adolescentes; 43.4%, infancias; 17.9% y adultos/as mayores; 9.4%. El tipo de atención que principalmente realizan es el individual, que abarca casi la totalidad de la muestra; 89.6%.

3.4.1.1 Principales Motivos Iniciales de Consulta.

Dentro de los principales motivos de consulta iniciales por los cuales las MCis buscan atención psicológica se encuentran: problemas con la pareja; 80.2%, seguidos por ansiedad; 78.3%, y depresión; 66% (Figura 5).

Figura 5

Principales motivos iniciales de consulta de Mcis



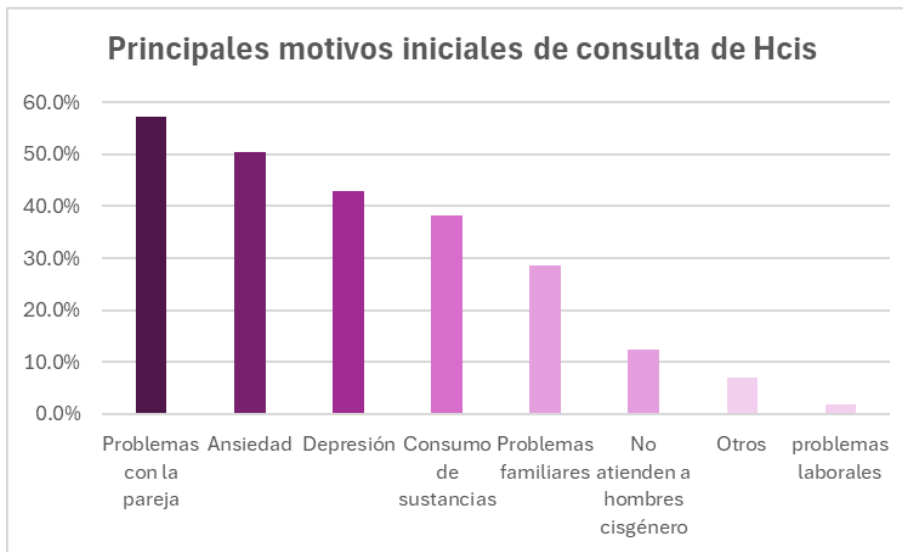
Fuente: Elaboración propia.

² Esta información se puede consultar en: <https://psicologia.uaq.mx/index.php/oferta-academica/maestrias/mpc/143-mapa-curricular>

Para el caso de los hombres, los principales motivos iniciales por los cuales buscan ayuda psicológica son: primeramente problemas con la pareja; 57.1%, luego ansiedad; 50.5%, depresión; 42.9% y consumo de sustancias 38.1% (Figura 6).

Figura 6

Principales motivos iniciales de consulta de Hcis



Fuente: Elaboración propia.

En ambas partes los problemas de pareja se presentan en primer lugar, posteriormente se encuentra la ansiedad y la depresión, posiblemente la primera como causa de las segundas (Méndez et al., 2022). La información anterior coincide con los datos estadísticos sobre los principales padecimientos mentales en la población mexicana, ya que de acuerdo con ellos tanto la depresión como la ansiedad son las primeras causas de enfermedad mental, y las padecen más mujeres que varones (ENBIARE, 2021; OPS, 2023), en tanto para los demás padecimientos, en mujeres se reportan trastornos alimenticios y violencia, mientras que en los varones se tiene el consumo de sustancias y los problemas laborales (Díaz-Martínez et al., 2003).

Un dato interesante por observar es que existe un 12.4% de profesionales de la psicología que no se dedica a la atención de hombres cisgénero, lo cual puede significar tres cosas: la primera de ellas es que por motivos personales, cada profesional decidió no atender a esta población, la segunda, puede ser señal de un mayor interés por parte de las MCis por acudir a atención psicológica, la tercer causa sería una mayor deserción por parte de los varones en los procesos de terapia, ya que de acuerdo con los resultados el 49.1% de profesionales de la psicología, conforme a su experiencia terapéutica, considera que los hombres son quienes más abandonan el proceso terapéutico, en comparación con un 8.5% de mujeres, el 27.4% considera que son ambos por igual, mientras que el 15.1% no se ha percatado de esa particularidad.

3.4.1.2 Principales Problemáticas Relacionadas con Violencia de Género.

Las principales problemáticas relacionadas con violencia de género que fueron detectadas son en primer lugar la psicológica con 98.9%, seguida de la emocional; 88.3%, sexual; 70.2%, económica; 62.8% y física; 51.1%. La que menor porcentaje obtuvo fue la laboral; 37.2%, así como otros tipos de violencia donde los/as/es participantes colocaron la violencia vicaria.

3.5 Conclusiones

Los datos nos revelan una tendencia preocupante en la formación en PG aplicada al ámbito terapéutico, con una disminución notable en el porcentaje de horas dedicadas a esta formación en comparación con la formación en PG en general. Este descenso se refleja también en una reducción en el uso de los principales medios educativos en el ámbito terapéutico en contraste con la modalidad general. Sin embargo, es alentador observar que existe un elevado interés por parte de los/as/es profesionales de la psicología en la aplicación de la PG en el ámbito terapéutico, ya que el porcentaje de relevancia resultó alto, este interés podría estar impulsado, en parte, por la influencia del semillero vinculado a la RNPPF que tiene conocimientos sobre PG y DDHH.

Los resultados evidencian una alta prevalencia de problemáticas relacionadas con violencia contra las mujeres, lo cual tendría su explicación en las principales barreras que se

encontraron para la incorporación de la PG en el ámbito terapéutico, como lo son la naturalización de los roles de género, la influencia de una formación familiar y religiosa conservadoras. Estas barreras reflejan la constante influencia de normas y prácticas sociales en la percepción y tratamiento de las problemáticas relacionadas con el género, y que permean en las distintas esferas de la vida de las mujeres, por lo que las contribuciones que la aplicación de la PG en la práctica clínica puede traer, de acuerdo con lo reportado por quien participó, son realmente relevantes, pues se centran en examinar los conflictos derivados de las construcciones de género patriarcales y en prestar atención a cómo estas influyen en la expresión del malestar.

Por tanto, hacer preguntas centradas en el género en diversos aspectos de la vida de las pacientes puede ser fundamental para una intervención terapéutica sensible y efectiva, que a su vez aumenta la autonomía personal y afectiva, lo cual es crucial para su salud mental, ya que les permitirá desafiar las expectativas sociales y reducir la depresión y ansiedad, que son dos de los principales padecimientos que presentan (ENBIARE, 2021; OPS, 2023). Me parece importante destacar que la mayoría de los/as/es profesionales encuestados poseen una formación centrada en el psicoanálisis, lo que puede influir en sus enfoques terapéuticos y la comprensión de las cuestiones de género.

La información recopilada también nos ofrece una visión completa de la intersección entre la psicoterapia y las cuestiones de género, sexualidad y DDHH. En primer lugar, se destaca el claro interés y la necesidad de abordar estos temas en la práctica clínica, lo que subraya el importante papel que desempeñan los/as/es profesionales de la psicología en la promoción de un enfoque con PG.

En resumen, si bien hay una tendencia preocupante hacia la disminución en la formación en PG aplicada al ámbito terapéutico, el alto interés y la relevancia percibida por parte de los profesionales destacan la importancia de continuar promoviendo y fortaleciendo esta perspectiva en la práctica clínica para mejorar la salud mental de las MCis, lo cual es parte del objetivo del presente estudio.

La información aquí descrita nos permitirá construir una intervención que tome en consideración los aspectos abonados por parte de los/as/es profesionistas de la psicología. Se tomará en consideración las herramientas, técnicas y barreras de las cuales se han percatado a lo largo de su experiencia clínica atendiendo a MCis, así como los servicios que han llegado a solicitar, se contemplarán los medios que prefieren para la formación de la PG dentro de los cuales se posicionan como los primeros los talleres, cursos y conversatorios. El 86% de la población participante se mostró interesada en contribuir en alguna de las actividades posteriores a la etapa de la investigación, lo cual representa un buen porcentaje para poder llevar a cabo la etapa de la intervención.

Capítulo 4. Diseño del Proyecto de Intervención

El proyecto de intervención surge a partir del diagnóstico realizado con profesionales de la salud mental que brindan atención clínica a Mcis, con el objetivo de identificar problemáticas frecuentes en la práctica terapéutica y los principales desafíos para la incorporación de la PG. Los hallazgos arrojaron que el principal motivo de consulta de las Mcis son los problemas de pareja, la violencia recibida más frecuentemente es la de tipo psicológico, y la principal barrera para la incorporación de la PG en terapia son los roles de género.

En el presente apartado se describe el diseño general del proyecto de intervención que abarca en primer lugar los objetivos de la intervención, integración del equipo de trabajo, seguido por el método utilizado, posteriormente se ubican las metas planteadas. Luego se especifica el diseño de la guía propuesta como producto de la intervención, que engloba los siguientes aspectos: objetivos de la actividad, beneficiarios/as/es, duración, método, recursos necesarios, productos de la actividad, medios de verificación.

4.1 Objetivos

Objetivo General: Construir una guía que brinde herramientas de PG a profesionales de la psicología en su práctica clínica con MCis.

Objetivos específicos:

- a) Diseñar una guía para la práctica psicológica con PG.
- b) Evaluar la funcionalidad de guía propuesta con psicólogos/as/es clínicos.

Las metas relacionadas con estos objetivos para realizarse de agosto a diciembre del 2024 fueron:

- 1) Un documento con una guía que brinde herramientas de PG a profesionales de la psicología en su práctica clínica con MCis.
- 2) Participación de por lo menos 15 personas profesionales en psicología para evaluar el contenido en el pilotaje y la versión final de dicha guía.

Personas Beneficiarias

Cabe mencionar que las personas beneficiarias en este proyecto son profesionales de la salud mental que atienden a Mcis adultas en RNPPF y de CAEPSI. Sin embargo, se espera que el manual pueda alcanzar a grupos amplios de personas profesionales en psicología.

Recursos Materiales

Los principales recursos materiales para el proyecto fueron: acceso a internet y bases de datos documentales, equipo de cómputo y plataforma de sesiones virtuales de *Google Meet*.

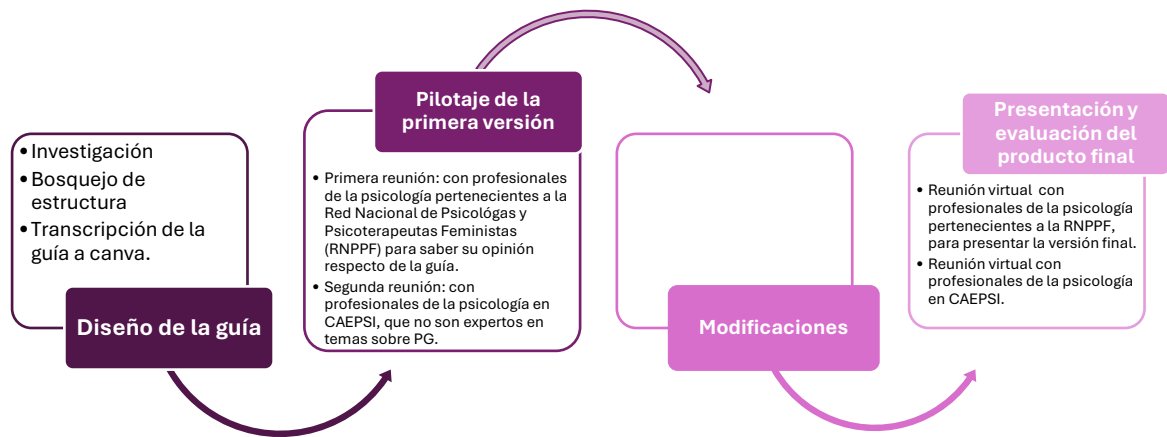
4.2 Diseño General del Proyecto de Intervención

Para la construcción de la guía en primer lugar, se realizó la selección de los tópicos por abordar, posteriormente se llevó a cabo la identificación de la información pertinente en la teoría con el objetivo de fundamentar los contenidos de la guía, a continuación, se procedió a expresar los conceptos e ideas de forma clara y detallada, procurando que el material resultara comprensible y útil. Una vez establecido el marco conceptual, se trabajó en la identificación de las técnicas clínicas más pertinentes, seleccionando aquellas que han demostrado efectividad en la atención a Mcis que han vivido violencia psicológica en la pareja. Esta información fue analizada para corroborar si podía transversalizarse con la PG. En una etapa posterior, se optó por categorizar las técnicas propuestas según su enfoque terapéutico, lo cual facilita su aplicación práctica según la orientación profesional de quien la utilice. Finalmente, se procedió a evaluar la herramienta creada y realizar los ajustes pertinentes conforme a la información obtenida en el pilotaje realizado con quien participó en su construcción.

El diseño de la guía se llevó a cabo en el período del 20 de agosto al 15 de septiembre de 2024, posteriormente se realizó una primera presentación del producto, que sirvió como prueba piloto para poder hacer modificaciones pertinentes. Del 23 de septiembre al 4 de octubre se realizaron los cambios para conformar la segunda versión de la guía. La versión final de la guía se presentó el 5 de diciembre y del 9 al 12 se trabajó en la sistematización de los resultados. Así, la creación de la guía estuvo conformada por cuatro actividades (Figura 7):

Figura 7

Diagrama general del proyecto de intervención



Fuente: Elaboración propia.

1. **Diseño de la guía:** El diseño abarcó la investigación complementaria de los tópicos a trabajar, identificar la información pertinente en la teoría para su construcción, la creación de la estructura del producto, el desarrollo del contenido de la guía misma (en un documento), y el traslado a la versión en digital realizada con ayuda de la aplicación *canva*, que es gratuita.

Con relación a las técnicas propuestas en la guía se realizó lo siguiente:

- a) Identificar las técnicas más pertinentes en cuanto a su efectividad.
- b) Analizar la información encontrada.
- c) Categorizar las técnicas propuestas por enfoque.
- d) Describir los pasos a seguir para cada técnica.

Duración de la actividad: 4 semanas.

Productos de la actividad: Guía que brinde herramientas para el abordaje de la PG en la práctica clínica de profesionales de la psicología que atiende a MCis, en un documento.

2. **Pilotaje de la primera versión:** Posteriormente se realizó un pilotaje de la primera versión con ambos semilleros, el primero (RNPPF), desde el comienzo quedó estipulado de manera *online*, el segundo (CAEPSI), pretendía ser de manera presencial en las instalaciones de la institución, sin embargo, este plan tuvo que modificarse por la preferencia de los/as/es participantes a quienes se les acomodaba más la modalidad en línea. Estas reuniones tuvieron como objetivo presentar los avances en la conformación de la guía para que los/as/es profesionales de la psicología pudieran brindar su retroalimentación. Para el pilotaje se estableció como meta que por lo menos asistieran 15 profesionales de la psicología en la primera presentación del producto.

El procedimiento para realizar el pilotaje incluyó:

- a) Socializar y validar de manera preliminar el contenido de la guía con profesionales directamente involucrados/as/es en la atención clínica de MCis, para asegurar la pertinencia y aplicabilidad en la práctica terapéutica.
- b) Presentación de la guía a profesionales en una sesión virtual. Se utilizó una técnica de validación de contenido que busca que quienes participan directamente revisarán el material y evaluarán su pertinencia, claridad y aplicabilidad.
- a) Recoger observaciones, sugerencias y críticas constructivas que permitan mejorar y ajustar el contenido de la guía de acuerdo con la experiencia y necesidades de los/as/es psicólogos/as/es clínicos/as/es. Se empleó una recolección de opiniones cuantitativas mediante un cuestionario creado en *Google Forms*.
- c) Devolver los resultados de la investigación a las personas participantes como parte de un proceso ético de investigación participativa, fortaleciendo la transparencia y el reconocimiento de su contribución.

Duración: 1 semana.

Productos de la actividad: Base de datos digital del *Google Forms*, con las opiniones de las/os/es psicólogas/os/es.

Medios de verificación:

- Registro fotográfico.
- Presentación del material.
- Cuestionario cuantitativo.

3. **Modificación de la guía:** Los comentarios y observaciones elaborados sirvieron para hacer modificaciones a la primera versión de la guía. Para lo cual se empleó un método de análisis cuantitativo de retroalimentación, mediante el cual se sistematizaron las observaciones y comentarios de los/as/es profesionales de la psicología para realizar ajustes iterativos en el manual, asegurando su pertinencia, claridad y aplicabilidad en la práctica clínica.

Duración: 2 semanas.

Productos de la actividad: Mejora y reestructura de la guía para brindar herramientas de abordaje con PG para la práctica clínica de profesionales de la psicología que atiende a MCis.

Medios de verificación:

- Análisis del cuestionario cuantitativo.
- Documento de ajustes realizados a la guía basados en la retroalimentación.

4. **Presentación y evaluación de la versión final de la guía.** La presentación del producto final se presentó a personas profesionales en psicología para que pudieran evaluar el producto final del proyecto, antes de ser socializada a la comunidad beneficiaria.

4.2.1 Objetivos

Objetivo General: Evaluar las técnicas propuestas en la guía para brindar herramientas de PG a profesionales de la psicología en su práctica clínica con MCis.

Objetivos específicos:

Recabar la percepción de los/as/es profesionales de la psicología clínica respecto a las técnicas propuestas en la guía:

- Utilidad.
- Aplicabilidad.
- Conveniencia para su transversalización con la PG.
- Claridad.
- Extensión.

Procedimiento:

- a) Presentación de la guía a profesionales: Se utilizó una técnica de validación de contenido que busca que quienes participan directamente revisen el material y evalúen su pertinencia, claridad y aplicabilidad.
- b) Solicitud de retroalimentación: Se empleó una recolección de opiniones cuantitativas mediante un cuestionario creado en *Google Forms*. El propósito principal de la evaluación consistió en obtener comentarios acerca de la utilidad, aplicabilidad, claridad, extensión y conveniencia para la transversalización con la PG de las técnicas sugeridas, fundamentadas en una escala de valoración de “Muy útil” = 5, “Útil” = 4, “Neutral” = 3, “Poco útil” = 2 y “Nada útil” = 1 (Figura 8).
- c) Compartir hallazgos y resultados: Devolución de los resultados que conforma una práctica ética en la investigación participativa, cuya principal finalidad es informar a quien participó en el diagnóstico sobre los resultados obtenidos.

Duración: 1 semana.

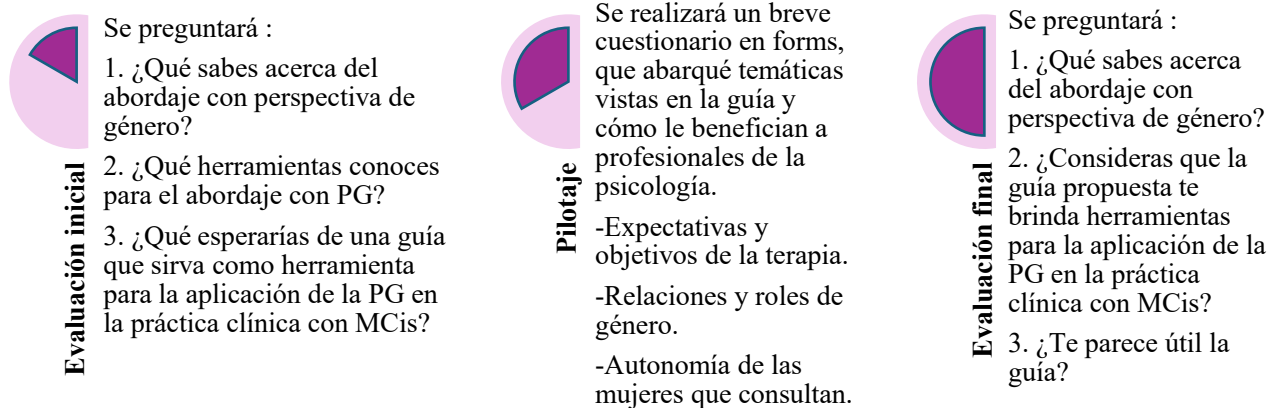
Productos de la actividad: Guía en su versión final, para brindar herramientas de abordaje con PG para la práctica clínica de profesionales de la psicología que atiende a MCis.

Medios de verificación:

- Registro fotográfico de la presentación de la guía.
- Documento de la guía final en digital.
- Diapositivas para la presentación.
- Corpus de datos de las respuestas de las personas participantes.

Figura 8

Evaluación general del proyecto de intervención



Fuente: Elaboración propia.

4.2.2 Equipo de Trabajo

El equipo de trabajo estuvo conformado por la investigadora, quien es una profesional de la psicología clínica, con experiencia de alrededor de 5 años dando terapia de manera presencial y en línea, así como talleres, cursos y pláticas relacionadas con el tema de la salud mental, siendo las MCis su mayor y más frecuente población consultante. Su directora de tesis, quien tiene una amplia experiencia como investigadora en temas de psicología social, y su codirectora, cuya pericia se vincula con los ámbitos de la salud mental y el género,

siendo respaldada por 12 y 24 años de *expertis* respectivamente. Debido a que la intervención consistió en la creación de una guía para brindar herramientas de abordaje con PG para la práctica clínica de profesionales de la psicología que atienden a MCis, así como su pilotaje, actividades que bien pueden ser desarrolladas por tres personas, aunado a los limitados recursos económicos, se tomó la decisión de no colaborar con más personas que las que ya integraban el grupo de trabajo.

4.3 Resultados de la Intervención

La siguiente sección tiene como propósito presentar los resultados de la evaluación de la intervención, donde primero abordaremos el objetivo general y los objetivos específicos, seguidos por el método utilizado que abarca la descripción de la muestra, posteriormente se pasa a la calificación de las técnicas propuestas que engloban los siguientes aspectos: utilidad, aplicabilidad, conveniencia para la transversalización con la PG, claridad y extensión. También se incluye un análisis comparativo entre subgrupos que permite evaluar a cuáles enfoques pertenecían aquellos/as/es participantes que evaluaron mejor las técnicas en su totalidad. Después se mencionan algunos comentarios adicionales brindados por los/as/es participantes. Al final se encuentran las conclusiones.

En esta sección se muestran los hallazgos de la valoración cuantitativa correspondientes a la guía para profesionales de la psicología que atienden a MCis, la cual contó con un total de 10 técnicas propuestas que planeaban ser evaluadas por tres grupos focales de máximo 5 participantes cada uno.

4.3.1 Descripción de la Muestra en el Pilotaje

En total, se contó con la participación de 11 profesionales de la psicología para la evaluación de la guía. La muestra abarcó un total de 5 psicólogos y 6 psicólogas, con una edad promedio de 29 años y una trayectoria laboral de entre 1 a 9 años de experiencia como

terapeutas. Las y los participantes procedían de diversos enfoques de la psicología, como la TCC³, el ACT⁴, Psicoanálisis⁵, Sistémico⁶, Gestalt⁷ y Posmoderno⁸.

4.3.2 Calificación de las Técnicas

Las técnicas evaluadas obtuvieron calificaciones basándose en su valor apreciado por las y los profesionales de la psicología. La Tabla 4 muestra una síntesis de las puntuaciones logradas por cada una de las 10 técnicas evaluadas, acompañadas de su media y desviación estándar.

Tabla 4
Puntuaciones de la utilidad de la técnica evaluada

Técnica	Media	Desviación estándar
1. “Detención del pensamiento”	3.72	1.22
2. “Inoculación al estrés: auto instrucciones”	4.09	0.91
3. “Relajación progresiva de Jacobson”	4.63	1.40
4. “Mindfulness”	4.54	1.28
5. “Defusión cognitiva”	4.90	1.99
6. “Metáforas”	4.54	1.28
7. “Identificación de valores”	4.36	1.37
8. “Aceptación radical”	4.72	1.57
9. “Yo como contexto”	4.63	1.54

³ Se centra en identificar y modificar pensamientos y conductas disfuncionales, proponiendo técnicas estructuradas para promover cambios en la forma de pensar, sentir y actuar.

⁴ Busca aumentar la flexibilidad psicológica mediante la aceptación de experiencias internas y el compromiso con acciones orientadas a valores personales, integrando técnicas de mindfulness.

⁵ Basado en las teorías de Freud y sus desarrollos posteriores, explora el inconsciente, los conflictos intrapsíquicos y la influencia de la infancia en la vida psíquica actual.

⁶ Concibe los problemas psicológicos en el marco de las relaciones y dinámicas familiares o sociales, entendiendo a la persona como parte de un sistema interconectado.

⁷ Enfatiza la experiencia presente, la conciencia y la responsabilidad personal, promoviendo la integración de pensamientos, emociones y conductas para alcanzar un mayor contacto con uno/a/e mismo/a/e y con el entorno.

⁸ Incluyen terapias narrativas y colaborativas, que ponen en el centro la construcción social de la realidad, privilegiando el diálogo, el lenguaje y las historias personales para generar alternativas de sentido.

10. “Acción comprometida: plan de acción consciente”	4.54	1.78
--	------	------

Las técnicas con mayor puntuación fueron la de “Defusión cognitiva” y “Aceptación radical”, con una media de 4.90 y 4.72 respectivamente, lo que señala una elevada percepción de utilidad por parte de los/as/es expertos/as/es. Por otro lado, la técnica de “Detención del pensamiento” recibió la puntuación más baja (media de 3.72), lo que indica que algunas personas participantes creyeron que la utilidad en su práctica terapéutica era restringida, pero en promedio se considera cercana a lo útil (recordemos que 4 significa que es útil y 3 es neutral).

Respecto a la aplicabilidad de la técnica, resultaron las mejor calificadas la de “Acción comprometida: plan de acción consciente”, con un promedio de 4.81. seguido por la de “Defusión cognitiva” y “Relajación progresiva”, ambas con una media de 4.63. Estas calificaciones indican que las y los profesionales ven estas técnicas como sumamente aplicables en su quehacer terapéutico. En contraposición, el método de “Detención del pensamiento” recibió la puntuación más baja, con un promedio de 4, lo que indica que, a pesar de que continúa siendo valorado como aplicable, se percibe menos directa o eficazmente en comparación con las técnicas previamente mencionadas. Sin embargo, tiene un puntaje alto, por lo que se considera apropiada (Tabla 5).

Tabla 5

Puntuaciones de la aplicabilidad de la técnica evaluada

Técnica	Media	Desviación estándar
1. “Detención del pensamiento	4	1.04
2. “Inoculación al estrés: auto instrucciones”	4.18	1.07
3. “Relajación progresiva de Jacobson”	4.63	1.40
4. “Mindfulness”	4.54	1.28
5. “Defusión cognitiva”	4.63	1.40

6. “Metáforas”	4.45	1.18
7. “Identificación de valores”	4.36	1.37
8. “Aceptación radical”	4.45	1.18
9. “Yo como contexto”	4.45	1.18
10. “Acción comprometida: plan de acción consciente”	4.81	1.77

Fuente: Elaboración propia.

Los hallazgos del análisis de la conveniencia para la transversalización de las técnicas con la PG indica que la técnica de “Metáforas” obtuvo el máximo valor, con una media de 4.81, seguida por “Acción comprometida: plan de acción consciente” y “Defusión cognitiva”, ambas con una media de 4.72. Estas calificaciones señalan que los profesionales consideran que estos métodos son apropiados para incorporar la PG en su labor psicológica con MCis. Por otro lado, el método de “Detención del pensamiento” obtuvo la puntuación más baja, con un promedio de 3.45, lo que indica una percepción de menor conveniencia para transversalizarse con la PG. Este hallazgo será considerado para hacer cambios para fortalecer esta técnica con explicaciones más dirigidas a la PG para la emisión de la guía final (Tabla 6).

Tabla 6

Puntuaciones de la conveniencia para ser transversalizada con la PG

Técnica	Media	Desviación estándar
1. “Detención del pensamiento	3.45	0.61
2. “Inoculación al estrés: auto instrucciones”	3.90	0.95
3. “Relajación progresiva de Jacobson”	4.27	1.11
4. “Mindfulness”	4.36	1.13
5. “Defusión cognitiva”	4.72	1.57
6. “Metáforas”	4.81	1.77
7. “Identificación de valores”	4.18	1.11
8. “Aceptación radical”	4.63	1.40

9. “Yo como contexto”	4.54	1.34
10. “Acción comprometida: plan de acción consciente”	4.72	1.76

Fuente: Elaboración propia.

Los resultados de la evaluación sobre la claridad en el contenido de las técnicas muestran que “Acción comprometida: plan de acción consciente” obtuvo la mayor puntuación, con una media de 4.63 (Tabla 7), seguido por las técnicas de “Detención del pensamiento”, “Relajación progresiva de Jacobson”, “Defusión cognitiva” y “Yo como contexto”, todas con un promedio de 4.54. Estas puntuaciones muestran que las y los profesionales de la psicología consideran estas técnicas como claras y entendibles. Por otra parte, la técnica de “Mindfulness” recibió la puntuación más baja en este aspecto, con un promedio de 4.27, lo que señala que, a pesar de mantenerse clara, su contenido se evaluó menos entendible en comparación con las otras técnicas evaluadas. Sin embargo, 4.27 sigue siendo un puntaje alto. Estos hallazgos resaltan la firmeza global en la claridad del contenido con relación a las técnicas expuestas, con algunas variaciones menores que podrían ser modificadas para mejorar su entendimiento.

Tabla 7

Puntuaciones de la claridad en el contenido de la técnica evaluada

Técnica	Media	Desviación estándar
1. “Detención del pensamiento”	4.54	1.28
2. “Inoculación al estrés: auto instrucciones”	4.45	1.22
3. “Relajación progresiva de Jacobson”	4.54	1.28
4. “Mindfulness”	4.27	1.05
5. “Defusión cognitiva”	4.54	1.55
6. “Metáforas”	4.54	1.28
7. “Identificación de valores”	4.36	1.20
8. “Aceptación radical”	4.45	1.32
9. “Yo como contexto”	4.54	1.34

10. “Acción comprometida: plan de acción consciente”	4.63	1.40
--	------	------

Fuente: Elaboración propia.

Las técnicas cuya extensión parece la más adecuada son: “Aceptación Radical” (Tabla 8), puntuada con 4.72, y “Metáforas” que se clasificó con un promedio de 4.63. Estas puntuaciones indican que las y los terapeutas consideran que estas técnicas poseen una extensión apropiada, es decir, que su contenido es balanceado en cuanto a profundidad y tiempo para su aplicación eficaz. En contraparte, los métodos de “Mindfulness” e “Identificación de valores” obtuvieron la calificación más baja, con un promedio de 4, lo que señala que algunas personas consideran que estas técnicas podrían ser revisadas para mejorar su extensión.

Tabla 8

Puntuaciones de la extensión de la técnica evaluada

Técnica	Media	Desviación estándar
1. “Detención del pensamiento”	4.18	0.98
2. “Inoculación al estrés: auto instrucciones”	4.18	1.07
3. “Relajación progresiva de Jacobson”	4.27	1.05
4. “Mindfulness”	4	0.81
5. “Defusión cognitiva”	4.54	1.34
6. “Metáforas”	4.63	1.54
7. “Identificación de valores”	4	1.10
8. “Aceptación radical”	4.72	1.76
9. “Yo como contexto”	4.27	1.11
10. “Acción comprometida: plan de acción consciente”	4.45	1.32

Fuente: Elaboración propia.

4.3.3 Análisis Comparativo entre Subgrupos

Se llevó a cabo un estudio suplementario para cotejar las calificaciones de las técnicas en función con los enfoques bajo los cuales trabajan los/as/es participantes de manera individual, para ello se sumó el total respecto a todas las técnicas evaluadas por cada participante. Teniendo en cuenta que el rango de puntuación más alta oscila en el 10%, los resultados arrojaron que las más bajas corresponden a quienes atienden desde el ACT (7.6%) y el psicoanálisis (7.8% y 8%). En el primero esto podría deberse a la especialización en cuanto a la terapia y técnicas propuestas, lo que podría implicar una mayor exigencia con relación al desarrollo de las técnicas evaluadas, pues la mayor parte de ellas son de este enfoque. En el segundo, la razón podría estar relacionada con la formación de quienes pertenecen a ese enfoque, pues la mayoría estudió en la UAQ, institución que tiene una formación psicoanalítica ortodoxa. De igual manera podría deberse al hecho de que esta corriente no recurre a técnicas para el tratamiento sus consultantes.

En cuanto a los enfoques que mayor puntaje tuvieron en la evaluación de las técnicas, los tres primeros lugares corresponden a profesionales que trabajan desde la Terapia Cognitivo Conductual (Tabla 9). Considero que esto pudo ser motivado por el conocimiento general del enfoque utilizado en cada técnica, ya que aunque el ACT derive del TCC, los fundamentos no son exactamente los mismos, pues el primero constituye un enfoque más novedoso y actual, lo que podría haber influido en que las valoraran mejor ya que no son expertos/as/es en él. Si bien hay cosas por modificar y corregir en las técnicas, los datos reflejan que en general son de gran utilidad para los/as/es profesionales de la psicología clínica.

Tabla 9

Puntaje de las técnicas propuestas de acuerdo con enfoque y años de experiencia

Años de experiencia terapéutica	Enfoque	Puntajes
1 a 2 años	Gestalt	9.1%
	ACT	7.6%
	TCC	9.6%
3 a 5 años		

	Sistémico	9.2%
	TCC	9%
	TCC	8.8%
Más de 5 años y menos de 10 años	Posmoderno	8.5%
	Psicoanálisis	7.8%
	TCC	9.9%
	TCC	9.4%
De 10 años a 20 años	Psicoanálisis	8%

Fuente: Elaboración propia.

4.3.4 Comentarios Adicionales de los/as/es Participantes

Además de proporcionar calificaciones cuantitativas, quienes participaron brindaron comentarios cualitativos acerca de las técnicas evaluadas. Respecto a la técnica 5 “Defusión cognitiva”, comentaron que consideran que es una técnica muy adecuada e importante, ya que permite que las consultantes puedan identificarse con alguna de las oraciones descritas y así romper con aquellas expectativas sociales que cargan y las esclavizan.

Por otro lado, otros/as indicaron que la técnica 1 “Detención del pensamiento” no les parecía tan adecuada debido a que muchas mujeres se acostumbran a solo detener el pensamiento y no tratar con el origen de lo que les causa estrés, así mismo comentan que puede resultar difícil para algunas consultantes detectar esos pensamientos, ya que no los han puesto en palabras y por ende no son conscientes, sin embargo, consideran que si se hace primero este paso puede ser de gran utilidad la técnica. Estas recomendaciones se plasmarán en la siguiente versión de la guía.

4.3.5 Conclusiones Preliminares

De manera global, los hallazgos del análisis cuantitativo indican que las técnicas propuestas son percibidas por las y los profesionales de la psicología como efectivas en el tratamiento de MCis que experimentan violencia psicológica por parte de sus parejas. Las técnicas mejor puntuadas fueron “Defusión cognitiva”, y “Acción comprometida” con una

media de 23.36 y 23.18 respectivamente, mientras que la de puntaje más bajo resultó ser “Detención del pensamiento”, con una media de 20.

4.4 Resultados de la Presentación Final de la Guía

En esta área se presenta la evaluación de la versión final de la guía, donde se abarca el método utilizado, la descripción de la muestra, y por último las áreas que se consideraron: si el manual proporcionaba de manera general herramientas para la incorporación de la PG en la práctica clínica con MCis y su utilidad. Por último se incluye la discusión de los resultados finales.

4.4.1 Objetivos

Objetivo General: Construir una guía que sea de utilidad para brindar herramientas de PG a profesionales de la psicología en su práctica clínica con MCis.

Objetivos específicos:

Valorar cuantitativamente la percepción de profesionales de la psicología respecto a los siguientes elementos:

- Si incluye herramientas para la incorporación de la PG en la práctica clínica con MCis.
- Utilidad general de la guía propuesta.

4.4.2 Método

Los resultados cuantitativos de la evaluación a la versión final de la “Guía de PG para profesionales de la psicología que atienden a MCis”, se consideran a partir del objetivo principal, que fue conocer si los/as/es profesionales de la psicología consideraban la guía propuesta una herramienta útil para la aplicación de la PG en la práctica clínica con MCis. Se hicieron dos preguntas al respecto, la primera orientada a conocer si la propuesta brinda las herramientas para la aplicación de la PG en la práctica clínica con MCis, siendo la escala de valoración: “Totalmente” = 5, “Estoy de acuerdo” = 4, “Neutral” = 3, “Poco útil” = 2 y “Nada útil” = 1, la segunda indaga sobre la utilidad de la guía, las opciones de respuesta

propuestas son las siguientes: “Muy útil” = 5, “Útil” = 4, “Neutral” = 3, “Poco útil” = 2 y “Nada útil” = 1.

4.4.2.1 Descripción de la Muestra.

En resumen, se involucró a 7 profesionales de la psicología para la estimación de la guía, cinco de estas personas ya habían participado en el primer pilotaje realizado. El grupo de estudio incluyó a 5 psicólogas y 2 psicólogos, con una edad promedio de 28.2 años y una experiencia laboral de entre 6 meses a 20 años como terapeutas. Quienes participaron provenían de diferentes corrientes psicológicas tales como la TCC, Sistémico, Humanista⁹, Gestalt y la Terapia Narrativa¹⁰. El conocimiento acerca del abordaje con PG que refirieron tener fue del 71.4% como “Extenso”, y el 14.3% “Neutral” y “Poco extenso”.

4.4.2.2 Calificación de la Versión Final de la Guía.

Las preguntas para evaluar la versión final de la guía estuvieron enfocadas en averiguar si ésta proporcionaba herramientas para la incorporación de la PG en la práctica clínica de profesionales de la psicología que atienden a MCis, así como a ver si resulta de utilidad.

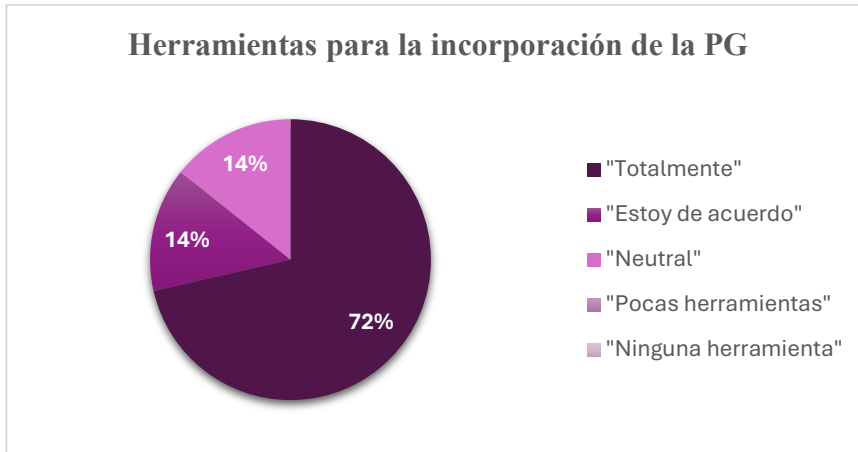
Como podemos observar la mayoría de participantes opina que la guía les brinda herramientas para la incorporación de la PG en la clínica con MCis, mientras que el 14% se muestra neutral (Figura 9).

⁹ Se centra en la experiencia subjetiva, la autenticidad y la capacidad de autorrealización de la persona, promoviendo el crecimiento personal a través de la empatía, la aceptación incondicional y la vivencia del aquí y ahora.

¹⁰ Basada en los enfoques posmodernos, considera que las identidades se construyen a través de las historias que las personas cuentan sobre sí mismas; busca externalizar los problemas y generar narrativas alternativas que favorezcan el bienestar y la agencia personal.

Figura 9

La guía brinda herramientas para la incorporación de la PG en la clínica con MCis

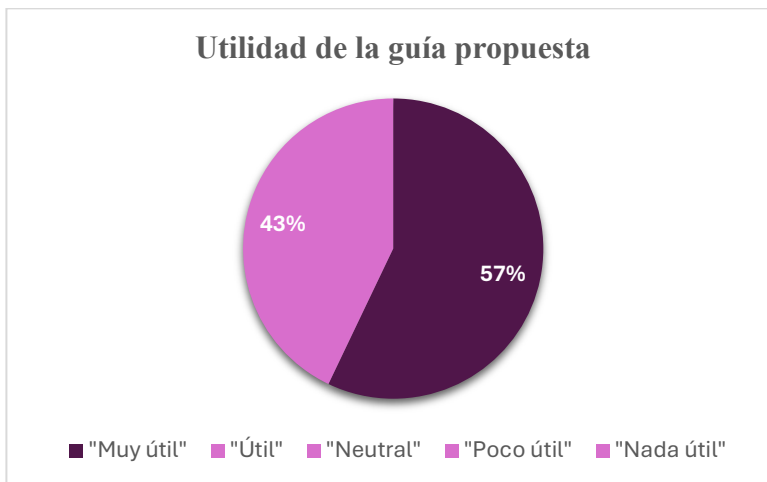


Fuente: Elaboración propia.

El 57% de las personas que participaron considera “Muy útil” la guía propuesta, mientras que el 43% la contempla como “Útil”, esto nos muestra que el total de quien calificó la guía final la considera útil en la incorporación de la PG en la práctica clínica con MCis (Figura 10).

Figura 10

Utilidad de la guía propuesta



Fuente: Elaboración propia.

Discusión

El objetivo general de la intervención consistió en la construcción de una guía orientada a la incorporación de la PG en la atención psicológica, con el fin de que profesionales de la psicología la consideraran una herramienta útil para su práctica clínica con MCis. Los resultados nos reportan que el objetivo general de la intervención, el cual era: “construir una guía que sea de utilidad para brindar herramientas de PG a profesionales en su práctica clínica con MCis” se cumplió, pues a todas las personas participantes la guía les pareció “útil” o muy útil, por tanto, a escala global, quien colaboró en la investigación considera que la herramienta creada puede servirles en su práctica profesional con MCis.

Dentro de las respuestas que podían otorgar en el formulario para evaluar la guía, existía un apartado para colocar un comentario cualitativo, estos fueron positivos, entre ellos las personas participantes destacaron que la guía es una buena herramienta para su práctica profesional y la diversidad de enfoques que se incluyeron: “Considero que es un trabajo excelente, y será una herramienta fundamental para el trabajo con las mujeres desde la PG”, “Me agrada que se haya abordado desde diferentes enfoques”, “Excelente propuesta e integración final”¹¹.

Los comentarios positivos, así como los porcentajes arrojados dan cuenta de la utilidad que se mira en la guía de PG propuesta. Considero importante destacar que en la literatura existente no hay una herramienta de este estilo, las que pude encontrar que hablan de un tema parecido fueron cinco: 1. Guía de PG en Psicoterapia con consultantes adultas y adultos (Vergara, 2018), 2. Guía de Salud Mental con PG (Álamo et al., 2017), 3. Modelo de atención psicológica con PG para mujeres víctimas de violencia (Instituto Estatal de las Mujeres de Tabasco [IEMT], 2022), 4. Guía para facilitar la incorporación de la PG en los planes integrales de salud (Amo y Lasheras, 2008), 5. Guía para incorporar la PG a la investigación en salud (García et al., 2013).

¹¹ Los testimonios de las personas participantes se capturaron el día 5 de diciembre de 2024, los testimonios fueron anónimos, por tanto no se colocan los nombres.

Aunque las primeras tres (Vergara, 2018; Álamo et al., 2017; IEMT, 2022) abarcan de cierta manera la misma población (mujeres adultas), la primera de ellas también está dirigida a consultantes varones, la segunda engloba a mujeres con TMG¹² y a sus familiares, mientras que la tercera representa una serie de estrategias para una institución que atiende mujeres víctimas de violencia. Respecto a las restantes, una se dirige específicamente a las personas encargadas de elaborar los Planes Integrales de Salud en Andalucía España, mientras que la última está enfocada en las y los investigadores del campo de la salud, lo que constituye la primera diferencia con la guía propuesta en este trabajo, que está encauzada específicamente en MCis adultas, que son atendidas por profesionales de la psicología clínica en la modalidad de consulta privada.

Por otra parte, aunque en las tres primeras guías se habla sobre la implicación del género en la violencia experimentada por las mujeres, la primera aborda situaciones que ocurren solo en las parejas heterosexuales, dejando de lado a las lesbianas, respecto a lo cual yo propongo un espacio de visibilización, pues me parece que hablar de la PG en terapia es en parte erradicar la idea de que las mujeres solo pueden entablar relaciones heteronormativas, aspecto que la literatura enfatiza dado que las mujeres en relaciones lesbianas experimentan discriminación por tres razones principales: ser mujeres, ser lesbianas y vivir violencia de pareja, lo cual imposibilita hablar del tema, generando con ello reclusión, e inquietud (Ruiz y Valencia, 2018). Con relación a la segunda, tercera y cuarta guía, no se nos plantea ningún ejemplo de situación de violencia, más bien, nos brindan herramientas que deben ser tomadas en cuenta con la población correspondiente en un ámbito determinado.

Otra de las diferencias importantes respecto a mi propuesta, es el enfoque otorgado a las diversas técnicas planteadas, donde los roles de género inmersos en las relaciones de pareja son tomados en consideración como una de las causas de la violencia psicológica vivida por las consultantes, ya que esto representa una innovadora manera de incorporar la PG en el ámbito terapéutico, no solo enfatizando su importancia y hablando de los distintos temas relacionados, como se hace en las otras guías, sino proponiendo una estructura para

¹² Trastornos Mentales Graves

las y los profesionales de la psicología que no tengan ningún conocimiento sobre la PG y mucho más la que está aplicada al ámbito terapéutico, pues no hay muchas investigaciones en torno al tema (Vergara, 2018). Lo anterior es de suma importancia si se tiene en cuenta que uno de los principales objetivos de incorporar la PG en la práctica clínica es poner de manifiesto los vínculos intrínsecos entre conceptos como sexo, género, identidad sexual y corporalidades, para comprender mejor los dolores que experimentan las mujeres al acudir a consulta, sirviendo así mismo en la tarea de dismantelar las bases patriarcales sobre las que se erige la teoría y práctica psicoterapéutica (Torrens-Melich et al., 2021).

La innovación mencionada fue posible gracias a los resultados del diagnóstico, que arrojaron lo siguiente: el principal motivo de consulta de las MCis son los problemas de pareja, la violencia recibida más frecuentemente es la de tipo psicológico, y la principal barrera para la incorporación de la PG en terapia constituyen los roles de género. Si bien, las guías encontradas en la literatura representan herramientas valiosas para la incorporación de la PG en el campo de la salud mental, es cierto que es tan extenso y complejo que una sola herramienta no basta para atender la problemática existente, cada guía planteada posee fortalezas así como ciertas áreas de oportunidad.

Ciertamente, una de las limitantes que tuvo esta fase del proyecto es que en la evaluación no se llegó a la meta de recibir retroalimentación de 15 profesionales de la psicología, se obtuvo el 73% de dicha asistencia para el pilotaje (11 personas), sin embargo, sigue siendo una cantidad importante para la retroalimentación y permitió refinar la propuesta a su estado actual.

Me parece importante recalcar en este punto que las guías ya existentes no incluyen una evaluación anterior o posterior a las, los profesionales de la psicología, es decir, fueron creadas a partir de otra metodología. La primera: “Guía de PG en Psicoterapia con consultantes adultas y adultos”, se basa en una metodología cualitativa a partir de una revisión de la literatura narrativa con un análisis de contenidos. Básicamente lo que se realizó fue utilizar datos respecto a lo que se ha escrito sobre la PG en psicoterapia enfocada en personas adultas, en un intervalo de tiempo de 1977 al 2018, donde no solo se incluyeron textos académicos sino otros, como los provenientes de sitios *webs*, posteriormente se hizo

una agrupación de los contenidos de acuerdo con algún punto en común, que llevó a definir los siete apartados temáticos. La segunda, tercera y cuarta guía¹³ funcionan como documentos creados para instituciones específicas, mientras que la última es una herramienta creada especialmente para orientar las investigaciones en torno al campo de la salud, por tanto, lo que se realizó fue un análisis de las necesidades para hacer la propuesta, sin embargo, no hay una evaluación a profesionales de la psicología que ocupan estas guías, ni antes de ser aplicadas ni después. Aquí radica otra de las diferencias y aportes de mi propuesta, pues desde el momento del diagnóstico tomé en cuenta la opinión de profesionales de la psicología que atienden a MCis para saber sus necesidades y tratar de atenderlas en la herramienta creada, lo que me parece un gran aporte en la investigación.

De esta manera, damos cuenta que para ninguna de las guías ya existentes fue tomada en consideración la opinión de las/los profesionales de la psicología, como tampoco fue evaluada la utilidad que le otorgaban como una herramienta para la incorporación de la PG en la práctica clínica. En este sentido me parece relevante invitar a futuros/as/es investigadores, a que puedan llevar a cabo una evaluación después de 6 o 12 meses a la aplicación de la guía propuesta, ya que sería interesante ver si ésta realmente ha servido en la incorporación de la PG en el trabajo clínico con MCis adultas, así como en el conocimiento de sus experiencias aplicándola, ya que seguramente serán muy enriquecedoras y nos permitirá dar cuenta de los vacíos por llenar en este amplio campo de la psicología y los estudios de género.

Por otro lado, uno de los principales objetivos de la PG aplicada al ámbito terapéutico consiste en valorar las experiencias de las personas por encima de los aspectos teóricos o técnicos de la práctica psicoterapéutica (Vergara, 2018), por ello considero pertinente que futuros estudios incluyan la opinión y experiencias de las MCis consultantes, ya que forman parte indivisible del proceso terapéutico, siendo su voz y experiencias piezas valiosas para

¹³ “Guía de Salud Mental con Perspectiva de Género”, “Modelo de atención psicológica con perspectiva de género para mujeres víctimas de violencia” y la “Guía para facilitar la incorporación de la perspectiva de género en los planes integrales de salud”

una mejor comprensión del tema, así como para una investigación más exhaustiva y completa.

Conclusiones

En conclusión la guía orientada a la incorporación de la PG en la atención psicológica ha mostrado ser un aporte valioso para la práctica clínica con MCis, ya que los resultados obtenidos demuestran que una alta valoración por los/as/es profesionales de la psicología, ya que más del 99% de quien participó, la considera “útil” o “muy útil”. Los comentarios positivos reflejan su potencial para convertirse en un material fundamental en la intervención terapéutica desde un enfoque de género, destacando su versatilidad y perspectiva integral.

Si bien, existen otras guías en la literatura que abordan la PG en psicoterapia, la propuesta de este trabajo presenta varias innovaciones significativas, como la consideración de los roles de género en la violencia psicológica dentro de las relaciones de pareja, y la inclusión de las parejas lesbianas. Así como una estructura de fácil lectura, que incluya por una parte los pasos a seguir en las técnicas elegidas, y por otra la ejemplificación de diversas situaciones prácticas. Esta construcción posibilita la aplicación de los ejercicios sugeridos, para profesionales que tengan o no conocimiento respecto a la PG.

Desde una mirada teórica, la presente investigación aporta evidencia que valida la influencia de los roles de género en la violencia psicológica experimentada en la pareja, así como la necesidad de la incorporación de la PG en la práctica terapéutica, pues no solo posibilita una mejora profesional a través del cuestionamiento de las estructuras patriarcales que influyen en la psicoterapia tradicional, sino que permite un entendimiento más completo de los factores que intervienen en la malestar emocional de las MCis.

En términos prácticos, la construcción de la guía en este estudio representa una herramienta que profesionales de la psicología pueden ocupar, ya sea si saben mucho o no del tema, además las técnicas brindadas pueden amoldarse a la especificidad de la experiencia que se les presente, ya que fueron diseñadas considerando que cada mujer experimenta su

malestar de manera diferenciada, por ello, el/la profesional puede hacer las modificaciones que crea pertinentes.

Un aspecto particularmente relevante que emergió durante el proceso de evaluación de esta guía fue la apertura hacia nuevas posibilidades de colaboración e implementación. Una de las psicólogas participantes expresó su interés en adaptar y aplicar esta propuesta en otros contextos, específicamente en su trabajo con mujeres indígenas. Este tipo de retroalimentación pone de manifiesto que la construcción de esta guía no solo representa una herramienta útil en el ámbito clínico con MCis, sino que también abre camino a futuras intervenciones que incorporen la PG en distintas realidades socioculturales, ampliando su impacto y alcance.

Si bien, la contribución de esta guía al campo de la psicología es relevante, no solo por su aplicabilidad práctica, sino también por su potencial para generar un espacio de reflexión sobre la inclusión de la PG en el trabajo terapéutico con MCis, es importante tener en cuenta sus limitaciones. En primer lugar, la investigación se llevó a cabo con un número reducido de profesionales debido al tiempo con el que contaban para participar, lo que restringe las evaluaciones y opiniones que recibió la guía propuesta. En segundo lugar, no se evaluó la utilidad de la guía una vez aplicada a las consultantes, lo que plantea la necesidad de realizar investigaciones futuras que aborden este aspecto. Además, solo se tomó la opinión de los/as profesionales, más no la de las consultantes. Futuros estudios podrían concentrarse en indagar la relevancia que colocan las MCis en la incorporación de la PG, de los/as profesionales con quienes acuden por atención psicológica. Así mismo, sería valioso realizar una guía que contemple otras problemáticas, no solo la aquí tratada, pues son múltiples las situaciones en las que el género se ve implicado en el malestar de las MCis.

En definitiva, la presente investigación demuestra que la PG es relevante para una práctica terapéutica profesional y completa, que tome en consideración los aspectos relacionados con el género, en el malestar que las MCis experimentan cuando atraviesan una situación de violencia psicológica en pareja. Los aportes teóricos y prácticos abonan al fortalecimiento de herramientas para la incorporación de la PG en el ámbito de la práctica psicoterapéutica.

Referencias

- Abellán, M. A. (2024). Investigación y género. La necesidad de seguir impulsando los estudios de género para un cambio transformador. *FEMERIS: Revista Multidisciplinar de estudios de Género*, 9(3), 4-6.
- Aguilar, A.P., Sánchez, M.V., Medina, R.P., y Torres, M.P. (2022). Ansiedad y depresión en mujeres víctimas de violencia en la relación de pareja. *RECIAMUC*, 6(2), 201-207.
- Aguirre, L. (2022). Conexiones entre la perspectiva de género y la Psicoterapia centrada en la persona: integración desde un enfoque emancipatorio. *Revista Espacio ECP*, 3(1), 27-43.
- Álamo, M., Acirón, R., y Astigarraga, N. I. (2017). *Guía de Salud Mental con Perspectiva de Género*. Atelsam: Salud Mental.
- Alanez, D., y Jarro, A. (2022). Relaciones de poder y violencia intragénero en parejas lesbianas: ¿Quién es el hombre de la relación? *Journal Comunicación Social* 14(14), 79-104.
- Alencar-Rodrigues, R. D., y Cantera, L. (2012). Violencia de Género en la Pareja: Una Revisión Teórica. *Psico*, 43(1), 116-126.
- Álvarez-Rementería, M., Darretxe, L., y Arandia, M. (2021). La formación continua del profesorado desde una perspectiva de género: Análisis del plan formativo del País Vasco. *Revista de Estilos de Aprendizaje*, 14, 62-74.
- Amo, M., Y Lasheras, M. L. (2008). *Guía para facilitar la incorporación de la perspectiva de género en los planes integrales de salud*. Junta de Andalucía: Consejería de Salud.
- Amor, P.J., Echeburúa, E., Camarillo, L., Ferre, F., Sarasua, B., y Zubizarreta, I. (2022). Dependencia emocional y maltrato en mujeres víctimas de violencia contra la pareja. *Psicología Conductual*, 30(1), 291-307.
- Aragón, V., y Alcina, A. S. (2021). Violencia de género contra las mujeres: una complicidad silenciada. *FEMERIS: Revista Multidisciplinar de Estudios de Género*, 6(3), 86-100.

- Arenas, E. P., y Aguirre, M. G. Epistemología feminista en la psicología mexicana, una discusión pendiente. *Asparkia: Investigación feminista*, (39), 255-275.
- Arias, L. L. (2021). Poder, normas sociales y de género en la salud sexual y reproductiva en adolescentes tempranos. *Gaceta Médica Boliviana*, 44(1), 50-56.
- Arilha, M., Carvalho, A., Forster, T., Rodrigues, C., Briguglio, B., y Serruya, S. (2024). Women's mental health and COVID-19: increased vulnerability and inequalities. *Front Glob Women's Health*, 5, 1414355.
- Asociación Nacional de Peritos de México. (ANPM). (2022). Daño psicológico y su impacto ante un trauma emocional. <https://www.anpjmex.com/uncategorized/dano-psicologico-y-su-impacto-ante-un-trauma-emocional>
- Avila, A. (2019). Psicoterapia con perspectiva de género: Indagando posibilidades dentro del psicoanálisis contemporáneo. *Revista Latinoamericana: Sexualidad, Salud, Sociedad*, (33), 119-136.
- Ávila, M. E., y Caballero, M. (2016). *Teoría y práctica de la equidad de género*. Universidad Autónoma del Estado de Morelos.
- Bacigalupe, A., Cabezas, A., Baza, M., y Martín, U. (2020). El género como determinante de la salud mental y su medicalización. *Informe SESPAS 2020. Gaceta Sanitaria*, 34(S1), 61-67.
- Bacigalupe, A., González-Rábago, Y, 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), 1-10.
- Baker, J. (1992). *Hacia una nueva psicología de la mujer* (Traducción de *Toward a New Psychology of Women*, Trad. Botella, G. L.). Paidós.
- Bandura, A., y Walters, R. (1974). *Aprendizaje social y desarrollo de la personalidad*. Alianza Editorial.
- Barffusón, R., Revilla, J.A., y Carrillo, C.D. (2010). Aportes feministas y de igualdad de género a la educación. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 15(2), 357-376.

- Barker, M. (2013). *Rewriting the Rules: An Integrative Guide to Love, Sex and Relationships*. Routledge. <https://archive.org/details/rewritingrulesin0000bark>
- Barreto, M. L., y Santos, E. A. (2023). Violencia intrafamiliar de pareja y su repercusión en la salud mental de mujeres. Estudio de caso en Manabí, Ecuador. *PSIDIAL: Psicología y Diálogo de Saberes*, 2(1), 18-39.
- Barsky, A., Peekna, M., y Borus, J. (2001). Somatic symptom reporting in women and men. *Journal of General Internal Medicine*, 16(4), 266-275.
- Bazán, A., y Mansilla, M. (2022). La adaptación afirmativa de los tratamientos psicológicos para minorías sexuales: una revisión sistemática. *Clínica Contemporánea*, 13(1), e1.
- Beauvoir, S. (1949). *El segundo sexo*. <https://redmovimientos.mx/wp-content/uploads/2020/07/El-segundo-sexo.pdf>
- Benjamin, J. (1988). *The Bonds of Love: Psychoanalysis, Feminism, and the Problem of Domination*. Pantheon Books. https://www.sas.upenn.edu/~cavitch/pdf-library/Benjamin_First.pdf
- Betancourt-Ocampo, D., Andrade, P., y González-González, A. (2021). Depresión y ansiedad en hombres y mujeres por tipo y nivel de violencia que han recibido de su pareja. *Universitas Psychologica*, 20, 1-20.
- Bleger, J. (2007). *Psicología de la conducta* (19.^a ed.). Paidós.
- Bolívar, A., y Gallardo-Hurtado, R. (2022). Efectos de la socialización en la construcción de roles y estereotipos de género en la infancia. *Revista Sul-Americana de Psicología*, 24(2), 121-134.
- Bonilla, A. (2010). Psicología, diferencias y desigualdades: límites y posibilidades de la perspectiva de género feminista. *Quaderns de Psicologia*, 12(2), 65-80.
- Bordo, S. (1993). *Unbearable weight: Feminism, Western culture, and the body*. University of California Press.

- Bosch, E., Ferrer, V. A., y Alzamora, A. (2005). Algunas claves para una psicoterapia de orientación feminista en mujeres que han padecido violencia de género. *Feminismos*, 6, 121-136.
- Bravo, J. (2022). Factores psicosociales que inciden en la permanencia de mujeres en relaciones sentimentales con violencia doméstica. *Revista Estudios Psicológicos*, 2(2), 116-127.
- Brown, L. S. (2018). *Feminist therapy* (2nd ed.). American Psychological Association.
- Bueno, M., y D Chase, J. (2023). Gender Differences in psychosocial outcomes among family caregivers: A systematic Review. *Western Journal of Nursing Research*, 45(6), 512-531.
- Burin, M., y Meler, I. (2010). *Género y familia: Poder, amor y sexualidad en la construcción de la subjetividad*. Paidós.
- Burke, P., Stets, J., y Serpe, R. (2020). Identity control theory and emotion. In Handbook of the Sociology of Emotions. *Springer*, 221-238.
- Burman, E. (1994). *Deconstructing Developmental Psychology*. London and New York: Routledge.
https://www.academia.edu/52271070/Deconstructing_developmental_psychology
- Butler, J. (2006). *Deshacer el género* (3^{ra}ed.). Paidós.
<https://unidaddegenerosgg.edomex.gob.mx/sites/unidaddegenerosgg.edomex.gob.mx/files/files/Biblioteca%202022/Teor%C3%ADa%20de%20G%C3%A9nero/TG-3%20Deshacer%20el%20g%C3%A9nero.%20Judith%20Butler.pdf>
- Butler, J. (2007). *El género en disputa: el feminismo y la subversión de la identidad*. Paidós.
- Calderón-Villarreal, A., Mujica, O., y Bojorquez, I. (2020). Social inequalities and prevalence of depressive symptoms: A cross-sectional study of women in a Mexican border city, 2014. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 44.
- Calero, D.C., y Vaca, E.R. (2019). Ansiedad y depresión en mujeres víctimas de violencia. *Universidad Internacional SEK, Quito, Ecuador*, 1-7.

- Cameron, J., y Stinson, D. A. (2019). Gender (mis)measurement: Guidelines for respecting gender diversity in Psychological research. *Social and Personality Psychology Compass*, 13(5), e12506.
- Campo-García, A., y Bacigalupe, A. (2023). Perspectiva de género en los planes de salud mental en España: ¿una asignatura pendiente? *Gaceta Sanitaria*, 37(2), 102-11.
- Caplan, P. (1995). *They say you're crazy: How the world's most powerful psychiatrists decide who's normal*. Perseus Books.
- Caponi, S. (2019). Scientia Sexualis: el lugar de la mujer en la historia de la psiquiatría. *Las locas: Miradas interdisciplinarias sobre género y salud mental* (1era ed.). Editorial de la Universidad de la Plata.
https://www.researchgate.net/publication/335892595_SCIENTIA_SEXUALIS_El_lugar_de_la_mujer_en_la_historia_de_la_psiquiatria
- Caponi, S., Martínez, J., y Hummel, L. (2023). El sesgo de género en el discurso y en las intervenciones psiquiátricas. *Estudios Feministas*, 31(1), e93055.
- Carrasco, A. B., González-Gijón, G., y Martínez-Heredia, N. (2023). Revisión sistemática sobre la socialización de género en la etapa de educación infantil. *Revista Interuniversitaria*, (43), 191-204.
- Castañeda, X., y Montesinos, M. (2015). *Salud mental y género: Aportes para la atención con perspectiva de género crítica*. UNAM, PUEG.
- Castro, L., y Díaz, E. (2018). Salud mental, clase social y género en la sociedad contemporánea: Una propuesta de articulación de análisis sobre la salud mental. *Perspectivas*, 3(12), 118-126.
- Chasseguet-Smirgel, J. (1997). *La culpabilidad femenina: Algunos aspectos específicos del Edipo femenino*. En J. Chasseguet-Smirgel (Comp.), *La sexualidad femenina*. Laia.
<https://es.scribd.com/document/371075936/La-Culpabilidad-Femenina-Janine-Chasseguet-Smirgel-0013>
- Chaves, S., Córdoba, J., y Oses, K. (2024). Empleabilidad y género: perspectivas y experiencias de profesionales en psicología graduados de la Universidad de Costa Rica. *Wimbiu. Revista de*

- Estudios de Psicología*, 19(2), 1-29.
- Chesler, P. (2019). *Mujeres y Locura*. Continta Me Tienes.
- Chodorow, N. (1978). *The reproduction of Mothering: Psychoanalysis and the Sociology of Gender*. University of California Press.
- Chodorow, N. (1989). *Feminism and Psychoanalytic Theory*. Yale University Press.
<https://archive.org/details/feminisnpsychoan0000unse/page/n3/mode/2up>
- Cixous, H. (1995). *La risa de la medusa*. Anthropos.
- Cleghorn, E. (2021). *Unwell Women: A Journey Through Medicine and Myth in a Man-Made World*. BooKey.
- Colque, J. L. (2020). Consecuencias psicológicas en mujeres víctimas de violencia de pareja. *Educa UMCH: Revista sobre Educación y Sociedad*, 15(1), 5-22.
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe. (CEPAL). (2021). *La autonomía de las mujeres en escenarios económicos cambiantes: Claves para la igualdad de género en la recuperación sostenible*. Comisión Económica para América Latina y el Caribe.
<https://www.cepal.org/es/publicaciones/46652-la-autonomia-mujeres-escenarios-economicos-cambiantes-claves-la-igualdad-genero>
- Comisión Nacional para Prevenir y Erradicar la Violencia contra las Mujeres. (CONAVIM). (2024). Gobierno de México [¿Qué es el Sistema Nacional de Prevención, Atención, Sanción y Erradicación de la Violencia contra las Mujeres? | Comisión Nacional para Prevenir y Erradicar la Violencia Contra las Mujeres | Gobierno | gob.mx](#)
- Crenshaw, K. (1991). Mapping the margins: Intersectionality, Identity politics, and violence against women of color. *Stanford Law Review*, 43(6), 1241-1299.
- Dai, F., Cai, Y., Chen, M., y Dai, Y. (2025). Tendencias mundiales de los trastornos depresivos entre mujeres en edad reproductiva de 1990 a 2021: un análisis sistemático de la carga, las disparidades sociodemográficas y las correlaciones con el personal sanitario. *Psiquiatría BMC*, 25(1), 1-22.
- De Casas, C. E. (2020). Sexo, género y psicoanálisis. *Revista de Psicología*, 19(2), 167-173.

- De Lauretis, T. (2000). *Diferencias: Etapas de un camino a través del feminismo*. Editorial horas y Horas.
- De Pascual, R., Núñez de Prado, M., Pereira, G., y Alonso-Vega, J. (2022). El análisis de conducta como herramienta de transformación social: ideología y ciencia. *Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED)*, 3, 385-409.
- Deutsch, H. (1945). *The Psychology of Women: A Psychoanalytic Interpretation* (Vol. 2: Motherhood). Grune & Stratton.
<https://archive.org/details/psychologyofwome0002unse/page/n5/mode/2up>
- Díaz, N. (2017). La invisibilidad de la violencia psicológica en la pareja: normalización, subregistro y consecuencias. *Boletín UNAM-DGCS*, (480). Universidad Nacional Autónoma de México.
- Díaz-Martínez, A., Díaz-Martínez, R., Osornio-Rojo, A., y Rascón-Gasca, M. L. (2003). La salud mental en el municipio de Querétaro: un modelo de investigación psiquiátrica en la comunidad. *Gac Méd Méx*, 139(2), 101-107.
- Didi-Huberman, G. (2006). *La invención de la histeria: Charcot y la iconografía fotográfica de la Salpêtrière* (N. Campuzano, Trad.). Cátedra. (Obra original publicada en 1982).
- Distiller, N. (2022). *Complicities: A theory for subjectivity in the psychological humanities*. Palgrave Macmillan.
- Dovidio, J., Bailey, A., y LaFrance, M. (2018). Is man the measure of all things? A social cognitive account of androcentrism. *Personality and Social Psychology Review*, 23(4), 307-331.
- Dworkin, E., Menon, S., Bystrynski, J., y Allen, N. (2017). Sexual assault victimization and psychopathology: A review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 56, 65-81.
- Ehrenreich, B., y English, D. (1973). *Complaints and disorders: The sexual politics of sickness*. The Feminist Press.
- El Fondo para las Naciones Unidas para la Infancia. UNICEF. (2021). Hacia una infancia libre de violencia: Garantizar los derechos de niñas, niños y adolescentes a crecer sin violencia en

- América Latina y el Caribe. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia.
<https://www.unicef.org/lac/informes/hacia-una-infancia-libre-de-violencia>
- Emmons, E., y Nagy, C. (1974). *The Psychology of Sex Differences*. Stanford University Press.
<https://archive.org/details/psychologyofsex0001macc/page/n5/mode/2up>
- Espinoza, S. M., Vivanco, R. A., Sepúlveda, R. E., Álvarez, A. J., y Veliz, A. (2018). Violencia ejercida hacia ambos padres desde adolescentes que cursan la educación secundaria en la ciudad de Osorno, Chile. *Espacios*, 39(17), 1-11.
- Evans, M. (2011). Haciendo género: Género y estudios de la mujer en el siglo XXI. *Foro Internacional de Estudios de la Mujer*, 34(6), 603-610.
- Fahad, S., Jawad, I., Jawad, M., Stip, E., Abdul, M., y Al, A. (2023). Epidemiology of anxiety disorders: Global burden and sociodemographic associations. *Middle East Current Psychiatry*, 28(15).
- Falcone, R. (2018). Género y enfoque histórico-social: Las mujeres en el tiempo. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 18(4), 1323-1347.
- Falconí, M. (2022). La epistemología feminista: una forma alternativa de generación de conocimiento y práctica. *Contribuciones desde Coatepec*, (37).
- Fausto-Sterling, A. (2006). *Cuerpos sexuados: La política del género y la construcción de la sexualidad* (trad. A. Bixio). Melusina.
- Fávero, M., Oliveira, R., Del Campo, A., Fernandes, A., Moreira, D., Lanzarote-Fernández, M. D., y Sousa-Gomes, V. (2025). Intimate partner violence: The relationship between the stages of change, maintenance factors, and the decision the keep or leave the violent partner. *Journal of Clinical Medicine*, 14(2), 517.
- Federici, S. (2018). *El patriarcado del salario: Críticas feministas al marxismo*. Traficantes de sueños.
- Fenichel, O. (1945). *The Psychoanalytic Theory of Neurosis* (Vol. 1). New York: Norton.
<https://archive.org/details/in.ernet.dli.2015.187623/mode/2up>
- Fernández, A. M. (1993). *La mujer de la ilusión: Pactos y contratos entre hombres y mujeres*. Paidós. https://www.academia.edu/43976259/Fernandez_La_mujer_de_la_ilusion
- Ferrer-Pérez, V. (2019). Una mirada feminista a la psicología social. *Revista de Psicología Social*,

34(2), 215-229.

- Ferrer-Pérez, V., y Bosch-Fiol, E. (2019). El género en el análisis de la violencia contra las mujeres en la pareja: de la “ceguera” de género a la investigación específica del mismo. *Anuario de Psicología Jurídica*, 29, 69-76. <https://doi.org/10.5093/apj2019a3>
- Field, M., McVicker, B., Rule, N., y Mattuck, J. (1986). *Women's ways of knowing*. Basic Books. <https://archive.org/details/womenswaysofknow00belerich/page/n5/mode/2up>
- Fine, C. (2010). *Delusions of gender: The real science behind sex differences*. Icon Books. https://transreads.org/wp-content/uploads/2019/09/2019-09-12_5d7abf5ca0a17_DelusionsofGender.pdf
- Fisher, J. (2020). Gender competence and mental health promotion. *World Psychiatry*, 19(1), 34-35.
- Foucault, M. (1976). *Vigilar y Castigar: Nacimiento de la prisión*. Siglo XXI.
- Foucault, M. (1977). *Historia de la sexualidad I: La voluntad de saber*. Siglo XXI.
- Foucault, M. (2005). *Historia de la locura en la época clásica (E. Imaz, Trad.)*. Fondo de Cultura Económica. (Obra original publicada en 1961).
- Freitas De León, P. (2018). Reseña: Terapia afirmativa: una introducción a la psicología y a la psicoterapia dirigida a gays, lesbianas y bisexuales. *Psicología, Conocimiento y Sociedad*, 8(1), 288-298.
- Freud, S. (1895). *Estudios sobre la histeria*. En S. Freud, Obras Completas, Vol. II. Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1933). *La feminidad* (Conferencia 33). En Nuevas conferencias de introducción al psicoanálisis. Obras Completas, Vol. XXII. Amorrortu Editores.
- Friedrichs, K., y Kellmeyer, P. (2022). Neurofeminism: Feminist critiques of research on sex/gender differences in the neurosciences. *European Journal of Neuroscience*, 56(11), 5987-6002.
- García, D., y Romero, B. (2007). ¿Locas o enfermas? Perspectivas feministas sobre el sufrimiento psíquico. *Duoda: Revista de Estudios Feministas*, (33), 81-102.

- García, M. J., y Matud, M. P. (2015). Salud mental en mujeres maltratadas por su pareja: un estudio con muestras de México y España. *Salud Mental*, 38(5), 271-279.
- García, M., Jiménez, M. L., y Martínez, E. (2013). *Guía para incorporar la PG a la investigación en salud*. Consejería de Salud: Escuela Andaluza de Salud Pública.
- Gilligan, C. (1982). *In a Different Voice: Psychological Theory and Women's Development*. Harvard University Press.
[https://syllabus.pirate.care/library/Carol%20Gilligan/In%20a%20Different%20Voice%20\(418\)/In%20a%20Different%20Voice%20-%20Carol%20Gilligan.pdf](https://syllabus.pirate.care/library/Carol%20Gilligan/In%20a%20Different%20Voice%20(418)/In%20a%20Different%20Voice%20-%20Carol%20Gilligan.pdf)
- Glick, P., y Fiske, ST. (1996). The Ambivalent Sexism Inventory: Differentiating hostile and benevolent sexism. *Journal of Personality and Social Psychology*, 70(3), 491-512.
- Gómez, A. (2010). Los sistemas sexo/género en distintas sociedades: modelos analógicos y digitales. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, (130), 61-96.
- Gonzales-Quispe, R., Cuenca, N., Lora-Loza, M., Carcausto-Calla, W., y Campaña-Añasco, T. (2025). Indefensión aprendida en relaciones de pareja: Rol de los estilos parentales y la dependencia emocional. *Revista Cubana de Investigaciones Biomédicas*, 44.
- González, E. M., y Rodríguez, Y. (2020). Estereotipos de género en la infancia. *Pedagogía Social. Revista Interuniversitaria*, 36, 125-138.
- González, L., y Pérez, M. (2022). Género, lenguaje y símbolos: una aproximación desde la negociación social de las identidades. *Revista Interdisciplinaria de Estudios de Género*, 6(2), 29-52.
- González, M. (2018). La subjetividad femenina en cuestión. *Psicología y estudios de la mujer en la Argentina. Revista Interdisciplinaria de Estudios de Género del Colegio de México*, 4, 1-31.
- Gracia, E. (2002). *Violencia doméstica y metáfora del iceberg: casos visibles e invisibles*. Generalitat Valenciana.
- Gracia, P. (2022). *Eficacia de intervenciones psicológicas en mujeres víctimas de violencia de pareja: una revisión sistemática en España*. [Trabajo Fin de Máster. Universitas Miguel Hernández]. Crimina.
- Habigzang, L. F., Gomes, M., y Zamagna, L. (2019). *Terapia Cognitivo Conductual para mujeres*

- que sufrieron violencia por su pareja íntima: Estudio de casos múltiples. *Ciencias Psicológicas*, 13(2), 249-264.
- Heise, L., Pallitto, C., García-Moreno, C., y Jo, C. (2019). Medición del abuso psicológico por parte de la pareja: construcción de un indicador transcultural para los Objetivos de Desarrollo Sostenible. *SSM Popul Health*, 9, 1-6.
- Herman, J. (1992). *Trauma and recovery: The aftermath of violence -from domestic abuse to political terror*. Basic Books. https://beyondthetemple.com/wp-content/uploads/2018/04/herman_trauma-and-recovery-1.pdf
- Hernández, R., Fernández, C., y Baptista, P. (2015). *Metodología de la Investigación* (6ta ed.). McGrawGill / Interamericana Editores, S.A. de C.V. https://apiperiodico.jalisco.gob.mx/api/sites/periodicooficial.jalisco.gob.mx/files/metodologia_de_la_investigacion_-_roberto_hernandez_sampieri.pdf
- Hill, P. (2000). *Black feminist thought: Knowledge, consciousness, and the politics of empowerment* (2nd ed.). Routledge. <https://negrasoulblog.wordpress.com/wp-content/uploads/2016/04/patricia-hill-collins-black-feminist-thought.pdf>
- Hill, P., y Bilge, S. (2019). *Interseccionalidad: una introducción*. En Interseccionalidad. Morata.
- Hollway, W. (2006). The capacity to care: Gender and ethical subjectivity. *European Journal of Psychotherapy & Counselling*, 8(3), 275-285.
- Homan, P. (2024). Health consequences of structural sexism: Conceptual foundations, empirical evidence and priorities for future research. *Social Science & Medicine*, 351(1).
- Hooks, B. (2004). *The Will to Change: Men, Masculinity, and Love*. Atria Books. <https://dn721601.ca.archive.org/0/items/the-will-to-change-men-masculinity-and-love-by-bell-hooks-z-lib.org.epub/The%20Will%20to%20Change%20Men%2C%20Masculinity%2C%20and%20Love%20by%20bell%20hooks%20%28z-lib.org%29.epub.pdf>
- Horney, K. (1926). La huida de la feminidad: el complejo de masculinidad en las mujeres, tal como lo ven los hombres y las mujeres. *Revista Internacional de Psicoanálisis*, 7(3-4), 324-339.
- Hyde, J., Bigler, R., Joel, D., Tate, C., y Van Anders, S. (2019). The future of sex and gender in Psychology: Five challenges to the gender binary. *American Psychologist*, 74(2), 171-193.

- Instituto Estatal de las Mujeres. (IEM). (2022). *Modelo de atención psicológica con perspectiva de género para mujeres víctimas de violencia*. Portal Tabasco.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (INEGI). (2021). *Encuesta Nacional de Bienestar Autorreportado (ENBIARE) 2021*. INEGI.
https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2021/EstSociodemo/ENBIARE_2021.pdf
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (INEGI). (2021). *Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH) 2021: Principales resultados*.
<https://www.inegi.org.mx/programas/endireh/2021/>
- Irigaray, L. (1993). *Especulo de la otra mujer*. Akal.
- Jhorima, R. (2001). Salud Mental y Género. *Otras miradas*, 1(1), 35-42.
- Jiménez, M. L., y Guzmán, R. (2015). El caleidoscopio de la violencia contra las mujeres en la pareja desde la desigualdad de género: una revisión de enfoques analíticos. *Revista de Estudios Sociales*, 54, 93-106.
- Jones, E. (1933). The Phallic Phase. *International Journal of Psycho-Analysis*, 14, 1-33.
- Jordan, C., Campbell, R., y Follingstad, D. (2010). Violence and women's mental health: The impact of physical, sexual, and psychological aggression. *Annual Review of Clinical Psychology*, 6, 607-628.
- Jordan, J., Kaplan, A., Miller, J., Stiver, I., y Surrey, J. (1991). *Women's Growth in Connection: Writings From the Stone Center*. Guilford Press.
- Klein, M. (1960). *The Psychoanalysis of Children*. Grove Press, INC.
https://web.english.upenn.edu/~cavitch/pdf-library/Klein_Psychoanalysis_of_Children.pdf
- Klein, M. (2009). *Envidia y gratitud y otros escritos (1946-1963)* (V. S. de Campo et al., Eds. Y Trads.; ed. rev. y actualiz.). Editorial Paidós Mexicana. (Obra original publicada en 1975).
<https://www.mariategui.org/wp-content/uploads/2021/05/05-Klein-M.-1988-1975-Volumen-III.-Envidia-y-gratitud.pdf>

- Kohlberg, L. (1966). *A Cognitive-Developmental Analysis of Children's Sex-Role Concepts And Attitudes*. In Emmons, E. (Ed.), *The Development of Sex Differences* (pp. 82-173). Stanford University Press.
<https://archive.org/details/developmentofsex00macc/page/n9/mode/2up>
- Kristeva, J. (1981). *Semiótica I* (2da. ed.) Trad. Arancibia, J.M. Espiral/ensayo.
- Lacan, J. (1981). Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis (T. Meltzer, Trad.). Paidós. (Obra original publicada en 1973).
- Lafrance, M., y Wigginton, B. (2019). Doing critical feminist research: A Feminism & Psychology reader. *Feminism & Psychology*, 29(2), 147-164.
- Lagarde, M. (1996). *El género: La perspectiva de género*. Horas y HORAS.
- Lagarde, M. (2005). *Los cautiverios de las mujeres: Madresposas, monjas, putas, presas y locas* (10ªed.). Siglo XXI Editores.
- Lamas, M. (1986). La antropología feminista y la categoría "género". *Nueva Antropología*, 8(30), 173-198.
- Lamas, M. (1994). *Cuerpo: diferencia sexual y género*. Debate Feminista, 10.
- Lamas, M. (1996). *El género: la construcción cultural de la diferencia sexual*. En M. Lamas (Ed.), *Diferencias: Antología del pensamiento feminista contemporáneo*. Universidad Nacional Autónoma de México: Miguel Ángel Porrúa
- Lara-Caba, E. Z. (2019). Autoestima en las mujeres víctimas de violencia por la pareja íntima. *AULA: Revista de Humanidades y Ciencias Sociales*, 65(5), 9-16.
- Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia [LGAMVLV], Diario Oficial de la Federación (Méx.), 1 de febrero de 2007. Art.7.
<https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGAMVLV.pdf>
- Linehan, M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. The Guilford Press. <https://archive.org/details/cognitivebehavio0000line/page/n3/mode/2up>
- Lipsitz, S. (1981). Gender Schema Theory: A Cognitive Account of Sex Typing. *Psychological Review*, 88(4), 354-364.

- Llosa, S., y Canetti, A. (2018). Depresión e ideación suicida en mujeres víctimas de violencia de pareja. *Psicología, Conocimiento y Sociedad*, 9(1), 178-204.
- Locascio, L., Shen, Y., y Kusunoki, Y. (2021). Emotional violence against women: A cross-cultural analysis of verbal and psychological abuse. *International Journal of Psychology & Behavioral Sciences*, 11(4), 251-259.
- Lojo, M. (2009). Perspectiva de género en el proceso de socialización. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 2(1), 727-731.
- Longino, H. (1990). *Science as social knowledge: Values and objectivity in scientific inquiry*. Princeton University Press. <https://archive.org/details/scienceassocialk0000long>
- Lorber, J. (1994). *Paradoxes of Gender*. Yale University Press. <https://archive.org/details/paradoxesofgende0000lorb/page/n3/mode/2up>
- Lugones, M. (2008). Colonialidad y género. *Tabula Rasa*, (9), 73-101.
- Macleod, C., Bhatia, S., y Liu, W. (2020). Feminisms and decolonising psychology: Possibilities and challenges. *Feminism y Psychology*, 30(2), 147-166.
- Magaña, I., Menéndez, L., y Ramírez, C. (2012). Ideología, generosidad y subjetividad. *Cahiers de Psychologie Politique*, (20), 1-11.
- Mancillas, J. M. (2023). La mujer maltratada en la región norte de Sinaloa, México: Un perfil psicopatológico. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*, 7(1), 2909-2931.
- Marcos, M., y Isidro, A. I. (2019). El fantasma del control y los celos: violencia de género durante el noviazgo. *INFAD Revista de Psicología*, (1), 411-424.
- Markus, H., y Kitayama, S. (1991). Culture and the self: Implications for cognition, emotion, and motivation. *Psychological Review*, 98(2), 224-253.
- Martínez, P., Nazif-Muñoz, J. I., Magaña, I., y Rojas, G. (2022). Structural gender inequalities and symptoms of postpartum depression in 40 countries. *Journal of Affective Disorders*, 381-385.
- Marugán, B. (2020). Género. *Eunomía: Revista en Cultura de la Legalidad*, 18, 199-213.

- Maya, G. P., Bitar, J. P., Pimentel, M. J., y Verdesoto, N de J. (2024). La violencia contra la mujer, definición, factores de riesgo, consecuencias, eficacia de intervenciones. *Revista Científica Mundo de la Investigación y el Conocimiento*, 8(3), 341-356.
- Mazza, C., Ricci, E., Biondi, S., Colasanti, M., Ferracuti, S., Napoli, C., y Roma, P. (2021). Gender differences in emotional response to the COVID-19 outbreak in Spain: A cross-sectional study. *Brain and Behavior*, 11(6).
- McLean, C., Asnaani, A., Litz, B., y Hofmann, S. (2011). Gender differences in anxiety disorders: Prevalence, course of illness, comorbidity and burden of illness. *Journal of Psychiatric Research*, 45(8), 1027-1035.
- Mead, M. (1973). *Sexo y temperamento en las sociedades primitivas*. Editorial Lata.
- Meler, I. (2007). Psicoanálisis y género: Deconstrucción crítica de la teoría psicoanalítica y nuevos enfoques teóricos. *Cuestiones de Género: De la igualdad y la Diferencia*, (2), 13-48.
- Méndez, M., Barragán, A., Peñaloza, R., y García, M. (2022). Severidad de la violencia de pareja y reacciones emocionales en mujeres. *PSICUMEX*, 12(1), 1-20.
- Meneses, F. J., y Herrera, A. (2019). *La violencia en la pareja: una mirada desde las desigualdades de género*. *Revista Némesis*, 15, 1-20.
- Millet, K. (1970). *Política Sexual*. Ediciones Cátedra.
- Milne-Smith, A. (2022). Gender and Madness in nineteenth-century Britain. *History Compass*, 20(11).
- Mitchell, J. (1979). *Psicoanálisis y feminismo: Freud, Reich, Laing y las mujeres* (M. Del Castillo, Trad.). Siglo XXI Editores.
- Molina, E. (2019). Factores de riesgo y consecuencias de la violencia de género en Colombia. *Tempus Psicológico*, 2(1), 15-36.
- Money, J., y Ehrhardt, A. (1972). *Man & woman, boy & girl: Gender Identity from conception to maturity*. Johns Hopkins University Press.
<https://archive.org/details/manwomanboygirl00mone>
- Montesanti, S. R., y Thurston, W. (2015). Mapping the role of structural and interpersonal violence

- in the lives of women: Implications for public health interventions and policy. *BMC Women's Health*, 15, 100.
- Moreno, L. M., y Carrillo, A. M. (2016). *La perspectiva de género en la salud*. UNAM Facultad de Medicina.
- Moulding, N., Franzway, S., Wendt, S., Zufferey, C., y Chung, D. (2021). Placing women's mental health in context: The value of a feminist paradigm. *National Library of Medicine*, 52(7), 449-453.
- Munévar-Munévar, D. I., y Mena-Ortíz, L. Z. (2009). Violencia estructural de género. *Revista de la Facultad de Medicina*, 57(4), 357-363.
- Muñoz, C. (2015). *Metodología de la Investigación*. OXFORD.
- Muñoz, J. M., y Echeburúa, E. (2015). Diferentes modalidades de violencia en la relación de pareja: implicaciones para la evaluación psicológica forense en el contexto legal español. *Anuario de Psicología Jurídica*, 26(1), 2-12.
- Muruaga, S., y Pascual, P. (2019). La psicoterapia de equidad feminista. *Revista con la A*, (62).
- Musacchio, K., Lieberman, A., Sever, A., y Joiner, T. (2021). Prevalence rates of anxiety, depressive, and eating pathology symptoms between the pre- and peri- COVID-19 eras: A meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 298, 364-372.
- Navarro, P. A., Giménez-Páez, M., y Aparicio-García, M. (2024). "Hacer género" en psicoterapia: fundamentos teóricos para visibilizar prejuicios y estigmas de género en la psicoterapia con personas LGBTIQ+. *Revistas Científicas Complutense*, 15(1), 101-11.
- Núñez, C. (2021). Violencia contra las mujeres y feminicidio íntimo a la sombra del covid-19. Los efectos perversos del confinamiento. *Política y Cultura*, (55), 99-119.
- Olivares, S., y García, M. (2016). Invisibilidad e impacto del maltrato psicológico en la pareja: barreras para su detección profesional. *Revista de Psicología Social Aplicada*, 26(2), 65-78.
- Olivares-Aising, D., y Mayorga, R. (2023). Investigación postcualitativa: aportes críticos desde el posestructuralismo feminista. *Revista Estudios Feministas, Florianópolis*, 31(1), 1-14.
- Ordorika, T. (2009). Aportaciones sociológicas al estudio de la salud mental de las mujeres. *Revista Mexicana de Sociología* 71(4), 647-674.

Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura. (UNESCO). (2025). <https://www.unesco.org/es/gender-equality/education>

Organización de las Naciones Unidas para la Igualdad de Género y el Empoderamiento de las Mujeres (ONU Mujeres). (2024). *15 formas de violencia de género que luchamos por erradicar*. ONU Mujeres España. <https://unwomen.es/2024/11/25/tipos-violencia-de-genero/>

Organización de las Naciones Unidas para la Igualdad de Género y el Empoderamiento de las Mujeres (ONU MUJERES). (2020). <https://lac.unwomen.org/es/digiteca/publicaciones/2020/11/violencia-contra-las-mujeres-en-america-latina-y-el-caribe>

Organización de las Naciones Unidas para la Igualdad de Género y el Empoderamiento de las Mujeres (ONU MUJERES). (2023). <https://www.unwomen.org/es/what-we-do/ending-violence-against-women/facts-and-figures#:~:text=Se%20calcula%20que%2C%20en%20todo,no%20incluyen%20el%20acoso%20sexual>.

Organización Mundial de la Salud. (OMS). (2023). <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>

Organización Mundial de la Salud. (OMS). (2024). <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/post-traumatic-stress-disorder>

Organización Panamericana de la Salud. (OPS). (2021). <https://www.paho.org/es/recursos-para-periodistas>

Organización Panamericana de la Salud. (OPS). (2023). <https://www.paho.org/es/noticias/9-6-2023-salud-mental-debe-ocupar-lugar-prioritario-agenda-politica-tras-pandemia-covid-19#:~:text=Los%20trastornos%20depresivos%20y%20de,al%20a%C3%B1o%20en%20la%20regi%C3%B3n>.

Organización Panamericana de la Salud. (OPS). (2025). Violencia contra la mujer. <https://www.paho.org/es/temas/violencia-contra-mujer>

- Orozco, A., Aguilar, A., y Amarís, M. (2021). Legitimación de la violencia en parejas heterosexuales desde el género como una de las estructuras de práctica social. *Saúde Soc. Sao Paulo*, 30(1), 1-14.
- Palazón, D., y Gracia, E. (2022). Depenencia emocional, ansiedad y depresión en relaciones de pareja. *Ansiedad y Estrés*, 28(2), 97-104.
- Papalia, D., Wendkos, S., y Duskin, R. (2010). *Desarrollo humano* (11ma ed.). McGraw-Hill / Interamericana Editores, S.A. de C.V.
<https://psicologoseducativosgeneracion20172021.files.wordpress.com/2017/08/papalia-feldman-desarrollo-humano-12a-ed2.pdf>
- Parsons, T. (1951). *El sistema Social*. WordPress. <chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://teoriasuno.wordpress.com/wp-content/uploads/2013/08/el-sistema-social-talcott-parsons.pdf>
- Patterson, G. (1982). *Coercive family process*. Eugene, OR: Castalia Publishing Company.
<https://es.scribd.com/document/797039760/Coercive-Family-Process>
- Piaget, J. (2003). *El nacimiento de la inteligencia en el niño* (2da. ed.). Crítica.
<https://piagetflix.com/wp-content/uploads/2020/02/2-El-Nacimiento-de-La-Inteligencia-en-El-Nino-Jean-Pieget.pdf>
- Piccinelli, M., y Wilkinson, G. (2000). Gender differences in depression: Critical review. *The British Journal of Psychiatry*, 177(6), 486-492.
- Pinquart, M., y Sörensen, S. (2019). Gender Differences in the Associations Between Informal Caregiving and Well-being in Low – an Middle-Income Countries. *Journal of Women's Health*, 28(10), 1458-1465.
- Pujal, 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), 1-16.
<https://doi.org/10.3989/ris.2020.78.2.18.113>
- Ramírez, G. (2022). Los caminos a la igualdad sustantiva, una obligación del Estado y una exigencia del feminismo en (Cord. Casas, R., & Chávez, C. J.) Igualdad de género, una mirada feminista desde el Trabajo Social. *Revista de Trabajo Social UNAM*.

- Ramírez, J. C. (2019). Fundamentos de un trabajo social clínico feminista: una perspectiva de género, raza e interseccionalidad. *Perspectivas: Notas sobre intervención y acción social*, (33), 223-242.
- Ramírez-Cruz, J. C., Blanchi, J. M., Santana-Cárdenas, S., Javier-Juárez, S. P., y Franco-Paredes, K. (2023). Eficacia de las terapias online de activación conductual y cognitivo conductual para el tratamiento de la depresión en mujeres mexicanas víctimas de violencia. *Terapia Psicológica*, 41(1), 88-109.
- Ramírez-Cruz, J. C., Santana-Cárdenas, S., y Javier-Juárez, S. P. (2022). Intervenciones Psicológicas para mujeres en situaciones de Violencia de Género: Una revisión paraguas. *UARICHA: Revista de Psicología*, 19, 29-40.
- Redondo, N., Díaz-Loving, R., y Meza-Gutiérrez, A. (2018). Manifestaciones y consecuencias de la violencia psicológica en la pareja. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 50(3), 145-157.
- Reich, W. (1973). *The Function of the orgasm* (Vol. 1). Farrar, Straus and Giroux.
<https://archive.org/details/functionoforgas01reic/page/n3/mode/2up>
- Reyes, M. I., Mayorga, C., y De Araújo, J. (2017). Psicología y feminismo: Cuestiones epistemológicas y metodológicas. *Perspectiva*, 16(2), 1-8.
- Rice, S., Oliffe, J., Seidler, Z., Borschmann, R., Pirkis, J., Reavley, N., y Patton, G. (2021). Gender norms and the mental health of boys and young men. *The Lancet Public Health*, 6(8), e541-e542.
- Riecher-Rössler, A. (2017). Diferencias de sexo y género en los trastornos mentales. *The Lancet Psychiatry*, 4(1), 8-9.
- Rivera, N., y Castro, L. (2022). Ética del cuidado y perspectiva de género en la atención psicológica a mujeres víctimas de violencia. *Revista Interamericana de Psicología*, 56(3), 245-259.
- Romero, C. S., y Vera, E. (2019). ¿Se deprimen más las mujeres que los hombres? Un recorrido histórico por el abordaje psiquiátrico de la enfermedad mental en la mujer. *Revista EGLE* (13), 26-38.
- Romito, P. (2008). *Un silencio ensordecedor: Violencia oculta contra mujeres y niños*. Bristol University Press.

- Rondan, L-B., Rojas, S., Cruz-Manrique, Y., y Malvaceda-Espinoza, E. (2022). Violencia íntima de pareja en lesbianas, gais y bisexuales de Lima Metropolitana. *Revista de Investigación en Psicología*, 25(2), 105-120.
- Rosenfield, S., y Mouzon, D. (2013). *Gender and mental health*. In C. S. Aneshensel, J. C. Phelan, y A. Bierman (Eds.), *Handbook of the sociology of mental health* (2ª ed., pp. 277-296). Springer.
- Rosser, SV. (1992). Is there androcentric bias in psychiatric diagnosis? *Journal of Medicine and Philosophy*, 17(2), 215-231.
- Roudinesco, E. (1999). *Jacques Lacan: Esbozo de una vida, historia de un sistema de pensamiento* (H. Herrera, Trad.). Fondo de Cultura Económica. (Obra original publicada en 1993).
- Rubin, G. (1986). El tráfico de mujeres: notas sobre la "economía política" del sexo. *Redalyc*, 8(30), 95-145.
- Ruíz, C., y Pavón, L. (2022). Una realidad invisible: violencia psicológica de género en la pareja. En F. Javier et al. (Eds.), Capítulo 4 en Clasificación de la violencia de pareja hacia las mujeres.
- Ruíz, E. (1998). Subjetividad femenina. *Espiral*, 5(13), 143-160.
- Ruiz, M. (1995). B. F. Skinner's radical behaviorism: historical misconstructions and grounds for feminist reconstructions. *Behavior and Social Issues*, 5(2), 29-44.
- Ruíz, M. J., y Jiménez, I. (2003). Género, Mujeres y Psiquiatría: Una aproximación crítica. *Frenia*, 3(1), 7-29.
- Ruíz, S., y Valencia, J. A. (2018). Tipos de relación y manifestaciones que han vivido lesbianas y mujeres bisexuales de la CDMX. *Centro de Documentación y Recursos Pedagógicos: Salud Sexual*. 111-130.
- Sabri, Y. (2021). Depression and post-traumatic stress disorder in females exposed to intimate partner violence. *Middle East Current Psychiatry*, 28, 85.
- Sangiao, I., y Martínez, R. M. (2021). Contenidos de trabajo en violencia de género. Una intervención desde contextos sanitarios. *Clínica Contemporánea Revista de Diagnóstico Psicológico, Psicoterapia y Salud*, 12(3), 1-12.
- Santomauro, D., Mantilla, A., Shadid, J., Zheng, P., Ashbaugh, C., Pigott, D., Abbafati, C., Adolfo,

- C., O’Amlag, J., Aravkin, A., Bang-Jensen, B., Bertolacci, G., Bloom, S., Castellano, R., Castro, E., Chakrabarti, S., Chattopadhyay, J., Cogen, R., Collins, J., Dai, X., James, W., Dapper, C., Deen, A., Erickson, M., Ewald, S., Flaxman, A., Frostad, J. J., Fullman, N., Giles, J., Zergaw, A., Guo, G., He, J., Helak, M., Hulland, E., Idrisov, B., Lindstrom, A., Linebarger, E., Lotufo, P., Lozano, R., Magistro, B., Carvalho, D., Mansson, J., Marinho, F., Mokdad, A., Monasta, L., Naik, P., Nomura, S., O’Halloran, J., Ostroff, S., Pasovic, M., Penberthy, L., Reiner, R., Reinke, G., Ribeiro, A. L., Sholajov, A., Sorensen, R., Varavikova, E., Truc, A., Walcott, R., Watson, S., Wiysonge, C., Zigler, B., Hay, S., Vos, T., Murray, C., y Whiteford, H., Ferrari, A. (2021). Global prevalence and burden of depressive and anxiety disorders in 204 countries and territories in 2020 due to the COVID-19 pandemic. *The Lancet*, 398(10312), 1700-1712. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)02143-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)02143-7)
- Schvartzman, G., Kohler, P., y Bareiro, C. (2020, 25 de noviembre). La violencia hacia las mujeres es la base de la estructura patriarcal. *El Nacional*. https://elnacional.com.py/nacionales/la-violencia-mujeres-base-estructura-patriarcal-n3346#_ftn6
- Scott, J. (1990). El género: una categoría útil para el análisis histórico. En Marta Lamas (comp.), *El género: la construcción cultural de la diferencia sexual* (pp. 265-302). México: PUEG/UNAM.
- Scully, D. (2002). Feminist perspectives on psychotherapy: Interrupting the gendered cycles of power and pathology. *Women & Therapy*, 25(3), 5-23.
- Seedat, S., Scott, K., Angermeyer, M., Berglund, P., Bromet, E., Brugha, T., Demyttenaere, K., De Girolamo, G., Haro, J., Jin, R., Karam, E., Kovess-Masfety, V., Levinson, D., Medina, M., Ono, Y., Ormen, J., Pennel, B., Posada-Villa, J., Sampson, N., Williams, D., y Kessler, R. (2009). Asociaciones transnacionales entre género y trastornos mentales en las Encuestas Mundiales de Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud. *Arch Gen Psychiatry*, 66(7), 785-795.
- Segato, R. (2016). *La guerra contra las mujeres*. Traficante de Sueños.
- Seligman, M. (1975). *Indefensión*. Debate.
- Serrano, J. (2007). *Whipping girl: A transsexual woman on sexism and the scapegoating of femininity*. Seal Press. <https://archive.org/details/whippinggirltran0000sera>

- Showalter, E. (1987). *The female malady: Women, madness, and English culture, 1830-1980*. Virago.
- Skinner, B. F. (1975). *La conducta de los organismos: Un análisis experimental* (1.^a ed. en español). Fontanella. (Obra original publicada en 1938).
<https://www.conducteam.com/recursos-libros/la-conducta-de-los-organismos/>
- Stice, E., Schupak-Neuberg, E., Shaw, Su., y Stein, R. (2000). Relation of media exposure to eating disorder symptomatology: An examination of mediating mechanisms. *Journal of Abnormal Psychology*, 109(3), 438-444.
- Stoller, R. J. (1968). *Sex and gender: On the development of Masculinity and femininity*. Science House.
- Stone, A. (2014). *Psicoanálisis y subjetividad materna*. En P. Bueskens (Comp.), *Maternidad y psicoanálisis: perspectivas clínicas, sociológicas y feministas*. Demeter Press.
https://www.academia.edu/7492004/Psychoanalysis_and_Maternal_Subjectivity
- Stryker, S., Pallerla, H., Yockey, A., Bedard-Thomas, J., y Pickle, S. (2022). Capacitación de profesionales de la salud mental en atención que afirma el género: una encuesta a médicos clínicos experimentados. *Salud transgénero*, 7(1).
- Suprema Corte de Justicia de la Nación. (SCJN). (2022). <https://www.scjn.gob.mx/informate/la-importancia-de-la-perspectiva-de-genero-en-la-salud-mental>
- Taverniers, K. (2012). *Abuso emocional en la pareja: Construcciones y deconstrucciones de género* (1era Ed.). Editorial Biblos PSI. <https://diariofemenino.com.ar/df/wp-content/uploads/2020/06/Abuso-emocional-en-la-pareja.pdf>
- Timler, K. (2022). Distorted thinking or distorted realities? The social construction of anxiety for women in neoliberal Late-Stage Capitalism. *Hypatia*, 37(4), 726-742.
- Tolin, D., y Foa, E. (2006). Sex differences in trauma and posttraumatic stress disorder: A quantitative review of 25 years of research. *Psychological Bulletin*, 132(6), 959-992.
- Toribio, S. (2020). Cómo la perspectiva de género cambia la técnica de la psicoterapia relacional. *Revista electrónica de Psicoterapia*, 14(1), 216-236.

- Torrens-Melich, M., Orengo, T., Rodríguez, F., Almodóvar, I., Baquero, A., y Benito, A. (2021). Perspectiva de género en el diagnóstico dual. *Brain Sciences*, 11(8), 1-4.
- Torrubia-Pérez, E., Reverté-Villarroya, S., Fernández-Sáez, J., y Martorell-Poveda, M. A. (2022). Analysis of psychosomatic disorders according to age and sex in a rural area: A population-based study. *Journal of Personalized Medicine*, 12(10), 1730.
- Tourné, M., Herrero, S., y Garriga, A. (2024). Consecuencias para la salud de la violencia contra la mujer por la pareja. *Atención Primaria*, 56, 1-10.
- Tseris, E. (2023). Placing women's mental health in context: The value of a feminist paradigm. *Australian Journal of General Practice*, 52(7), 449-453.
- Ussher, J. (2011). *The Madness of women: Myth and experience*. Routledge.
- Ussher, J. (2013). Diagnosing difficult women and pathologising femininity: Gender bias in psychiatric nosology. *Feminism & Psychology*, 23(1), 63-69.
- Vaca-Ferrer, R., Ferro-García, R., y Valero-Aguayo, L. (2021). Una revisión de los programas de intervención grupal con víctimas de violencia de género. *Revista cuatrimestral de psicología, apuntes de psicología*, 39(3), 111-124.
- Velázquez, M. E. (2021). Cuerpo, género e identidades. (Re)visiones a partir de la Psicología. *Estudios de Psicología*, 40(2), 123-145.
- Vélez, P. A., Cubides, L. A., Rodríguez, Y. C., y Penagos, J. N. (2023). *Eficacia de las intervenciones en mujeres víctimas de violencia de pareja heterosexual con TEPT: Revisión sistematizada* [Trabajo de grado, Universidad El Bosque]. Repositorio Institucional Universidad El Bosque. <https://hdl.handle.net/20.500.12495/9795>
- Vergara, M. T. (2018). *Guía de Perspectiva de Género en Psicoterapia con consultantes adultas y adultos*. [Tesis de maestría, Universidad Católica de Chile]. Repositorio de la Pontificia Universidad Católica de Chile. <https://doi.org/10.7764/tesisUC/PSI/22179>
- Vigo, D., Thornicroft, G., y Atun, R. (2019). Estimating the true global burden of mental illness. *The Lancet Psychiatry*, 6(5), 453-464.
- Villavicencio, L., y Zúñiga, A. (2015). La violencia de género como opresión estructural. *Revista chilena de derecho*, 42(2), 719-728.

- Villegas, C. (1998). Influencia de Piaget en el estudio del desarrollo moral. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 30(2), 223-232.
- Watson, J. (1919). *Psychology: From the standpoint of a behaviorist*. J. B. Lippincott company.
<https://archive.org/details/psychologyfromst00watsuoft/page/n7/mode/2up>
- West, A. (2015). A Brief Review of Cognitive Theories in Gender Development. *Behavioural Sciences Undergraduate Journal*, 2(1), 59-66.
- West, C., y Zimmerman, D. (1987). Doing gender. *Gender & Society*. *Jstor*, 1(2), 125-151.
- White, S., Sin, J., Sweeney, A., Salisbury, T., Wahlich, C., Montesinos, C. M., Gillard, S., Brett, E., Allwright, L., Iqbal, N., Khan, A., Perot, C., Marks, J., y Mantovani, N. (2024). Global Prevalence and Mental Health Outcomes of Intimate Partner Violence Among Women: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Trauma Violence Abuse*, 25(1), 494-511.
- Winnicott, D. (1993). *Los procesos de maduración y el ambiente facilitador: Estudios para una teoría del desarrollo emocional* (J. L. Etcheverry, Trad.). Paidós. (Obras originalmente publicadas entre 1953 y 1965).
- Wolpe, J. (1958). *Psychotherapy by reciprocal inhibition*. Stanford University Press.
<https://archive.org/details/psychotherapybyr0000wolp/page/n5/mode/2up>
- Worell, J., y Remer, R. (1992). *Feminist perspectives in therapy: Empowering diverse women*. Jhon Wiley & Sons.
<https://archive.org/details/feministperspect0000wore/page/n5/mode/2up>
- World Health Organization. (WHO). (2021). *Depression and other common mental disorders: Global Health estimates*. <https://www.who.int/publications/i/item/depression-global-health-estimates>
- Wu, Y., Li, X., Ji, X., Ren, W., Zhu, Y., Chen, Z., y Du, X. (2025). Tendencias en la epidemiología de los trastornos de ansiedad de 1990 a 2021: un análisis global, regional y nacional con foco en el índice sociodemográfico. *PubMed*, 166-174.

Zagaria, A., y Lombardi, L. (2024). A new perspective on trends in Psychology. *New Ideas in Psychology*, 74, 101078.



Zorrilla, B. (2024, noviembre 28). *La memoria del trauma: cómo afecta la violencia de género a las víctimas. Hoy por Hoy Cuenca (Cadena SER)*. Recuperado de artículo de radio nacional.

Anexos

Anexo 1

Cuestionario para Profesionales de la Psicología Clínica

Cuestionario para profesionales de la psicología clínica

B I U  

El presente cuestionario tiene la intención de recabar información para conocer la relevancia de la perspectiva de género en el ejercicio de la práctica clínica en profesionales de la psicología. Los datos aquí recabados serán ocupados únicamente para fines académicos y de investigación, su participación será anónima y voluntaria.

Para mayores informes contactar a:
Jocelyn Guadarrama Hernández
jguadarrama610@alumnos.uaq.mx

¡Gracias por participar!

Instrucciones: Por favor, responda cada pregunta seleccionando la opción que mejor refleje su opinión o práctica actual, recuerde que no hay respuestas correctas o incorrectas, así que agradecemos que conteste con la mayor honestidad.

La investigación está focalizada en mujeres (MCis) y hombres (HCis) cisgénero, entendidos como las personas que se identifican con el sexo que se les asignó al nacer.

Descripción (opcional)

1. Seleccione su género: *

☐ Masculino

☐ Femenino

☐ No binario

☐ Prefiero no decirlo

☐ Otra...

2. Edad: *

Texto de respuesta corta

3. En qué estado radica:

Elige

4. Universidad en la que se formó (anotar nombre completo de la institución):

Tu respuesta

5. ¿Cuenta con cédula profesional en materia de psicología? *

☐ Sí

☐ No

Sección 1: Perfil profesional

En esta sección las preguntas se refieren a su práctica profesional.

1. ¿Cuántos años de experiencia tiene en atención clínica?

☐ Menos de 1 año

☐ 1 a 2 años

☐ 3 a 5 años

☐ Mas de 5 y menos de 10 años

☐ De 10 a 20 años

☐ Más de 20 años

2. En su práctica clínica ¿Cuál enfoque utiliza?

☐ Psicoanálisis

☐ Cognitivo conductual

☐ Sistémico

☐ Humanista

☐ Gestalt

☐ Existencial

☐ Otra...

3. Principalmente, ¿Qué tipo de población atiende?

- ☐ Infancias
 - ☐ Adolescentes
 - ☐ Jóvenes
 - ☐ Adultas/adultos
 - ☐ Adultas/ adultos mayores
-

4. ¿Qué tipo de atención principalmente realiza?

- ☐ Individual
- ☐ Grupal
- ☐ Familiar
- ☐ De pareja
- ☐ Otra...

1.1 Atención terapéutica



En esta sección nos centraremos en la atención terapéutica que de manera individual usted realiza.

1. En general, ¿Cuáles son los principales motivos iniciales de consulta de las mujeres (MCis)?
(Puede marcar más de uno)

- ☐ Problemas con la pareja
- ☐ Problemas familiares
- ☐ Depresión
- ☐ Ansiedad
- ☐ Trastornos alimenticios
- ☐ Consumo de sustancias
- ☐ No atiende a mujeres cisgénero adultas
- ☐ Otra...

2. En general, ¿Cuáles son los principales motivos iniciales de consulta de los hombres (HCis)?
(Puede marcar más de uno)

- ☐ Problemas con la pareja
- ☐ Problemas familiares
- ☐ Depresión
- ☐ Ansiedad
- ☐ Trastornos alimenticios
- ☐ Consumo de sustancias
- ☐ No atiende a hombres cisgénero adultos
- ☐ Otra...

3. De acuerdo a su experiencia terapéutica ¿Qué población es la que más abandona el proceso terapéutico?

- ☐ Mujeres cisgénero adultas
- ☐ Hombres cisgénero adultos
- ☐ Mujeres y hombres por igual
- ☐ No me he percatado de esta particularidad

Sección 2: Formación en perspectiva de género



En esta sección las preguntas hacen referencia a su formación profesional en materia de perspectiva de género.

La **perspectiva de género** es una herramienta conceptual que ayuda a comprender profundamente tanto la vida de las mujeres, como la de los hombres y las relaciones que se dan entre ambos.

En esta investigación entendemos el género como una categoría de análisis que hace alusión a las diferencias sexuales para la asignación de roles, expectativas, espacios, jerarquías, permisos y prohibiciones a mujeres y hombres, dentro de la sociedad. Esta distinción es una construcción social, cultural e histórica que restringe las posibilidades y el desarrollo pleno de capacidades de las personas.

1. Durante su formación académica ¿Recibió alguna formación sobre perspectiva de género?

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ No lo recuerdo

2. Posterior a la conclusión de sus estudios universitarios:

¿Cuántas horas aproximadas de formación específica en cuestiones de género ha recibido?

- ☐ 0 horas
- ☐ 1 a 10 horas
- ☐ 11 a 20 horas
- ☐ 21 a 40 horas
- ☐ Más de 40 horas

3. ¿Qué tipo de formación con perspectiva de género tomó?

- ☐ Plática
- ☐ Taller
- ☐ Diplomado
- ☐ Posgrado
- ☐ Cursos
- ☐ Ninguna
- ☐ Otra...

4. ¿Hace cuánto tiempo fue su **última** formación en perspectiva de género?

- ☐ Menos de un año
- ☐ de 1 año a 5 años
- ☐ Más de 5 y menos de 10 años
- ☐ Más de 10 años
- ☐ No tengo ninguna formación

5. ¿Qué tan relevante considera que es la perspectiva de género para la formación de profesionistas en psicología?

- ☐ Muy relevante
- ☐ Relevante
- ☐ Medianamente relevante
- ☐ Poco relevante
- ☐ Nada relevante

2.1: Formación en perspectiva de género para su aplicación en el ámbito terapéutico.



En esta sección las preguntas hacen referencia a su formación profesional en materia de perspectiva de género específicamente aplicada al ámbito terapéutico.

1. ¿Cuántas horas aproximadas de formación específica en perspectiva de género para su aplicación en el ámbito terapéutico ha recibido?

- ☐ 0 horas
- ☐ 1 a 10 horas
- ☐ 11 a 20 horas
- ☐ 21 a 40 horas
- ☐ Más de 40 horas

2. ¿Qué tipo de formación tomó para su aplicación en el ámbito terapéutico con perspectiva de género?

- ☐ Plática
- ☐ Taller
- ☐ Diplomado
- ☐ Posgrado
- ☐ Cursos
- ☐ Ninguna
- ☐ Otra...

3. ¿Hace cuánto tiempo fue su última formación para aplicar la perspectiva de género en el ámbito terapéutico?

- ☐ Menos de un año
- ☐ de 1 año a 5 años
- ☐ Más de 5 y menos de 10 años
- ☐ Más de 10 años
- ☐ No tengo ninguna formación

Sección 3: Práctica Terapéutica



En esta sección las preguntas se refieren a su práctica terapéutica con Mujeres Cisgénero (MCis) adultas.

1. Cuando trabaja con Mujeres Adultas (MCis) ¿Con qué frecuencia realiza análisis o abordajes con perspectiva de género durante las sesiones de terapia?

- ☐ Nunca
- ☐ Raramente
- ☐ Ocasionalmente
- ☐ Frecuentemente
- ☐ Siempre
- ☐ Desconozco el abordaje con perspectiva de género

3.1: Si existe una aplicación de la PG en la Práctica Terapéutica



Descripción (opcional)

1. De las siguientes problemáticas relacionadas con violencia de género ¿Cuáles han sido las que prioritariamente has detectado? (Marque todas las que apliquen)

- ☐ Violencia económica
- ☐ Violencia psicológica
- ☐ Violencia emocional
- ☐ Violencia física
- ☐ Violencia sexual
- ☐ Violencia laboral
- ☐ Otra...

2. ¿Qué tan efectiva considera que puede ser la perspectiva de género en el abordaje terapéutico con Mujeres Cisgénero Adultas (MCis)?

- ☐ Nada efectiva
- ☐ Poco efectiva
- ☐ Neutral
- ☐ Efectiva
- ☐ Muy efectiva

3. Cuando utiliza el abordaje con perspectiva de género, ¿Qué impacto ha visto que ha tenido en el proceso terapéutico en sus pacientes/consultantes Mujeres Cisgénero Adultas (MCis)? (Marque todas las que apliquen)

- ☐ Cuestionamiento de los roles de género en la familia
- ☐ Cuestionamiento de los roles de género en la pareja
- ☐ Cuestionamiento de roles de género en las relaciones laborales
- ☐ Cuestionamiento de las tradiciones familiares
- ☐ Cuestionamiento de relaciones de poder en la familia
- ☐ Cuestionamiento de relaciones de poder en la pareja
- ☐ Cuestionamiento de la violencia de género
- ☐ Mayor autonomía personal/ afectiva
- ☐ Mayor autonomía económica/laboral
- ☐ Otra...

4. ¿Qué técnicas le han funcionado para incorporar la perspectiva de género en la atención de las mujeres (MCis) que atiende? (Marque todas las que considere pertinentes)

- ☐ Hacer preguntas centradas en el género, en ámbitos como: tareas domésticas, cuidados de los integrant...
- ☐ Examinar los conflictos y repercusiones que traen las construcciones de género propias de un sistema p...
- ☐ Poner atención en cómo las construcciones de género influyen en la manera en que se expresa el malest...
- ☐ Enmarcar los problemas individuales, como parte de un contexto social.
- ☐ No normalizar cuando se encuentran síntomas que estereotípicamente corresponden al género de la per...
- ☐ Poner en palabras los dolores y malestares que se relacionan con la construcción social del género.
- ☐ Otra...

Sección 4: Barreras y Mejoras



En esta parte nos interesa conocer cuáles han sido las situaciones que ha enfrentado en su práctica clínica con relación a la perspectiva de género.

1. Identifique las principales barreras que enfrenta al incorporar la perspectiva de género en la psicoterapia (Marque todas las que considere pertinentes):

- ☐ Naturalización de los roles de género
- ☐ Formación familiar demasiado rígida/conservadora
- ☐ Formación religiosa
- ☐ Reticencia de consultantes
- ☐ Otra...

2. Como profesional de la psicología ¿Qué mejoras sugiere para fortalecer la incorporación de la perspectiva de género en la práctica terapéutica? (Marque todas las que considere pertinentes)

- ☐ Reconocer y cuestionar los propios sesgos asociados al género
- ☐ Admitir la influencia del género entre consultante y terapeuta
- ☐ Analizar la influencia del género en el motivo de consulta y/o en el malestar de quien consulta
- ☐ Reconocer la influencia de las diferencias de género en el diagnóstico inicial
- ☐ Intervenir en terapia tomando en consideración las construcciones sociales del género
- ☐ Incorporar el lenguaje inclusivo en la terapia
- ☐ Tomar una posición como profesional de la salud mental acorde al enfoque de género
- ☐ Otra...

Sección 5: Enfoques y servicios



En esta parte nos interesa conocer si ha tenido algún otro enfoque en su práctica terapéutica, así como los servicios que ha necesitado en ella.

1. ¿Qué otro enfoque utiliza en su práctica terapéutica?

- ☐ Enfoque de Derechos Humanos
- ☐ Enfoque de juventudes
- ☐ Enfoque de disidencias sexuales
- ☐ Enfoque feminista
- ☐ Otra...

2. ¿Ha requerido algunos de los siguientes servicios? (Marque todas las que apliquen):

- ☐ Canalización a otras/os profesionistas de la salud mental
- ☐ Generación de protocolos personales para la atención de determinadas problemáticas
- ☐ Creación de redes de apoyo con otros profesionistas de la salud mental
- ☐ Canalización a servicios de asesoría legal
- ☐ Canalización a servicios psiquiátricos
- ☐ Canalización a servicios de peritajes
- ☐ Canalización a líneas telefónicas de atención psicológica gratuita
- ☐ Servicios de consejería en salud sexual y reproductiva
- ☐ Supervisión de casos clínicos
- ☐ Asesoría con otros colegas sobre algún caso en particular
- ☐ Otra...

3. Con relación a la pregunta anterior: ¿Cuál considera que le ha sido el más necesario?

- ☐ Canalización a otras/os profesionales de la salud mental
- ☐ Generación de protocolos personales para la atención de determinadas problemáticas
- ☐ Creación de redes de apoyo con otros profesionales de la salud mental
- ☐ Canalización a servicios de asesoría legal
- ☐ Canalización a servicios psiquiátricos
- ☐ Canalización a servicios de peritajes
- ☐ Canalización a líneas telefónicas de atención psicológica gratuita
- ☐ Servicios de consejería en salud sexual y reproductiva
- ☐ Supervisión de casos clínicos
- ☐ Asesoría con otros colegas sobre algún caso en particular
- ☐ Otra...

Sección 6: Cierre



Agradecemos de antemano el tiempo invertido para contestar este cuestionario, dejamos unas últimas preguntas para saber si le interesa saber más acerca de este tema y de la investigación en curso.

1. ¿Qué medios considera que son los más idóneos para fortalecer el conocimiento sobre perspectiva de género en psicólogos/as clínicos?

- ☐ Videos informativos
- ☐ Talleres
- ☐ Seminarios
- ☐ Congresos
- ☐ Podcast
- ☐ Cursos
- ☐ Diplomado
- ☐ Conversatorios
- ☐ Supervisiones
- ☐ Guías
- ☐ Otra...

2. A continuación le invito a participar en tres actividades, por favor, señale cuál es de su interés:

- ☐ Pertener a una red de profesionales de la salud que trabajan con perspectiva de género.
- ☐ Recibir información para fortalecer su conocimiento sobre perspectiva de género en la práctica en psicol...
- ☐ Participar en una entrevista sobre su práctica clínica con mujeres adultas.
- ☐ Otra...

3. En caso de que le interese participar en alguna de las actividades de la pregunta anterior, favor de anotar su correo electrónico:

Texto de respuesta corta

4. Antes de terminar, ¿hay algo más que le gustaría agregar?

Texto de respuesta larga

¡¡Gracias por su participación!!

Para mayores informes contactar a:

Jocelyn Guadarrama Hernández
jguadarrama610@alumnos.uaq.mx

Maestría en Estudios de Género
Facultad de Artes
Universidad Autónoma de Querétaro

Anexo 2

Cuestionario para la Evaluación de las Técnicas Propuestas

Evaluación de las técnicas propuestas.



El presente cuestionario tiene la intención de recabar información para conocer la opinión de profesionales de la psicología sobre las técnicas propuestas para atender a mujeres cis que hayan o estén experimentando violencia psicológica por parte de sus parejas.

Para mayores informes contactar a:
Jocelyn Guadarrama Hernández
jguadarrama610@alumnos.uaq.mx

¡Gracias por participar!

Instrucciones: Por favor, responda cada pregunta seleccionando la opción que mejor refleje su opinión, recuerde que no hay respuestas correctas o incorrectas, así que agradecemos que conteste con la mayor honestidad.

1. Edad:

Texto de respuesta corta

2. ¿Cuántos años de experiencia tienes como psicoterapeuta? *

- ☐ Menos de 1 año
- ☐ 1 a 2 años
- ☐ 3 a 5 años
- ☐ Más de 5 años y menos de 10 años
- ☐ De 10 años a 20 años
- ☐ Más de 20 años

¿Cuál es el enfoque desde el que trabajas ? *

- ☐ Cognitivo Conductual
- ☐ Psicoanálisis
- ☐ Sistémico
- ☐ Humanista
- ☐ Gestalt
- ☐ Existencial
- ☐ Otra...

Técnicas de la Terapia Cognitivo Conductual

Su principal objetivo es ayudar a las personas a reconocer y corregir patrones de pensamiento y comportamiento inadecuados que pueden causar problemas psicológicos o emocionales.

"Detención del pensamiento"

Descripción (opcional)

1. ¿Qué tan útil consideras la técnica? *

- ☐ Muy útil
- ☐ Útil
- ☐ Neutral
- ☐ Poco útil
- ☐ Nada útil

2. ¿Qué tan aplicable crees que puede ser? *

- ☐ Muy aplicable
- ☐ Aplicable
- ☐ Neutral
- ☐ Poco aplicable
- ☐ Nada aplicable

3. ¿Consideras que es adecuada para tratarla con perspectiva de género? *

- ☐ Muy adecuada
- ☐ Adecuada
- ☐ Neutral
- ☐ Poco adecuada
- ☐ Nada adecuada

4. ¿Qué tan claro te parece el contenido? *

- ☐ Muy claro
- ☐ Claro
- ☐ Neutral
- ☐ Poco claro
- ☐ Nada claro

5. ¿Ves apropiada la extensión de la técnica? *

- ☐ Muy apropiada
- ☐ Apropiada
- ☐ Neutral
- ☐ Poco apropiada
- ☐ Nada apropiada

6. Tienes alguna sugerencia respecto a esta técnica:

Texto de respuesta larga

"Inoculación al estrés: auto instrucciones"

Descripción (opcional)

1. ¿Qué tan útil consideras la técnica? *

- ☐ Muy útil
- ☐ Útil
- ☐ Neutral
- ☐ Poco útil
- ☐ Nada útil

2. ¿Qué tan aplicable crees que puede ser? *

- ☐ Muy aplicable
 - ☐ Aplicable
 - ☐ Neutral
 - ☐ Poco aplicable
 - ☐ Nada aplicable
-

3. ¿Consideras que es adecuada para tratarla con perspectiva de género? *

- ☐ Muy adecuada
 - ☐ Adecuada
 - ☐ Neutral
 - ☐ Poco adecuada
 - ☐ Nada adecuada
-

4. ¿Qué tan claro te parece el contenido? *

- ☐ Muy claro
 - ☐ Claro
 - ☐ Neutral
 - ☐ Poco claro
 - ☐ Nada claro
-

5. ¿Ves apropiada la extensión de la técnica? *

- ☐ Muy apropiada
- ☐ Apropriad
- ☐ Neutral
- ☐ Poco apropiada
- ☐ Nada apropiada

6. Tienes alguna sugerencia respecto a esta técnica:

Texto de respuesta larga

"Relajación progresiva de Jacobson"

Descripción (opcional)

1. ¿Qué tan útil consideras la técnica? *

- ☐ Muy útil
- ☐ Útil
- ☐ Neutral
- ☐ Poco útil
- ☐ Nada útil

2. ¿Qué tan aplicable crees que puede ser? *

- ☐ Muy aplicable
 - ☐ Aplicable
 - ☐ Neutral
 - ☐ Poco aplicable
 - ☐ Nada aplicable
-

3. ¿Consideras que es adecuada para tratarla con perspectiva de género? *

- ☐ Muy adecuada
 - ☐ Adecuada
 - ☐ Neutral
 - ☐ Poco adecuada
 - ☐ Nada adecuada
-

4. ¿Qué tan claro te parece el contenido? *

- ☐ Muy claro
 - ☐ Claro
 - ☐ Neutral
 - ☐ Poco claro
 - ☐ Nada claro
-

5. ¿Ves apropiada la extensión de la técnica? *

- ☐ Muy apropiada
- ☐ Apropiada
- ☐ Neutral
- ☐ Poco apropiada
- ☐ Nada apropiada

6. Tienes alguna sugerencia respecto a esta técnica:

Texto de respuesta larga

Técnicas de la Terapia de Aceptación y Compromiso

Su objetivo principal es ayudar a las personas a vivir una vida plena y significativa mientras aceptan las emociones y pensamientos dolorosos que puedan surgir en el camino.

"Mindfulness"

1. ¿Qué tan útil consideras la técnica? *

- ☐ Muy útil
- ☐ Útil
- ☐ Neutral
- ☐ Poco útil
- ☐ Nada útil

2. ¿Qué tan aplicable crees que puede ser? *

- ☐ Muy aplicable
- ☐ Aplicable
- ☐ Neutral
- ☐ Poco aplicable
- ☐ Nada aplicable

3. ¿Consideras que es adecuada para tratarla con perspectiva de género? *

- ☐ Muy adecuada
 - ☐ Adecuada
 - ☐ Neutral
 - ☐ Poco adecuada
 - ☐ Nada adecuada
-

4. ¿Qué tan claro te parece el contenido? *

- ☐ Muy claro
 - ☐ Claro
 - ☐ Neutral
 - ☐ Poco claro
 - ☐ Nada claro
-

5. ¿Ves apropiada la extensión de la técnica? *

- ☐ Muy apropiada
 - ☐ Apropiada
 - ☐ Neutral
 - ☐ Poco apropiada
 - ☐ Nada apropiada
-

6. Tienes alguna sugerencia respecto a esta técnica:

Texto de respuesta larga

"Defusión cognitiva"

1. ¿Qué tan útil consideras la técnica? *

- ☐ Muy útil
 - ☐ Útil
 - ☐ Neutral
 - ☐ Poco útil
 - ☐ Nada útil
-

2. ¿Qué tan aplicable crees que puede ser? *

- ☐ Muy aplicable
 - ☐ Aplicable
 - ☐ Neutral
 - ☐ Poco aplicable
 - ☐ Nada aplicable
-

3. ¿Consideras que es adecuada para tratarla con perspectiva de género? *

- ☐ Muy adecuada
- ☐ Adecuada
- ☐ Neutral
- ☐ Poco adecuada
- ☐ Nada adecuada

4. ¿Qué tan claro te parece el contenido? *

- ☐ Muy claro
 - ☐ Claro
 - ☐ Neutral
 - ☐ Poco claro
 - ☐ Nada claro
-

5. ¿Ves apropiada la extensión de la técnica? *

- ☐ Muy apropiada
 - ☐ Apropiada
 - ☐ Neutral
 - ☐ Poco apropiada
 - ☐ Nada apropiada
-

6. Tienes alguna sugerencia respecto a esta técnica:

"Metáforas"

1. ¿Qué tan útil consideras la técnica? *

- ☐ Muy útil
 - ☐ Útil
 - ☐ Neutral
 - ☐ Poco útil
 - ☐ Nada útil
-

2. ¿Qué tan aplicable crees que puede ser? *

- ☐ Muy aplicable
 - ☐ Aplicable
 - ☐ Neutral
 - ☐ Poco aplicable
 - ☐ Nada aplicable
-

3. ¿Consideras que es adecuada para tratarla con perspectiva de género? *

- ☐ Muy adecuada
- ☐ Adecuada
- ☐ Neutral
- ☐ Poco adecuada
- ☐ Nada adecuada

4. ¿Qué tan claro te parece el contenido? *

- ☐ Muy claro
 - ☐ Claro
 - ☐ Neutral
 - ☐ Poco claro
 - ☐ Nada claro
-

5. ¿Ves apropiada la extensión de la técnica? *

- ☐ Muy apropiada
 - ☐ Apropiada
 - ☐ Neutral
 - ☐ Poco apropiada
 - ☐ Nada apropiada
-

6. Tienes alguna sugerencia respecto a esta técnica:

"Identificación de valores"

1. ¿Qué tan útil consideras la técnica? *

- ☐ Muy útil
 - ☐ Útil
 - ☐ Neutral
 - ☐ Poco útil
 - ☐ Nada útil
-

2. ¿Qué tan aplicable crees que puede ser? *

- ☐ Muy aplicable
- ☐ Aplicable
- ☐ Neutral
- ☐ Poco aplicable
- ☐ Nada aplicable

3. ¿Consideras que es adecuada para tratarla con perspectiva de género? *

- ☐ Muy adecuada
 - ☐ Adecuada
 - ☐ Neutral
 - ☐ Poco adecuada
 - ☐ Nada adecuada
-

4. ¿Qué tan claro te parece el contenido? *

- ☐ Muy claro
 - ☐ Claro
 - ☐ Neutral
 - ☐ Poco claro
 - ☐ Nada claro
-

5. ¿Ves apropiada la extensión de la técnica? *

- ☐ Muy apropiada
- ☐ Apropiada
- ☐ Neutral
- ☐ Poco apropiada
- ☐ Nada apropiada

6. Tienes alguna sugerencia respecto a esta técnica:

Tu respuesta _____

"Aceptación Radical"

1. ¿Qué tan útil consideras la técnica? *

- ☐ Muy útil
 - ☐ Útil
 - ☐ Neutral
 - ☐ Poco útil
 - ☐ Nada útil
-

2. ¿Qué tan aplicable crees que puede ser? *

- ☐ Muy aplicable
 - ☐ Aplicable
 - ☐ Neutral
 - ☐ Poco aplicable
 - ☐ Nada aplicable
-

3. ¿Consideras que es adecuada para tratarla con perspectiva de género? *

- ☐ Muy adecuada
- ☐ Adecuada
- ☐ Neutral
- ☐ Poco adecuada
- ☐ Nada adecuada

4. ¿Qué tan claro te parece el contenido? *

- ☐ Muy claro
- ☐ Claro
- ☐ Neutral
- ☐ Poco claro
- ☐ Nada claro

5. ¿Ves apropiada la extensión de la técnica? *

- ☐ Muy apropiada
- ☐ Apropiada
- ☐ Neutral
- ☐ Poco apropiada
- ☐ Nada apropiada

6. Tienes alguna sugerencia respecto a esta técnica:

Tu respuesta

"Yo como contexto"

1. ¿Qué tan útil consideras la técnica? *

- ☐ Muy útil
- ☐ Útil
- ☐ Neutral
- ☐ Poco útil
- ☐ Nada útil

2. ¿Qué tan aplicable crees que puede ser? *

- ☐ Muy aplicable
 - ☐ Aplicable
 - ☐ Neutral
 - ☐ Poco aplicable
 - ☐ Nada aplicable
-

3. ¿Consideras que es adecuada para tratarla con perspectiva de género? *

- ☐ Muy adecuada
 - ☐ Adecuada
 - ☐ Neutral
 - ☐ Poco adecuada
 - ☐ Nada adecuada
-

4. ¿Qué tan claro te parece el contenido? *

- ☐ Muy claro
- ☐ Claro
- ☐ Neutral
- ☐ Poco claro
- ☐ Nada claro

5. ¿Ves apropiada la extensión de la técnica? *

- ☐ Muy apropiada
- ☐ Apropiada
- ☐ Neutral
- ☐ Poco apropiada
- ☐ Nada apropiada

6. Tienes alguna sugerencia respecto a esta técnica:

"Acción comprometida: plan de acción consciente"

1. ¿Qué tan útil consideras la técnica? *

- ☐ Muy útil
- ☐ Útil
- ☐ Neutral
- ☐ Poco útil
- ☐ Nada útil

2. ¿Qué tan aplicable crees que puede ser? *

- ☐ Muy aplicable
- ☐ Aplicable
- ☐ Neutral
- ☐ Poco aplicable
- ☐ Nada aplicable

3. ¿Consideras que es adecuada para tratarla con perspectiva de género? *

- ☐ Muy adecuada
- ☐ Adecuada
- ☐ Neutral
- ☐ Poco adecuada
- ☐ Nada adecuada

4. ¿Qué tan claro te parece el contenido? *

- ☐ Muy claro
- ☐ Claro
- ☐ Neutral
- ☐ Poco claro
- ☐ Nada claro

5. ¿Ves apropiada la extensión de la técnica? *

- ☐ Muy apropiada
- ☐ Apropiada
- ☐ Neutral
- ☐ Poco apropiada
- ☐ Nada apropiada

6. Tienes alguna sugerencia respecto a esta técnica:

Tu respuesta

Tendrías alguna sugerencia adicional respecto a las técnicas propuestas:

Tu respuesta

Para finalizar ¿Cuentas con alguna otra técnica que te haya servido para trabajar con mujeres que experimentan violencia psicológica por parte de sus parejas que te gustaría compartir?

¡Gracias por tu participación!

Para mayores informes contactar a:

Jocelyn Guadarrama Hernández
jguadarrama610@alumnos.uaq.mx

Maestría en Estudios de Género
Facultad de Artes
Universidad Autónoma de Querétaro

Anexo 3.

Cuestionario de Presentación y Evaluación Final de la “Guía para Profesionales de la Psicología que Atienden a MCis”

Presentación y evaluación final de la "Guía para profesionales de la psicología que atienden a mujeres cis"

Este formulario pretende evaluar aspectos básicos sobre su conocimiento previo de la PG, así como conocer su opinión respecto a la utilidad del material propuesto. Le agradecemos su valioso tiempo e importante participación.

go.irlanda99@gmail.com [Cambiar de cuenta](#)



No compartido

* Indica que la pregunta es obligatoria

1. Edad

Tu respuesta

2. ¿Cuántos años de experiencia tienes como psicoterapeuta?

- ☐ Menos de 1 año
- ☐ 1 a 2 años
- ☐ 3 a 5 años
- ☐ Más de 5 años y menos de 10 años
- ☐ De 10 a 20 años

3. ¿Cuál es el enfoque desde el que trabajas? *

- ☐ Cognitivo Conductual
- ☐ Psicoanálisis
- ☐ Sistémico
- ☐ Humanista
- ☐ Gestalt
- ☐ Existencial
- ☐ Otro: _____

4. ¿Cuál es tu conocimiento acerca del abordaje con perspectiva de género? *

- ☐ Muy extenso
- ☐ Extenso
- ☐ Neutral
- ☐ Poco extenso
- ☐ Ninguno

5. ¿Consideras que la guía propuesta te brinda herramientas para la aplicación de la PG en la práctica clínica con mujeres cis? *

- ☐ Totalmente
- ☐ Estoy de acuerdo
- ☐ Neutral
- ☐ Pocas herramientas
- ☐ Ninguna herramienta

6. Te parece útil la guía propuesta: *

- ☐ Muy útil
- ☐ Útil
- ☐ Neutral
- ☐ Poco útil
- ☐ Nada útil

Algún comentario adicional que quieras agregar:

Tu respuesta
