



# **Género y salud: mandatos sociales y producción de malestar psicológico en mujeres usuarias del Primer Nivel de Atención**

Trabajo final de grado

Modalidad: Ensayo académico

Estudiante: Candela Gallo

C.I. 5287860-3

Tutora: Asist. Mag. Valeria Píriz

Revisora: Prof. Agda. Mag. Graciela Loarche

Facultad de Psicología, Universidad de la República  
Montevideo, Uruguay  
Febrero, 2026

## ÍNDICE

<b>1. Introducción</b> .....	<b>3</b>
1.1. Enfoque del ensayo .....	3
1.2. Marco situacional .....	3
<b>2. Desarrollo analítico: perspectiva de género, malestar psicológico y atención en salud</b> .....	<b>6</b>
2.1. Mandatos de género como construcciones socioculturales .....	6
2.2. Género como determinante social de la salud .....	8
2.3. Construcción subjetiva y procesos de salud en mujeres .....	11
2.4. La práctica como punto de partida: el malestar que interpela .....	15
2.5. División sexual del trabajo y sobrecarga de cuidados .....	16
2.6. Accesibilidad y permanencia en la atención psicológica .....	19
2.7. Género, vulnerabilidad social y barreras estructurales .....	21
<b>3. Discusión: potencialidades y límites del Primer Nivel de Atención</b> .....	<b>24</b>
<b>4. Consideraciones finales</b> .....	<b>28</b>
<b>5. Referencias bibliográficas</b> .....	<b>30</b>

## **1. Introducción**

### **1.1. Enfoque del ensayo**

El presente trabajo tiene como propósito explorar, analizar y reflexionar sobre la influencia de los mandatos de género (Burin, 1990) en el bienestar emocional de las mujeres y en su acceso a la atención en salud, considerando las desigualdades de género y las exigencias asociadas al rol de la mujer en la sociedad. Se pretende cuestionar cómo los factores sociales, históricos y culturales, inciden en la construcción del malestar psicológico de las mujeres y en las posibilidades de acceder a la atención en salud en Uruguay.

Se busca explorar los mandatos de género como construcciones sociales que condicionan expectativas, roles y comportamientos asignados a las mujeres, así como su impacto en la subjetividad y en el bienestar psicológico. Burin (2012), señala que el cumplimiento de ciertos roles de género influye de manera significativa sobre cómo se construye la subjetividad sexuada. Se pretende analizar de qué manera dichos mandatos influyen en la forma en que las mujeres perciben y expresan su malestar, así como en las decisiones vinculadas a la búsqueda de ayuda psicológica y la sostenibilidad en el tiempo de las consultas psicológicas. En la misma línea, se problematiza sobre cómo la sobrecarga de tareas relacionadas al cuidado y trabajo doméstico, naturalizadas e invisibilizadas socialmente (Burin, 1990), contribuye a la aparición del malestar psíquico, la depresión y otras problemáticas de salud, al mismo tiempo que limitan la disponibilidad para el autocuidado y generan postergación en el cuidado de la llamada “salud mental”.

Asimismo, se propone pensar las desigualdades de género presentes en contextos de vulnerabilidad, entendiendo el género como un determinante social de la salud (OPS, OMS, s.f.). Desde esta perspectiva, se reflexiona acerca de cómo las condiciones socioeconómicas, territoriales y simbólicas interactúan con las desigualdades de género, y si generan barreras en la accesibilidad a la atención psicológica de las mujeres.

### **1.2. Marco situacional**

Este ensayo surge como un proceso de reflexión y problematización de la práctica de graduación realizada durante el año 2025 en un servicio de salud de la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE), en el marco del Practicantado de Psicología. Un programa desarrollado a través de un convenio entre la Facultad de Psicología de la Universidad de la República (UDELAR) y ASSE, dirigido a estudiantes que se encuentran en

la etapa de culminación de la carrera, con el objetivo de favorecer la producción de conocimientos psicológicos a partir del trabajo en el campo de la salud, articulando herramientas teóricas y prácticas para contribuir a mejorar la calidad de vida de los uruguayos (ASSE-Facultad de Psicología, 2009).

Para ordenar y organizar los recursos con la meta de satisfacer las necesidades de la población, los servicios de salud se dividen en tres niveles: primer nivel, segundo nivel y tercer nivel de atención (Vignolo, Vacarezza, Álvarez & Sosa, 2011). El servicio de salud donde se realizó la práctica corresponde al primer nivel de atención. El mismo se caracteriza por su cercanía territorial con la población, su accesibilidad y su capacidad para resolver una proporción significativa de los problemas de salud más frecuentes. En el contexto uruguayo, se estima que aproximadamente el 85% de las problemáticas de salud pueden ser abordadas en este nivel, lo que lo posiciona como un espacio privilegiado para el reconocimiento temprano de malestares psicosociales y para la intervención sobre determinantes sociales de la salud (Vignolo et al., 2011).

Los niveles de salud se inscriben dentro del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS). Según Sollazzo y Berterretche (2011), el SNIS surge en Uruguay como resultado del proceso de la reforma sanitaria iniciado a partir de 2005, orientado a transformar el modelo de atención, gestión y financiamiento del sistema de salud. La creación del SNIS, formalizado mediante la Ley de Creación del Sistema Nacional Integrado de Salud N.º 18.211 (2007), se desarrolla en un contexto de ampliación de derechos y de búsqueda de mayor equidad en el acceso a la atención sanitaria, con el objetivo de garantizar cobertura universal, integralidad de las prestaciones y justicia distributiva en el financiamiento del sistema. En este sentido, si bien la creación del SNIS supuso un avance significativo en términos de acceso y equidad, estas transformaciones no siempre se traducen de manera concreta en las prácticas de los servicios, lo que constituye un punto clave para analizar las limitaciones actuales del primer nivel de atención.

Uno de los pilares fundamentales de esta reforma es la adopción de la Atención Primaria de la Salud (APS) como estrategia central para la organización del sistema de salud, priorizando el primer nivel de atención como puerta de entrada al mismo. Siguiendo a Vignolo et al. (2011) la APS se basa en métodos y tecnologías seguros, efectivos, comprobados científicamente, y aceptados por la comunidad. Debe ser accesible para todos, con participación activa de la población, y tener un costo que el país y la comunidad puedan sostener en el tiempo.

Desde esta perspectiva, se orienta a la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, la atención temprana de los problemas prevalentes y la continuidad de cuidados. Respecto a la prevención, la misma se divide en tres niveles diferentes y estos pueden desarrollarse en los tres niveles de atención (Vignolo et al. 2011). La prevención primaria intenta evitar la aparición de problemáticas de salud, actuando sobre factores causales y de riesgo o reduciendo la exposición a agentes nocivos, intentando disminuir la incidencia del problema mediante promoción de la salud y protección específica. La prevención secundaria se enfoca en la detección precoz en fases iniciales, realizando diagnósticos tempranos y tratamientos oportunos, para evitar complicaciones y reducir la prevalencia del problema de salud. Y por último, la prevención terciaria comprende acciones dirigidas a la rehabilitación y recuperación en problemáticas de salud ya manifiestas, incluyendo tratamiento, seguimiento y rehabilitación física, psicológica y social. Su finalidad es reducir secuelas, prevenir recaídas y mejorar la calidad de vida.

En este marco, en el primer nivel de atención en salud, el rol del psicólogo, según el estudio realizado por Perea (2017), está centrado en la promoción de la salud, la prevención y la intervención comunitaria. Realiza asesoramiento psicológico y terapias breves (conductuales, cognitivas o familiares), priorizando enfoques grupales y talleres. Trabaja con distintos grupos (adolescentes, adultos mayores, padres, educadores) e implementa técnicas como relajación, observación participante y entrevistas comunitarias. Además, lleva a cabo estudios epidemiológicos de la comunidad para diseñar programas acordes a sus necesidades reales, realiza visitas domiciliarias, colabora con instituciones educativas y deriva a servicios de mayor complejidad cuando es necesario. Su trabajo se basa en el trabajo en red y la participación comunitaria, promoviendo diagnósticos y acciones conjuntas para mejorar la calidad de vida de la población.

Durante el practicantado, en el servicio de salud, el dispositivo más utilizado por las psicólogas era el de consulta y seguimiento psicológico, donde se orientaba a la atención de problemáticas emocionales diversas, ofreciendo espacios de escucha, evaluación y acompañamiento. Las consultas eran de máximo cuarenta minutos cada una, y espaciadas en el tiempo según la disponibilidad de agenda.

Fue en este espacio donde se comenzó a evidenciar determinadas regularidades en las demandas de las usuarias, lo que constituyó el punto de partida para la problematización que da origen a este ensayo. Es así que, se utiliza aquí, material proveniente de dicha práctica, frases enunciadas por diferentes usuarias del servicio de salud en los dispositivos de seguimiento psicológico. En todos los casos, los relatos incluidos han sido escritos

respetando criterios éticos de confidencialidad y resguardo de la identidad, evitando la inclusión de datos que permitan su identificación y respetando la legislación vigente: Decreto n.º 379/008 sobre Investigación en Seres Humanos (2008) y Ley N° 18.331 de Protección de Datos Personales (2008).

Desde el análisis de la implicación, tal como lo plantea Lourau (1991), se reconoce que la problematización realizada en este ensayo se encuentra atravesada por la posición de la autora como mujer estudiante de Psicología inserta en un servicio de salud. Las observaciones realizadas, las preguntas formuladas y las emociones que emergen en el encuentro clínico no son externas al proceso de reflexión, sino que forman parte constitutiva del mismo. En este sentido, este trabajo no es concebido como un desarrollo neutral, sino como un espacio de producción de sentido en el que el análisis de la propia implicación es imprescindible.

## **2. Desarrollo analítico: perspectiva de género, malestar psicológico y atención en salud**

### **2.1. Mandatos de género como construcciones socioculturales**

El concepto de género ocupa un lugar central para comprender la organización social de las diferencias entre varones y mujeres, así como las relaciones de poder que se estructuran a partir de ellas.

En esta línea, Butler (1999) concibe el género como un proceso que se manifiesta y se produce mediante performances, entendidas como prácticas sociales, discursivas y corporales que remiten a nociones dicotómicas de lo masculino y lo femenino. Estas prácticas se presentan como naturales y se sostienen a partir de la idea de un sexo biológico, lo que contribuye a su repetición y legitimación.

Pierre Bourdieu (1998), plantea que las diferencias visibles entre los cuerpos de mujeres y varones, al ser interpretadas a través de una mirada androcéntrica, se convierten en la principal justificación de significados y valores que refuerzan esa misma visión del mundo. Así, es la propia organización social basada en la división de los géneros la que transforma las diferencias biológicas en fundamentos aparentemente objetivos de una jerarquía entre los sexos, concebidos como esencias sociales. De este modo, los sujetos incorporan representaciones y actos performativos inscritos en una cultura patriarcal, que ubica a lo masculino como la principal referencia de poder.

De forma complementaria, Scott (1996) conceptualiza al género como una forma de referirse a las relaciones sociales entre los sexos. Cuestiona el lado biologicista cuando se atribuyen las distintas formas de subordinación femenina a la capacidad reproductiva de las mujeres o a la mayor fuerza física de los varones. Desde esta perspectiva el género permite señalar el origen social de las identidades subjetivas y de las posiciones asignadas para cada sexo, siendo así una categoría socialmente construída que se inscribe sobre un cuerpo sexuado.

En el marco de las construcciones sociales, los mandatos de género pueden ser comprendidos como normas implícitas que prescriben lo esperable, deseable y legítimo para las mujeres en la sociedad. Tal como plantea Burin (1990), los mandatos de género funcionan como organizadores psíquicos que modelan la identidad femenina, promoviendo ideales de cuidado, abnegación, disponibilidad emocional y postergación de las propias necesidades. Estas exigencias no suelen presentarse como imposiciones explícitas, sino que se internalizan tempranamente a través de procesos de socialización, adquiriendo la forma de elecciones personales o responsabilidades naturales. Asimismo, Bourdieu (1998) sostiene que las diferencias biológicas no determinan por sí mismas la organización social, sino que son interpretadas y utilizadas por la cultura para justificar como “naturales” relaciones de poder que en realidad son construcciones sociales.

En esta misma línea, Lapidus (2018), postula que cada sujeto recibe, desde las generaciones que lo preceden (incluso las más lejanas), un conjunto de tradiciones, valores, normas, significados y modos de afrontar la vida. Son contenidos que se heredan más allá de la voluntad individual y que inciden de manera decisiva en la constitución de la subjetividad y en el lugar que cada persona ocupa dentro de su trama familiar. Sin embargo, el sujeto no es un receptor pasivo: al apropiarse de esa herencia, la transforma según su singularidad, configurando su propio psiquismo y transmitiendo, a su vez, parte de ese legado a las generaciones posteriores.

En el espacio de policlínica, se observó que este patrón de elecciones relacionadas al cuidado y a la maternidad, no se limitaba sólo a mujeres de generaciones anteriores. También mujeres jóvenes, de entre veinte y treinta años, expresaban aspiraciones centradas exclusivamente en la maternidad, el matrimonio y el sostenimiento del hogar exclusivamente, sin proyectarse en ámbitos formativos o laborales. En estos casos, el proyecto vital se configuraba anticipadamente en torno al rol doméstico, reproduciendo los mismos esquemas observados en generaciones previas.

De este modo, los mandatos de género son transmitidos de madres a hijas, de entornos familiares y comunitarios, contribuyendo a la reproducción de esquemas que restringen la construcción de proyectos autónomos. La ausencia de un proyecto propio no sería únicamente una elección personal, sino el resultado de procesos históricos y culturales que moldean aspiraciones y posibilidades.

Expresión de una usuaria:

*“Se caía de maduro que si no estaba casada, ni tenía casa e hijos, tenía que quedarme cuidando a mis padres y sin trabajar”.*

Este enunciado permite observar que el mandato de género va más allá de la maternidad. La mujer, aún decidiendo no tener pareja ni hijos, es ubicada socialmente como la cuidadora disponible. La ausencia de un proyecto familiar propio no habilita autonomía, sino que redirige la obligación hacia otros miembros de la familia que necesiten atención o cuidado. El “se caía de maduro” muestra una naturalización de esta expectativa. No aparece como algo que se le haya impuesto, sino como algo que fue y se consideró evidente. De este modo, se refuerza la idea de que la femineidad está asociada al cuidado y la disponibilidad para otros, desplazando la posibilidad de independencia y consolidando la postergación de los propios deseos.

## **2.2. Género como determinante social de la salud**

La OMS (s.f.) define los determinantes sociales de la salud como las condiciones de vida de las personas y las fuerzas sociales que las moldean. En su marco conceptual distingue por un lado a los determinantes estructurales, vinculados al contexto socioeconómico y político, y por otro, a los determinantes intermedios, relacionados con las condiciones cotidianas de vida y trabajo. Las desigualdades estructurales generan inequidades injustas y evitables en salud, por lo que los determinantes estructurales son la causa de los intermedios.

En la vida cotidiana, tanto a nivel personal como comunitario, el género se manifiesta en rasgos y condiciones concretas que producen distintos riesgos y niveles de vulnerabilidad en la salud. Por ello, se lo considera un determinante social de la salud: un factor clave para entender por qué las personas viven, perciben y atraviesan de manera diferente sus procesos de salud y enfermedad.

La OMS (2018) postula que los determinantes de la salud vinculados al género comprenden las normas, expectativas y roles sociales que influyen en los niveles de exposición y vulnerabilidad frente a los riesgos para la salud, así como en los mecanismos de protección. En consecuencia, condicionan las prácticas de promoción de la salud, la búsqueda de atención sanitaria y las respuestas del sistema de salud. Constituyendo así uno de los determinantes sociales centrales de las inequidades en salud.

El género incide en la salud y el bienestar a través de tres dimensiones principales: mediante los determinantes de la salud asociados al mismo, en interacción con otros determinantes sociales y estructurales; en segundo lugar a través de las conductas vinculadas a la salud según el género, y por último, por medio de la forma en que el sistema de salud responde de manera diferenciada en función del género (OMS, 2018).

López y López (2016) al considerar al género como determinante social de la salud, postulan que la equidad de género constituye un enfoque imprescindible para comprender las diferencias entre mujeres y varones en la producción del proceso salud y enfermedad, en la organización de la atención sanitaria, en la producción de saberes técnicos y no técnicos y en el sistema doméstico de cuidados. Señalan que la equidad de género en salud supone analizar comparativamente los niveles de salud y bienestar en mujeres y varones, y sus determinantes, garantizando condiciones de igualdad en el acceso y control de los recursos que hacen efectivo el derecho a la salud.

En el texto de Bacigalupe, Cabezas, Bueno & Martín (2020), los autores analizan desde una perspectiva de género un estudio realizado en España que muestra que las mujeres presentan una peor salud que los varones, en línea con la evidencia internacional. En 2017, la prevalencia de mala “salud mental” fue significativamente mayor en mujeres y esta diferencia se mantuvo en todos los grupos etarios, alcanzando los valores más altos en las mayores de 75 años. Del mismo modo, los diagnósticos de depresión y ansiedad fueron considerablemente más frecuentes en mujeres que en varones especialmente a partir de los 60 años.

Un dato relevante es que, en el grupo de mujeres entre 60 y 70 años, los diagnósticos de depresión superan incluso a los indicadores de mala “salud mental” medidos por el GHQ-12, lo que sugiere un patrón diferencial en la identificación y el abordaje de la salud según el género.

Los resultados evidencian una clara desigualdad de género en la salud, con una mayor prevalencia negativa y de diagnósticos de depresión y ansiedad en las mujeres en

comparación con los varones, tendencia que se mantiene en todos los grupos etarios y se intensifica en edades avanzadas. Esta brecha no puede explicarse únicamente por factores individuales o biológicos, sino que debe comprenderse a la luz de las desigualdades de género que atraviesan las trayectorias vitales de las mujeres. A lo largo del ciclo de vida, las mujeres suelen estar más expuestas a cargas de trabajo doméstico y de cuidados no remunerados (Batthyány & Scavino, 2017), lo que las sitúa en un lugar más vulnerable frente a los problemas de salud.

*“Tuve a mis hijos y mi esposo no me ayuda. Me gustaría trabajar pero me da culpa dejarlos. Dice que nadie los va a cuidar como yo”.*

(Relato de una usuaria, 2025)

En este relato se observa la desigualdad en la distribución del cuidado y la culpa que les genera a las madres el delegar la tarea de cuidado a otros, ya que, se revela en su forma de expresar “dejarlos”, el efecto subjetivo del mandato maternal, la idea de que sólo la madre puede cuidar adecuadamente. Asimismo, en el servicio de salud, aparecía reiteradamente la frase “no me ayuda” como si el cuidado de los hijos fuese una responsabilidad únicamente femenina y de la madre, poniendo al padre, varón, como colaborador y no como corresponsable. Expresar que el varón “ayuda” implica una excepcionalidad, una acción solidaria, y no una obligación compartida.

Siguiendo esta línea de reflexión, Vargas (2023) relata que la evidencia científica muestra que el género, entendido como el conjunto de expectativas sociales y culturales sobre el comportamiento femenino y los roles tradicionales asignados a las mujeres, incrementa su exposición y vulnerabilidad frente a diversas enfermedades a nivel global. En consecuencia, las mujeres no sólo enfrentan problemas de salud vinculados a aspectos biológicos o fisiológicos, sino también enfermedades cuyo origen se relaciona estrechamente con las condiciones sociales en las que transcurre su experiencia cotidiana.

El análisis de los relatos permitió identificar discursos fuertemente atravesados por ideas patriarcales acerca de lo que se espera de una mujer y de cuáles serían las funciones que se le imponen como suyas naturalmente. Se observa la internalización de mandatos de género que definen la realización femenina en términos de cuidado y centralidad en el hogar. Las cargas, derivadas de los roles de género, al configurar estas expectativas sociales, impactan en el bienestar emocional y físico, aumentando la vulnerabilidad a enfermedades y evidenciando cómo las estructuras de género inciden directamente en la

salud. A partir de lo expuesto, resulta necesario desplazar la mirada desde una explicación centrada exclusivamente en lo individual hacia una comprensión estructural del malestar.

En uno de los relatos de las usuarias surge la frase:

*“Aunque quiero trabajar, no puedo. Mi pareja no me lo permite porque considera que soy yo quien debe cuidar de mis hijos”*

Aquí se refleja una forma de regulación de la autonomía femenina. El mandato de cuidado opera como justificación de la restricción, se limita el proyecto personal en nombre del bienestar de los hijos, lo que genera la imposibilidad de trabajar y a su vez implica dependencia económica, lo cual refuerza la desigualdad y limita los márgenes de decisión. La mujer queda situada entre el deseo de autonomía y la culpa por desatender el mandato materno. En la mayoría de los discursos, el conflicto no se presenta como injusticia estructural, sino como un dilema individual.

En las consultas y seguimientos se observa que el espacio de psicología, permite a las mujeres expresar (aunque muchas veces con culpa o miedo) este malestar, aunque no siempre lo reconozcan como un problema social o de género. Es frecuente que en las consultas las mujeres refieran sentirse “cansadas”, “vacías” o “perdidas”, sin poder identificar inicialmente las causas de dicho malestar.

### **2.3. Construcción subjetiva y procesos de salud en mujeres**

Para analizar el impacto de los mandatos de género en la salud de las mujeres, resulta imprescindible delinear previamente los conceptos de salud y de salud mental.

La salud no puede comprenderse únicamente como ausencia de enfermedad, sino como un proceso atravesado por condiciones sociales, económicas y culturales. En este sentido, la Constitución de la Organización Mundial de la Salud (OMS), adoptada en 1948, define a la salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”.

De acuerdo con la definición de la Organización Panamericana de la Salud (OPS, s.f.), la salud mental es un estado de bienestar que permite a las personas afrontar el estrés cotidiano, desarrollar sus capacidades, aprender, trabajar y participar activamente en su

comunidad. Forma parte esencial de la salud integral, influye en la toma de decisiones, las relaciones sociales, la manera en que se construye la vida en sociedad, y constituye un derecho humano fundamental. No se limita únicamente a la ausencia de trastornos mentales, sino que es un proceso complejo y dinámico que se manifiesta de forma distinta en cada persona, con diferentes niveles de dificultad y consecuencias sociales y clínicas. Esta definición permite problematizar cómo los mandatos de género inciden en la posibilidad de las mujeres de desarrollar sus capacidades, sostener vínculos y participar en la comunidad, mostrando que el malestar psíquico no puede pensarse al margen de las condiciones sociales que organizan sus roles.

Saforcada, Lellis & Mozobancyk (2010), señalan que en el campo de la salud existen ciertas distorsiones o ambigüedades semánticas que surgen de definiciones que, al haberse naturalizado, terminan obstaculizando la integración y la inclusión que se busca promover dentro de este ámbito de intervención. Los autores plantean que si se examina la definición de salud propuesta por la OMS (1948) puede advertirse que esta remite al propio proceso de la vida. Desde esta perspectiva, la expresión “salud mental” resultaría redundante y podría dar lugar a confusiones, como suponer que existe algún aspecto del proceso de salud que no involucre lo mental.

Se continúa utilizando actualmente la noción de “salud mental”, basada en una concepción dualista de origen cartesiano que separa mente y cuerpo. Esta perspectiva no hace más que reforzar la fragmentación en las intervenciones y consolidar un abordaje disciplinar de los padecimientos, en lugar de promover una mirada integral como indica la Ley de Salud Mental, N°19.529 (2017) que entiende por “salud mental” al estado que es resultado de un proceso dinámico, determinado por componentes históricos, socioeconómicos, culturales, biológicos y psicológicos y no como la mera ausencia de enfermedad.

En este sentido, distintos enfoques críticos cuestionan la concepción de la enfermedad como una entidad meramente biológica y natural, al señalar que esta mirada invisibiliza los procesos sociales, históricos y políticos que inciden en las formas singulares y colectivas de vivir, padecer y enfermar (Augsburger, 2004). Desde esta perspectiva, el sufrimiento psíquico se vincula estrechamente con las condiciones de sociabilidad propias de cada contexto, en tanto diversas expresiones de malestar (como la ansiedad, el miedo, la angustia, la depresión o la desesperanza) emergen asociadas a experiencias de violencia, precariedad e inseguridad que atraviesan los distintos ámbitos de la vida cotidiana (Herrera y Rodríguez, 2014).

A partir de estos aportes, y en línea con lo planteado por Saforcada et al. (2010), en este ensayo se considera más apropiado hablar de “lo mental en la salud”, en consonancia con el cambio de enfoque que se pretende impulsar. Lo que implicaría reforzar una mirada integral e interdisciplinaria, acorde al paradigma basado en la inclusión social y el respeto de los Derechos Humanos.

Asimismo, desde el modelo biopsicosocial planteado por Engel (1977) y la perspectiva de los determinantes sociales de la salud, se reconoce que los procesos de salud y enfermedad se explican en la intersección de factores biológicos, psicológicos y sociales. En este enfoque, los mandatos de género pueden entenderse como factores sociales que inciden directamente en la salud de las mujeres, al establecer normas, expectativas y responsabilidades diferenciadas. Estas exigencias, lejos de ser neutrales, generan desigualdades que impactan en el bienestar psicológico y emocional.

Burin (2012) propone cuestionar las concepciones tradicionales de salud y enfermedad mental aplicadas a las mujeres, y en mayor consonancia con el concepto de “lo mental en la salud”, incorporando una categoría intermedia: el malestar. También, plantea nuevos recursos analíticos para comprender las condiciones que producen y /o preservan la salud de las mujeres. En lugar de un criterio basado en la adaptación, la autora propone un enfoque crítico que promueva el debate sobre las representaciones sociales ofrecidas a las mujeres sobre salud.

En este marco, los mandatos de género operan como fuentes de conflicto permanente, ya que colocan a las mujeres frente a exigencias contradictorias (como el cuidado de otros, la productividad y la autosuficiencia emocional) que dificultan el reconocimiento del malestar y favorecen su patologización. Esta perspectiva crítica revela que el malestar no es simplemente un déficit individual, sino una respuesta a las condiciones sociales. Así, lo mental en la salud se ve influido por las tensiones y conflictos que emergen de estas expectativas de género, generando crisis que impactan directamente en el bienestar psicológico. En este sentido, ya que aún persiste una tendencia a individualizar el sufrimiento, limitando la posibilidad de intervenciones integrales desde el primer nivel de atención, la incorporación de la perspectiva de género permitiría visibilizar que ciertas formas de malestar, históricamente patologizadas, se encuentran profundamente vinculadas a desigualdades estructurales.

Popay (1988, como se citó en Burin, 2012) analiza por qué son las mujeres quienes

consultan más en los servicios de salud, y cómo esto se relaciona con los roles sociales que ocupan. En su trabajo, propone dos formas de entender este fenómeno: por un lado, mediante el modelo social inducido, que plantea que las mujeres tienen más tendencia a considerarse enfermas mentalmente porque la sociedad les asigna un lugar de menor valor, más limitado o subordinado, que incluso puede ser visto como “patológico”. Y por otro lado, a través del modelo de causalidad social, que sostiene que las mujeres pueden enfermar más debido a las condiciones en las que viven, estas son estilos de vida más precarios, mayores niveles de estrés y dificultades ligadas a los roles que desempeñan en la familia y en otros ámbitos sociales, o a la combinación de todos ellos.

En la misma línea, Herrera y Rodríguez (2014) destacan cómo diversas formas de violencia se articulan con el malestar social, generando distintos tipos de sufrimiento psíquico, como ansiedad, miedo, depresión, angustia, inseguridad, consumo de drogas, conductas suicidas y desesperanza. Aunque algunas de estas experiencias son subjetivas y pueden manifestarse como síntomas, están estrechamente vinculadas a las condiciones sociales y a los distintos espacios de interacción, como el familiar, comunitario, laboral, educativo e institucional.

En la práctica se observaron mujeres consultando por ansiedad, angustia, insomnio y cansancio persistente. De esta forma, el síntoma no aparece como un problema individual aislado, sino como expresión de una organización social desigual, que no redistribuye el cuidado.

Los mandatos de género no solo establecen expectativas sobre lo que deben ser y hacer las mujeres, sino que operan como reguladores de la subjetividad, organizando sus tiempos, deseos y vínculos. Estos hallazgos muestran que los mandatos, al definir los roles y expectativas que deben cumplir las mujeres, contribuyen directamente a su malestar y riesgo de padecer problemas de salud. De este modo, los mandatos de género no sólo influyen en la percepción que las mujeres tienen de su propio malestar, sino también en las condiciones materiales y simbólicas que aumentan su exposición al estrés, la violencia y la sobrecarga cotidiana.

## 2.4. La práctica como punto de partida: el malestar que interpela

En el transcurso de las consultas de seguimiento psicológico se pudo observar una presencia predominante de usuarias cuyas trayectorias vitales compartían características estructurales similares. De manera reiterada, las pacientes relataban haber construido sus vidas en torno al cuidado de otros, principalmente hijos, padres y pareja y al desempeño de tareas domésticas no remuneradas, en consonancia con el rol tradicionalmente asignado a las mujeres.

En mujeres adultas y de mayor edad, el malestar emergía con particular intensidad cuando los hijos alcanzaban autonomía y ya no requerían el mismo nivel de cuidado cotidiano. Este momento del ciclo vital implicaba una caída o desestructuración del rol que había organizado su identidad durante años. La maternidad y el trabajo doméstico habían constituido el eje central de sus proyectos de vida, y al modificarse esas condiciones, aparecían sentimientos de vacío, desorientación y pérdida de sentido, incluso desconocimiento de los propios intereses.

A nivel material, muchas de estas mujeres carecían de recursos económicos propios, dado que nunca se han insertado formalmente en un trabajo o lo han hecho de manera discontinua y precarizada. A nivel simbólico, se evidenciaba también una falta de reconocimiento social del trabajo doméstico realizado, lo cual incidía en la autovaloración y en la percepción de eficacia personal.

Una usuaria relató:

*“Yo antes trabajaba, hasta que lo conocí a él, y me dediqué a mis hijos y la casa, ahora que ya no tengo que hacer eso, no sé qué hacer”*

Este enunciado permite observar cómo la identidad queda absorbida por los roles de esposa y madre. La renuncia al trabajo remunerado aparece nuevamente asociada al vínculo con la pareja, donde el proyecto individual fue desplazado por el proyecto familiar.

Cuando las tareas de cuidado disminuyen, emerge un vacío. Como se menciona anteriormente, esto se ve reflejado en consultas de mujeres mayores, quienes ya han criado a sus hijos, y ahora que los mismos se independizan no logran volver a conectar con sí mismas. La pregunta “no sé qué hacer” no remite únicamente a la gestión del tiempo libre, sino a algo más identitario: ¿quién soy yo, si ya no soy necesaria para cuidar a otros?

Se observa así cómo los mandatos de género no sólo generan sobrecarga, sino también dependencia simbólica respecto del rol de cuidadora. La ausencia de espacios propios dificulta la construcción de un deseo autónomo y la posibilidad de proyectarse por fuera de ese lugar.

El malestar se expresaba a través de sintomatología depresiva, sentimientos de desesperanza, baja autoestima y ausencia de proyectos personales. Varias usuarias manifestaban no saber qué desear para sí mismas, no reconocerse por fuera del rol de madres o esposas, y no haber desarrollado intereses autónomos vinculados al estudio, al trabajo o a actividades propias.

La escucha de estos discursos dió lugar a nuevas interrogantes que orientan el presente ensayo: ¿cómo podemos desarrollar procesos de deconstrucción que le permitan a las mujeres reconocer la influencia de los mandatos de género en sus experiencias cotidianas?, ¿qué estrategias psicoeducativas favorecen el pensamiento crítico sobre los roles de género en contextos socioculturales patriarcales?.

## **2.5. División sexual del trabajo y sobrecarga de cuidados**

De los Santos (2020), sostiene que la división sexual del trabajo fue surgiendo cuando se distinguió entre lo público y lo privado, asignando determinados roles para cada género, donde los varones cumplen un rol fundamentalmente productivo y de proveedor económico, proveniente del trabajo y lo público, y las mujeres un lugar en el ámbito privado, asociado a lo doméstico y a tareas de crianza y cuidados. Estas actividades se tornaron invisibles y sin valor social, conforme el trabajo comenzó a definirse exclusivamente como aquel por el que se intercambia un salario.

En esta línea, en un estudio de Batthyány y Scavino (2017) se plantea acerca del trabajo no remunerado que, tanto en 2007 como en 2013 las mujeres destinaban el 65% de su tiempo a las tareas de cuidados y el ámbito doméstico. Por su parte, los varones registraban en 2007 un 28% y en 2013 el 32% del tiempo dedicado al trabajo no remunerado, lo que evidencia la persistencia de una distribución desigual del tiempo y del trabajo, sostenida por normas de género.

*“Me olvidé de mí, si yo no estoy mi hijo se queda solo, el padre es el que trabaja afuera”.*

(Frase expresada por una usuaria, 2025)

Esta frase condensa con claridad la internalización del mandato maternal como núcleo identitario. El “me olvidé de mí” no aparece como denuncia sino como constatación casi naturalizada. La subjetividad queda organizada en torno a la disponibilidad permanente para los hijos, mientras el varón/padre ocupa el lugar del trabajo remunerado.

Aquí se vuelve visible la división sexual del trabajo, el espacio público y productivo para el varón como una obligación incuestionable, y el espacio doméstico y solitario del cuidado para la mujer, como una responsabilidad exclusiva. No se trata sólo de una distribución de tareas, sino de una jerarquización simbólica. La expresión “si yo no estoy mi hijo se queda solo” revela nuevamente la sobre responsabilización en la madre, sin percibir al cuidado como una función compartida entre padres. Se configura así una subjetividad sostenida por la autoexigencia y el temor a fallar y ser “mala madre”, donde el bienestar propio queda desplazado.

Dio Bleichmar (1992) plantea que los modelos hegemónicos de feminidad se sostienen sobre una ética del cuidado que asigna a las mujeres la responsabilidad principal por el bienestar emocional y físico de otros. Lógica que refuerza la división sexual del trabajo, ubicando a las mujeres en el ámbito doméstico y reproductivo, y a los varones en el ámbito productivo y público. Como resultado, el trabajo doméstico y las tareas de cuidado, a pesar de su centralidad para la reproducción social, permanecen históricamente invisibilizados y desvalorizados, tanto a nivel social como institucional.

En la misma línea, Lagarde (2003) sostiene que la lógica de la enajenación vincula a las mujeres cuidadoras con otra clave política: su propio descuido para poder cuidar de otros. Esto implica que destinan la mayor parte de su tiempo, energía, que sean afectivas, eróticas, intelectuales y espirituales, y brinden sus recursos para el bienestar de los demás. De este modo, la organización de género las sitúa en una posición de subordinación política y jerárquica, en una condición de inferioridad frente a los demás.

A su vez, la cultura patriarcal, fomenta en las mujeres la satisfacción del deber de cuidar, como si fuese una condición natural y parte de su propia voluntad. Paralelamente, esa misma estructura social les exige participar en los ámbitos educativos, laborales y políticos para poder sostenerse en una sociedad capitalista patriarcal. Como resultado, el deseo de las mujeres se vuelve contradictorio, ya que está moldeado por estas exigencias opuestas que coexisten en su experiencia.

En diálogo con estos aportes y con el relato de la usuaria, se comprende a la división sexual del trabajo como un fenómeno que no sólo organiza de manera desigual la distribución de tareas y tiempos, sino que también se internaliza como mandato subjetivo que ubica a las mujeres en una posición de disponibilidad permanente para el cuidado. La lógica histórica de invisibilización y desvalorización del trabajo doméstico y de cuidados se encarna en la experiencia cotidiana de las usuarias, naturalizando la postergación del propio bienestar para cuidar a otros.

Desde una perspectiva psicosocial, los mandatos de género no sólo estructuran prácticas sociales, sino que también inciden en los modos en que las mujeres se perciben a sí mismas y evalúan su propio desempeño. El ideal de la “buena madre”, la “buena cuidadora” o la “mujer fuerte” opera como un parámetro normativo que dificulta el reconocimiento del malestar, la expresión de la demanda y la legitimación del sufrimiento psíquico.

Burin (1990) sostiene que los modelos hegemónicos de feminidad, basados en la centralidad del cuidado, la disponibilidad emocional y la autoexigencia, configuran condiciones de riesgo para la salud de las mujeres, prevaleciendo muchas veces la depresión. Desde esta perspectiva, el malestar psíquico femenino puede ser entendido como una respuesta a exigencias sociales patriarcales sostenidas en el tiempo, más que como la expresión de una patología individual.

La sobrecarga asociada a las tareas de cuidado, el trabajo doméstico y la responsabilidad emocional por los demás (no remunerados) generan un desgaste progresivo que se manifiesta en sentimientos de agotamiento, tristeza persistente, irritabilidad y pérdida de sentido personal. Estas experiencias no suelen considerarse al tratar el malestar de las mujeres, lo que contribuye a restarles importancia, invisibilizarlas o abordarlas desde la medicalización.

La organización desigual del trabajo impacta directamente en la salud de las mujeres, al generar sobrecarga, limitar tiempos de descanso y reducir las posibilidades de desarrollo personal, constituyéndose así en un determinante social del malestar psíquico.

En la práctica desarrollada, los mandatos de género se hicieron visibles en los relatos de mujeres que organizaban su vida casi exclusivamente en función del cuidado de otros, relegando sistemáticamente sus propios intereses, deseos y necesidades. La consulta psicológica aparecía, en muchos casos, como un espacio de emergencia del malestar,

cuando las estrategias habituales de sostén (basadas en la autoexigencia y la postergación) comenzaban a resultar insuficientes.

## **2.6. Accesibilidad y permanencia en la atención psicológica**

La accesibilidad constituye un concepto clave para comprender las desigualdades en el uso de los servicios de salud, ya que permite analizar las brechas existentes entre la oferta institucional y las condiciones reales de vida de la población usuaria. En ese sentido, cabe preguntarse: *¿cómo inciden los mandatos de género en el acceso y la accesibilidad a la atención psicológica?*

Siguiendo a Frenk (2014), la accesibilidad puede pensarse como un fenómeno multidimensional, que incluye dimensiones geográficas, económicas, organizacionales y culturales. Estas dimensiones interactúan entre sí y producen barreras que afectan de diferentes maneras a los distintos grupos sociales. Postula, por otro lado, que el acceso a la atención en salud no depende únicamente de la disponibilidad de los servicios, sino que se encuentra condicionado por múltiples factores sociales, culturales y económicos que inciden en la posibilidad real de las personas de ejercer su derecho a la salud.

En la práctica, estas limitaciones se vuelven visibles de manera concreta. En las consultas, muchas mujeres manifestaban dificultades para acceder o sostener la asistencia regular al espacio de seguimiento psicológico, debido a la superposición de responsabilidades domésticas y de cuidado. Es frecuente recibir en consulta a mujeres acompañadas de sus hijos, o mujeres pendientes de sus teléfonos para estar en contacto con ellos, quienes se encuentran solos en sus casas durante el tiempo de atención psicológica.

Estas situaciones permiten observar que las desigualdades de género no inciden únicamente en la producción del malestar, sino también en las trayectorias de acceso y permanencia en los dispositivos de atención en salud. La discontinuidad en los procesos de atención psicológica responde, en muchos casos, a condiciones estructurales que restringen la posibilidad de sostenerlos, más que a una falta de interés individual.

En esta línea, Comes, Solitario, Garbus, Mauro, Czerniecki, Vázquez & Stolkiner (2007) proponen comprender la accesibilidad desde una perspectiva relacional entre población y servicios de salud. Postulan que la accesibilidad ha sido concebida tradicionalmente como el grado en que los servicios de salud logran aproximarse a la

población, entendiéndose principalmente como una cuestión vinculada a la oferta. Desde esta mirada, el foco se coloca en la eliminación de obstáculos que dificultan el acceso. A dichos obstáculos los han clasificados en distintos tipos:

- Barreras geográficas: asociadas a dificultades derivadas tanto de la ubicación territorial como de elementos físicos naturales o construidos, por ejemplo, accidentes geográficos o infraestructuras viales.
- Barreras económicas: relacionadas con la carencia de recursos financieros para afrontar gastos como el transporte o la adquisición de medicamentos.
- Barreras administrativas: que remiten a limitaciones impuestas por la propia organización de los servicios, tales como los horarios de atención o los sistemas de turno.
- Barreras culturales: vinculadas a las diferencias socioculturales existentes entre los equipos de salud y la población usuaria, que también pueden obstaculizar el acceso.

Desde este marco, puede pensarse que los mandatos de género operan como barreras transversales que atraviesan varias de estas dimensiones. Por ejemplo, la sobrecarga de tareas de cuidado limita la disponibilidad de tiempo (dimensión organizacional), la dependencia económica restringe la movilidad y el acceso a recursos (dimensión económica), y las representaciones sobre el lugar de la mujer como cuidadora, antes que como sujeto de derecho, impactan en la dimensión cultural.

Arias y Suárez (2016) plantean que las representaciones mutuas entre usuarios y servicios de salud constituyen una herramienta clave para analizar la organización y los objetivos del sistema sanitario. La información emerge como una dimensión central de la accesibilidad, ya que su circulación en distintos formatos incide directamente en los procesos de encuentro o desencuentro entre usuarios y servicios, favoreciendo la inclusión en el sistema de salud y promoviendo que las personas se reconozcan como sujetos de derecho con un rol activo en su cuidado.

A la luz de estos aportes, la accesibilidad no puede entenderse, entonces, únicamente como un problema de oferta, sino como una relación entre la población y los servicios de salud, donde las prácticas y representaciones de los sujetos resultan centrales y pueden favorecer u obstaculizar el encuentro. Este ensayo entiende los roles y mandatos de género como barreras multidimensionales (económica, administrativa, cultural) que dificultan el encuentro entre las mujeres y los servicios de salud. Los mandatos moldean cómo las mujeres visualizan los servicios de salud, las representaciones sociales que los servicios de salud poseen sobre las mujeres y sobre su rol en la búsqueda de

ayuda-asistencia. Por ejemplo, aunque actualmente los servicios de salud brindan información sobre la importancia de realizar estudios de detección temprana: mamografías, Papanicolaou (PAP), test de detección del HPV, controles dermatológicos, entre otros, muchas mujeres no logran acceder a estos recursos ni posicionarse plenamente como sujetos de derecho debido a la falta de condiciones materiales y simbólicas que garanticen su autocuidado. Es importante destacar que existen en nuestro país políticas que contemplan licencias o permisos para que las mujeres que se desempeñan en el empleo formal puedan realizarse algunas de estas prácticas preventivas. Sin embargo, aquellas que realizan trabajo no remunerado o se encuentran insertas en la informalidad no cuentan con estos beneficios ni con tiempos garantizados para acceder a dichos estudios, lo que profundiza las desigualdades en el ejercicio del derecho a la salud.

En este sentido, resulta imprescindible problematizar la dimensión cultural de la accesibilidad, no sólo en relación con las representaciones sociales sobre las mujeres, sino también en la configuración de los servicios. Es necesario interrogar si la planificación y organización de los dispositivos de atención de la salud se diseñan a partir de un sujeto abstracto y universal, que desconoce las condiciones materiales y simbólicas en las que las mujeres asumen y sostienen las responsabilidades de cuidado.

La ausencia de una perspectiva de género en los servicios puede traducirse, así, en prácticas institucionales poco sensibles a estas realidades, que lejos de neutralizar desigualdades, las reproducen y consolidan, reforzando barreras que obstaculizan el acceso, la continuidad y la permanencia de las mujeres en el sistema de salud.

## **2.7. Género, vulnerabilidad social y barreras estructurales en salud**

Como plantea Linardelli (2015), reconocer el sufrimiento psíquico como efecto de desigualdades estructurales constituye un paso central para la producción de intervenciones psicológicas que no reproduzcan lógicas de adaptación pasiva, sino que promuevan procesos de subjetivación orientados a que las mujeres se constituyan como seres más autónomos y críticos frente a las condiciones que atraviesan sus vidas.

En este marco, resulta pertinente profundizar en la pregunta: *¿cómo impactan las desigualdades de género en la accesibilidad y la atención psicológica en contextos vulnerables?* Las barreras derivadas de las desigualdades de género no solo persisten, sino que se intensifican en escenarios de vulnerabilidad social. Allí, la sobrecarga de responsabilidades de cuidado, la precariedad económica, la inestabilidad laboral y la

fragilidad de las redes de apoyo restringen tanto el acceso como la continuidad de los tratamientos psicológicos.

La naturalización de los mandatos de género incide directamente en la organización de las trayectorias vitales de las mujeres. Diversas autoras señalan que la centralidad del cuidado en la identidad femenina suele implicar la postergación o renuncia a proyectos personales, educativos y laborales, favoreciendo situaciones de dependencia económica y simbólica (Linardelli, 2015). En contextos vulnerables, donde las posibilidades de redistribuir el cuidado son escasas y las redes comunitarias presentan mayores niveles de fragilidad, estas dinámicas se profundizan, generando mayores obstáculos para priorizar la propia salud mental.

A su vez, la medicalización del malestar constituye un eje clave en el análisis de la relación entre género y salud mental. Retomando a Burin (1990), los sufrimientos femeninos vinculados a condiciones sociales estructurales tienden a ser traducidos en diagnósticos individuales, desplazando la mirada de las causas sociales hacia las mujeres como portadoras del problema. Este proceso favorece lecturas descontextualizadas del padecimiento y limita el desarrollo de intervenciones que reconozcan a las desigualdades de género como determinantes sociales de la salud.

Desde esta perspectiva, se vuelve imprescindible adecuar los dispositivos de atención a las demandas concretas de este colectivo, a través de políticas públicas y sanitarias con enfoque de género que contemplen las condiciones materiales, simbólicas y vinculares que atraviesan sus procesos de salud-enfermedad-atención. Lo que supone no solo ampliar la oferta de servicios, sino también revisar sus modalidades de funcionamiento, horarios, criterios de admisión y estrategias de acompañamiento, de modo que resulten efectivamente accesibles.

En este punto, la Psicología de la Salud se presenta como un marco teórico y práctico especialmente pertinente para el diseño de estas estrategias. Según Morales Calatayud (1997), se trata de la rama aplicada de la psicología que estudia los componentes comportamentales del proceso salud-enfermedad y de la atención de la salud, interesándose por los procesos psicológicos que intervienen en la determinación del estado de salud, en el riesgo de enfermar, en la condición de enfermedad, en la recuperación y en las circunstancias interpersonales implicadas en la prestación de servicios de salud.

Desde este enfoque, la Psicología de la Salud permite comprender cómo el género, en tanto determinante social de la salud, incide en los aspectos afectivos, cognitivos,

actitudinales, vinculares e imaginarios que las personas ponen en juego en relación con los procesos de salud, enfermedad, atención y curación (Giorgi, 2002, citado en Instituto de Psicología de la Salud, 2010).

Así, integrar una perspectiva de género en contextos vulnerables no solo amplía la comprensión del malestar psíquico, sino que habilita prácticas clínicas y comunitarias más situadas, críticas y transformadoras.

### **3. Discusión: potencialidades y límites del Primer Nivel de Atención**

Los discursos de las usuarias en este trabajo permiten visibilizar cómo los mandatos de género se encarnan en la vida cotidiana de las mujeres, configurando experiencias de sobrecarga física y emocional que impactan en su salud. La centralidad de las tareas de cuidado, el trabajo doméstico no remunerado y la postergación de los propios deseos e intereses aparecen como elementos recurrentes en las narrativas de las usuarias, dando cuenta de la manera en que las desigualdades de género se traducen en malestar psíquico y motivan la demanda de atención psicológica.

Asimismo, estos mandatos influyen en la interpretación del malestar y en las modalidades de búsqueda de ayuda. La internalización de la responsabilidad por el cuidado de otros suele dificultar la priorización del propio bienestar y legitimar la consulta únicamente cuando el sufrimiento alcanza niveles que interfieren de manera significativa en el funcionamiento cotidiano. De este modo, la demanda de atención psicológica suele aparecer de forma tardía, lo que favorece la cronificación del malestar y limita las posibilidades de intervención preventiva desde el primer nivel de atención. Así las condiciones que motivan la consulta psicológica, también operan como obstáculos para su realización.

A las dimensiones simbólicas y subjetivas que se reflejan en los discursos, se le suman las condiciones materiales concretas que dificultan tanto la autonomía como la continuidad en los seguimientos psicológicos. Salkever (citado en Frenk, 2014) define la accesibilidad física como los costos de transporte, tiempo y búsqueda que supone el proceso de procurarse la atención. En algunos casos, las pacientes refieren que sus parejas desalentaban o incluso impedían su inserción laboral, argumentando que el cuidado de los hijos debía ser ejercido exclusivamente por la madre. Estas situaciones reforzaban la dependencia económica y limitaban la posibilidad de generar ingresos propios.

La sobrecarga de tareas de cuidado constituía otro obstáculo central. Las mujeres eran, en la mayoría de los casos, las principales o únicas responsables del trabajo doméstico y del cuidado infantil, sin contar con redes de apoyo familiar o comunitario. La falta de recursos económicos impedía la contratación de servicios de cuidado, lo que dificulta disponer de tiempo propio. En algunas consultas, esta situación se hacía visible de manera directa: las usuarias permanecían atentas al teléfono durante la sesión, preocupadas por hijos que habían quedado solos en el hogar o bajo supervisión informal. Esta imposibilidad de sostener un espacio de escucha libre de interrupciones evidenciaba la dificultad estructural para priorizar el propio cuidado psíquico. Como consecuencia, muchas

mujeres no logran mantener la regularidad en la asistencia o abandonan el proceso psicológico. La salud queda subordinada a las demandas domésticas y familiares, reproduciendo la lógica de postergación de sí mismas.

A lo largo del ensayo se ha podido identificar tanto potencialidades como límites en el abordaje del malestar psicológico desde el primer nivel de atención. En este sentido, resulta pertinente considerar que en los últimos años, ASSE ha avanzado en la incorporación de la perspectiva de género a nivel normativo y organizacional. Según lo señalado por la propia institución, este proceso se expresa en la implementación de protocolos de actuación frente al acoso laboral y sexual, la conformación de una comisión técnica específica, la creación de unidades especializadas en violencia de género y generaciones, así como en la designación de equipos referentes en todo el país y el desarrollo de instancias de capacitación para el personal de salud (Administración de los Servicios de Salud del Estado, 2023). Los avances dan cuenta de una progresiva integración del enfoque de género como eje transversal en las políticas y en la atención en salud. No obstante, y pese a las incorporaciones, aún persisten numerosos aspectos por implementar y mejorar en torno al enfoque de género en el primer nivel de atención. Durante la práctica, se ha evidenciado que todavía hay un amplio camino por recorrer para abordar de manera efectiva las problemáticas de género que atraviesan a las usuarias.

En primer lugar, en el marco del SNIS, el Primer Nivel de Atención en Salud constituye un escenario para visibilizar estas problemáticas, en tanto funciona como puerta de entrada al sistema de salud y concentra una alta demanda de consultas asociadas a malestares subjetivos y psicosociales. En este sentido, la experiencia desarrollada como practicante en el primer nivel de atención me ha permitido considerarlo no sólo como un espacio de acceso a la atención psicológica, sino también un escenario estratégico para problematizar las desigualdades de género que inciden en la producción del malestar. Considero que analizar las prácticas y las herramientas que se despliegan en el primer nivel resulta fundamental para contribuir al diseño e implementación de prácticas psicológicas situadas, sensibles al género y coherentes con los principios de integralidad, equidad y accesibilidad que orientan a la atención psicológica en el marco de la APS (OMS, 1978).

Según Rydel, Dogmanas, Casal & Hidalgo (2022), diversos estudios señalan que una proporción significativa de las consultas en el primer nivel se encuentran asociadas a factores emocionales, conductuales y sociales, siendo las mujeres quienes concentran una mayor demanda de atención psicológica. Esto no puede comprenderse sin considerar las desigualdades de género que atraviesan las trayectorias vitales de las mujeres,

especialmente en contextos de vulnerabilidad, donde las exigencias de cuidado, el trabajo doméstico no remunerado, y la precariedad socioeconómica se intensifican.

Desde esta perspectiva, el PNA constituye un espacio privilegiado para visibilizar las desigualdades de género que inciden en la producción del malestar de las usuarias. La alta demanda de consultas vinculadas a problemáticas emocionales y sociales evidencia la necesidad de integrar una mirada de género que contemple las condiciones materiales y simbólicas que atraviesan sus trayectorias de vida, como la sobrecarga de cuidados, el trabajo doméstico no remunerado y la precariedad socioeconómica, que se abordan en este ensayo.

Asimismo, el PNA constituye una plataforma estratégica para el desarrollo de intervenciones en salud sexual y reproductiva. En este nivel se facilita el acceso a métodos anticonceptivos, a la educación sexual integral, a los controles prenatales y a la prevención de infecciones de transmisión sexual, así como la promoción de prácticas de cuidado tales como el PAP, la mamografía y otros estudios preventivos.

No obstante, las potencialidades coexisten con significativas limitaciones estructurales e institucionales. En la práctica, los dispositivos del primer nivel de atención no siempre incorporan de manera adecuada las particularidades y desigualdades de género que atraviesan a las usuarias. Persisten barreras administrativas y organizativas, como horarios de atención incompatibles con las responsabilidades de cuidado, que dificultan la participación en talleres y en otros espacios de promoción de la salud.

Asimismo, ciertas modalidades de contacto institucional, como las llamadas telefónicas al domicilio en situaciones de violencia de género, pueden incluso comprometer la seguridad de las mujeres, al no considerar los riesgos específicos asociados al contexto.

A estas dificultades se suman condicionantes geográficos y económicos. La derivación a otros servicios de salud, aunque sea pertinente y necesaria, muchas veces resulta inaccesible para las usuarias debido a los costos de traslado y las distancias. Así se genera una paradoja, el PNA no cuenta con recursos suficientes para resolver ciertas demandas, pero las usuarias tampoco disponen de medios para acceder a los niveles de mayor complejidad a los que son derivadas.

La escasez de recursos humanos y la sobrecarga asistencial constituyen otro obstáculo relevante que se pudo observar durante la práctica. Los servicios saturados tienden a priorizar situaciones de urgencia, relegando intervenciones preventivas sostenidas

en el tiempo, que son precisamente una de las funciones centrales del primer nivel. Limitando la posibilidad de implementar acciones de prevención primaria, orientadas a cuestionar mandatos de género y promover autonomía, así como de prevención secundaria, dirigidas a intervenir tempranamente frente a malestares psíquicos con perspectiva de género.

En este sentido, si el PNA se desborda por demandas asistenciales que no corresponden a su función estratégica, el rol del psicólogo en el mismo no puede abarcar las acciones orientadas a la promoción de la salud, la prevención de enfermedades, el abordaje de los padecimientos y la reducción de sus posibles secuelas que definen su rol (Perea, 2017) lo que implica ajustes complejos y condicionados por múltiples factores.

Como advierte Morales Calatayud (2012), mientras persistan modelos medicalizados y no predomine una perspectiva de salud comunitaria centrada en el factor humano, la Psicología de la Salud continuará encontrando resistencias para desplegar plenamente su potencial en los servicios. Esto se ve reforzado por la persistente concepción de la psicología como un campo restringido a la “salud mental”, lo que limita el reconocimiento de su rol en la promoción de la salud integral.

Fortalecer la atención en el PNA implica no sólo ampliar los recursos, sino también revisar las prácticas, flexibilizar los dispositivos y profundizar la integración de la perspectiva de género, para garantizar intervenciones accesibles, equitativas y ajustadas a las necesidades reales de las usuarias.

#### **4. Consideraciones finales**

*¿Cómo puede integrarse la perspectiva de género y la equidad en la atención en salud?*

Integrar la perspectiva de género y la equidad en la atención en salud dentro del PNA implica aplicar este enfoque en dispositivos concretos, accesibles y sostenibles dentro de los servicios de salud. No se trata únicamente de adoptar un posicionamiento teórico, sino de intentar transformar las formas de organizar la atención, los vínculos con las usuarias y las estrategias de intervención.

Es necesario revisar las condiciones de accesibilidad de los servicios y de las mujeres. Incluyendo cambios en las tensiones mencionadas anteriormente, como la flexibilización de horarios, el cuidado en las modalidades de contacto con las usuarias y la consideración de las barreras multidimensionales que enfrentan las mujeres usuarias. La equidad implica reconocer que no todas las personas parten de las mismas condiciones para acceder a la salud, y por tanto requiere diseñar propuestas que se adapten a todas.

Como se ha mencionado anteriormente, el PNA, al constituir el primer contacto de la población con el sistema sanitario y caracterizarse por su proximidad comunitaria, accesibilidad y enfoque integral, adquiere especial relevancia en problemáticas vinculadas al bienestar emocional. Su abordaje requiere una mirada holística que contemple las condiciones de vida, los vínculos y los contextos socioculturales de las personas usuarias.

En este sentido, considero que el PNA es un escenario clave en el que las estrategias psicoeducativas ocupan un lugar central para el desarrollo de dispositivos grupales y comunitarios. Siguiendo esta línea, podrían implementarse talleres grupales de mujeres orientados al autocuidado, la crianza, la salud sexual y reproductiva y la problematización de los mandatos de género. Estas estrategias no solo permiten brindar información, sino también promover procesos de reflexión crítica, intercambio de experiencias y construcción colectiva de saberes. Asimismo, estos espacios favorecen la creación de redes de apoyo entre mujeres, fortaleciendo la autonomía y el acompañamiento mutuo.

Por otra parte, la integración de la perspectiva de género requiere formación continua de los equipos de salud. Resulta necesario generar instancias de capacitación y sensibilización en género y salud, acompañadas de espacios de supervisión conformados por profesionales con enfoque de derechos, a fin de evitar intervenciones que reproduzcan desigualdades.

Finalmente, otra forma de incorporar la perspectiva de género y promover la equidad consiste en fortalecer acciones de promoción y prevención intersectoriales que aborden de manera explícita los determinantes sociales de la salud, incluidas las desigualdades de género, en coherencia con los principios de la APS y el SNIS.

*¿Qué implicancias personales y profesionales tiene esta problemática en mi formación como mujer y futura psicóloga?*

Como mujer, estudiante y futura profesional de la salud, esta temática me interpeló durante todo el desarrollo de la práctica y me va a seguir interpelando cotidianamente, no solo desde lo académico, sino también desde mi propia historia, mis vínculos y los mandatos de género que también han formado parte de mi trayectoria. Incluso contando con sensibilidad en la temática, reconozco que persisten en mi ideas que requieren ser revisadas. Lo que implica cuestionar creencias que he naturalizado y sostener una actitud reflexiva constante para no reproducir las desigualdades que se buscan problematizar en este ensayo.

Asumir una perspectiva de género en la práctica profesional es un proceso permanente de revisión y transformación personal. Considero importante como futura psicóloga los espacios de supervisión y autocuidado, ya que el encuentro con mujeres que atraviesan situaciones de sobrecarga o vulneración de derechos, genera un impacto emocional, que hay que reconocer y trabajar éticamente.

Respecto a los servicios de salud, también es importante incorporar el cuidado de los equipos de salud. Muchas de las profesionales que trabajan en el primer nivel son mujeres, que a su vez sostienen múltiples roles asignados a las mujeres en su vida personal y a lo cual se suma la exposición cotidiana a situaciones de sufrimiento, violencia y vulnerabilidad de las usuarias. Por lo que es fundamental promover dispositivos institucionales de cuidado del personal, podrían ser los antes mencionados espacios de supervisión, instancias grupales de reflexión, o talleres de autocuidado para funcionarias y funcionarios de la salud.

Todas estas iniciativas no pueden depender únicamente del compromiso de los profesionales o de la buena voluntad de los equipos; requieren el respaldo firme del Estado y las instituciones, mediante el fortalecimiento de políticas públicas claras, sostenidas en el tiempo y acompañadas de los recursos necesarios para garantizar su implementación y continuidad.

## 5. Referencias

- Administración de los Servicios de Salud del Estado. (2023, octubre 27). *ASSE avanza en políticas con perspectiva en género*. <https://www.asse.com.uy/contenido/ASSE-avanza-en-politicas-con-perspectiva-en-genero-14621>
- Administración de los Servicios de Salud del Estado & Universidad de la República, Facultad de Psicología. (2009). *Convenio entre la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE) y la Universidad de la República, Facultad de Psicología*. <https://psico.edu.uy/sites/default/files/Convenio%20ASSE.pdf>
- Arias, M. A., & Suárez, Z. (2016). *La atención a la salud de los adolescentes en el primer nivel desde una perspectiva de derechos*. Universidad de la República, Comisión Sectorial de Investigación Científica (CSIC).
- Augsburger, A. C. (2004). La inclusión del sufrimiento psíquico: Un desafío para la epidemiología. *Psicología & Sociedade*, 16, 71–80.
- Bacigalupe, A., Cabezas, A., Bueno, M. B., & Martín, U. (2020). El género como determinante de la salud mental y su medicalización. Informe SESPAS 2020. *Gaceta Sanitaria*, 34, 61–67.
- Batthyány, K., & Scavino, S. (2017). División sexual del trabajo en Uruguay en 2007 y 2013: Tendencias en los cambios y en las permanencias de las desigualdades de género. *Revista Austral de Ciencias Sociales*, 32, 121–142.
- Bourdieu, P. (1998). *La dominación masculina*. Anagrama.
- Burin, M. (1990). *Mujeres y salud mental*. Grupo Editor Latinoamericano.
- Burin, M. (2012). *Género y salud mental: Construcción de la subjetividad femenina y masculina*.
- Butler, J. (1999). *El género en disputa: El feminismo y la subversión de la identidad*. Paidós.
- Comes, Y., Solitario, R., Garbus, P., Mauro, M., Czerniecki, S., Vázquez, A., & Stolkner, A. (2007). El concepto de accesibilidad: La perspectiva relacional entre población y servicios. *Anuario de Investigaciones*, 14.

- De los Santos, N. (2020). *Trabajo doméstico y trabajo de cuidados: continuidades, permanencias y algunas rupturas en la división sexual del trabajo* [Tesis de maestría, Universidad de la República]. Repositorio Institucional Colibrí.
- Decreto N.º 379/008 [Poder Ejecutivo]. Investigación en seres humanos. 18 de agosto de 2008. D.O. No. 27547. <https://www.impo.com.uy/bases/decretos-originales/379-2008>
- Dio Bleichmar, E. (1992). La depresión en la mujer. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 11(39), 283–289.
- Engel, G. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*, 196(4286), 129–136.
- Frenk, J. (2014). El concepto y la medición de accesibilidad. *Salud Pública de México*, 27(5), 438–453.
- Herrera Bautista, M. R., & Rodríguez Rodríguez, G. (2014). El sufrimiento social como un problema de salud pública. *Archivos en Medicina Familiar*, 16(4), 73–81.
- Instituto de Psicología de la Salud. (2010). *Documento fundacional del Instituto de Psicología de la Salud*. Universidad de la República.
- Lagarde, M. (2003). *Mujeres cuidadoras: Entre la obligación y la satisfacción*. Mujeres para la Salud.
- Lapidus, A. (2018). *Transmisión transgeneracional: Algunos efectos en la constitución de la subjetividad*. *Cuestiones de infancia*, 20, 42-50.
- Ley N.º 18.211. Creación del Sistema Nacional Integrado de Salud. 13 de diciembre de 2007. D.O. No. 27384. [https://www.bps.gub.uy/bps/file/3597/2/ley18211\\_sistema\\_nacional\\_integrado\\_de\\_salud\\_creacion\\_funcionamiento\\_financiacion.pdf](https://www.bps.gub.uy/bps/file/3597/2/ley18211_sistema_nacional_integrado_de_salud_creacion_funcionamiento_financiacion.pdf)
- Ley N.º 18.331. Protección de datos personales. 18 de agosto de 2008. D.O. No. 27549. <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/18331-2008>
- Ley N.º 19.529. Salud mental. 4 de septiembre de 2017. D.O. No. 29792. <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/19529-2017>

- Linardelli, M. F. (2015). Salud mental y género: Diálogos y contrapuntos entre biomedicina, feminismos e interseccionalidad. *Millcayac. Revista Digital de Ciencias Sociales*, 2(3), 191–224.
- López, A., & López, P. (2016). *Salud en Uruguay: Tendencias y retos en clave de género*. Oficina de Planeamiento y Presupuesto (OPP).
- Lourau, R. (1991). *Implicación y Sobreimplicación*. Conferencia dictada en “El Espacio institucional. La dimensión institucional de las prácticas sociales”, en Buenos Aires, del 21 al 24 de noviembre de 1991.
- Morales Calatayud, F. (1997). *Introducción al estudio de la psicología de la salud*. [http://www.academia.edu/9509976/Francisco\\_Morales\\_Calatayud](http://www.academia.edu/9509976/Francisco_Morales_Calatayud)
- Morales Calatayud, F. (2012). Psicología de la salud: Realizaciones e interrogantes tras cuatro décadas de desarrollo. *PSIENCIA: Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica*, 4(2), 98–104.
- Organización Mundial de la Salud. (1948). *Constitución*. <https://www.who.int/es/about/governance/constitution>
- Organización Mundial de la Salud. (2018). *Género y salud*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/gender>
- Organización Panamericana de la Salud. (s. f.). *Determinantes sociales de la salud*. <https://www.paho.org/es/temas/determinantes-sociales-salud>
- Organización Panamericana de la Salud. (s.f.). *Salud mental*. <https://www.paho.org/es/temas/salud-mental>
- Perea, J. (2017). *Significaciones acerca del quehacer del psicólogo/a en el primer nivel de atención en salud* [Tesis de maestría, Universidad de la República]. Repositorio Institucional.
- Rydel, D., Dogmanas, D., Casal, P., & Hidalgo, L. (2022). El psicólogo en el primer nivel de atención de salud: Desafíos para Uruguay. *Psicología, Conocimiento y Sociedad*, 12(1), 129–154.
- Saforcada, E., Lellis, M. D., & Mozobancyk, S. (2010). *Psicología y salud pública: Nuevos aportes desde la perspectiva del factor humano*. Paidós.

- Scott, J. W. (1996). El género: Una categoría útil para el análisis histórico. En M. Lamas (Comp.), *El género: La construcción cultural de la diferencia sexual* (pp. 265–302). Paidós.
- Sollazzo, A., & Berterretche, R. (2011). El sistema nacional integrado de salud en Uruguay y los desafíos para la atención primaria. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16, 2829–2840.
- Vargas, C. M. (2023). El género como determinante social de la salud y su impacto en el desarrollo sostenible. *Universitas: Revista de Filosofía, Derecho y Política*, 41, 33–47.
- Vignolo, J., Vacarezza, M., Álvarez, C., & Sosa, A. (2011). Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. *Archivos de Medicina Interna*, 33(1), 7–11.