Ensayo

GénEroos
Volumen 4/número 7/marzo-agosto 2026/ pp. 162-188
eISSN 2992-7862
https://doi.org/10.53897/RevGenEr.2026.7.6
CC BY-NC-SA 4.0

Psicología con perspectiva de género: una alternativa frente a los sesgos de género en la investigación y en la práctica de la psicología

Gender psychology: A critical alternative to gender bias in research and psychological practice

María Victoria Cano Colazo ORCID: 0000-0002-2723-6748
Sociedad Argentina de Análisis Filosófico, Buenos Aires, Argentina

Recepción: 28/02/25
Aprobación: 13/10/25

Resumen

El artículo examina la necesidad apremiante de promover una psicología con perspectiva de género para contrarrestar los sesgos disciplinares que históricamente han afectado la investigación y la atención dentro del campo de la psicología. La psicología tradicional, influenciada por figuras patriarcales, ha perpetuado estereotipos de género y sesgos androcéntricos, lo cual ha resultado en la regulación social de mujeres y disidencias a través de la patologización de sus conductas y la invisibilización de sus experiencias. El trabajo destaca cómo los sesgos de género generan inequidades estructurales en los

Abstract

This article explores the urgent need for a gender-perspective in psychology to counteract long standing disciplinary biases in psychological research and practice. Traditional psychology, shaped by patriarchal influences, has reinforced gender stereotypes and androcentric biases, leading to the pathologization of women and gender non-conforming individuals, as well as the invisibilization of their experiences. The paper examines how these biases contribute to structural inequalities in mental health systems, undermining the validity of research, the

sistemas de salud mental, afectando negativamente la validez de las investigaciones, la precisión de los diagnósticos y la eficacia de los tratamientos. Para contrarrestar estos sesgos se proponen enfoques teóricos y metodológicos feministas que integran las variables sexo y género en la investigación, visibilizan las contribuciones de las mujeres a la psicología y fomentan la interseccionalidad para comprender la diversidad de experiencias. Se argumenta que una transformación profunda en la formación de profesionales de la psicología es esencial para construir un sistema de salud mental más justo, equitativo e inclusivo. En síntesis, la incorporación de una psicología con perspectiva de género resulta fundamental para cuestionar los sesgos de la psicología tradicional, comprender el impacto de las normas de género en la salud mental y garantizar una atención más equitativa e integral para mujeres y diversidades.

Palabras clave

Sesgos de género, estereotipos de género, androcentrismo, psicología de género, interseccionalidad.

accuracy of diagnoses, and the effectiveness of treatments. To address these issues, feminist theoretical and methodological approaches are proposed, emphasizing the integration of sex and gender variables in research, the recognition of women's contributions to psychology, and the promotion of intersectionality to capture diverse experiences. The article argues that a fundamental transformation in psychologists training is necessary to foster a more just, equitable, and inclusive mental health system. Ultimately, incorporating a gender-sensitive perspective is essential for challenging traditional psychological biases, understanding the impact of gender norms on mental health, and ensuring fair and inclusive care for women and gender-diverse individuals.

Keywords

Gender bias, gender stereotypes, androcentrism, gender psychology, intersectionality.

Introducción

Si bien en el período previo a la Ilustración (siglo XVIII) coexistieron diversos modelos de asistencia en los que las mujeres (muchas veces llamadas *sabias* o *sanadoras*) estuvieron presentes en todas las ramas de los cuidados en salud, lo cierto es que el sistema médico se consolidó con el surgimiento y desarrollo del modelo hospitalario durante el siglo XIX. Más tarde, la conformación de distintos campos científicos devino en un crecimiento teórico-conceptual, así como en la profesionalización y jerarquización del campo de la medicina y del rol hegemónico del médico varón (Casado, 2018).

Entre los hechos históricos que contribuyeron a la masculinización de la profesión, cabe destacar la llamada *caza de brujas*, que durante el siglo XVII estigmatizó y disciplinó a las mujeres con el fin de controlar todo lo relativo a las funciones reproductivas, eliminando su patrimonio sobre los saberes empíricos y allanando el camino hacia el desarrollo de un régimen patriarcal más opresivo en las Ciencias de la Salud (Federici, 2010). Es así que, cuando la medicina pasa a consolidarse como una profesión que exige una formación sistematizada, universitaria, y pasa al campo científico, las mujeres y otras identidades subalternizadas resultan excluidas de los espacios de formación o relegadas a roles subordinados.

Esta exclusión se sostiene por siglos: las mujeres recién ingresan de manera masiva a los estudios superiores a finales del siglo XX y aún hoy, la segregación continúa (Blázquez, 2012). Replicando la misma división que podemos ver en otras ciencias, en salud, las profesiones y especialidades ligadas a lo femenino son aquellas relacionadas con lo doméstico y lo empírico, y las masculinizadas son aquellas enfocadas en lo tecnológico y lo científico.[1] Esta división de roles se repite también en el reconocimiento social de las mismas, permitiendo señalar situaciones de jerarquía epistémica. La medicina y los sistemas de salud replican y sostienen mecanismos patriarcales de poder, opresión y subordinación, donde los puestos de menor prestigio son ocupados por las mujeres y otras identidades subalternizadas y, los de mayor poder y valor social son ocupados por los varones (Barberá y Martínez, 2004).

Tanto la psicología tradicional como las epistemologías feministas son consideradas aportes al saber que se han constituido como modos de cuestionamientos de los conocimientos hegemónicos establecidos en diversos momentos históricos. La consolidación de los estudios feministas y el impacto que han tenido no resultaron marginales al campo de la psicología (García, 2005). Esta situación, como era de esperar, suscitó (y aún suscita) numerosos debates, especialmente entre quienes defienden los conocimientos y prácticas de la psicología tradicional. Desde

1 Un caso emblemático es el de la enfermería, que durante mucho tiempo tuvo un ingreso restrictivo, pudiendo ejercerse solamente por mujeres, lo que resultó en una fuerte feminización de la profesión que persiste hasta estos días (Ramacciotti, et al., 2015).

sus inicios, la perspectiva clásica y dominante del campo se construyó y estableció en torno de exponentes como Wundt, Watson, Freud, Piaget, Lacan, Winnicot y Jung —entre otros— quienes desarrollaron propuestas estructuradas en torno de una ideología patriarcal, repleta de estereotipos de género y sesgos androcéntricos que fueron reforzados por sus propias teorías (Gilligan, 1982/1994; Keller, 1985; Burin, 2002; García, 2005).

El campo de la psicología, junto con el de la psiquiatría, han jugado un papel importante en la justificación de la necesidad de ejercer el control sobre los cuerpos, la sexualidad y los comportamientos de las mujeres y disidencias, funcionando muchas veces como agentes de regulación social, normalizando o patologizando ciertas conductas (Foucault, 1978, 2002). La asociación histórica de las enfermedades mentales con la *naturaleza* de las mujeres —ilustrada de manera clara en el diagnóstico de histeria, pero presente de modos más o menos explícitos en casi la totalidad de los diagnósticos— habilitó la apropiación de los cuerpos de las mujeres, mediante la patologización de sus deseos y sentimientos. Esto llevó al sostenimiento de una imagen históricamente devaluada, justificando su exclusión de las diferentes esferas de producción del saber y del poder, negándoles la plena participación social, política y cultural (García y Pérez, 2017).

La construcción social de las identidades feminizadas, a partir de las nociones clásicas de la psicología, impactó también en la configuración del aparato psíquico de las personas nacidas bajo ese paradigma, afectando la constitución de su subjetividad, especialmente con relación a la configuración de sus deseos. La subjetividad y la sexualidad femenina surgen como un efecto, producto de concepciones y prácticas sociales acerca de las mujeres dentro de la cultura patriarcal, reguladas por el deseo maternal (Burin, 2002).

Resulta fundamental destacar cómo la articulación de diversos aportes desde la aplicación de la perspectiva de género en la construcción del conocimiento en este campo, permiten vislumbrar nuevos modos de pensar la teoría y la práctica psicológica. En consecuencia, la psicología es hoy un área de estudios sobre la cual las epistemologías feministas dirigen su atención, señalando la necesidad de una profunda deconstrucción y

reconstrucción, especialmente con relación a temáticas como la maternidad, la sexualidad y la subjetividad. Esto implica llevar adelante una revisión crítica de la concepción que se ha tenido sobre la salud mental y los modos de enfermar de mujeres y disidencias.

La introducción de la perspectiva de género en las ciencias debe tener presente tres niveles que se interrelacionan de manera compleja (González y Pérez, 2002):

a) Sociológico: busca describir y analizar el estado de la cuestión de las mujeres en la ciencia dando cuenta de la ausencia o presencia de las mismas.
b) Histórico: explora e intenta recuperar las contribuciones que las mujeres realizaron al conocimiento, al mismo tiempo que pretende otorgarles valor científico por ser frecuentemente subestimadas o ignoradas.
c) Epistemológico: examina de manera crítica cómo se construyen las teorías y métodos científicos de manera sexista y androcéntrica, reconociendo que los aspectos sociales no son externos a la ciencia, sino una parte esencial de su desarrollo.

Se puede ver de manera clara cómo estos tres niveles operan aún hoy en la psicología —a pesar de ser una disciplina fuertemente feminizada en todas sus dimensiones— tanto en el campo educativo como profesional. También, se visibiliza una segregación horizontal, puesto que las áreas de mayor prestigio, teóricas o básicas, son asociadas a lo masculino y están saturadas por varones. Sin embargo, en las áreas relacionadas con lo femenino —como las prácticas y aplicadas— las principales exponentes son mujeres (García, 2005).

De ahí que, este ensayo se propone examinar desde una perspectiva de género, los modos en que la psicología —en tanto disciplina fuertemente influenciada por el modelo médico hegemónico— ha reproducido sesgos androcéntricos y epistémicos en la comprensión y atención de la salud mental. La referencia a la medicina busca situar el análisis en su contexto histórico y mostrar cómo las lógicas biomédicas contribuyeron a configurar los paradigmas de la psicología tradicional y otros campos

de la salud. De este modo, el texto pretende contribuir a una lectura crítica sobre la importancia de destacar los aportes desde la aplicación de la perspectiva de género, ya que nos posibilitarían repensar la teoría y la práctica psicológica sobre la concepción que se ha tenido sobre los modos de enfermar de las mujeres.

Argumentación

En la siguiente sección se definen los sesgos de género y se desarrollan diversos ejemplos que evidencian su presencia, tanto en la producción de conocimiento como en la práctica psicológica. A través del análisis de casos que han generado debates teóricos, se busca demostrar cómo la perspectiva de género contribuye a desnaturalizar las desigualdades presentes en la investigación, el diagnóstico y la atención en salud mental.

El modelo médico actual permite identificar un esquema dominante de salud de carácter positivista, orientado a la prevención y atención de las enfermedades. Prevalece el binomio salud/enfermedad como eje central, en detrimento de enfoques más holistas (que integran factores biológicos, psicológicos y sociales). Así, el paradigma actual en salud resulta insuficiente para dar cuenta de problemas de inequidad e injusticia. Aunque se suele pensar en la medicina como una ciencia objetiva, universal, neutral y que trata a todas las personas por igual, en realidad se trata de una disciplina profundamente marcada por una mirada etnocéntrica y androcéntrica. En este sentido, mujeres y diversidades son *la otredad* dentro del modelo médico hegemónico. Este enfoque produce inequidades estructurales, tanto en los sistemas como en las prestaciones de salud, introduciendo sesgos en las investigaciones, diagnósticos y tratamientos. Sumado a que las personas poseen distintas oportunidades y recursos relacionados con el acceso a la salud —no sólo en función de su género, sino también de su clase social, territorio, etnia— este hecho se traduce en una peor provisión de salud hacia los grupos menos favorecidos, lo que afecta directamente su calidad de vida.

Como ocurre en tantas otras disciplinas, la psicología es un campo de estudio donde históricamente se han invisibilizado los aportes de las mujeres. En las teorías, excluyéndolas y resaltando casi con exclusividad

los aportes referenciales de los varones y, con relación a las investigaciones, dejando en un segundo plano los temas relativos a cuestiones de poder y de género. Desde los feminismos de las décadas de 1980 y 1990 se han gestado numerosas críticas sobre la forma en que se han abordado los estudios científicos de la sexualidad humana, cuestionando la heteronorma y la clasificación de la homosexualidad y otras orientaciones sexuales alternativas como desvíos o perversiones (Pérez, 2008; García, 2010; García y Pérez, 2017).

Otro punto que se ha estudiado es la evidente relación entre el consumo de psicofármacos en las mujeres y los estereotipos de género. En muchas ocasiones el malestar, al que hacen mención las mujeres, es consecuencia de los sufrimientos emocionales resultado de su condición, debido a la calidad de vida condicionada por los determinantes de género, incremento de trabajo y sobrecarga emocional, que repercute de modo decisivo sobre sus modos de enfermar (Friedan, 1963; Burin, 2002). Esta perspectiva no se tuvo en cuenta hasta pasada la mitad del siglo XX, cuando los feminismos comenzaron a señalar la opresión sufrida por las mujeres como causa subyacente a muchos problemas de salud mental.

Por ello, como señalan González y Pérez (2002, p. 14), en psicología variadas autoras proponen metodologías que atiendan "los rasgos contextuales de las situaciones, dando lugar a la complejidad del razonamiento de los sujetos y la relación entre el investigador/terapeuta y su sujeto/cliente", para el desarrollo de investigaciones y psicoterapia. Es decir, implica una reelaboración de las relaciones de poder y conocimiento, movilizando una "doctrina de objetividad encarnada que acomode proyectos de ciencia feminista paradójicos y críticos: la objetividad feminista significa, sencillamente, *conocimientos situados*" (Haraway, 1991, p. 324). Acciones que cuestionen la pretendida neutralidad del conocimiento científico tradicional y reivindiquen una objetividad consciente de su parcialidad, historicidad y localización, lo que remite a la idea de que todo conocimiento está atravesado por mediaciones relacionales que configuran modos específicos de ver y de producir el mundo.

La detección de estos sesgos no es una tarea sencilla, pues implica identificar y analizar, entre otras cosas, prejuicios y motivaciones compar-

tidas y naturalizadas por las personas que forman parte de estos sistemas, incluso aquellas que son oprimidas; es decir, la tarea conlleva a mostrar ciertos esquemas de interpretación no visibles o explicitados (Harding, 1986; Keller, 1985; Haraway, 1991; García y Pérez, 2017). Para tales fines, se sigue una definición de sesgo de género en salud que resulta valioso: sesgo es "el planteamiento erróneo de igualdad o de diferencias entre hombres y mujeres —en su naturaleza, sus comportamientos y/o sus razonamientos—, el cual puede generar una conducta desigual en los servicios sanitarios (incluida la investigación) y es discriminatoria para un sexo respecto al otro" (Ruiz y Verdú, 2004, p. 119). A su vez, se debe adicionar una dimensión ética, que proponga y promueva soluciones a las injusticias detectadas, con el objetivo de incidir en la transformación de la realidad de la práctica científica para hacerla más equitativa e igualitaria (Díaz, 2008).

Vemos a continuación dos tipos de ejemplos —la controversia Kohlberg-Gilligan y el *Síndrome* de la Impostora— que permiten ilustrar el aporte de la aplicación de la epistemología feminista a la psicología. Si bien se trata de casos heterogéneos, que no agotan el universo de estudio o intervención, nos permiten abrir la discusión dentro de la disciplina para seguir la revisión de las ideas cristalizadas.

Sesgos en la investigación

La incorporación de la perspectiva de género en la investigación implica de mínimo integrar las variables sexo y género en el proceso científico. Esto indica: 1) tener presente las diferencias biológicas entre las personas y sus efectos sobre el fenómeno analizado; y 2) considerar las normas, identidades y relaciones de género como variables explicativas de ese mismo fenómeno. Es importante, además, exponer las relaciones de poder implícitas en las relaciones de género, rompiendo con la hegemonía y la jerarquía de lo *masculino,* visibilizando y poniendo en valor todo aquello relacionado con lo *femenino*.

La exclusión casi sistemática de las mujeres en los ensayos clínicos debido a la presunción errónea de igualdad biológica entre ambos sexos, los costos de investigar con poblaciones representativas y una protección paternalista rechazando a las personas embarazadas, explica en parte

por qué los ensayos clínicos incluyen en sus muestras mayoritariamente hombres blancos (Ruiz y Verdú, 2004). Esta decisión basada en presupuestos equivocados tiene consecuencias negativas para las mujeres y otras identidades que son excluidas de estas fases de investigación: 1) se reafirman los estereotipos de sexo y género; 2) se potencian las reacciones adversas a medicación; 3) se sostiene la falta de conocimiento, ignorancia y carencia de investigaciones sobre personas embarazadas, ciclos hormonales, enfermedades que específicamente padecen las mujeres; y 4) se produce una clasificación de enfermedades que responde a aquellas más presentes en los hombres.

Esto sintetiza en la investigación la existencia de sesgos en la selección, interpretación y en la aplicación (Valls-Llobet et al., 2008). El sesgo en la selección se evidencia principalmente en la elección de pacientes, donde en los trabajos de investigación no se incluye por igual a mujeres y hombres, mayormente invisibilizando a las mujeres; la comprensión de lo masculino como modelo de lo humano que conduce a un reduccionismo positivista de la ciencia médica. En segundo lugar, el sesgo en la interpretación es común entre las y los profesionales de la salud, quienes abordan e interpretan por igual los síntomas de los y las pacientes ignorando las diferencias entre grupos, aplicando las mismas características a todas y todos, a partir del convencimiento de que no hay diferencias entre varones y mujeres. Esto imposibilita el diagnóstico adecuado de ciertas patologías. Por último, el sesgo en la aplicación de los resultados hace referencia a la falta de estudios diferenciales de los datos según el sexo o cómo influyen los problemas y los estereotipos de género en la salud, lo que implica ajustar métodos e interpretar de manera distinta los hallazgos analíticos.

La socióloga Margrit Eichler (1991) identifica siete sesgos sexistas que, comúnmente, se encuentran en el proceso de las investigaciones sociales, al no incorporar la perspectiva de género y que se pueden aplicar también al ámbito de la psicología, como se citó en Díaz y Dema (2013):

- Androcentrismo: implica, entre otras cosas, enfocar a las investigaciones y analizarlas desde una perspectiva esencialmente masculina, invisibilizando a las mujeres y a otros sujetos subalternizados, po-

niendo a los hombres y sus experiencias como el centro y medida del mundo.

- Sobregeneralización: se presenta cuando se realizan investigaciones tomando como referencia a un sexo —el masculino— y se generalizan sus resultados como si fueran aplicables a ambos o al general de la población.
- Insensibilidad al género: no considera al sexo y al género como variables significativas en los contextos; no se cuestionan los efectos diferenciados en mujeres y hombres, muchas veces por considerar que el fenómeno analizado es *neutro*, problema que tiende a perpetuar las desigualdades.
- Doble estándar: puede pensarse como lo inverso a la insensibilidad de género. Aquí se hace alusión a aplicar diferentes criterios para estudiar, medir y evaluar situaciones o conductas parecidas entre los sexos.
- Propio de su sexo: afirma que existen actividades, conductas o roles propios o más adecuados para un sexo que para el otro. Así, los roles sexuales son naturalizados y no problematizados.
- Dicotomía sexual: cuando una cualidad humana se asocia exclusivamente con un sexo u otro, esto conlleva a una clasificación mutuamente excluyente. Este enfoque consiste en considerar los dos sexos como categorías independientes y separadas, en vez de reconocer que existen puntos en común, así como otros que presentan claras diferencias.
- Familismo: la forma de insensibilidad de género que considera a la familia como objeto de estudio, desestimando a las personas que la conforman. Este sesgo surge cuando vivencias personales se asignan a toda la familia, asumiendo un efecto homogéneo e ignorando los impactos distintos dependiendo del género, particularmente en el estudio de ingresos, costos y decisiones domésticas.

La controversia Kohlberg-Gilligan

Lawrence Kohlberg es un claro heredero de la propuesta de Piaget. A partir de sus investigaciones, el psicólogo propuso una teoría del desarrollo

moral y una escala de seis estadios universales e invariables para medirlo. Kohlberg (1992) identificó, en el estadio más alto del desarrollo moral, la preocupación por la justicia y los derechos humanos basados en principios universales. En el extremo opuesto; es decir, en el estadio inferior, ubicó a las relaciones y el bienestar humano individual, para ello elaboró un modelo psicogenético que explicó cómo los individuos aprenden a interpretar las normas sociales. A partir de sus estudios hipotetizó que el desarrollo humano se produce con relación a la adquisición de principios autónomos de justicia.

En el primer nivel —llamado preconvencional— el sujeto conoce las reglas, pero las considera ajenas, obedece por temor al castigo. En el segundo nivel —el convencional—, se produce una identificación e interiorización de las reglas de las autoridades. El tercer y último nivel —el postconvencional— es aquel en el que se ven los problemas morales desde una posición más personal, anterior y superior a los contratos sociales. Una perspectiva que sostiene va más allá de las normas, leyes de la sociedad y del propio interés, pues se basa en principios morales generales que el sujeto ha asumido personalmente: "las reglas se subordinan a principios universales de justicia" (Carosio, 2007, p. 170).

Kohlberg construyó su teoría del desarrollo moral basándose en un estudio longitudinal en el que siguió por 20 años a un grupo de 84 varones que fueron sometidos a situaciones hipotéticas que incluían dilemas morales (como el célebre dilema de Heinz).[2] Posteriormente, aplicó el mismo test a mujeres, observando que en los resultados rara vez llegaban a las etapas superiores de razonamiento moral, como había relevado que sucedía entre los varones (Modzelewski, 2007). Concluyó entonces, a

2 Este dilema, ya clásico en el campo de los estudios sobre la moral, plantea una situación hipotética seguida de dos preguntas que deben ser respondidas por el sujeto de investigación. Se puede sintetizar de la siguiente forma: una mujer está al borde de la muerte, para salvarla existe un medicamento descubierto recientemente por un farmacéutico y debe suministrársele con urgencia para salvarle la vida; el costo es de $2 000 y el Sr. Heinz (esposo de la mujer) no logra completar el dinero. El farmacéutico se rehúsa a bajar el precio, a pesar de que tiene un altísimo margen de ganancia, alegando: "Descubrí la droga y voy a ganar dinero con ella". Heinz, desesperado, roba la droga para salvar a su esposa. ¿Debería haber entrado Heinz en el laboratorio para robar la droga para su esposa? ¿Por qué sí o por qué no?

partir de sus observaciones, que las mujeres no están capacitadas para alcanzar los estadios superiores de desarrollo moral.

Pero, además, señaló que estas etapas de razonamiento moral son también etapas que marcan diferencias en la comprensión racional: pensaba que aquellas personas cuyo pensamiento moral implicaba la invocación de principios universales de justicia y derechos, mostraban un desarrollo cognitivo más avanzado que aquellas cuyo pensamiento moral apelaba principalmente a la importancia de las relaciones y del bienestar o sufrimiento humano (Kohlberg, Power y Higgins, 1997).

Por otra parte, Carol Gilligan (1982), discípula de Kohlberg, en su libro *In a Different Voice: Psychological Theory and Women's Development* [traducido al español como *La moral y la teoría: psicología del desarrollo femenino*], cuestiona los sesgos androcéntricos que dan lugar a esos resultados. Con el fin de mejorar la propuesta teórica, postula la imposibilidad de evaluar, con un único estándar (el masculino), la forma en que mujeres y varones actúan frente a situaciones o conflictos sociales que demandan una decisión ética.

La controversia generada por la obra de Gilligan (Benhabib, 1992) resulta de observar discrepancias entre las afirmaciones del paradigma de investigación original y los datos (Gilligan, 1994). La autora señaló que la teoría de Kohlberg solamente resulta válida para medir el desarrollo de un aspecto de la orientación moral, que se centra en la ética de la justicia y los derechos (Benhabib, 2006), razón por la cual aparecen discrepancias y una puntuación persistentemente baja en las mujeres. Gilligan defiende la postura que el juicio moral de las mujeres es más contextual, inmerso en los detalles de las relaciones y narrativas, propenso a adoptar el punto de vista del *otro particular*, con más sentimientos de empatía (Benhabib, 2006).

Al reivindicar la presencia de estos elementos como componentes esenciales del razonamiento moral adulto en el estadio postconvencional, "la contextualidad, narratividad y especificidad del juicio moral de las mujeres [ya] no es un signo de debilidad ni deficiencia, sino una manifestación de una visión de la madurez moral que considera al yo como algo inmerso en una red de relaciones con los otros" (Benhabib, 2006, p. 73). Según Gilligan (1994), las mujeres en realidad no deben buscar

evolucionar a estadios posteriores, sino que estas presentan una moral distinta, a la que denomina ética del cuidado o responsabilidad (Modzelewski, 2007), esto representó un cambio de paradigma que hasta entonces solamente había escuchado la voz masculina. La ética del cuidado es una orientación moral y no una etapa dentro de los estadios de Kohlberg, que son complementarias, no secuenciales ni opuestas.

Kohlberg respondió a dichas críticas reconociendo que la explicación de Gilligan sobre la orientación del cuidado y la responsabilidad, amplía el dominio moral (Fascioli, 2010), pero siguió definiéndolo dentro de la esfera de lo privado, como una toma de decisión personal, más que moral, que queda subsumida a una esfera íntima doméstico-familiar. A pesar de reconocer la importancia de esta mirada, la considera un suplemento, no una alternativa a soluciones de la justicia, porque —señala— es insuficiente para resolver los dilemas de la justicia.

Diferencialmente en sus investigaciones, Gilligan utiliza entrevistas abiertas, sin límites fijos, con preguntas sobre dilemas reales, analiza las disyuntivas de las mujeres frente a sus propias experiencias de aborto, por lo tanto, las participantes pudieron definir la moral con base al contexto, a sus propias vidas. Fue este acercamiento metodológico lo que le permitió a ella escuchar las voces de las mujeres, describiendo sus experiencias propias sobre conflictos morales en términos de responsabilidades conflictivas.

La irrupción del feminismo demostró que las principales teorías que han proclamado universalidad, en realidad, son parciales —elaboradas mediante la observación de una muestra reducida y no representativa— y se basan en parámetros masculinos; en consecuencia, hacen referencia a esa pequeña porción de la población en lugar de representar a toda la humanidad. Esta universalidad también fue cuestionada por Carol Gilligan, quien desarrolló un modelo complementario escuchando las voces de las mujeres (Blázquez, 2012).

Sesgos en la atención

El sistema médico y de salud, de corte biologicista y patriarcal, conduce a una configuración de ciencia inadecuada y a prácticas médicas sesga-

das, que se evidencian en un maltrato sistemático institucional hacia las mujeres y otras identidades subalternizadas. Esto ocasiona errores en el diagnóstico y tratamiento cuando las mujeres asisten al sistema de salud.[3]

Como señalan Valls-Llobet et al. (2007, p. 17):

> El análisis de los motivos de consulta pone de manifiesto que el primer motivo de consulta de las mujeres en atención primaria es el dolor, localizado en alguna parte del cuerpo, o en todo el cuerpo. "Me duele todo", es una de las demandas más frecuentes. El segundo motivo de consulta es el cansancio. Algunas mujeres se quejan, en tercer lugar, de ansiedad o depresión, pero es casi siempre el profesional médico quien diagnostica problema de salud mental ante los síntomas no definidos. Precisamente en los estudios realizados en atención primaria se refleja que es el sexo femenino el que presenta la mayoría de los síntomas sin diagnóstico.

Con frecuencia se incurre en interpretaciones erróneas respecto a las diferencias entre hombres y mujeres, ya sea mediante su minimización o, por el contrario, por la hiperbolización de las distinciones sexuales de carácter biológico. Asimismo, en determinados contextos discursivos, se naturalizan estereotipos y sesgos de género, atribuyéndoles un fundamento esencialista —como si derivaran de una condición inherente a la naturaleza humana— en lugar de reconocerles como productos de una matriz sociocultural históricamente situada (García y Pérez, 2017). Fundamentalmente, lo que se deja de lado en esta visión rígida y reduccionista, es que la salud de las mujeres, como la de los hombres, está determinada y

3 De los estudios más importantes e influyentes donde no se ha tenido en cuenta a las mujeres, uno se realizó en 1982, para conocer los efectos de la aspirina en las enfermedades cardiovasculares, con n= 22.071 de sujetos masculinos, pero ninguna mujer (Valls-Llobet et al., 2008); otro fue el ensayo de intervención en factores de riesgo múltiples (MRFIT) para la prevención de cardiopatías coronarias, realizado en 22 centros clínicos de EE. UU. entre 1973 y 1982, para comprobar si la reducción de los niveles de colesterol sérico y de la presión arterial diastólica, también sobre cómo el abandono del consumo de tabaco reduciría la mortalidad por cardiopatía coronaria, donde participaron solamente hombres de 35-57 años de edad (n= 12.866). En medicina esto se conoce como el Síndrome de Yentl, término acuñado por Bernadine Patricia Healy en 1991 para describir los efectos que tiene sobre los cuerpos de las mujeres, tomar a lo masculino como norma, obviar o minusvalorar lo femenino y, de esta manera, obligar a las mujeres a comportarse de acuerdo a los estándares clínicos masculinos para recibir la misma atención que los hombres (Baggio, 2015).

condicionada por los roles de género asignados y las relaciones de poder en las que estamos inmersas e inmersos.

Uno de los casos más paradigmáticos en psicología es el diagnóstico de histeria, ampliamente utilizado para etiquetar y deslegitimar los malestares de las mujeres. Este diagnóstico no sólo reforzaba la idea de que la salud mental femenina estaba determinada por factores biológicos incontrolables, sino que también justificaba tratamientos que limitaban su autonomía. En la actualidad, aunque la histeria ha desaparecido como categoría diagnóstica, persisten interpretaciones diferenciadas de los síntomas según el género. Se ha documentado que a las mujeres se les diagnostica con mayor frecuencia trastornos de ansiedad o depresión, mientras que en los hombres se priorizan diagnósticos como el trastorno antisocial de la personalidad, aun cuando presenten sintomatologías similares (García y Pérez, 2017).

Vemos a continuación un ejemplo, referenciado en la actualidad, que permite ilustrar el modo en que los sesgos se abordan como problemas de salud mental ante síntomas no definidos, lo que impide la atención equitativa a las mujeres y otras identidades subalternizadas.

Síndrome de la impostora

En 1978, las psicólogas estadounidenses Pauline Rose Clance y Suzanne Imes (1978) conceptualizaron el fenómeno de sentir la extrema duda sobre una misma. Este fenómeno se encuentra más presente en las sociedades occidentales, donde priman los valores de la eficiencia y el éxito para sentirse valorada. No es considerado un trastorno mental; es decir, no se encuentra dentro del DSM-V, pero presenta una forma paralizadora, se manifiesta como un miedo constante a ser desenmascarada por no estar a la altura de las circunstancias y de las exigencias propuestas; afecta principalmente a las mujeres, debido a que la noción de legitimidad es prácticamente inexistente y está asociado, además, a una concepción sexista y patriarcal del éxito, liderazgo, poder y sus implicancias; conceptos con los que las mujeres muchas veces se sienten incómodas.

Es un *síndrome* que se puede describir de la siguiente manera: cuanto más éxito tiene, más duda de lo que ha conseguido, le inquieta

y crece su sentimiento de ansiedad, impidiendo que pueda aceptar sus logros e incluso pensando que ha engañado a las personas respecto de sus verdaderas aptitudes e inteligencia. Afecta generalmente a personas brillantes y suele notarse más durante cambios importantes, o cuando se está iniciando con nuevos ciclos o etapas vitales. Otra característica es tener la impresión de no merecer el éxito y atribuírselo a la suerte o al azar. Las mujeres que tienen este síndrome presentan un sesgo cognitivo, una distorsión del pensamiento, donde creen que nunca son sus propios méritos, sino causas externas que escapan del control, a las cuales se les atribuye el logro.

Según Cadoche y Montarlot (2021) se pueden sintetizar en tres motivos principales que explican por qué afecta a tantas mujeres: 1) la presión constante a la que se enfrentan en un entorno desfavorable que alimenta la incertidumbre; 2) la ausencia de representación de mujeres en los puestos dirigentes, en sectores de la industria, que las expone más y las deja solas; 3) los estereotipos que aún persisten y son difíciles de romper pese a los avances culturales.

Asimismo, podemos realizarle algunas críticas que giran en torno a la idea de que este concepto se utiliza para desviar la atención de problemas estructurales y sistémicos. Muchas veces, cuando se conceptualiza a un fenómeno como *síndrome* puede alegarse que se trata de un reflejo de deficiencias individuales, y no evidenciar que es la reacción a un entorno que no está diseñado para la inclusión de mujeres y otros grupos marginados.

La crítica principal que se le puede hacer es que la narrativa del síndrome de la impostora perpetúa la idea de que las mujeres deben *arreglarse* a sí mismas para superar sus inseguridades, en lugar de reconocer y abordar las barreras estructurales que contribuyen a estos sentimientos. Se subraya que los consejos típicos para superarlo —aunque útiles— son encontrar una persona mentora o aprender a decir no, pero no abordan las raíces del problema, que son las inequidades sistemáticas y las estructuras de poder excluyentes. En lugar de enfocarse en la automejora, la conversación debería centrarse en desmantelar estas barreras y crear entornos más inclusivos (Murray et al., 2023).

Finalmente, se plantea que es una distracción que mantiene a las mujeres y otros grupos subalternizados enfocados en sus presuntas deficiencias personales, en lugar de ocuparse de los problemas de sexismo, racismo y otras formas de discriminación que existen en las instituciones, por lo tanto, la solución no radicaría en que los individuos se ajusten a un sistema defectuoso, sino en reformar el sistema para hacerlo más justo y equitativo.

El síndrome de la impostora emergió en el tratamiento psicológico lo que nos evidencia también la importancia de incorporar la perspectiva de género en el proceso terapéutico, ya que, muchas veces, los motivos por los que consultan las mujeres están relacionados con problemáticas básicas de su condición de género, como ya se ha mencionado, debido a la diferenciación en los procesos de socialización, como la jerarquización que existe aún en la sociedad que deja huellas en el psiquismo. El conocer esta situación hará que se puedan evidenciar estos fenómenos, al mismo tiempo que va a transformar la labor terapéutica incorporando la perspectiva de género.

Psicología y género

Según María Jayme (2002, p. 51), la psicología del género,

> recoge el estudio del comportamiento humano a través de la consideración de que la variable género —e inevitablemente, el sexo— tiene una responsabilidad en la formación de la conducta, aunque queda determinar la magnitud de la relación. Así se estudian desde los aspectos biológicos a los propiamente psicológicos, que hacen referencia al funcionamiento cognitivo, conativo y emocional del ser humano, desde esa doble vertiente ya comentada, colectiva e individual.

La incorporación de la perspectiva de género en psicología ha sido fruto de una evolución del paso de la anatomía, a la antropometría, a los estudios de las diferencias hormonales, cerebrales y cognitivas. Es un campo reciente, pero creciente y un proceso que se puede sintetizar y configurar en las siguientes etapas (Barberá, 2004; Jayme, 2002):

1. El análisis de las diferencias por sexo en inteligencia, críticas a los métodos principalmente estadísticos utilizados para medir diferencias cognitivas entre hombres y mujeres.

2. Diferencias entre los sexos y la construcción de la masculinidad-feminidad como rasgo general de la identidad.
3. Desarrollo de los roles, estereotipos e identidad sexo/género.
4. Nuevas teorías sobre las identidades de género y orientaciones sexuales.
5. La contribución de la androginia, es decir, no limitar las identidades y comportamientos a lo asignado como femenino o masculino.
6. El sexo es concebido como una categoría social.

Por lo tanto, no se trata solamente de definir similitudes y diferencias entre varones y mujeres, sino de entender cómo los individuos constituyen sus identidades al ser asignados al nacer a uno de dos grupos, teniendo en cuenta los determinantes biológicos como los factores socioculturales, encargados de transmitir los valores y atributos de la masculinidad/feminidad, que estructuran a la sociedad de acuerdo a las expectativas y roles de género, al mismo tiempo que obstaculizan el pleno desarrollo de oportunidades.

Como se ha podido observar, el problema del sexo, el género y la sexualidad ha sido ocupado históricamente por la ciencia y, particularmente, por la psicología, otorgándoles un fuerte factor explicativo clave de la conducta humana. Aunque existen posiciones que pueden ser muy heterogéneas, se tiene consenso en que el género es un componente organizador clave de la vida social que debe además analizarse de manera interseccional.

El desafío, como señala Cabruja-Ubach (2017), es cómo abordar la patologización del sufrimiento generado por estructuras de dominación patriarcal, ya que los análisis estadísticos y sociológicos convencionales no captan la complejidad del fenómeno. La autora afirma que, resulta fundamental examinar cómo el concepto de *locura* opera como herramienta de desacreditación contra movimientos y posturas que desafían las normas de género establecidas, particularmente en espacios donde convergen dimensiones políticas, académicas, económicas y migratorias; y como podrá suponerse, "la interconexión de malestares y sufrimientos con la de agencias y transformaciones se entrecruzan" (Cabruja-Ubach, 2017, p.11). En consecuencia, el feminismo, caracterizado por su naturaleza

compleja, ejerce una función crítica constante que quizás "se manifiesta en el poder que tiene para mantener en vilo la ciencia (la psicología), en este caso y de su acción también performativa y revisable permanentemente" (Cabruja-Ubach, 2017, p. 11).

Resumiendo, el sesgo androcéntrico en la atención psicológica implicó históricamente la adopción de estándares masculinos como normativa universal de salud mental, mientras que las experiencias y comportamientos femeninos fueron conceptualizados como desviaciones por investigaciones como las realizadas por Broverman et al. (1970, p. 5), quienes afirman que "los clínicos difieren en la conceptualización de salud para varones y mujeres". Asimismo, Hyde (1995) evidenció que los rasgos de personalidad considerados deseables, tales como independencia, racionalidad y actividad, han sido atribuidos a los varones, mientras que la dependencia, pasividad y emotividad se han asociado a las mujeres. En este marco, las mujeres que se ajustaban a los mandatos de género eran categorizadas como psicológicamente dependientes, adquiriendo características consideradas indeseables, mientras que aquellas que desafiaban estos roles eran vistas como *anormales*, puesto que perdían la feminidad. Esta problemática ha sido ampliamente analizada por García y Pérez (2017) en su libro, *Las mentiras científicas sobre las mujeres*, donde se expone cómo la psicología ha contribuido a la naturalización de estereotipos de género bajo una aparente neutralidad científica justificando e invisibilizando el estatus de subordinación de las mujeres.

Por ello, como indicamos, es importante la aplicación de intervenciones psicológicas que enfaticen y apelen más allá del cambio individual y consideren las desigualdades estructurales de género. La falta de un enfoque de género en la psicoterapia contribuye a una visión reduccionista que responsabiliza a las mujeres por su adaptación a un entorno estructuralmente desigual, en lugar de abordar los factores sociales y culturales que limitan su agencia y bienestar psicológico. Sin embargo, esto no está lejos de generar una paradoja, en la cual, si se enfatizan las diferencias de género, existe el riesgo de reforzar su naturalización; pero si se ignoran, se perpetúa el androcentrismo al establecer lo masculino como universal.

El abordaje de este dilema requiere un análisis contextualizado de la construcción histórica de las diferencias de género y la consideración de variables interseccionales que atraviesan la subjetividad y la experiencia psicológica de las mujeres. La integración de enfoques críticos en la psicología resulta fundamental para evitar la reproducción de sesgos que refuercen inequidades de género en la atención clínica y en el diseño de políticas de salud mental (Burin, 2002; Ruiz y Verbrugge, 1997; Ruiz y Verdú, 2004; Valls-Llobet et al., 2008; García y Pérez, 2017).

Conclusiones

La formación en psicología, al igual que en otras disciplinas científicas, no está exenta de sesgos de género que impactan tanto en la producción de conocimiento como en la práctica profesional (Tajer, 2020). La tradición androcéntrica en la ciencia ha condicionado la manera en que se conceptualizan la mente, el comportamiento humano y la salud mental, relegando las experiencias femeninas a un segundo plano o interpretándolas desde modelos basados en estándares masculinos. Como señala Maffia (2007), la exclusión de las mujeres y otras identidades subalternas en la construcción del conocimiento ha reforzado la idea de que las cualidades consideradas *femeninas* —subjetividad, sensibilidad y emocionalidad— no tienen el mismo valor epistémico que aquellas tradicionalmente asignadas a lo *masculino*, como la racionalidad y la objetividad.

Desde sus inicios, la psicología ha tomado la experiencia masculina como norma universal, lo que ha generado modelos teóricos que invisibilizan o distorsionan las experiencias de las mujeres. Este sesgo se manifiesta en la forma en que se diseñan los estudios, en la elección de las variables de análisis y en la aplicación de los resultados a la práctica clínica. Por ejemplo, la patologización histórica de la *naturaleza femenina* es una muestra clara de cómo la psicología y la psiquiatría han sido utilizadas como herramientas de control social, legitimando la medicalización de conductas consideradas desviadas o inconvenientes para las normas de género establecidas.

Este problema se refleja en la formación de los profesionales de la psicología, donde los planes de estudio han priorizado modelos biomédi-

cos en detrimento de enfoques más integradores. Si bien la incorporación de conocimientos provenientes de la neurociencia y la biología ha fortalecido la credibilidad de la disciplina, también ha contribuido a una dependencia de paradigmas que no ha significado necesariamente una mayor autonomía epistémica; por el contrario, ha generado un escenario donde el conocimiento psicológico es validado en la medida en que se alinea con estándares biomédicos, dejando fuera enfoques que podrían ofrecer una comprensión más holística de la salud mental.

Frente a la noción canónica o tradicional de objetividad en la ciencia, los enfoques feministas plantean una serie de estudios en el campo de la salud que señalan sesgos que denotan una *objetividad sesgada*, valga la redundancia, o al menos cuestionable. Recordemos que la noción canónica de objetividad considera que es posible obtener un conocimiento unificado y completo de la realidad. El presente artículo muestra que el concepto de *realidad* sobre la salud debe ser discutido junto con las teorías explicativas.

Como vimos, los sesgos sexistas y androcéntricos están presentes en todas las etapas de la investigación científica, la selección, definición de problema, diseño, recogida e interpretación de los datos, y la elaboración de modelos explicativos, como así también en la atención de las y los profesionales de la salud. Adquirir una perspectiva de género en salud requiere abordar una cuestión principal que es eliminar el androcentrismo de la ciencia, y en particular de la psicología. Las estrategias posibles para lograr este objetivo pueden ser: evidenciar los sesgos sexistas y heterosexistas de la ciencia, democratizar la producción del conocimiento, integrar las variables sexo y género en el proceso científico como variables principales necesarias para analizar las desigualdades, incluir mujeres y las experiencias de las mujeres en la práctica científica dándoles valor epistémico, reconocer las condiciones de dominación y hacer una crítica a las relaciones de poder y luchar contra la estandarización en los procedimientos dado que homogeiniza las diversidades, singularidades y complejidades que existen; así como incorporar el punto de vista feminista y el concepto de interseccionalidad, que incluye un cuerpo teórico y metodológico no sexista que permite analizar las diferencias.

El campo de estudio que, desde la psicología, analiza la especificidad de cómo se desarrolla la problemática de género —y se intercepta con la salud mental— se conformó desde los aportes del movimiento feminista y profesionales de la salud (psicólogas, psicólogos, psiquiatras, terapeutas y psicoanalistas) y fue abordado desde múltiples modalidades:

1. Dejaron en evidencia que las mujeres viven bajo un régimen de represión-opresión por el cual enferman.
2. Describieron cómo los roles de género y las formas de socialización diferenciada, la represión del deseo sexual, las prácticas de la maternidad obligatoria o los ideales sobre la pareja y la familia impuestos, determinaron a las mujeres en la configuración de su subjetividad y psiquismo.
3. Realizaron estudios epidemiológicos sobre salud mental para explicar la invención científica a lo largo de la historia de cuadros psicopatológicos asociados a las mujeres, como también la medicalización de problemas cotidianos, procesos naturales y fisiológicos de la vida de las mujeres.

En la actualidad, introducir la perspectiva de género en la psicología involucra analizar los fenómenos y problemáticas "desde diferentes perspectivas y modelos teóricos" (Jayme, 2002, p. 52), donde se considere a la categoría de género desde la multiplicidad de aspectos que la componen. Como ser, siguiendo a Barberá: el aspecto sociológico, lo subjetivo, los rasgos de personalidad, los procesos cognitivos, las variables estímulo, y los procesos psicosociales (Jayme, 2002).

La omisión de cualquiera de estos fenómenos no permite dar cuenta de la complejidad de las identidades y relaciones dentro de este campo de estudio y resultará en teorías e intervenciones incompletas y sesgadas. Los sesgos de género en la atención psicológica no son meros errores individuales, sino expresiones de estructuras de desigualdad que atraviesan la disciplina. Reconocerlos y cuestionarlos es un paso fundamental para construir una psicología más inclusiva, que no sólo diagnostique y trate síntomas, sino que también contribuya a transformar las condiciones que generan el malestar.

En este sentido, la formación de las y los profesionales de la salud mental debe incluir una reflexión crítica sobre sus propios prejuicios y la forma en que estos impactan en su práctica. Sólo así será posible garantizar una atención psicológica que respete la diversidad, promueva la equidad y ofrezca herramientas efectivas para el bienestar de todas las personas. Para contrarrestar estos sesgos, es fundamental adoptar una perspectiva de género en la formación y la práctica psicológica.

Algunas estrategias incluyen: 1) Incorporar la perspectiva de género en los planes de estudio: implica revisar críticamente las teorías tradicionales y analizar cómo han contribuido a la construcción de estereotipos de género. 2) Visibilizar las contribuciones de las mujeres en la psicología: la omisión de sus aportes ha reforzado la idea de que el desarrollo de la disciplina ha sido exclusivamente masculino; recuperar estas historias es un paso esencial para una representación más equitativa. 3) Promover enfoques interseccionales: no todas las mujeres experimentan la desigualdad de la misma manera, es necesario considerar factores como la clase social, la etnicidad y la orientación sexual para comprender mejor la diversidad de experiencias. 4) Fomentar la investigación con perspectiva de género: incluir variables de género en los estudios psicológicos permite desarrollar modelos más precisos y evitar conclusiones sesgadas.

Referencias

Baggio, G. (2015). From gender medicine to gender-specific medicine. *Italian Journal of Gender Specific Medicine. I*, 3-5. https://www.gendermedjournal.it/r.php?v=2012&a=21902&l=322522&f=allegati%2F02012_2015_01%2Ffulltext%2F02_b_Baggio-EN.pdf

Barberá, E., y Martínez, I. (2004). *Psicología y género.* Ariel.

Benhabib, S. (1992). Una revisión del debate sobre las mujeres y la teoría moral. *Isegoría*, 6, 37-63. https://doi.org/10.3989/isegoria.1992.i6.323

Benhabib, S. (2006). El otro generalizado y el otro concreto: La controversia Kohlberg-Gilligan y la teoría moral. En: *El ser y el otro en la ética contemporánea: Feminismo, comunitarismo y posmodernismo* (pp. 171-201). Gedisa.

Blázquez, N. (2012) Epistemología feminista: Temas centrales. En N. Blázquez, F. Flores y M. Ríos (Coords.), *Investigación feminista. Epistemología, metodología*

y representaciones sociales (pp. 21-38). UNAM. https://ru.ceiich.unam.mx/handle/123456789/2911

Broverman, I. K., Broverman, D. M., Clarkson, F. E., Rosenkrantz, P. S., y Vogel, S. R. (1970). Sex-role stereotypes and clinical judgments of mental health. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 34*(1), 1-7. https://doi.org/10.1037/h0028797

Burin, M. (2002). *Estudios sobre la subjetividad femenina.* Librería de Mujeres.

Cabruja-Ubach, T. (2017). Violencias de género de las disciplinas "psi" y crítica feminista: Indignad@ s con las prácticas científicas que construyen la locura (aún) en el siglo XXI. *Annual Review of Critical Psychology*, 13, 125-129. https://discourseunit.com/wp-content/uploads/2017/08/arcpteresac.pdf

Cadoche, E., y Montarlot, A. (2021). *El síndrome de la impostora.* Península.

Carosio, A. (2007). La ética feminista: Más allá de la justicia. *Revista venezolana de estudios de la mujer*, *12*(28), 159-184.

Casado, R. (2018). Atención profesional a la salud. Influencia del género en quienes la prestan. En: R. Casado y M. A. García-Carpintero (Coords.), *Género y salud: Apuntes para comprender las desigualdades y la violencia basadas en el género y sus repercusiones en la salud* (pp. 145-156). Ediciones Díaz de Santos. https://www.editdiazdesantos.com/wwwdat/pdf/9788490521281.pdf

Clance, P. R. ,y Imes, S. A. (1978). The imposter phenomenon in high achieving women: Dynamics and therapeutic intervention. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice, 15*(3), 241-247. https://doi.org/10.1037/h0086006

Díaz, C. (2008). ¿Por qué es tan lento el progreso de las mujeres en las carreras científicas? *SEBBM Dossier Científico, (158)*. https://web.archive.org/web/20200507141551id_/https://www.sebbm.es/revista/repositorio/pdf/158/d01158.pdf

Díaz, C., y Dema, S. (2013). *Sociología y género*. Tecnos.

Eichler, M. (1991). *Nonsexist research methods: A practical guide.* Psychology Press. https://www.academia.edu/679218/Nonsexist_research_methods_A_practical_guide

Fascioli, A. (2010). Ética del cuidado y ética de la justicia en la teoría moral de Carol Gilligan. *Revista Actio*, *12*, 41-57.

Federici, S. (2010). *Calibán y la bruja: Mujeres, cuerpo y acumulación originaria.* Traficantes de Sueños.

Foucault, M. (1978). *Historia de la sexualidad. Vol. I.* Siglo XXI Editores. https://seminariolecturasfeministas.wordpress.com/wp-content/uploads/2012/01/foucault_michel-historia_de_la_sexualidad_i_la_voluntad_de_saber.pdf

Foucault, M. (2002). *Historia de la sexualidad Vol. II.* Siglo XXI Editores. https://www.insumisos.com/M4T3R14L/BD/Foucault-Michel/Historia%20de%20la%20sexualidad%20II%20-%20El%20uso%20de%20los%20placeres.PDF

Friedan, B. (1963). The problem that has no name. En *Making sense of women's lives: An introduction to women's studies* (pp. 151-162). https://englishiva1011.pbworks.com/f/PROBNONM.PDF

García, S. (2005). *Psicología y feminismo. Historia olvidada de las mujeres pioneras en psicología.* Narcea. https://www.researchgate.net/publication/28166185_Psicologia_y_feminismo_Historia_olvidada_de_mujeres_pioneras_en_psicologia

García, S. (2010). Las relaciones entre la psicología y el feminismo en tiempos de igualdad. *Quaderns de Psicologia, 12*(2), 47-64. https://doi.org/10.5565/rev/qpsicologia.771

García, S., y Pérez, E. (2017). *Las mentiras científicas sobre las mujeres.* Los Libros de la Catarata. https://www.catarata.org/libro/las-mentiras-cientificas-sobre-las-mujeres_46045/

Gilligan, C. (1982). *In a different voice: Psychological theory and women's development.* Harvard University Press. https://psycnet.apa.org/record/1993-98550-000

Gilligan, C. (1994). *La moral y la teoría. Psicología del desarrollo femenino*. Fondo de Cultura Económica.

González, M., y Pérez, E. (2002). Ciencia, tecnología y género. *Revista Iberoamericana de Ciencia, Tecnología, Sociedad e Innovación, 2*(5). https://www.researchgate.net/publication/28064562_Ciencia_Tecnologia_y_Genero

Haraway, D. (1991). *Ciencia, cyborgs y mujeres. La reinvención de la naturaleza.* Ediciones Cátedra. https://monoskop.org/images/e/eb/Haraway_Donna_J_Ciencia_cyborgs_y_mujeres_La_reinvencion_de_la_naturaleza.pdf

Harding, S. G. (1986). *The science question in feminism.* Cornell University Press. https://www.andrew.cmu.edu/course/76-327A/readings/Harding.pdf

Hyde, J. S. (1995). *Psicología de la mujer: La otra mitad de la experiencia humana.* Ediciones Morata.

Jayme, M. (2002). La psicología del género en el siglo XXI. *Clepsydra, (1)*, 47-60. https://riull.ull.es/xmlui/bitstream/handle/915/18674/CL_1_2002_03.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Keller, F. (1985). *Reflections on gender and science.* Yale University Press.

Kohlberg, L. (1992). *Psicología del desarrollo moral*. (2a ed). Desclée De Brouwer.

Kohlberg, L., Power, F., y Higgins, A. (1997). *La educación moral según Lawrence Kohlberg*. Gedisa.

Maffia, D. (2007). Epistemología feminista: La subversión semiótica de las mujeres en la ciencia. *Revista Venezolana de Estudios de la Mujer, 12*(28), 63-98. https://perio.unlp.edu.ar/catedras/comyeduc2/wp-content/uploads/sites/197/2021/05/maffia_-_epistemologia_feminista_la_subversion_semiotica_de_las_mujeres_en_la_ciencia.pdf

McKinlay, J. B. (1996). Some contributions from the social system to gender inequalities in heart disease. *Journal of Health and Social Behavior, 37*(1), 1-26. https://doi.org/10.2307/2137228

Modzelewski, H. (2007). El test de Kohlberg. Elaborado en el marco del proyecto: "El peso de las preferencias adaptativas en los criterios normativos para el diseño de políticas sociales destinadas a sectores marginales 2006- 2007". https://www.uv.es/ramoncue/PCIAECI/documentos/txt_helena.pdf

Murray, M., Chiu, Y. L. T., Wong, B., y Horsburgh, J. (2023). Deindividualising imposter syndrome: Imposter work among marginalised STEM undergraduates in the UK. *Sociology, 57*(4), 749-766. https://centaur.reading.ac.uk/106518/8/00380385221117380.pdf

Pérez, E. (2008). Mitos, creencias, valores: Cómo hacer más "científica" la ciencia; cómo hacer la "realidad" más real. *Isegoría, 38*, 77-100. https://isegoria.revistas.csic.es/index.php/isegoria/article/view/404/405

Ramacciotti, K., Valobra, A., Biernat, C., Cerdá, J. M., y Ramacciotti, K. (2015). *La salud pública y la enfermería en la Argentina.* Universidad Nacional de Quilmes.

Ruiz, M. T., y Verbrugge, L. M. (1997). A two way view of gender bias in medicine. *Journal of Epidemiology and Community Health*, *51*(2), 106-109. https://doi.org/10.1136/jech.51.2.106

Ruiz, M. T., y Verdú, M. (2004). Sesgo de género en el esfuerzo terapéutico. *Gaceta Sanitaria, 18,*118-125. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112004000400019

Tajer, D. (2020). Cuidados generizados en salud. *Revista Symploke Estudios de Género, 1*, 5-16. https://apunty.com/doc/symplokeegn2-cuidados-generizados-en-salud-tajer

Valls-Llobet, C., Banqué, M., Fuentes, M., y Ojuel, J. (2008). Morbilidad diferencial entre mujeres y hombres. *Anuario de Psicología, 39*(1), 9-22. https://revistes.ub.edu/index.php/Anuario-psicologia/article/view/8391

Valls-Llobet, C., Solsona, J., Carrillo, M., y Pujol, M. (2007). Manifestación y medicalización del malestar en las mujeres. Ministerio de Sanidad y Consumo. https://www.inmujeres.gob.es/publicacioneselectronicas/documentacion/Documentos/DE0109.pdf

María Victoria Cano Colazo

Argentina. Doctoranda en Estudios de Género en la Facultad de Filosofía y Letras de la Universidad de Buenos Aires (UBA). Magíster en Alta Dirección Pública por la Universidad Internacional Menéndez Pelayo (UIMP). Actualmente adscrita a la Sociedad Argentina de Análisis Filosófico (SADAF). Sus líneas de investigación incluyen ciencia, tecnología y género; ciencia, tecnología y sociedad; epistemología feminista y comunicación de la ciencia. También estudia las inequidades de género en el ámbito científico y de la educación superior, así como la conciliación entre la vida privada y profesional de investigadoras del CONICET. Aborda experiencias de maternidad, obstáculos para mujeres y diversidades sexogenéricas en el sistema científico-tecnológico, y el análisis de políticas públicas desde una perspectiva de género.
Correo electrónico: vickycanoc@gmail.com