



Masculinidad y trastornos de personalidad

Masculinity and personality disorders

Iván Ballester Molina

Enfermero especialista en Salud Mental. Experto en Trastornos de la Personalidad.

Resumen

La identidad de género constituye uno de los ejes vertebradores de la psique e identidad, siendo fundamental a la hora de comprender los estados de salud y enfermedad de las personas. Las categorías diagnósticas usadas de forma habitual en los servicios de Salud Mental presentan "un vacío social y de género", pese a que el sufrimiento psíquico está influenciado por el sistema sexo-género. En el presente artículo se introduce la importancia de introducir la perspectiva de género (especialmente, la masculinidad) en la comprensión de los Trastornos de Personalidad, para lograr un mejor abordaje del malestar que rodea a estos trastornos.

Palabras clave: masculinidad, roles de género, trastornos de personalidad, trastornos mentales

Abstract

Gender identity is one of the main point of the psyche and identity, and it's fundamental to understanding people's states of health and illness. The diagnostic categories commonly used in Mental Health services present "a social and gender gap", despite the fact that psychic suffering is influenced by the sex-gender system. This article introduces the importance of introducing the gender perspective (especially masculinity) in the understanding of Personality Disorders, in order to achieve a better approach to the distress surrounding these disorders.

Keywords: masculinity, gender roles, personality disorders, mental disorders

INTRODUCCIÓN

El ser humano está inmerso desde su nacimiento en la cultura del lugar donde nace y se desarrolla, produciéndose un proceso de apropiación cultural activa y que cuenta con la influencia de importantes agentes de socialización, como puede ser el sistema género (Ferrer Lozano et al., 2020)..

El género configura la sociedad en términos binarios, de oposición y de jerarquía, a través de la sexuación de los cuerpos a los que se les asigna características masculinas o femeninas y se interpretan y reconocen como tales (Ranea Triviño, 2021). Según L. Benería (como se citó en Ranea Triviño, 2021), puede definirse como "el conjunto de creencias, rasgos personales, actitudes, sentimientos, valores, conductas y actividades que diferencian a hombres y mujeres". Es importante matizar que el concepto "género" es dinámico, ya que evoluciona constantemente según las normas socioculturales vigentes en cada momento histórico (Tasa-vinyals et al., 2015). Asimismo, podemos interpretarlo como un dispositivo de poder ya que la identificación y el cumplimiento del rol de género asignado son cruciales para el reconocimiento social y subjetivo de las personas (Pujal et al., 2020).

Actualmente, nos encontramos que algunas teorías (como el modelo "queer") cuestionan la dicotomía hombre-mujer (Tasa-vinyals et al., 2015). Pese a que pueden existir una gran variedad de maneras de experimentar la masculinidad y la feminidad, las fronteras de ambos constructos persisten socialmente y están profundamente interiorizadas. En la sociedad occidental, ser varón o ser mujer siguen siendo identidades demasiado cerradas al cambio (Sánchez Sánchez, 2020).

En la literatura nos encontramos con varias teorías sobre cómo las personas van conformando el género al que pertenecen:

- Teoría neuroendocrina. Expresa que el género y el sexo vienen decididos por el desarrollo embriológico del cerebro durante la gestación. El vertido de andrógenos que se produce en distintos momentos críticos de la evolución, sobre todo en la octava semana de gestación, determinará tanto la apariencia genital externa de varón o hembra como el sentimiento futuro de pertenecer a un género u otro (Sánchez Sánchez, 2020).
- Teoría social. Considera indiscutible que son los innumerables (y a menudo inadvertidos) gestos del entorno los que van conformando el género, siendo éste un constructo en el que se entretajan las asignaciones, atribuciones, expectativas, lenguajes, moldeamiento emocional, pautas conductuales y modelos de pensamiento e interacción con el mundo prescritos para cada identidad de género (Sánchez Sánchez, 2020).

- Teoría organizativa. La llamada "hipótesis organizativa", que propuso como nuevo paradigma Corbett, concibe que el género es producto de un acoplamiento de momentos no-lineales en el que influyen las hormonas, las neuronas, los apegos primarios, la fantasía organizadora de la subjetividad, la mirada especular de los demás, las atribuciones que se vierten sobre el niño/a desde su nacimiento, la experiencia vivida en torno a experiencias significativas... Todo ello va ubicando y perfilando quién se es y a qué género se pertenece. El mismo autor, por tanto, concibe que el género no depende ni de la anatomía, ni de la vinculación ni del deseo, sino de los tres elementos a la vez dentro de las "mallas relacionales" en que crecemos (Sánchez Sánchez, 2020).

Parece indiscutible considerar el género como un constructo social, que se vincula con tres grandes aspectos: la construcción simbólica y psíquica binaria de la subjetividad, la división sexual del trabajo (tanto en lo mercantil como en lo no mercantil) y las relaciones de desigualdad entre los sexos (Pujal et al., 2020), donde lo masculino es lo normativo y hegemónico en nuestra sociedad (Benedicto, 2018).

Centrándonos en el primer punto, la identidad de género en la que las personas se incluyen constituye uno de los ejes vertebradores de su psique e identidad (Ranea Triviño, 2021). Según Preciado, "existe una angustia epistemológica desmedida en las personas que conmina a aposentarse definitivamente en una identidad de género cuanto antes, determinando quién se es, de una vez para siempre" (Sánchez Sánchez, 2020). Nuestra subjetividad se va constituyendo de forma inconsciente por mediación de mandados y estereotipos de género través del proceso de socialización, lo que hace que éstos se naturalicen, se vivan como verdades absolutas y deseos propios (Polo Usaola, 2018). Por tanto, el género tiene un carácter normativo y prescriptivo cuáles son los comportamientos, roles y actitudes deseables y una connotación de estabilidad y poca flexibilidad a la hora de definir a las personas (Ferrer Lozano et al., 2020)

En ese sentido, podemos definir el concepto mandato de género como la sumisión a roles patriarcales de comportamiento y socialización que son aprendidos culturalmente para, luego, interiorizarlos (Benedicto, 2018). Dichos mandatos se describen como antagonistas y excluyentes, correspondiéndole a la feminidad le corresponden elementos como la pasividad, sumisión, dependencia, debilidad, delicadeza, afectos, empatía, "ser-para-otros"; mientras que a la masculinidad le corresponde el rol activo, el poder, la independencia, la autonomía, la fortaleza, la razón, la agencia, la subjetividad, la agresividad, el "ser-para-sí-mismo" (Pujal et al., 2020).

Identidad de género masculina

En la bibliografía actual, podemos encontrar una serie de principios y características que configuran la masculinidad hegemónica, es decir, el modelo normativo a seguir o al que aspirar por parte de los varones:

- “No seas una niña”. La masculinidad se construye mediante el rechazo a ocupar la posición de feminidad (Ranea Triviño, 2021). Algunos autores relacionan este aspecto con el rechazo al estado de dependencia o desamparo (Mingote Adán, n.d.).
- “Ser-para-sí-mismo”. Son valores predominantes la autonomía e independencia, así como la falta de empatía y de cuidado hacia otros/as (Ranea Triviño, 2021).
- “Escasa inteligencia emocional”. El enfado, la rabia o la ira serían las únicas emociones válidas en los varones, lo que da lugar a que se interiorice la utilización de la violencia como forma de gestión de conflictos (Ranea Triviño, 2021).
- “Ser reconocido”. La masculinidad se ubica en el espacio del reconocimiento, en la perpetua necesidad de demostrar que se es un hombre, de ser “proveedor, progenitor y protector”. De ahí surge la tendencia a asumir riesgos o la necesidad de tener éxito poder (Ranea Triviño, 2021).
- “Heterosexualidad”. Ocupa un lugar fundamental en la construcción social de las normas y mandatos de género masculino (Ranea Triviño, 2021).
- “Genitalidad”. La experiencia sexual masculina gira en torno a la potencia y el rendimiento de la genitalidad, convirtiendo “el pene” en símbolo de la fuerza sexual (Ranea Triviño, 2021).
- “Confraternización masculina”. Es fundamental en el proceso de socialización ya que funciona como “medio de disciplinamiento”, reduciendo así la diversidad de masculinidades (Ranea Triviño, 2021).

Género y criterios diagnósticos en Salud Mental

María José Agüero (como se citó en Climent Clemente & Carmona Osorio, 2018), señala que parte del sufrimiento contemporáneo, etiquetado como problemas de salud mental, es más una cuestión social aunque acabe siendo diagnosticado clínicamente. Pese a que la identidad de género no determina la salud física o mental de una persona, dicho factor es fundamental a la hora de comprender los estados de salud y enfermedad; influyendo tanto a hombres como mujeres, aunque de forma diferente y desigual (Ferrer Lozano et al., 2020; Pujal et al., 2020; Tasa-vinyals et al., 2015). Diferente en relación a la manifestaciones de agentes biológicos (genéticos, hereditarios, fisiológicos, etc.). Desigual porque hay factores relacionados con el género (como el mantenimiento de las relaciones de poder, el ideal de éxito, la competitividad...) que influyen en el continuum salud-enfermedad de las personas (García-Vega, 2011).

Respecto a la Salud Mental, algunas autoras han señalado que los estereotipos de género condicionan las taxonomías que identifican y clasifican los trastornos mentales (Ferrer Lozano et al., 2020). De hecho, el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, Quinta Edición (DSM-V), ha sido criticado por relacionar características consideradas masculinas (como asertividad, autonomía, fortaleza o independencia) con un estado de salud mental saludable; mientras que el comportamiento asociado a lo femenino, basado en la expresividad emocional o dependencia, se presenta como un problema (Bacigalupe et al., 2020). Además, en el DSM-V se exponen las diferencias en la prevalencia o sintomatología de los trastornos mentales respecto al sexo; sin introducir la perspectiva de género en el desarrollo de los trastornos mentales (Pujal et al., 2020). En ese sentido, los y las profesionales de la Salud Mental hemos de ser cuidadosos/as al interpretar las diferencias en las frecuencias de los diagnósticos, trastornos o problemas de salud mental en hombres y mujeres, ya que ni la etiología ni la sintomatología suelen ser similares, pudiéndonos encontrar con una diferente realidad clínica y social en hombres y mujeres para un mismo diagnóstico (Cabezas-Rodríguez & Bacigalupe, 2022). Por ejemplo, síntomas como llorar o hipersensibilidad (relacionados con la feminidad) suelen prevalecer en Trastornos Depresivos en mujeres; mientras que los síntomas cognitivos se dan más entre los hombres. (Bacigalupe et al., 2020; Sánchez Sánchez, 2020).

Pese a que las categorías diagnósticas usadas de forma habitual en los servicios de Salud Mental presentan "un vacío social y de género", el sistema de género atraviesa el malestar que hay detrás de los problemas de Salud Mental (Climent Clemente & Carmona Osorio, 2018). Parece difícilmente cuestionable su influencia en "pilares" que sustentan la Salud Mental como la autoestima, la gestión emocional o las estrategias de afrontamiento habituales (Benedicto, 2018).

Perspectiva género y Salud Mental

Es necesario introducir la perspectiva de género en la comprensión de los trastornos mentales, ya que además de influir en múltiples aspectos (prevalencia, sintomatología, curso de la enfermedad...), es nuclear en la construcción de la subjetividad individual y de la personalidad y, por tanto, en el malestar psíquico de las personas (Sáenz Herrero, 2010).

Hombres y mujeres construyen una identidad socialmente determinada y un tipo de interacciones específicas que están relacionadas con las distintas categorías de diagnóstico psiquiátrico (Ferrer Lozano et al., 2020). En ese sentido, vemos como la violencia o agresividad propias del rol masculino se relacionan con los llamados "trastornos disruptivos"; como la individualidad llevada al extremo está en la base de los "trastornos de personalidad antisocial" o "narcisista"; o como el ideal hegemónico de masculinidad asociado a la fuerza física, la supremacía, la valentía y la sensación de 'invencibilidad' puede

llevar al consumo excesivo de sustancias estimulantes o a la transgresión de normas (Climent Clemente & Carmona Osorio, 2018). Además, la expresión de la masculinidad hegemónica, que ante el malestar psicológico los hombres tienden a recurrir a una expresión no verbal del malestar en forma de agresividad, al consumo de sustancias o a evitar la expresión de sentimientos de incompetencia y miedo (Bacigalupe et al., 2020; Sánchez Sánchez, 2020; García-Vega, 2011). En cuanto a los parámetros de feminidad tradicional, se observa su similitud con los síntomas de depresión (miedo, inseguridad, culpa, preocupación, baja autoestima,...) y su relación con los trastornos del estado de ánimo, ansiedad, estrés postraumático, personalidad dependiente o histriónica y corporalizaciones de la angustia (como los trastornos psicósomáticos o de la conducta alimentaria. También podemos ver como el malestar de las mujeres se suele expresar más a través de violencia autoinfligida; mientras que en los varones conecta llega a generar violencia hacia terceras personas (Benedicto, 2018).

Pujal I Llombart, Calatayud y Amigot (2020) han desarrollado el concepto de "malestar de género" para describir el vínculo entre el sistema sexo/género y la emergencia de malestares subjetivos y han descrito la influencia de diversas dimensiones en el concepto, donde se reproduce el binarismo del sistema sexo-género: poder-subordinación, actividad-pasividad, externalización-internalización, sujeto-objeto y razón-emoción.

Considerando el eje poder-subordinación, podemos señalar que en los trastornos más acusados entre mujeres, la posición de éstas es de subordinación. Sin embargo, en los trastornos más frecuentes entre varones, éstos se sitúan en una posición de poder y supremacía, involucrando a terceras personas con el fin de satisfacer sus propias voluntades (Trastorno de la Personalidad Antisocial [TPA], narcisismo o parafilias), transgrediendo con frecuencia normas sociales o ejerciendo violencia (trastornos de la conducta o trastornos por consumo de sustancias) (Pujal et al., 2020).

En lo referente a la dimensión subjetiva relacionada con la actividad-pasividad, se observa como en los trastornos del control de los impulsos (más frecuentes en los varones) es el sujeto quien ejerce la acción, frente a la pasividad ante el sufrimiento en los trastornos de ansiedad o los ataques de pánico (más prevalentes en mujeres). Además, se da una internalización del sufrimiento en las mujeres frente a la externalización en el caso de los varones, lo cual implica que exista una atribución de la causa y canalización del sufrimiento propio hacia afuera (Pujal et al., 2020).

Por último, si nos fijamos en el eje razón y emoción, en los trastornos más prevalentes entre las mujeres se observa una inapropiada o descontrolada gestión de las emociones, mientras que en los varones predomina "la razón", encontrándonos con una ausencia de emociones (con excepción de la rabia) y un deseo de consecución de las metas propias a todo coste (incluso "pasando por encima" de otras personas) (Pujal et al., 2020).

Trastornos de Personalidad y género

Los Trastornos de la Personalidad (TP) pertenecen a los diagnósticos psiquiátricos más graves. La problemática asociada no se trata de un fenómeno temporal sino que representa un extremo del continuo de rasgos de personalidad y se caracteriza por un patrón duradero de experiencias y comportamientos inflexibles e inadecuados (Holthausen & Habel, 2018).

En la bibliografía actual se describe la existencia de sesgos por estereotipos de género en el diagnóstico de determinados TP. Como resultado, los y las profesionales de la Salud Mental se pueden inclinar a asignar un diagnóstico u otro según la sintomatología presente, pudiendo sobrediagnosticar o infradiagnosticar un TP según el sexo-género de la persona (Ferrer Lozano et al., 2020). Así, podemos señalar que la elevada frecuencia de Trastorno de Personalidad Histriónico (TPH) y Trastorno de Personalidad Dependiente (TPD) en mujeres, es debido a la forma estereotipada de categorizar comportamientos asociados al rol de género femenino, algo ya señalado por Kaplan (1983) al indicar que el TPH y TPD representaban exageraciones de los comportamientos femeninos normativos (Ferrer Lozano et al., 2020). Es importante tener en cuenta que el 82% de los colaboradores del DSM-V fueron hombres; por tanto, los criterios diagnósticos de los TP y el resto de trastornos mentales podrían estar influidos por una "visión masculina" (Holthausen & Habel, 2018).

Respecto a la prevalencia de los TP según el sexo, es de suponer que se verá influenciada por las diferencias de género respecto a los rasgos de personalidad de la población general. En ese sentido, algunos TP se han considerado históricamente "femeninos" y algunos se han relacionado más con la masculinidad. Tabla 1 (Holthausen & Habel, 2018; Pujal et al., 2020).

Tabla 1. Prevalencia de TP según el sexo.

Mujer	Hombre
Trastorno de Personalidad Límite (TLP)	Trastorno de Personalidad Antisocial
Trastorno de Personalidad Histriónico	Trastorno de Personalidad Narcisista (TPN)
Trastorno de Personalidad Dependiente	Trastorno de Personalidad Esquizoide (TPE) y Esquizotípico

Los trastornos donde más claramente hay una proporción mayor de sexo masculino son el TPA y el TPN; en el TLP nos encontramos con una proporción "3:1" en el diagnóstico entre mujeres y hombres. Sin embargo, los datos de prevalencia de los TP según el sexo son inconsistentes según el tipo de estudio y la muestra utilizada. Por ejemplo, en el TPH y TPD se estiman tasas de prevalencia similares entre sexos, pese a que en entornos clínicos parece haber un mayor número de mujeres diagnosticadas. En cuanto al TPE, se describe una prevalencia ligeramente mayor en hombres, aunque sería prácticamente insignificante; sí parece haber mayor consenso en que se produce mayor deterioro en los hombres que

padecen dicho trastorno. Además de ello, el diagnóstico desde a una perspectiva categorial puede influir en la prevalencia por sexos de los TP. Por ejemplo, se estima un infradiagnóstico de TPA en mujeres por un énfasis de la agresividad en los criterios diagnósticos (Holthausen & Habel, 2018).

También se ha descrito la existencia de diferencias en cuanto a la sintomatología de los TP según el género. Ester Barberá e Isabel Martínez (como se citó en Pujal et al., 2020), tras realizar un análisis de los trastornos mentales y su sintomatología y prevalencia por sexos, concluyeron que existe una estrecha relación entre el sistema sexo/género y dichos trastornos, describiendo diferencias en la sintomatología debidas a los modelos de masculinidad y feminidad. Por ejemplo, en el TPH se describe como las mujeres se muestran de forma "seductora", mientras que los varones tratan de reforzar su masculinidad con un comportamiento más "masculino" (Pujal et al., 2020). También Pujal et al. (2020) teorizan en sus investigaciones sobre las relaciones entre los TP más prevalentes en el sexo femenino y masculino, su sintomatología y su relación con los mandatos normativos para la feminidad y masculinidad. Tablas 2 y 3 (Pujal et al., 2020).

Según la bibliografía, podríamos indicar que en los TP donde las influencias de los estereotipos de género se observan más claramente son el TPA y TPN (con rasgos más asociados a la masculinidad) y el TLP (más asociado con el género femenino) (Holthausen & Habel, 2018).

Tabla 2. TP prevalentes en mujeres, sintomatología y mandatos feminidad.

Trastorno de Personalidad	Sintomatología	Mandatos de género-feminidad
Dependiente	Necesidad excesiva del cuidado de otra persona	Delicada
	Comportamiento sumiso, de apego exagerado	Emocional
	Miedo a la separación	Precavida
	Dificultad para tomar decisiones sin consejo	Comprensiva, flexible
	Dificultad para expresar desacuerdo	Dulce
Histriónico	Emotividad "excesiva" o "inapropiada"	Cariñosa, atenta
	Comportamiento seductor "inapropiado"	Obediente, buena
	Tiempo excesivo para el arreglo personal	

Límite	Inestabilidad en las relaciones interpersonales, la autoimagen y los afectos	Cuerpo delgado, mona
	Esfuerzos desesperados para evitar el desamparo o el abandono	Humilde
	Inestabilidad afectiva	Cuidadora

Tabla 3. TP prevalentes en hombres, sintomatología y mandatos de masculinidad.

Trastorno de Personalidad	Sintomatología	Mandatos de género- feminidad
Esquizoide y Esquizotípico	Desinterés por los vínculos afectivos	
	Ideas de referencia (delirios, alucinaciones) en el esquizotípico	
Antisocial	Impulsividad	Bruto
	Agresividad	Racional
	Ruptura de las normas sociales	Valiente
	Satisfacción de los deseos propios	Decidido, firme
	Indiferencia o racionalización al realizar actos violentos	Autodeterminado
	Ausencia de sentimiento de culpa	Ambicioso
	Irresponsabilidad y explotación en las relaciones sexuales y de pareja	Cuerpo fornido, alto, apuesto
	Protector, caballeroso	
Narcisista	Sentimientos de grandeza	
	Necesidad de admiración y reconocimiento	
	Falta de empatía	
	Fantasías de poder y éxito	
	Supremacía	

Trastorno de personalidad antisocial

Según Ferrer Lozano, Acosta Vidal y Broche Pérez (2020) los criterios diagnósticos de TPA, según el DSM-V, se pueden vincular con las normas de masculinidad hegemónica. Por ejemplo, se indica que el ítem 4 del diagnóstico (*"irritabilidad y agresividad, indicados por peleas físicas repetidas o agresiones"*) coincide con lo prescrito desde la socialización masculina, donde existe una legitimación social de la agresividad (en detrimento de otras vivencias emocionales). También se relaciona el ítem 5 (*"despreocupación imprudente por su seguridad o la de los demás"*) con las dinámicas que se les impone a los hombres donde se premia el exponerse a conductas de riesgo, fomentado estructuras de personalidad rígidamente contenidas y/o desbordadas en adicciones, violencia, impulsividad y torpeza afectiva; por último, se une el criterio diagnóstico número 7 (*"ausencia de remordimiento, que se manifiesta con indiferencia o racionalización del hecho de haber herido, maltratado o robado a alguien"*) con las consecuencias de mantener una masculinidad hegemónica "rígida", como violencia de género, poca implicación emocional y compromiso en el "cuidado" al otro...

La mayoría de los estudios de TPA se han realizado en hombres, por lo que es difícil saber cómo se manifiesta este trastorno en mujeres. En algunos estudios se destaca la naturaleza menos violenta de las mujeres con TPA, informando de un menor número de conductas que impliquen la intervención de la policía, así como una mayor expresión emocional que sus homólogos masculinos. Sin embargo, se afirma que pese a haber una minoría de mujeres diagnosticadas de TPA, aquellas que lo padecen se caracterizan por un patrón de mayor gravedad que los hombres. Por otro lado, durante la infancia, los niños tienden a manifestar trastornos externalizantes, como el déficit de atención y el trastorno de conducta (relacionado con el TP Antisocial), mientras que las niñas desarrollan más síntomas internalizantes (como ansiedad y los síntomas afectivos) (Holthausen & Habel, 2018).

Por tanto, las diferencias de prevalencia por sexo establecidas en el TPA estarían influidas, tanto por una manifestación de los síntomas y un curso de enfermedad distinto en las mujeres, así como por la poca formación en perspectiva de género de los clínicos/as del trastorno (Holthausen & Habel, 2018).

Respecto a las comorbilidades más comunes en hombres y mujeres con TPA podemos observar como en los primeros el Trastorno por Consumo de Cocaína es el diagnóstico comórbido más prevalente; mientras que las mujeres tasas más altas de TPH y TLP, así como de trastornos del estado de ánimo (Holthausen & Habel, 2018).

Trastorno Límite de Personalidad

El TPA y TLP se han descrito como dos caras de la misma moneda. Ambos trastornos comparten muchas similitudes (por ejemplo, el rasgo de impulsividad); sin embargo, en los criterios diagnósticos del TLP se hace más hincapié en los síntomas afectivos (como la inestabilidad emocional y los problemas de identidad), mientras que en el TPA la atención se centra en la agresividad, el comportamiento delictivo y

la falta de empatía (Holthausen & Habel, 2018). Como podemos deducir, los criterios de TPA se relacionan con las características vinculadas a la masculinidad, mientras que los rasgos de TLP están más asociados a la feminidad.

Respecto a la prevalencia entre sexos, en la bibliografía se muestran resultados contradictorios pese a que la proporción de mujeres diagnosticadas de TLP es mayor. Una explicación de ello es que un mayor número de mujeres con TLP buscan ayuda terapéutica (los hombres por su socialización de género son menos tendentes a pedir ayuda); lo cual podría haber provocado un sesgo de selección en los estudios realizados en entornos clínicos (Holthausen & Habel, 2018).

Se han descrito patrones sintomatológicos del TLP distintos según el género. Las mujeres son más propensas a experimentar un sentimiento crónico de vacío, desesperanza, alexitimia, autolesiones e inestabilidad afectiva, mientras que en los hombres destacan más los rasgos impulsivos (Amerio et al., 2023; Holthausen & Habel, 2018). La presentación clínica en las mujeres se caracteriza por una mayor gravedad, con conductas más "internalizantes" y estrategias de afrontamiento más orientadas a la emoción; por el contrario, los varones suelen mostrar conductas de tinte "externalizante", con una mayor prevalencia de consumo de tóxicos y conductas impulsivas y un modo de afrontamiento evitativo (Amerio et al., 2023). También se describe una mayor probabilidad en las mujeres con TLP de haber sufrido abusos sexuales y de realizar abuso de los psicofármacos prescritos (Amerio et al., 2023; Holthausen & Habel, 2018).

Respecto a las comorbilidades, vemos como en el sexo femenino son mayores las tasas de Ansiedad, Depresión, síntomas de Trastorno de Estrés Postraumático y TPD; mientras que en los hombres la comorbilidad con el TPA parece ser la más común. De hecho, como se ha comentado anteriormente, los hombres con TLP podrían ser diagnosticados erróneamente de TPA debido a que los rasgos antisociales también pueden formar parte de la sintomatología del TLP en varones (Holthausen & Habel, 2018).

Trastorno de Personalidad Narcicista

Existe una asociación significativa entre el diagnóstico de TPN y el género masculino, al estar el diagnóstico de narcisismo muy relacionado con los rasgos de "grandiosidad" que, a su vez, se asemeja a características predominantemente masculinas (como la necesidad de dominio, y de admiración). Por ello, no debe sorprendernos que los hombres tengan hasta un 75% más de probabilidades de ser diagnosticados de TPN que el sexo femenino. Pese a que hombres y mujeres presenten un núcleo sintomatológico común ("yo" fragmentado, deterioro de relaciones interpersonales y baja autoestima), es probable que la expresión y las implicaciones del trastorno tengan distinto significado según el género de la persona atendida.

En el género femenino se suele manifestar de forma diferente que en los varones por la influencia de los roles de género, encontrándonos en ellas con una sintomatología que se expresa a través de la timidez, vergüenza, hipersensibilidad y baja autoestima. El desconocimiento de éstos aspectos da lugar a una infrarrepresentación de mujeres en la prevalencia de TPN y a una peor evaluación y eficacia del tratamiento y las intervenciones (Green & Maclean, 2022)..

Respecto a las comorbilidades, los hombres con TPN tienen tasas más altas de abuso y dependencia del alcohol, así como de cualquier otro trastorno por consumo de drogas, y tienen más probabilidades de ser diagnosticados adicionalmente con TPA. Las mujeres con TPN padecen con mayor frecuencia Trastornos Depresivos y de Ansiedad y es más probable que presenten de forma combórmida TLP. (Holthausen & Habel, 2018).

Intervención con perspectiva de género en personas con TP

En la práctica clínica se trata el malestar psicológico y el sufrimiento desde una perspectiva biológica e individual, lo que repercute en la descontextualización del malestar, el cual es medicalizado a través del diagnóstico psiquiátrico y apartado de sus condiciones sociales y culturales, como el sistema sexo-género (Pujal et al., 2020). Parte de los y las profesionales de Salud Mental todavía mantienen de manera normalizada sesgos de género en la atención a las personas con problemas de Salud Mental (Climent Clemente & Carmona Osorio, 2018). Debido ello, podemos observar cómo se abordan situación clínicas de forma similar independientemente del género de la persona atendida o de forma diferente sin motivos justificados, sin tener en cuenta que hombres y mujeres se enferman de forma distinta y que las consecuencias, el significado y el tratamiento de las distintas patologías pueden no ser iguales (Ferrer Lozano et al., 2020).

Para lograr una mejor comprensión y abordaje del malestar y del sufrimiento mental, es imprescindible la introducción de la perspectiva de género en la práctica clínica y el cuestionamiento del marco conceptual en el que se sustenta nuestro trabajo (etiquetas diagnósticas, modos de intervención, recursos utilizados...), dando lugar a una resignificación del sufrimiento desde la perspectiva de que ciertos problemas tienen un origen social y/o cultural (Climent Clemente & Carmona Osorio, 2018; Ferrer Lozano et al., 2020). En ese sentido, destacan movimientos que están introduciendo nuevas perspectivas en Salud Mental. Autoras como Climent Clemente y Carmona Osorio (2018) proponen el uso del Diagnóstico Psicosocial de Género en lugar de la categoría diagnóstica psiquiátrica, con la intención de remarcar la relación de las nociones subjetivas de bienestar/malestar con el sistema sexo-género y lograr intervenciones más integrales, efectivas y transformadoras de los llamados "malestares de género".

También nos encontramos con un intento de acoplar la perspectiva "Queer" en Psiquiatría, con la intención de deconstruir etiquetas y clasificaciones de sufrimiento psíquico, así como a contextualizarlo en narrativas personales y condicionantes sociales (Benedicto, 2018).

Si ponemos el foco en las intervenciones psicoterapéuticas, poder visibilizar los mandatos de género en las consultas nos permitiría explorar y poner en cuestión el malestar y la vulnerabilidad de la persona que es producida por los ideales de masculinidad y feminidad (Bacigalupe et al., 2020). Poniendo un ejemplo concreto, desde dicho enfoque se podrá abordar la negación de la expresión de las emociones y sentimientos, el uso de la violencia y otros aspectos relacionados con el ideal masculinidad hegemónica, pudiendo dar lugar a masculinidades menos patológicas con las intervenciones adecuadas. Asimismo, puede ser enriquecedor para esclarecer cómo dichos ideales organizan, proveen de significado e influyen en la forma y frecuencia de cualquier proceso de Salud Mental; además permitir la visibilización de violencias simbólicas invisibles (especialmente en las mujeres) y la contextualización del sufrimiento más allá de causalidades "individualizadas" de las problemáticas de Salud Mental (apego inseguro, modos de afrontamiento, personalidad disfuncional...) (Ferrer Lozano et al., 2020; Polo Usaola, 2018).

Para ello, es importante introducir la perspectiva de género en las competencias de los y las profesionales de la Salud Mental, especialmente a través de la formación reglada (Ferrer Lozano et al., 2020). Aunque como indica Lola López Mondéjar (como se citó en González et al., 2019): "no se trata solo de cambiar nuestra conducta racional aplicando voluntad y cognición, sino de vigilar una disposición inconsciente automática, irracional y sutil que persiste al aplicar los estereotipos de género". Es decir, es primordial revisar el modelo de género de los y las profesionales de la Salud Mental, ya que éste interactúa de forma decisiva en los estilos de comunicación, la relación profesional-paciente y en el abordaje de las distintas patologías (Polo Usaola, 2018; Ferrer Lozano et al., 2020). Además, la falta de investigación sobre perspectiva de género en Salud Mental puede contribuir a la perpetuación y a la legitimación por omisión, de las creencias y actitudes de género predominantes, por lo que desde el ámbito de la Salud Mental se debe fomentar este tipo de estudios, en especial, sobre el efecto de la masculinidad en los trastornos psiquiátricos desde una mirada feminista debido a que hay una menor producción de dicha temática y utilizando estudios cualitativos para poder entender cómo hombres y mujeres experimentan el malestar (Ferrer Lozano et al., 2020).

La introducción de la perspectiva de género en la atención a la Salud Mental va en consonancia con las críticas realizadas hacia el modelo de diagnóstico categorial imperante en el ámbito de la Psiquiatría. Respecto al diagnóstico de los TP, la propuesta sería ir acercándonos hacia un modelo más dimensional, centrado en el funcionamiento y en los rasgos de personalidad, donde se desarrollen perfiles diagnósticos según la sintomatología presente en cada género, así como el desarrollo de programas de tratamiento

diferentes para hombres y mujeres con el fin de abordar los déficits y necesidades específicas. Por ejemplo, mientras que las mujeres con TLP podrían beneficiarse más de terapias centradas en el abordaje de la inestabilidad afectiva, las intervenciones para hombres con TLP parecen tener una mayor efectividad si el enfoque terapéutico se centra en el control de la impulsividad. Nos encontramos con una oportunidad de oro, gracias al aporte de múltiples investigaciones sobre perspectiva de género en Salud Mental y al avance del feminismo en la sociedad occidental) para la introducción de nuevos modelos diagnósticos que aborden las diferencias por género en la prevalencia y el diagnóstico de los TP (Holthausen & Habel, 2018).

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Amerio, A., Natale, A., Gnecco, G. B., Lechiara, A., Verrina, E., Bianchi, D., Fusar-poli, L., Costanza, A., Serafini, G., Amore, M., & Aguglia, A. (2023). The Role of Gender in Patients with Borderline Personality Disorder: Differences Related to Hopelessness, Alexithymia, Coping Strategies, and Sensory Profile. *Medicina*, 1–12.
- Bacigalupe, A., Cabezas, A., & Baza, M. (2020). El género como determinante de la salud mental y su medicalización. Informe SESPAS 2020. *Gaceta Sanitaria*, 34, 61–67.
- Benedicto, C. (2018). Malestares de género y socialización: el feminismo como grieta. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.*, 38(134), 607–625. <https://doi.org/10.4321/S0211-57352018000200014>
- Cabezas-Rodríguez, A., & Bacigalupe, A. (2022). La desigualdad de género afecta seriamente a la salud mental. *Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria*, 19.
- Climent Clemente, T., & Carmona Osorio, M. (2018). *Transpsiquiatría. Abordajes queer en salud mental*.
- Ferrer Lozano, D. M., Acosta Vidal, L. E., & Broche Pérez, Y. (2020). Estereotipos, sesgo de género y trastornos de personalidad. Reflexiones para una praxis más ética. *Psicosomática y Psiquiatría*, 41–48.
- García-vega, E. (2011). Acerca del género y la salud. *Papeles Del Psicólogo*, 32(3), 282–288.
- González, M. H., Astola, A. V., & Campelo, J. G. (2019). De brujas, putas y locas: narrativas de género y su influencia en el diagnóstico. *Norte de Salud Mental*, XVI, 33–41.
- Green, A., & Maclean, R. (2022). Female Narcissism: Assessment, Aetiology, and Behavioural Manifestations. *Psychological Reports*, 125(6). <https://doi.org/10.1177/003329412111027322>
- Holthausen, B. S., & Habel, U. (2018). Sex Differences in Personality Disorders. *Current Psychiatry Reports*, 1–7.
- Mingote Adán, C. (n.d.). La medicina psicosomática desde una perspectiva de género. *Salud Mental y Género*.
- Polo Usaola, C. (2018). *Deconstruyendo mandatos de género en narrativas terapéuticas*.

- Pujal, M., Calatayud, M., & Amigot, P. (2020). Subjetividad, desigualdad social y malestares de género: una relectura del DSM-V. *Revista Internacional de Sociología, 78*(2).
- Ranea Triviño, B. (2021). *Desarmar la masculinidad*.
- Sáenz Herrero, M. (2010). El género como constructo multidimensional en la psicopatología. *Innovación y Psiquiatría*.
- Sánchez Sánchez, T. (2020). Sexo y género: una mirada interdisciplinar desde la psicología y la clínica. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq., 40*(138), 87–114. <https://doi.org/10.4321/S0211-573520200020006>
- Tasa-vinyals, E., Mora-giral, M., & Maria, R. (2015). Sesgo de género en medicina : concepto y estado de la cuestión. *Revista Iberoamericana de Psicología, 14*–25.