

PSICOLOGÍA

María Paz García Vera, psicóloga clínica: “‘Tú puedes’ se ha convertido en ‘puedes ser perfecto’”

La especialista en estrés postraumático y depresión, y con una amplia trayectoria en la atención a víctimas del terrorismo, habla sobre las diferencias psicológicas entre hombres y mujeres



La psicóloga María Paz García Vera durante la XXII Escuela de Psicología.
JUAN MANUEL SERRANO ARCE



ASIER GARCÍA RADA

Santander - 19 AGO 2025 - 05:20 CEST



“Creo que entre todos debemos mejorar [el mundo](#)”. Con esta frase, pronunciada en las escalinatas del Palacio de la Magdalena, se despide María Paz García Vera (Madrid, 61 años),

catedrática de Psicología Clínica (UCM) y directora de la Fundación Complutense.

Especialista en estrés postraumático y depresión, y con una amplia trayectoria en la atención a víctimas del terrorismo —colabora con la Asociación Víctimas del Terrorismo (AVT)—, fue delegada del Gobierno en la Comunidad de Madrid (2019-2020) y el pasado diciembre recibió la Cruz al Mérito Militar con Distintivo Blanco.

MÁS INFORMACIÓN



Bajo la influencia de las pantallas: los efectos del mundo digital en los adolescentes →

Horas antes había intervenido en la última jornada del curso de verano de la Universidad Internacional Menéndez Pelayo (UIMP) [Psicología, sexo y género. Un tema actual](#), con una ponencia de título ambiguo: *¿Es el sexo un factor de riesgo para los trastornos mentales?*. El encuentro formó parte de los que organiza, desde hace 22 años, la [Academia de Psicología de España](#) en Santander, enmarcados en la *Escuela José Germain*. Esta edición conmemoró también los 90 años de los trabajos preparatorios del XI Congreso Internacional de Psicología, celebrados en la capital cántabra en 1935. Aunque debían culminar en Madrid en el verano de 1936, la Guerra Civil obligó a trasladar el evento a París.

Pregunta. ¿Cuál es la respuesta a la pregunta de su ponencia?

Respuesta. Algunos trastornos mentales afectan más a las mujeres, como la depresión (que padecen el doble que los varones: un 14% frente a un 7%), sobre todo en las edades más jóvenes, o los trastornos de la conducta alimentaria (anorexia, bulimia, atracones), que en su gran mayoría se dan en mujeres. [Los hombres se suicidan más](#), pero los intentos son más frecuentes en mujeres; se debe a que ellos emplean métodos más letales, como las armas de fuego, mientras que ellas recurren más a medicación, que permite actuar si se pilla a tiempo.

P. Con ese título no me quedaba claro si “sexo” se refería a sexualidad o a identidad sexual.

R. En los estudios de psicología preguntamos si eres varón o mujer; hoy por hoy, se basan en ese dato.

P. En el sexo biológico.

R. Claro. El género es un tema mucho más complejo, más cultural, y cuando se hacen estos estudios, no se pregunta sobre él.

P. ¿Y hoy en día no tendría sentido preguntar por el género?

R. Sí, y se irá haciendo cada vez más, aunque la proporción de personas cuyo sexo biológico no coincide con su género no es muy grande. Sería importante hacerlo por convicción y consideración, pero los resultados no cambiarían significativamente.

P. ¿Por qué es más frecuente la depresión en mujeres?

R. Se ha relacionado con cambios en neurotransmisores o con variaciones hormonales como las del parto o la menopausia, pero no hay [diferencias claras](#) entre quienes la padecen y quienes no. Parece influir más la interacción de esos cambios con factores sociales y psicológicos, como en niñas que se desarrollan antes y comparan su cuerpo con el de sus amigas. Entre los psicológicos, influyen los estilos atribucionales: si atribuimos lo negativo a causas internas, estables y globales (“soy un desastre”) y lo positivo a factores externos o puntuales (“he tenido suerte”), favorecemos un patrón depresógeno, que es más frecuente en personas con depresión, sean mujeres u hombres.

P. ¿Qué determina ese patrón depresógeno?

R. Las personas desarrollamos desde pequeños esquemas cognitivos para procesar rápido la información, pero también generan sesgos. Por ejemplo, podemos leer un texto con letras desordenadas porque tenemos [esquemas de lectura](#). En otro experimento, unos estudiantes que accedían a un despacho sin libros “recordaban” haberlos visto al salir, porque su esquema previo les decía que “en los despachos de profesores siempre hay libros”; vemos cosas que no son porque el cerebro completa la información.

Estos esquemas están influidos por la educación, la interacción social y la cultura. Las mujeres tienden a esquemas sociotrópicos, centrados en las relaciones interpersonales y la valoración externa. Así, desde pequeñas interiorizamos [estándares imposibles de belleza](#), de ser buena madre y trabajadora o de apoyo constante que generan creencias disfuncionales como “para valer, hay que hacerlo todo bien” o “estar siempre delgada”. Cuando la autoestima depende de esos objetivos inalcanzables, la frustración e infelicidad son inevitables. Si la sociedad los refuerza y, además, se acumulan responsabilidades como familia, trabajo y cuidado de mayores, la vulnerabilidad a la depresión aumenta.

P. ¿Qué quiere decir con “esquemas sociotrópicos”?

R. Que las mujeres solemos tener redes sociales más amplias, lo que nos protege, pero nos hace más sensibles a opiniones ajenas y a lo que les ocurra a quienes nos rodean. En lugares individualistas, *yoístas*, como EE UU o Reino Unido, la diferencia con los hombres es muy grande; en los colectivistas, como Japón o Latinoamérica, es menor. España está en un [punto intermedio](#). Estos esquemas colocan en el centro la valoración externa y las relaciones: no solo “ser guapa” o “tener éxito”, sino ser madre y profesional diez, llevar la casa perfecta y estar pendientes de familia, amistades, redes y opinión pública más que los hombres.

Ese cóctel facilita que, ante un factor estresante, se encadenen pensamientos negativos, como una “telenovela mental”, que llevan a rumiación. Esta es más frecuente en mujeres y aumenta el [riesgo de depresión](#), porque perpetúa el sufrimiento y bloquea la acción. Reflexionar con enfoque de soluciones ayuda; rumiar o “desahogarse” sin ese enfoque distorsiona los recuerdos, que se reconstruyen de forma cada vez más negativa, y acabamos recordando incluso cosas que no ocurrieron.

P. ¿Son sesgos cognitivos?

R. Más bien pensamientos automáticos negativos encadenados, aunque también influyen ciertos sesgos. Por ejemplo, el sesgo de disponibilidad: recordamos más fácilmente lo último que nos han contado o lo más llamativo. Si eso encaja con nuestros esquemas cognitivos (la forma en que organizamos y damos sentido a la realidad), la información nos resulta más aceptable, y lo que no encaja tendemos a ignorarlo. Por ejemplo, si alguien tiene interiorizado que “la gente de fuera es peor”, cualquier noticia negativa sobre inmigrantes reforzará su visión, mientras que [la información que lo contradice](#) pasará desapercibida.

P. ¿Podemos cambiar estos esquemas?

R. Debemos promover una educación que fomente creencias funcionales. Si tu esquema cognitivo prioriza la belleza, [cualquier comentario negativo sobre tu físico](#) pesará más que un elogio: es la “abstracción selectiva”. Las redes sociales lo agravan: fomentan una *vida-ficción*, el postureo, la idea de que “vales” según tus “me gusta”. Si dedicas más tiempo a la imagen que a otras áreas, acabas creyendo que eres eso.

La buena noticia es que todo se puede cambiar: lo aprendido se puede desaprender, pero cuanto antes empecemos, mejor. Tanto en la depresión, como en los trastornos alimentarios, lo determinante son las creencias que sostienen nuestra valía personal.



La psicóloga María Paz García Vera durante la XXII Escuela de Psicología.
JUAN MANUEL SERRANO ARCE

P. Entonces, nuestra susceptibilidad psicológica depende en parte de esas creencias.

R. Sí, de nuestras creencias, que se construyen como esquemas cognitivos desde la infancia, aunque también pueden aparecer en [la edad adulta](#). Por ejemplo, quizá de niño no dabas importancia al dinero y, de adulto, terminas creyendo que “el que gana más, vale más” porque tu entorno laboral lo refuerza. La personalidad y las creencias cambian, pero la educación que recibimos es clave. En el caso de las mujeres, muchas de esas creencias ponen condiciones imposibles para sentir que vales, y eso tarde o temprano te hace caer.

P. ¿Existen otros factores que contribuyan a la mayor vulnerabilidad psicológica de las mujeres, y formas de abordarlos?

R. Sí, las mujeres vivimos más acontecimientos traumáticos y estresantes que los hombres, como [maltratos, abusos o agresiones sexuales](#), y soportamos más estrés cotidiano por la autoexigencia y la carga simultánea de múltiples tareas. El estrés interpersonal, que es el estresante más importante para todas las personas, puede afectarnos más debido a esa mayor sociotropía, porque nos impacta más cómo nos evalúan y cómo está nuestro entorno.

Además, los ideales de belleza, [incorporados desde pequeñas a nuestros esquemas mentales](#), se vuelven creencias difíciles de cuestionar, muchas veces implícitas. Yo misma, aunque no me considere machista, crecí en una generación en la que hacía las camas de mis hermanos. Cambiar implica detectar y desmontar esos pensamientos (“no soy buena madre porque mi hijo llora y yo trabajo”). Los cánones actuales (como la *Barbie*, frente a la *Nancy* más rellenita de mi infancia) siguen exigiendo una constitución física inusual y la presión social incluso va a más: chicas de 14 o 16 años poniéndose bótox u obsesionadas con la dieta y la piel, es una tiranía estética que empieza cada vez antes.

P. ¿Afecta también a los hombres?

R. Antes, bastaba con que fueran “interesantes”, pero hoy la presión estética crece también entre ellos. Pero el problema no es arreglarse, sino basar la valía personal en algo imposible de mantener y sin verdadera relevancia. La sociedad, la familia y las redes transmiten que “si eres guapa, vales más”, tan absurdo como creer que alguien vale más por su dinero o su país. No debemos ligar el valor personal a criterios superficiales: todos valemos lo mismo por ser personas.

P. ¿Y qué opina del mensaje de “sé tu mejor versión”?

R. Puede ser positivo si implica esforzarte por lo que quieres ser, siempre que sea realista. Si es un ideal imposible (pelo perfecto, piel impecable, cuerpo sin grasa), parte de una creencia irracional. El arte es aceptar que en unas cosas serás un 9 y en otras un 4, y que eso no te hace peor. El problema es que vivimos en [la sociedad](#) del *you can*, y ese “tú puedes” se ha convertido en “puedes ser perfecto”, fomentando la obsesión y cadenas de retoques. La clave está en aceptarse y poner la valía en aspectos que dependan de uno mismo, no en estándares sociales. También en la educación. Yo a mis hijas siempre les he dicho: “Para mí ya tienes un sobresaliente si has estudiado, aunque suspendas; y si no estudias, tienes un suspenso”.

P: ¿Cree que históricamente la psicología clínica ha favorecido un sesgo de género, patologizando más a las mujeres e invisibilizando el sufrimiento de los hombres?

R: Las mujeres suelen pedir ayuda antes, mientras que muchos varones, por roles de género, lo asocian con debilidad, algo especialmente marcado en cuerpos de seguridad o emergencias. Pero en investigación psicológica no hay el sesgo de género que [sí existe en la farmacológica](#). Algunos tratamientos funcionan mejor en hombres o en mujeres, pero los protocolos siempre se adaptan.

P. ¿Influye el género del terapeuta?

R. Lo esencial es la confianza y la sintonía. El género quizá importa en la adolescencia, porque el terapeuta también actúa [como modelo](#). Pero un buen terapeuta, hombre o mujer, debe gestionar cualquier emoción y revisar sus creencias; a mí, por ejemplo, me costaría trabajar con un terrorista. A veces es el paciente quien cree que no podrá tratar ciertos temas, como la sexualidad, con un terapeuta de otro sexo, pero luego descubrir sintonía. Depende más de la persona y sus habilidades.

SOBRE LA FIRMA



Aser García Rada

Periodista 'freelance' especializado en información sobre salud, pediatra y doctor en Medicina (UCM). Ha colaborado con Público y elDiario.es y en la actualidad escribe en EL PAÍS, la Agencia SINC y The BMJ. Ha trabajado en ayuda humanitaria y, en cine y televisión, como actor, doble de luces, asesor médico y coordinador de departamentos de covid.