



Universidad de La República

Facultad de Psicología

Malestares emocionales masculinos: análisis crítico a partir de La Línea de Escucha a Hombres (LEH)

Trabajo Final de Grado

Ignacio Rodrigo Granata Soca

C.I: 4.890.424-2

Producción Teórica: Ensayo Académico

Tutora: Adj. Mag. María Alejandra Arias Lozano

Revisor: Asist. Mag. Néstor Rodríguez Pereira de Souza

Montevideo, Uruguay. Abril 2026.

*Lo que encuentra palabra florece
lo que no
resuena por dentro
e insiste por otras vías...*

Ignacio Rodrigo Granata Soca, 2026.

Resumen:

El presente ensayo problematiza la relación entre los mandatos de la masculinidad hegemónica y las dificultades que enfrentan los varones para reconocer y poner en palabra su malestar emocional en el campo de la salud mental. Desde una perspectiva que articula estudios de género, psicología y psicoanálisis, el malestar emocional masculino es abordado como una experiencia subjetiva socialmente producida y regulada, cuya expresión se encuentra condicionada por el contexto histórico y sociocultural.

A partir de este enfoque, se analiza la Línea de Escucha a Hombres (LEH), impulsada por la Intendencia de Montevideo (IM) en convenio con la Facultad de Psicología (UdelaR), como un dispositivo de escucha psicológica que permite observar las condiciones de enunciación del sufrimiento masculino en un espacio institucional específico. A partir de este caso ilustrativo, el trabajo explora las tensiones entre la emergencia del malestar, las barreras estructurales y simbólicas asociadas al cuidado de la salud mental.

El análisis permite sostener que las trayectorias masculinas de acceso al cuidado se configuran en la intersección entre regulaciones de género e inequidades institucionales, lo que contribuye a la postergación o evitación de la consulta. En este sentido, la experiencia de la LEH visibiliza tanto la potencia de los dispositivos de escucha temprana como la persistencia de carencias en el desarrollo de estrategias sistemáticas a nivel nacional. Se sostiene que el abordaje del malestar emocional en varones requiere fortalecer dispositivos sensibles al género que se articulen de forma efectiva con la red de cuidados en salud mental.

Palabras clave: Masculinidad; Mandatos; Escucha.

Índice

1. Introducción.....	5
2. Desarrollo.....	7
2.1 Malestares emocionales masculinos: configuraciones subjetivas y regulaciones de género.....	7
2.2 Línea de Escucha a Hombres como caso ilustrativo.....	13
2.3 Barreras estructurales y simbólicas del acceso a la salud mental para varones.....	22
3. Reflexiones finales.....	29
4. Referencias.....	33

1. Introducción

La presente producción constituye el Trabajo Final de Grado de la Licenciatura en Psicología de la Universidad de la República (UdelaR) y se desarrolla bajo la modalidad de ensayo académico. Las áreas de estudio seleccionadas son masculinidades y salud mental, atendiendo a problemáticas contemporáneas que requieren nuevas miradas y formas de acompañamiento.

En ese sentido, se propone analizar de manera crítica cómo los mandatos de masculinidad hegemónica influyen en la configuración, expresión y gestión del malestar emocional masculino. Asimismo, se examinan las implicancias de dichos mandatos en las posibilidades de acceso a dispositivos de escucha psicológica dentro del ámbito de la salud mental. Desde una perspectiva teórica que articula los estudios de género con aportes de la psicología y el psicoanálisis, el malestar emocional se aborda no como un fenómeno individual o natural, sino como una experiencia subjetiva socialmente producida, regulada y contextualizada.

Atendiendo a lo que plantea Stolkiner (2005), el acceso en salud mental no depende únicamente de la disponibilidad material de servicios, sino también de las condiciones simbólicas e institucionales que habilitan el reconocimiento del malestar y su transformación en demanda.

Desde este abordaje se reflexiona sobre los dispositivos de escucha psicológica, analizando una propuesta concreta. Para ello se parte de una experiencia formativa de grado de la práctica psicológica de la Licenciatura de Psicología de la UdelaR: Línea de Escucha a Hombres (LEH). Esta experiencia se entiende como una forma de intervención institucionalmente organizada.

Los dispositivos de escucha psicológica pueden ser comprendidos como configuraciones institucionales que consisten en mucho más que recepcionar el malestar, sino que producen condiciones específicas para poder decir. En términos de Deleuze (1990), los dispositivos operan como “máquinas para hacer ver y hacer hablar”, porque de alguna manera organizan los regímenes de visibilidad y de manifestación que habilitan que determinadas experiencias subjetivas puedan ser expresadas, escuchadas y tramitadas.

Desde esta perspectiva, la LEH puede pensarse como un dispositivo que favorece la emergencia en palabra de malestares que, en otros contextos, podrían permanecer silenciados.

Dichos espacios no solo alojan demandas individuales, sino que se inscriben en entramados normativos, culturales e institucionales que habilitan y limitan formas de decir, sentir y expresar ayuda. Analizar estos espacios permite, por lo tanto, problematizar la relación entre subjetividad, género y acceso a la salud mental.

El ensayo se organiza en tres apartados: una contextualización teórica de los malestares emocionales masculinos; el análisis de la LEH como caso ilustrativo de un dispositivo de escucha; y la problematización de barreras simbólicas y estructurales de acceso al cuidado, incluyendo la organización del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) y la existencia de dispositivos públicos no clínicos vinculados a políticas de género.

El trabajo culmina con conclusiones que recuperan los principales ejes y sus alcances.

2. Desarrollo

2.1 Malestares emocionales masculinos: configuraciones subjetivas y regulaciones de género

En este apartado se profundiza en la influencia de los mandatos de la masculinidad hegemónica en la configuración, expresión y gestión del malestar emocional masculino, así como en las posibilidades de acceso de los varones a dispositivos de escucha psicológica en el campo de la salud mental.

En las últimas décadas, la reflexión sobre las masculinidades ha ganado una relevancia sostenida tanto en el ámbito académico como en la formulación de políticas públicas. Diversas investigaciones han evidenciado que los mandatos tradicionales de masculinidad —centrados en la autosuficiencia, el control emocional y la negación del malestar— funcionan como marcos normativos que orientan las conductas masculinas y limitan las formas en que los varones expresan su experiencia subjetiva (Connell, 2003; Kimmel, 2008).

El malestar emocional masculino se configura como una experiencia subjetiva que emerge del cruce entre mandatos socioculturales de género y condiciones sociales actuales, y no se equipara a un diagnóstico clínico, sino a una forma socialmente configurada de tramitar el sufrimiento en contextos donde la vulnerabilidad se deslegitima (Addis & Mahalik, 2003; Burin & Meler, 2009; Courtenay, 2011; Stolkiner, 1988).

En consonancia con estos desarrollos, diversos estudios han señalado que, en el caso de los varones, el malestar emocional tiende a expresarse de manera indirecta, a través de conductas externalizantes o somatizaciones, más que mediante la verbalización explícita del sufrimiento psíquico. Investigaciones en el campo de la salud masculina muestran que emociones como la tristeza, el miedo o la angustia suelen transformarse en irritabilidad,

conductas de riesgo o retraimiento, en consonancia con normas de género que desalientan la expresión de la vulnerabilidad (De Keijzer, 2003; hooks, 2021; Ramírez Rodríguez, 2020). Asimismo, datos regionales indican que los varones acceden con menor frecuencia a servicios de salud mental y suelen hacerlo en etapas avanzadas del malestar, cuando los síntomas ya se han intensificado (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2019).

Los modelos tradicionales de masculinidad, organizados en torno a ideales de autonomía y regulación afectiva, operan como expectativas normativas y como disposiciones internalizadas que condicionan la gestión del malestar y la búsqueda de ayuda (Connell, 2003; Connell y Messerschmidt, 2021; Kimmel, 2008). Esto produce tensiones entre el “deber ser” masculino y la experiencia subjetiva, favoreciendo expresiones indirectas del sufrimiento.

En esta línea, los aportes de Stolkiner (1988) permiten profundizar esta perspectiva al señalar que el sufrimiento subjetivo, aunque se encarna en sujetos concretos, se produce en condiciones sociales e históricas específicas. Es una manifestación situada de cómo una sociedad organiza el reconocimiento y la simbolización del sufrimiento. En el caso de los varones, esta experiencia adquiere particularidades en la medida en que se articula con mandatos de género inscritos en la construcción de la identidad masculina, que delimitan qué formas de afectación son reconocibles y cuáles quedan excluidas del repertorio subjetivo legítimo.

Como señalan Burin y Meler (2009), la subjetividad masculina no es una esencia ni una condición natural, sino una construcción sociohistórica atravesada por relaciones de poder, mandatos culturales y procesos de identificación. Desde una articulación entre psicoanálisis y estudios de género, las autoras sostienen que los varones, al igual que las mujeres, “no nacen, sino que se hacen” en contextos sociales e históricos específicos. Esta construcción implica

modos particulares de tramitar el malestar, donde la vulnerabilidad tiende a desvalorizarse y afectar su reconocimiento, expresión o silenciamiento.

El análisis de los mandatos de la masculinidad hegemónica permite profundizar en los mecanismos que sostienen y reproducen estas normas en la experiencia cotidiana. Connell (2003) define la masculinidad hegemónica como “la configuración de prácticas de género que encarna la respuesta actualmente aceptada al problema de la legitimidad del patriarcado, garantizando (o procurando garantizar) la posición dominante de los hombres y la subordinación de las mujeres” (p77). Desde esta perspectiva, la masculinidad hegemónica no se refiere a un tipo de sujeto, sino a un modelo normativo legitimado que organiza jerarquías entre formas de ser varón.

En este marco, resulta necesario evitar una comprensión homogénea de las afectaciones emocionales en varones. El enfoque de las masculinidades múltiples permite reconocer que los mandatos de género no impactan de manera uniforme en todos los varones, sino que se articulan con otras dimensiones sociales tales como la orientación sexual, la edad y el contexto sociocultural, configurando experiencias diferenciales de sufrimiento psíquico (Aguayo & Nascimento, 2016; Connell, 2003). En este sentido, investigaciones como el informe *State of the World 's Fathers* (Heilman et al., 2017) y el análisis regional de Aguayo y Nascimento (2016) muestran que estas diferencias se expresan en experiencias concretas. En contextos de precariedad económica, numerosos varones asocian su sufrimiento a la imposibilidad de sostener el ideal tradicional de proveedor; mientras que varones gays o bisexuales enfrentan tensiones adicionales vinculadas a experiencias de estigmatización y exclusión social.

La edad constituye asimismo una variable relevante. Heilman et al. (2017) señalan que, en varones jóvenes, la presión por cumplir con ideales de autosuficiencia y fortaleza emocional

se asocia a mayores dificultades para reconocer afectaciones psíquicas. En etapas adultas, la fragilización del rol proveedor en contextos de desempleo o inestabilidad laboral puede generar sentimientos de fracaso que no siempre se traducen en una demanda explícita de ayuda (Ramírez Rodríguez, 2020).

Como señalan Connell y Messerschmidt (2021), la hegemonía masculina se sostiene mediante prácticas, discursos e instituciones que producen consenso y reproducen disposiciones ligadas a la autosuficiencia y la autogestión.

Para comprender cómo estos mandatos se internalizan y operan más allá de la conciencia individual, resulta relevante considerar que las normas de género no solo funcionan como prescripciones externas, sino también como esquemas incorporados que orientan percepciones, prácticas y valoraciones. De este modo, los ideales de autosuficiencia, fortaleza y control emocional pueden volverse criterios naturalizados desde los cuales muchos varones interpretan su experiencia afectiva y regulan sus modos de vincularse consigo mismos y con otros. En este sentido, la masculinidad hegemónica no opera únicamente como discurso social, sino también como una trama normativa que incide en las formas cotidianas de reconocer, expresar o silenciar el malestar (Connell, 2003; Connell & Messerschmidt, 2021; Kimmel, 2008).

Estos procesos se articulan con condiciones estructurales contemporáneas que configuran nuevas formas de exigencia y sufrimiento. Según Han (2012), las sociedades actuales responsabilizan a los sujetos por su bienestar y éxito. En los varones, estas lógicas se combinan con mandatos de eficacia y autogestión, generando formas de sufrimiento que suelen silenciarse o expresarse mediante conductas socialmente aceptadas.

En diálogo con estas lecturas sobre transformaciones contemporáneas del padecimiento, Tajer (2020) propone considerar al género como un organizador central de los procesos de subjetivación, en tanto estructura los modos de vivir, vincularse y significar la

propia experiencia afectiva. Desde la perspectiva de una clínica postpatriarcal y post heteronormativa, la autora señala que las formas actuales de sufrimiento psíquico no pueden comprenderse exclusivamente en clave intrapsíquica, sino que deben situarse en relación con regulaciones sociohistóricas que delimitan qué afectos se vuelven reconocibles y cuáles se desplazan o silencian.

En el caso de los varones, estas regulaciones contribuyen a restringir la legitimidad de la vulnerabilidad emocional como experiencia expresada, favoreciendo modalidades de tramitación del malestar centradas en el imperativo de autonomía, la regulación afectiva rígida o la externalización del conflicto. Desde esta perspectiva, la dificultad para transformar el sufrimiento en palabra puede leerse también como efecto de un régimen de inteligibilidad de género que organiza diferencialmente las condiciones de enunciación del padecimiento (Tajer, 2020).

En este marco, el malestar emocional masculino no se explica únicamente por la presencia de afectación psíquica, sino por las condiciones simbólicas que habilitan —o restringen— su reconocimiento y su pasaje a la palabra. De este modo, el problema no se reduce a la existencia del sufrimiento, sino a las regulaciones sociales que condicionan su inscripción como experiencia legítima y potencialmente demandable.

Esta tensión constituye una dimensión central de los malestares subjetivos masculinos, cuyo análisis requiere considerar los marcos normativos, culturales e institucionales que regulan su expresión, reconocimiento o silenciamiento. Cuando estas regulaciones limitan de forma sostenida la posibilidad de reconocimiento y elaboración del sufrimiento, sus efectos pueden observarse también en el plano colectivo. Ejemplo de ello es el suicidio, entendido por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2014) como un acto de autolesión deliberada con resultado fatal.

En Uruguay, según datos oficiales del Ministerio de Salud Pública (MSP, 2024), se registraron 764 muertes por esta causa, con una tasa aproximada de 21 por cada 100.000 habitantes. Las cifras muestran que la incidencia en varones triplica la registrada en mujeres, configurando una sobrerrepresentación masculina sostenida en este desenlace crítico.

Este patrón debe leerse en el marco de desigualdades de género más amplias: mientras los varones concentran la mayor letalidad por suicidio, las mujeres se encuentran sobrerrepresentadas en otras formas letales de violencia basada en género, como el femicidio (Observatorio de Violencia Basada en Género, 2023). Este dato refuerza la hipótesis de que las regulaciones de género pueden obstaculizar la expresión temprana del malestar y la búsqueda oportuna de ayuda.

Este fenómeno, señalado como prioritario por políticas sanitarias nacionales, no puede comprenderse únicamente en clave individual: la elevada letalidad de estas trayectorias vuelve visible el costo de las dificultades para inscribir el sufrimiento psíquico en circuitos accesibles de escucha y cuidado social.

En el contexto uruguayo, si bien el sistema de salud mental ha avanzado en la incorporación de enfoques comunitarios y en la ampliación de prestaciones dentro del Sistema Nacional Integrado de Salud, no se observa un desarrollo sistemático de dispositivos específicamente orientados a varones desde una perspectiva de género. Las respuestas existentes tienden a inscribirse en dispositivos generales o en programas focalizados, como los vinculados a la violencia, sin abordar de manera integral el malestar emocional masculino. En este escenario, iniciativas como la Línea de Escucha a Hombres adquieren un carácter innovador, en tanto introducen condiciones específicas para la enunciación del sufrimiento en varones y evidencian vacancias en las políticas públicas.

En este escenario, adquiere especial relevancia el análisis de dispositivos institucionales que puedan operar como primera puerta de entrada para varones que no han transitado previamente servicios formales de salud mental. Examinar qué condiciones de enunciación habilitan —y cuáles restringen— permite articular los desarrollos teóricos expuestos con una experiencia concreta de intervención.

En este sentido, el presente trabajo no solo retoma estos desarrollos teóricos, sino que propone pensar el malestar emocional masculino como una experiencia cuya inteligibilidad depende de condiciones sociales, simbólicas e institucionales que regulan su posibilidad de ser reconocida y puesta en palabra.

2.2 Línea de Escucha a Hombres como caso ilustrativo

La Línea de Escucha a Hombres (LEH) se configura como un dispositivo institucional de escucha dirigido a varones que residen o desarrollan actividades en el departamento de Montevideo. Impulsada a mediados de 2023 como un plan piloto por la División Asesoría para la Igualdad de Género (DAIG) de la Intendencia de Montevideo (IM), en articulación con la Facultad de Psicología de la Universidad de la República (UdelaR), su creación se inscribe en el marco de políticas públicas orientadas a promover la igualdad de género y a abordar problemáticas vinculadas a las masculinidades.

En el contexto uruguayo, diversos antecedentes evidencian un desarrollo aún incipiente, pero sostenido, del trabajo con varones desde las políticas de género, especialmente en el ámbito de la IM (Rocha Carpiuc, 2015).

La creación de la LEH responde a evidencia proveniente tanto de investigaciones como del campo de la atención en salud, que señala que los varones consultan con menor frecuencia

en servicios de salud mental y tienden a hacerlo cuando el malestar ya ha alcanzado niveles graves (Aguayo & Sadler, 2011; De Keijzer, 2022).

En este sentido, la LEH se presenta como una estrategia de acceso temprano, ofreciendo un primer espacio de escucha psicológica que no requiere trámites previos ni inscripción en servicios formales. Funciona como una puerta de entrada inicial al circuito de cuidados institucionales y como facilitador de orientación hacia recursos disponibles, incluyendo servicios del sistema de salud y de protección social cuando corresponda.

En el plano internacional y regional pueden identificarse antecedentes de dispositivos telefónicos orientados al trabajo con varones. Un ejemplo relevante es Men's Line Australia¹, servicio nacional de asesoramiento y apoyo psicológico dirigido a hombres que enfrentan dificultades vinculadas a la salud mental, las relaciones interpersonales y el bienestar emocional.

Este dispositivo ofrece escucha profesional, orientación y derivación hacia servicios especializados, constituyéndose como una puerta de entrada temprana a los circuitos de cuidado en salud mental.

En el ámbito regional también se han desarrollado experiencias que utilizan la escucha telefónica como estrategia de intervención con varones, entre estas experiencias, puede mencionarse la línea 'Calma'² en Bogotá (Colombia), que opera como dispositivo telefónico de escucha y orientación dirigido a varones, con características comparables a Men 's Line Australia y a la LEH en cuanto a su función de acceso temprano al cuidado en salud mental. En la provincia de Buenos Aires (Argentina), por ejemplo, se implementó la línea "Hablemos"³, un

¹ Programa Men's Line Australia, MensLine Australia.

² Programa "Línea Calma", Secretaría Distrital de la Mujer de Bogotá.

³ Programa "Hablemos", Ministerio de Mujeres, Políticas de Género y Diversidad Sexual de la Provincia de Buenos Aires.

dispositivo telefónico orientado a la atención de varones que ejercen violencia por razones de género, cuyo objetivo fue brindar una primera instancia de escucha, orientación y derivación hacia dispositivos territoriales de intervención.

Si bien comparte con la LEH el uso de la escucha telefónica como estrategia de acceso inicial, presenta diferencias relevantes en su enfoque, ya que se dirige específicamente a situaciones de violencia ejercida por varones, mientras que la LEH se propone como un espacio más amplio de escucha y acompañamiento frente a malestares emocionales masculinos.

Estos antecedentes permiten situar la LEH dentro de un conjunto más amplio de estrategias institucionales que utilizan la escucha telefónica como dispositivo de acceso temprano al cuidado en salud mental.

Al ser producto de un convenio entre la División Asesoría para la Igualdad de Género de la Intendencia de Montevideo y la Facultad de Psicología de la Universidad de la República, el dispositivo cumple funciones integrales de enseñanza, investigación y extensión, desarrollando una práctica de grado con estudiantes del ciclo integral y de graduación de la Licenciatura en Psicología, en la que participó el autor de este ensayo como parte de esa cohorte formativa.

Como el título de este apartado señala, la LEH se toma como caso ilustrativo con el propósito de analizar cómo los malestares emocionales masculinos —tal como fueron conceptualizados en el apartado anterior— se manifiestan, se desplazan o encuentran condiciones de enunciación en un servicio de escucha psicológica telefónica. Este dispositivo se configura como un espacio de orientación y eventual derivación dirigido a varones adultos que consultan de forma voluntaria.

En términos operativos, la intervención se orienta a la escucha, la contención emocional y la orientación situada de acuerdo con la demanda presentada en cada llamada. Cuando la

situación lo requiere, se ofrece información y derivación hacia recursos de la red de salud y protección social.

La línea permite que las personas vuelvan a comunicarse en más de una oportunidad; no obstante, el dispositivo no se organiza bajo un modelo de seguimiento clínico personalizado, sino como una puerta de entrada flexible para la escucha y la orientación inicial.

Su objetivo principal es habilitar un primer espacio de escucha psicológica y acompañamiento ante situaciones de malestar emocional y sufrimiento subjetivo, favoreciendo la puesta en palabra de la experiencia.

La intervención se sostiene desde una escucha activa, asertiva, empática y libre de prejuicios, centrada en comprender el sentido del relato del consultante en su situación vital, garantizando condiciones de confidencialidad y seguridad durante la comunicación (Egea et al., 2020; DAIG & UdelaR, 2023).

Esta concepción de la escucha psicológica como intervención en sí misma se fundamenta en desarrollos teóricos que entienden estos espacios como dispositivos de acompañamiento emocional orientados a la promoción de la salud mental, tal como señalan diversos estudios sobre este tipo de intervenciones institucionales (Egea et al., 2020).

Dentro del entramado de recursos existentes, la LEH ocupa una posición de acceso inicial que puede facilitar el reconocimiento del malestar emocional y la orientación hacia otros dispositivos cuando ello resulta necesario, ampliando las posibilidades de acceso al cuidado en salud mental para varones que, por diversos motivos, no han transitado previamente este tipo de propuestas psicológicas (DAIG & UdelaR, 2023).

Desde una perspectiva teórica, y retomando los aportes de Michel Foucault (1980), la LEH puede pensarse como un dispositivo en sentido amplio, entendido como una red de

prácticas y discursos que producen condiciones específicas de enunciación. En esta misma línea, Deleuze (1990) propone comprender los dispositivos como entramados dinámicos de relaciones que organizan lo que puede ser dicho, visto y experimentado en un determinado campo social.

En este sentido, la LEH no se limita a ofrecer un servicio de orientación telefónica, sino que configura un marco institucional que habilita determinadas condiciones para que el malestar emocional masculino pueda ser reconocido y puesto en palabra. La línea no se orienta al cambio ni a la normalización de conductas, sino a la habilitación de un espacio donde la palabra pueda circular sin quedar inmediatamente capturada por lógicas prescriptivas o moralizantes.

La escucha se configura así como una práctica que abre la posibilidad de que el sujeto se sitúe de otro modo frente a su propia experiencia de malestar emocional. El carácter telefónico, voluntario y anónimo del dispositivo configura condiciones particulares de acceso que resultan especialmente relevantes para varones, generando un encuadre específico de la demanda. La ausencia de contacto visual y de expresión corporal desplaza el eje de la intervención hacia la voz y la palabra, atenuando la vivencia de juicio asociada a la presencia del otro.

A estas condiciones se suma una característica singular del dispositivo: la atención es realizada por operadores varones y está dirigida a otros varones. Este elemento, lejos de ser meramente organizativo, introduce una dimensión simbólica relevante. Para algunos usuarios la posibilidad de hablar con otro varón puede disminuir la vivencia de exposición asociada a la vulnerabilidad, especialmente cuando se trata de conflictos afectivos, violencia, dificultades vinculares o tensiones con los ideales de autonomía masculina. Del mismo modo, la escucha de “un varón a otro varón” puede generar la vivencia de comprensión por parte de un par, favoreciendo mayores niveles de identificación y confianza en los usuarios.

En conjunto, el anonimato, la mediación telefónica y la identificación con un interlocutor del mismo género configuran un encuadre que puede disminuir las barreras subjetivas asociadas a la exposición emocional allí donde la exposición directa puede resultar inhibidora.

En este escenario, la voz adquiere una relevancia singular. La función que puede asumir la escucha telefónica permite leer este dispositivo a la luz de los aportes de Winnicott (1960) en torno al concepto de holding, este es definido como una función de sostén que posibilita la continuidad de la experiencia psíquica cuando el sujeto atraviesa momentos de vulnerabilidad o desorganización, brindando un espacio seguro donde el malestar puede ser sostenido y elaborado. Desde este aporte conceptual, esta modalidad de intervención psicológica puede pensarse en términos de sostén psíquico, en tanto ofrece un encuadre que aloja el malestar sin invadirlo ni apresurar su interpretación.

Para profundizar el análisis del dispositivo, resulta pertinente considerar los datos sistematizados por la LEH durante su primer año de funcionamiento (2023–2024) en el marco de su plan piloto.

Aunque preliminar, la información disponible permite caracterizar la población usuaria y sus principales motivos de consulta. El servicio atendió 302 consultas realizadas por varones y 56 llamadas efectuadas por terceros relacionadas con situaciones que involucran a hombres de su entorno. La franja etaria con mayor número de consultas fue la de 36 a 55 años, correspondiente a la adultez media. Este dato adquiere particular relevancia si se lo analiza en relación con los mandatos culturales asociados a la masculinidad.

Diversos estudios antropológicos han señalado que, en muchas sociedades, la condición masculina no se define únicamente por la pertenencia biológica al sexo masculino, sino que implica un estatus social que debe ser demostrado frente a otros. David Gilmore (1994), a partir de un estudio antropológico comparativo basado en investigaciones etnográficas

realizadas en diversas sociedades —incluyendo contextos del Mediterráneo, África, Asia, Nueva Guinea y comunidades indígenas de América del Sur—, sostiene que las concepciones tradicionales de la masculinidad suelen organizarse en torno a tres mandatos recurrentes: procrear, proveer y proteger.

Según el autor, en muchas culturas la masculinidad aparece como una condición que debe ser constantemente probada mediante la capacidad de asumir responsabilidades económicas, familiares y sociales, así como mediante la demostración de fortaleza y autosuficiencia frente a los demás.

Estas expectativas tienden a adquirir especial centralidad durante la adultez media, etapa del ciclo vital en la que muchos varones asumen responsabilidades familiares, laborales y económicas particularmente visibles.

En este sentido, la predominancia de consultas en la franja etaria de 36 a 55 años puede interpretarse también en relación con el peso que adquieren en ese momento de la vida las expectativas sociales asociadas al cumplimiento de los roles masculinos.⁴

La centralidad de los roles de provisión, sostenimiento familiar y desempeño laboral puede generar mayores tensiones subjetivas cuando estos ideales se ven amenazados, configurando experiencias de malestar que no siempre se reconocen como tales. En este sentido, resulta significativo que las consultas no se presentan exclusivamente como demandas explícitas de ayuda, sino frecuentemente bajo la forma de conflictos vinculares, dificultades laborales o preocupaciones prácticas, lo que da cuenta de modalidades indirectas de expresión del sufrimiento. El dispositivo de escucha permite así captar no solo los motivos manifiestos de consulta, sino también los desplazamientos del malestar hacia registros socialmente

⁴La información aquí consignada proviene de documentos internos del programa y de material de difusión académica. Asimismo, parte de estos contenidos fue difundida públicamente mediante un póster institucional elaborado por la Línea de Atención Telefónica a Hombres (LATH) para la semana de extensión universitaria de la Facultad de Psicología en noviembre de 2024.

legitimados, en los cuales la afectación psíquica puede comenzar a ser reconocida y puesta en palabra.

En diálogo con estos planteos, Connell (2003) señala que la masculinidad hegemónica opera como un modelo normativo que legitima determinadas formas de ser varón —asociadas a la autosuficiencia, el control emocional y la capacidad de sostener roles de provisión y autoridad— mientras desvaloriza aquellas vinculadas a la vulnerabilidad o a la expresión abierta del malestar.

En este marco, la necesidad de sostener una imagen de fortaleza, control emocional y autosuficiencia frente al mundo y frente a otros varones puede dificultar la expresión de vulnerabilidad y postergar la búsqueda de ayuda, lo que vuelve especialmente relevante la existencia de dispositivos de escucha que habiliten la puesta en palabra del malestar.

Además de la distribución etaria observada, la procedencia territorial de los usuarios también permite caracterizar a la población que recurre al dispositivo.

La diversidad de barrios de Montevideo desde los cuales se realizaron consultas sugiere que el malestar emocional masculino que llega a la línea no se restringe a un único sector social específico. Por el contrario, atraviesa distintos contextos de vida, lo que refuerza la hipótesis de que los mandatos de masculinidad operan de manera extendida, aunque se articulen de forma singular con las condiciones materiales de existencia.

En relación con las situaciones consideradas de mayor riesgo, se observa un peso significativo de problemáticas vinculadas a la salud mental, que constituyeron el principal motivo de consulta, seguidas por conflictos en los vínculos de pareja. Estos resultados han sido también difundidos en presentaciones públicas del programa y en notas de prensa que difundieron los primeros datos de funcionamiento del servicio (Canal 10, 2024; La Diaria, 2024).

Sin embargo, más allá de las categorías explícitas, emerge de manera transversal la temática de la soledad, que aparece como trasfondo recurrente en la mayoría de los relatos. Esta presencia reiterada permite pensar la soledad no solo como una vivencia individual, sino como un efecto de configuraciones de género que dificultan la construcción de redes de apoyo y la posibilidad de compartir el sufrimiento sin que ello sea vivido como una amenaza a la identidad masculina (Connell, 2003; Kimmel, 2008).

Otros de los motivos de consulta más frecuentes incluyen dificultades en la relación con hijos e hijas, desempleo o inestabilidad laboral, duelos y pérdidas, así como problemas vinculados al manejo de las emociones. En muchos casos, estas situaciones se presentan inicialmente bajo la forma de conflictos externos o preocupaciones prácticas, pero en el transcurso de la escucha dan lugar a la emergencia de afectaciones de mayor densidad subjetiva.

Este pasaje resulta consistente con lo señalado en el apartado teórico respecto a las formas indirectas en que el malestar emocional masculino suele manifestarse, desplazándose hacia ámbitos socialmente legitimados antes de que pueda ser reconocido como sufrimiento psíquico. Retomando los aportes de Stolkiner (1988, 2013), el sufrimiento que emerge en las llamadas telefónicas no puede reducirse a conflictos individuales, sino que expresa efectos de condiciones sociales históricamente determinadas que atraviesan las trayectorias de los varones.

La escucha telefónica se configura así como un espacio donde el malestar puede comenzar a ser reconocido en un registro distinto al de la falla individual, habilitando su inscripción en tramas de sentido más amplias que regulan lo que puede decirse, sentirse y demandarse. No obstante, resulta necesario señalar que, como todo dispositivo de intervención, la LEH presenta también desafíos y limitaciones. Entre ellos pueden mencionarse las posibles

barreras de acceso vinculadas al grado de difusión del servicio y a los recursos institucionales disponibles para su sostenimiento y expansión, aspectos que dependen en gran medida de definiciones de política pública.

Asimismo, la modalidad telefónica y el uso de tecnologías de comunicación suponen condiciones de accesibilidad diferenciales en la población, lo que puede incidir en la permeabilidad del dispositivo en determinados sectores de la comunidad. A ello se suman las dificultades inherentes a la intervención telefónica —donde la ausencia de presencia física limita ciertos registros clínicos— y la necesidad de continuar fortaleciendo los mecanismos de derivación y articulación con otros efectores del sistema de salud.

En este marco, el carácter piloto del servicio y el volumen aún acotado de consultas invitan a interpretar estos hallazgos con cautela y señalan la necesidad de profundizar en futuras evaluaciones sobre su alcance y efectividad.

2.3 Barreras estructurales y simbólicas en el acceso a la salud mental para varones

Los desarrollos presentados en los apartados anteriores permiten comprender que el malestar emocional masculino se configura en la intersección entre mandatos de género y condiciones institucionales que influyen en su transformación en demanda de ayuda. Esto visibiliza la existencia de barreras tanto estructurales como simbólicas en el acceso a la atención en salud mental para los varones.

Las barreras estructurales se refieren a las condiciones institucionales, organizativas y económicas del sistema sanitario que dificultan el acceso, el inicio o la continuidad de la atención. Por su parte, las barreras simbólicas remiten a obstáculos vinculados a significaciones sociales, mandatos de género y estigmas culturales que afectan el reconocimiento del malestar y la legitimación de la búsqueda de ayuda (Courtenay, 2011; De Keijzer, 2003). Ambas

dimensiones se articulan estrechamente en la experiencia concreta de los varones, ya que las dificultades institucionales de acceso se combinan con regulaciones de género que inciden en el reconocimiento del malestar y en la legitimación de la búsqueda de ayuda.

En consonancia con estas perspectivas, distintos estudios empíricos han documentado diferencias significativas en el uso de servicios de salud mental según género. Diversas investigaciones internacionales indican que los varones utilizan estos servicios con menor frecuencia que las mujeres, incluso cuando presentan niveles similares de malestar psicológico (Addis & Mahalik, 2003; Courtenay, 2011).

Datos del National Institute of Mental Health muestran que, entre las personas que presentan trastornos mentales, aproximadamente el 40 % de los hombres accedió a atención profesional en el último año, frente a cerca del 52 % de las mujeres. De manera similar, informes sobre sistemas públicos de atención psicológica en el Reino Unido señalan que apenas el 36 % de las derivaciones a servicios terapéuticos corresponden a varones (Mental Health Foundation, 2022).

Estas tendencias se observan también en estudios específicos sobre comportamiento de búsqueda de ayuda: investigaciones realizadas en Australia muestran que sólo alrededor del 13 % de hombres jóvenes con necesidades de atención en salud mental había utilizado servicios especializados durante el año previo (Rickwood et al., 2007). En conjunto, estos datos refuerzan la hipótesis de que las dificultades de acceso de los varones a la atención en salud mental no pueden explicarse únicamente por la disponibilidad de servicios, sino que se vinculan con normas de género, estigmas culturales y modalidades institucionales de atención que no siempre resultan culturalmente significativas o accesibles para esta población (De Keijzer, 2003).

En concordancia con la primera parte de este ensayo no podemos dejar por fuera una perspectiva interseccional que permita reconocer que las barreras de acceso no afectan de igual modo a todos los varones. Variables como la edad, la clase social, la pertenencia étnico-racial y la diversidad sexual configuran experiencias diferenciales en relación con el malestar y la búsqueda de ayuda. En contextos de mayor precariedad socioeconómica, las limitaciones materiales (costos, tiempos y accesibilidad territorial) se intensifican, profundizando las dificultades de acceso. Por otro lado, varones pertenecientes a diversidades sexuales pueden enfrentar barreras adicionales vinculadas a experiencias de discriminación o estigmatización en los servicios de salud.

En varones jóvenes, la presión por sostener ideales de autosuficiencia puede obstaculizar el reconocimiento del malestar, mientras que en varones de mayor edad pueden persistir modelos más rígidos de masculinidad que dificultan aún más la demanda de ayuda.

Las barreras estructurales y simbólicas deben ser comprendidas en su articulación con estas dimensiones, evitando lecturas homogéneas de las masculinidades.

En esta misma línea, informes recientes de Global Action on Men's Health, organización internacional dedicada a la investigación y promoción de políticas públicas en salud masculina, han señalado que los varones presentan mayores dificultades para acceder a servicios de salud mental en distintos contextos nacionales. Estos informes destacan que las normas culturales asociadas a la autosuficiencia, el control emocional y la fortaleza masculina pueden desalentar la expresión del sufrimiento y la búsqueda de ayuda profesional, contribuyendo a que los varones consulten con menor frecuencia o en etapas más avanzadas del malestar.

El análisis de la LEH evidenció que, aun cuando se habilita un dispositivo de escucha, persisten obstáculos para el acceso sostenido de los varones a la atención en salud mental, tales como escasez de cupos, horarios restringidos, tiempos de espera, circuitos de derivación

poco accesibles, cobertura limitada y costos asociados. Además, dado que la LEH se inscribe en una política pública de alcance departamental, se identifica una limitación estructural importante: las desigualdades territoriales en el acceso a la atención para los varones.

Desde una perspectiva estructural, el acceso a la salud mental está condicionado por la organización de la oferta sanitaria y los modos de ingreso a los servicios. En particular, la accesibilidad organizativa dentro del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) —incluyendo horarios disponibles, cupos, derivaciones y listas de espera—, así como la heterogeneidad en la cobertura de prestaciones y los costos en el subsector privado, constituyen obstáculos concretos para el inicio y la continuidad de los procesos de cuidado (República Oriental del Uruguay, 2007).

Como se ha señalado anteriormente, estudios regionales sobre masculinidades y salud, como los de De Keijzer (2003) y posteriores investigaciones (De Keijzer et al., 2022), señalan que los varones utilizan en menor medida los servicios de salud mental, tienden a postergar la consulta e ingresan a los dispositivos cuando el malestar ha alcanzado niveles graves. Estas tendencias no responden exclusivamente a decisiones individuales, sino a la convergencia entre normas de género y modos de organización del sistema sanitario, que no siempre ofrecen respuestas accesibles y culturalmente significativas para esta población.

En este entramado, el rol del personal de salud adquiere una relevancia particular como posible facilitador u obstáculo en el acceso a la atención. La ausencia de formación específica en perspectiva de género puede incidir en la dificultad para reconocer las formas particulares en que el malestar emocional se expresa en varones, especialmente cuando este se presenta de manera indirecta o a través de síntomas externalizantes. Prácticas institucionales poco sensibles a estas configuraciones pueden reforzar experiencias de incompreensión, deslegitimación o estigmatización, afectando la continuidad de los procesos de atención. En

este sentido, la accesibilidad no depende únicamente de la disponibilidad de servicios, sino también de las condiciones vinculares y simbólicas que se configuran en el encuentro entre los varones y los equipos de salud.

Junto a estas condiciones se suma el estigma históricamente asociado a la salud mental (OPS, 2019; Stolkiner, 2013), que en el imaginario social suele vincularse con la “locura”, la debilidad o la pérdida de control, reforzando la evitación de la consulta. Estas regulaciones culturales dificultan la expresión emocional, fomentan la minimización del malestar y postergan la búsqueda de atención.

En articulación con estas barreras simbólicas, y tal como se observó en el análisis del dispositivo telefónico, la soledad emerge de manera transversal en los relatos de malestar. Esta no solo se presenta como una vivencia afectiva individual, sino también como un efecto de configuraciones de género que desalientan la construcción de redes de apoyo y la posibilidad de compartir experiencias de vulnerabilidad con otros varones. El ideal de autosuficiencia, configurado como un mandato masculino, tiende a traducirse en trayectorias de aislamiento subjetivo, donde el sufrimiento se gestiona de manera privada hasta alcanzar mayor intensidad, llegando, en casos extremos, a desenlaces de alto riesgo, como la conducta suicida.

En esta misma línea, los espacios tradicionales de sociabilidad masculina —como reuniones recreativas, actividades deportivas o encuentros entre pares— pueden operar de manera ambivalente en la regulación del malestar. Por un lado, estos ámbitos refuerzan códigos de interacción centrados en el rendimiento, la competencia o el humor defensivo, dificultando la expresión directa del malestar emocional. En estos contextos, la vulnerabilidad puede vivirse como una amenaza a la identidad masculina, consolidando barreras simbólicas que sostienen el silencio (Kimmel, 2008; Connell, 2003).

No obstante, en determinadas circunstancias, dichos espacios de socialización pueden funcionar como fisuras en estas regulaciones de género. En vínculos de mayor confianza o en momentos de crisis compartida, algunos varones logran habilitar intercambios que desbordan los códigos habituales, permitiendo la circulación de experiencias de malestar poco habilitadas en otros ámbitos. Estas aperturas no eliminan las barreras simbólicas, pero evidencian que los mandatos de masculinidad no operan de manera absoluta, sino que se negocian y reconfiguran en la práctica de los vínculos. Reconocer esta ambivalencia es fundamental para comprender que la dificultad para pedir ayuda no radica en una incapacidad individual, sino en las condiciones sociales que regulan cuándo, cómo y con quién esa palabra se vuelve posible (Stolkiner, 2013; Tajer, 2020).

Por otra parte, la precarización laboral, el desempleo o la imposibilidad de sostener el mandato de proveedor inciden en experiencias subjetivas de desvalorización, afectando la identidad masculina sin traducirse necesariamente en consultas a servicios de salud mental. En estos contextos, el sufrimiento puede expresarse a través de irritabilidad, aislamiento o consumos problemáticos (Ramírez Rodríguez, 2020).

Es importante destacar que las barreras estructurales y simbólicas no operan de manera independiente, sino que se co-producen y potencian mutuamente. Más que planos diferenciados, ambas dimensiones se co-constituyen en la experiencia concreta de los varones, configurando trayectorias de acceso a la salud mental atravesadas simultáneamente por condicionamientos institucionales y regulaciones de género. Las dificultades subjetivas para pedir ayuda encuentran un correlato en un sistema institucional que no siempre ofrece respuestas accesibles, mientras que las limitaciones del sistema refuerzan la percepción de que buscar apoyo no resulta eficaz. Así, se genera un entramado complejo que obstaculiza la construcción de trayectorias de cuidado en salud mental para los varones.

Desde esta perspectiva, el acceso a la salud mental para varones debe pensarse como el resultado de una compleja articulación entre condiciones institucionales, prácticas profesionales y regulaciones de género, que configuran las posibilidades del abordaje del malestar.

Reconocer la interdependencia entre estas dimensiones permite no solo comprender el problema en profundidad, sino también orientar la construcción de estrategias que funcionan como facilitadores de acceso, abordando simultáneamente las dimensiones simbólicas e institucionales del cuidado.

3. Reflexiones finales

El recorrido realizado permite sostener que los malestares emocionales masculinos no pueden comprenderse como fenómenos puramente individuales ni como expresiones determinadas exclusivamente por el psiquismo, sino como experiencias subjetivas producidas en el cruce entre regulaciones de género, condiciones sociales e institucionales. En este marco, la masculinidad hegemónica opera como una matriz normativa que no solo organiza prácticas y expectativas, sino que incide directamente en las condiciones de reconocimiento del sufrimiento, delimitando qué formas de afectación pueden ser legitimadas, expresadas o silenciadas.

En este sentido, el problema no radica únicamente en la existencia del malestar, sino en las condiciones que habilitan —o restringen— su inscripción como experiencia reconocible y potencialmente demandable. Tal como se desarrolló, en muchos varones el sufrimiento no se presenta bajo formas explícitas, sino a través de modalidades indirectas que desplazan la conflictividad hacia registros socialmente legitimados. Esta dinámica se articula con mandatos de autosuficiencia y control emocional que tienden a desvalorizar la vulnerabilidad, dificultando la transformación del malestar en palabra y postergando la búsqueda de ayuda.

El análisis de la Línea de Escucha a Hombres permitió situar la relevancia de dispositivos que no solo receptiona demandas, sino que producen condiciones específicas para su emergencia. La mediación telefónica, el anonimato y la interlocución entre varones configuran un encuadre que puede atenuar la vivencia de exposición y favorecer un primer movimiento de reconocimiento subjetivo. En este sentido, el dispositivo opera como una instancia que habilita la enunciación del malestar allí donde, en otros contextos, este permanece silenciado.

No obstante, su alcance debe ser comprendido en el marco de sus condiciones de inscripción institucional. Como experiencia localizada, su capacidad de incidencia se encuentra condicionada por la disponibilidad de recursos, la articulación con otros dispositivos y las posibilidades de continuidad en las trayectorias de atención. Esta situación pone en evidencia una tensión relevante entre la emergencia de propuestas innovadoras a nivel local y las limitaciones estructurales que dificultan su sostenimiento y expansión en una escala más amplia.

En este entramado, el análisis de las barreras estructurales y simbólicas permite comprender que ambas dimensiones no operan de manera independiente, sino que se co-constituyen en la experiencia concreta de los varones. Las dificultades para el acceso no pueden explicarse únicamente por la organización del sistema sanitario ni por decisiones individuales, sino por la articulación entre condiciones institucionales y regulaciones de género que inciden en el reconocimiento mismo del malestar como experiencia legítima. En este proceso, la soledad emerge como una dimensión transversal que expresa tanto la fragilidad de las redes vinculares como los efectos de mandatos que desalientan la expresión emocional.

A partir de estos desarrollos, resulta posible problematizar una lectura lineal del acceso a la salud mental masculina. Si bien la ampliación de dispositivos específicos puede contribuir a mejorar las condiciones de acceso y favorecer procesos de reconocimiento subjetivo, estos efectos no pueden considerarse automáticos ni garantizados. Las regulaciones simbólicas que estructuran la experiencia masculina no se modifican de forma inmediata con la expansión de la oferta institucional, lo que implica que el aumento de recursos no necesariamente se traduce en una mayor demanda.

En este sentido, el abordaje del malestar emocional en varones requiere ser pensado más allá de una lógica exclusivamente asistencial. La generación de dispositivos accesibles

constituye una condición necesaria, pero no suficiente. Resulta fundamental intervenir simultáneamente sobre las condiciones culturales, sociales e institucionales que regulan lo que los varones pueden reconocer, expresar y demandar como sufrimiento. Esto implica no solo ampliar la oferta, sino también transformar los marcos de inteligibilidad que organizan la relación entre masculinidad y cuidado.

Finalmente, se vuelve necesario continuar interrogando las condiciones que estructuran de manera diferencial las trayectorias de acceso a la salud mental, así como fortalecer la formación técnico-profesional en perspectiva de género. La complejidad de los malestares que allí se ponen en juego exige prácticas de escucha capaces de sostener la singularidad de las experiencias, sin desatender los marcos sociales que las producen. En este cruce entre subjetividad, género e institución se sitúa el desafío de construir respuestas que no solo amplíen el acceso, sino que habiliten nuevas formas de decir, reconocer y tramitar el sufrimiento en los varones.

Referencias

- Addis, M. E., & Mahalik, J. R. (2003). Men, masculinity, and the contexts of help seeking. *American Psychologist*, 58(1), 5–14. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.58.1.5>
- Aguayo, F., & Nascimento, M. (2016). Dos décadas de estudios de hombres y masculinidades en América Latina: Avances y desafíos. *Sexualidad, Salud y Sociedad – Revista Latinoamericana*, 22, 207–220. <https://doi.org/10.1590/1984-6487.sess.2016.22.09.a>
- Aguayo, F., & Sadler, M. (Eds.). (2011). *Masculinidades y políticas públicas: Involucrando hombres en la equidad de género*. Universidad de Chile.
- Burin, M., & Meler, I. (2009). *Varones: Género y subjetividad masculina*. Paidós.
- Canal 10. (2024). Servicio de atención telefónica dirigida a hombres [Video]. *Arriba Gente*. <https://www.youtube.com/watch?v=7y2iWx8eMnk>
- Connell, R. W. (2003). *Masculinidades*. Universidad Nacional Autónoma de México. (Trabajo original publicado en 1995).
- Connell, R. W., & Messerschmidt, J. W. (2021). Hegemonic masculinity: Formulation, reformulation, and amplification. *Gender & Society*, 35(5), 745–772. <https://doi.org/10.1177/08912432211039577>
- Courtenay, W. H. (2011). *Dying to be men: Psychosocial, environmental, and biobehavioral directions in promoting the health of men and boys*. Routledge.
- De Keijzer, B. (2003). Hasta donde el cuerpo aguante: Género, cuerpo y salud masculina. En C. Cáceres, C. Cueto, M. Ramos, & S. Vallens (Eds.), *La salud como derecho ciudadano*:

Perspectivas y propuestas desde América Latina (pp. 137–152). Universidad Peruana Cayetano Heredia.

De Keijzer, B., Cuéllar, A., Valenzuela, A., Hommes, C., Caffé, S., Mendoza, F., Cayetano, C., & Vega, E. (2022). Masculinidades y salud de los hombres en la Región de las Américas. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 46, e93.
<https://doi.org/10.26633/RPSP.2022.93>

Deleuze, G. (1990). ¿Qué es un dispositivo? En G. Deleuze (Ed.), *Michel Foucault, filósofo* (pp. 155–163). Gedisa.

División Asesoría para la Igualdad de Género, Intendencia de Montevideo, & Universidad de la República, Facultad de Psicología. (2023). *Línea de Escucha a Hombres (LEH): Documento de presentación del dispositivo* [Documento institucional no publicado].

Egea, M., Wortley, C., Alvo, C., Sabagh, R., Zandivarez, P., & Frizza, C. (2020). Intervenciones en el espacio de escucha y acompañamiento emocional para niños/as en escuelas primarias. *Anuario de Investigaciones de la Facultad de Psicología (UNC)*, 5(4), 107–118.

Foucault, M. (1980). *Power/knowledge: Selected interviews and other writings, 1972–1977* (C. Gordon, Ed. & Trans.). Pantheon.

Gilmore, D. D. (1994). *Hacerse hombre: Concepciones culturales de la masculinidad*. Paidós.

Han, B.-C. (2012). *La sociedad del cansancio* (A. Saratxaga Arregi, Trad.). Herder. (Trabajo original publicado en 2010).

Heilman, B., Barker, G., & Harrison, A. (2017). *La caja de la masculinidad: Un estudio sobre lo que significa ser hombre joven en Estados Unidos, el Reino Unido y México.*

Promundo-US & Unilever.

hooks, b. (2021). *El deseo de cambiar: Hombres, masculinidad y amor.* Paidós.

Kimmel, M. (2008). *Guyland: The perilous world where boys become men.* HarperCollins.

La Diaria. (2024). Casi la mitad de los usuarios que llamaron a la línea de escucha para hombres plantearon situaciones conflictivas con la pareja.

<https://ladiaria.com.uy/feminismos/articulo/2024/2/casi-la-mitad-de-los-usuarios-que-llamaron-a-la-linea-de-la-im-de-escucha-para-hombres-plantearon-situaciones-conflictivas-con-la-pareja/>

Mental Health Foundation. (2022). *Men's mental health statistics.*

<https://www.mentalhealth.org.uk/explore-mental-health/statistics/men-women-statistics>

MensLine Australia. (s. f.). *MensLine Australia: Telephone and online counselling service for men.* <https://mensline.org.au>

Ministerio de las Mujeres, Políticas de Género y Diversidad Sexual de la Provincia de Buenos Aires. (2020). *Línea Hablemos: dispositivo de atención para varones que ejercen violencia.* <https://www.gba.gob.ar/mujeres>

Ministerio de Salud Pública. (2024). *Guía de práctica clínica para el abordaje de la conducta suicida en el Sistema Nacional Integrado de Salud.* Ministerio de Salud Pública.

Observatorio de Violencia Basada en Género. (2023). *Datos sobre femicidios en Uruguay.* Ministerio del Interior / Ministerio de Desarrollo Social.

- Organización Mundial de la Salud. (2014). *Preventing suicide: A global imperative*. World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241564779>
- Organización Panamericana de la Salud. (2019). *Masculinidades y salud en la Región de las Américas: Resumen*. Organización Panamericana de la Salud.
- Ramírez Rodríguez, J. C. (2020). *Mandatos de masculinidad y emociones: Hombres (des)empleados*. Editorial Página Seis.
- República Oriental del Uruguay. (2007). *Ley N.º 18.211: Creación del Sistema Nacional Integrado de Salud*. Diario Oficial.
- República Oriental del Uruguay. (2017). *Ley N.º 19.529: Ley de salud mental*. Diario Oficial.
- Rickwood, D., Deane, F., Wilson, C., & Ciarrochi, J. (2007). Young people's help-seeking for mental health problems. *Australian e-Journal for the Advancement of Mental Health*, 4(3), 218–251.
- Rocha Carpiuc, C. (2015). *Políticas públicas, masculinidades y género: La experiencia de la Intendencia de Montevideo, Uruguay*. Intendencia de Montevideo / UNFPA.
- Secretaría Distrital de la Mujer de Bogotá. (2023). *Línea Calma*. <https://sdmujer.gov.co>
- Stolkiner, A. (1988). *Prácticas en salud mental y subjetividad*. Lugar Editorial.
- Stolkiner, A. (2005, 7–8 de octubre). Interdisciplina y salud mental [Conferencia]. IX Jornadas Nacionales de Salud Mental y I Jornadas Provinciales de Psicología, Posadas, Misiones, Argentina.
- Stolkiner, A. (2013). *Salud mental y subjetividad: Problemas y debates actuales*. Paidós.

Tajer, D. (2020). *Psicoanálisis para todxs: Por una clínica pospatriarcal, posheteronormativa y poscolonial*. Topía.

Winnicott, D. W. (1960). The theory of the parent–infant relationship. *International Journal of Psychoanalysis*, 41, 585–595.