

[2]

Actualización de conceptos en perspectiva de género y salud



Isabel Martínez Benlloch
- [Universidad de Valencia] -



Actualización de

en

perspectiva de

y



INTRODUCCIÓN

En el desarrollo de este módulo se hace un doble análisis, por una parte se estudian las implicaciones del **Sistema de género en la construcción de la Subjetividad**, incluyendo aquí el desarrollo de conceptos y constructos cognitivos que han estado a la base de la fundamentación psicosocial de las diferencias entre los sexos y los roles de género. Se explican los estudios sobre mujeres y de género y los conceptos relevantes de Identidad, Estereotipo, Identidad de Género y Subjetividad.

Por otra parte, se desarrolla la actualización de los conceptos relacionados con el tema **Género y Salud**. En esta parte, se estudia la necesidad de eliminar los sesgos de género que han estado a la base del corpus teórico y de la práctica terapéutica y se explica ampliamente también la necesidad de introducir nuevas hipótesis de trabajo, nuevas perspectivas de género en el análisis del tipo de morbilidad femenina y en el estudio de la prevalencia diferencial de trastornos de la salud en las mujeres.

OBJETIVOS DE LA UNIDAD

“Al finalizar el estudio de esta unidad los/las participantes de este curso serán capaces de...”

- 1.- Identificar** los enfoques que en el estudio de las diferencias entre los sexos y de género se han llevado a cabo desde distintas corrientes de estudio psicológicas.
- 2.- Explicar** la construcción del sistema sexo/género.
- 3.- Describir** las delimitaciones conceptuales y las implicaciones psicosociales derivadas de la socialización en el sistema sexo/género.
- 4.- Establecer** las relaciones que los conceptos: Identidad, Estereotipo y Rol Social tienen en los fundamentos del término Identidad de Género y en la construcción de la Subjetividad.
- 5.- Conocer e Identificar** los sesgos de género que subyacen en el corpus teórico de la salud y que se manifiestan en las prácticas terapéuticas.
- 6.- Analizar** en los estudios epidemiológicos la morbilidad en las mujeres y la prevalencia diferencial de los trastornos mentales.
- 7.- Explicar** la necesidad de introducir nuevas perspectivas de estudio para constatar los efectos que las relaciones asimétricas de poder entre los sexos producen en la salud.

Conceptos

género salud



1. Subjetividad y Género:

1.1 LOS ESTUDIOS DE LAS MUJERES Y DE GÉNERO

☉ "La crítica feminista no se basa en el estudio de la mujer, sino en el análisis de las relaciones de género y del género como principio estructural de todas las sociedades humanas" (Moore, 1988; 9).

☉ "La perspectiva de género implica a ambos géneros en el desarrollo, es un esfuerzo por lograr modificaciones en las respectivas especificidades, funciones, responsabilidades, expectativas y oportunidades de varones y mujeres" (Lagarde, 1996; 163).

Tal vez la mayor contribución de los Estudios de las Mujeres y de Género más allá de las aportaciones teóricas específicas por ellos producidas, radica en constituir un pensamiento crítico capaz de cuestionar los conocimientos establecidos...

...introduciendo nuevas formas de percibir al sujeto. En este sentido, ambos estudios han contribuido a desentrañar la historia y la cultura de nuestro siglo. Los Estudios de las Mujeres y de Género son deudores de los diversos feminismos.

El movimiento feminista, que se planteó como un movimiento social, transformador de las relaciones y formas de vida sujetas a las rígidas prescripciones sustentadas por la cultura patriarcal, ha potenciado, tanto acciones políticas destinadas a sacar de la subalternidad a las mujeres...

...reivindicando y conquistando parcelas en cuanto a la igualdad de derechos y coexistiendo en él diversas tendencias ideológicas, **como en propuestas teóricas** que, abarcando diversas conceptualizaciones del sujeto y su imbricación social -de ahí que hablemos de feminismos-, **actualmente permiten defender, debido al corpus científico producido, la existencia de una matriz consolidada de conocimientos.** Las mujeres académicas, con diferentes perspectivas teóricas, fueron las primeras en analizar los efectos que la invisibilidad y marginación de las experiencias de las mujeres producían en su representación social.

Estos estudios proporcionaron materiales teóricos de sumo interés sobre la situación de discriminación sexual de la mujer, básicamente, en ciencias sociales y biología, lo que favoreció una ruptura simbólica de la figura legitimada de mujer y del discurso construido sobre ella (Bohan, 1993; Lott, 1990; Morawski, 1990; Unger, 1990). Los 'pactos entre mujeres' y el volumen de trabajos alcanzado permitieron establecer una formación curricular feminista: los denominados 'Women's Studies', o 'Estudios de las Mujeres'.

En ellos, con un enfoque interdisciplinar y con una metodología analítico-categorial centrada exclusivamente en las experiencias de las mujeres y en la revisión de las diversas categorías teóricas en cada una de las disciplinas, se contribuyó a explicitar las desigualdades entre los sexos y a desvelar el androcentrismo científico.



En las diversas disciplinas, los estudios sobre las diferencias y desigualdades sexuales, a pesar de prevalecer en ellos un enfoque universalista propio de la ideología liberal occidental, dieron respuesta a replanteamientos y demandas epistemológicas específicas, en las que el objeto de conocimiento fue la mujer.

Sin embargo, la necesidad de contribuir al logos universal y el hecho de pertenecer a sociedades complejas, en las que un tema crucial de reflexión gira en torno al desarrollo de la **democracia paritaria**, impulsó la realización de investigaciones feministas que, desde el análisis de las cosmovisiones que las diversas culturas elaboran sobre los papeles de género y sus relaciones cambiantes y complejas, pudieron contribuir a la transformación del conocimiento científico.

En la década de los noventa, las investigaciones feministas han focalizado su interés en las relaciones entre varones, mujeres, desarrollo y democracia, abordando el análisis cultural, económico, político y social de los diferentes grupos,...

...puesto que estas variables inciden en el modo específico de vivenciar las relaciones intersubjetivas e institucionales. Así, estos estudios no sólo se interesan por lo masculino y lo femenino, sino que se esfuerzan por integrar el concepto de género en una dimensión multicultural y multisocial, ya que es muy diferente cómo se considera la división genérica no sólo en las distintas clases sociales, sino también entre las distintas razas, etnias y orígenes nacionales e históricos, y en función de las diversas opciones sexuales y las nuevas estructuras familiares.

Lamentablemente, lo que estos estudios evidencian es que la esperanza ilustrada que mantenía que el conocimiento puesto al servicio del poder legítimo aseguraba la libertad y el progreso, no se ha materializado.

En los años noventa se ha trascendido el concepto 'mujer', como objeto de conocimiento del feminismo, para elaborar una crítica que teniendo en cuenta las diferentes culturas y subculturas que paulatinamente se van incorporando a la 'aldea global', permita aprehender la complejidad de las relaciones entre varones y mujeres, y analizar y comprender no sólo las características que los definen sino sus semejanzas y diferencias, para, desde la constatación de la opresión, neutralizar las asimetrías de poder.

Los Estudios de Género introducen, pues, un enfoque relacional...

...según el cual sólo podrán comprenderse las experiencias de los varones si se analizan las experiencias de las mujeres y viceversa, de ahí que permitan establecer nexos entre las posibilidades de vida de mujeres y varones y los tipos de sociedad, momento histórico, diversidad cultural y modelos de desarrollo en que viven (Deaux y Major, 1987; Stolcke, 1992; Unger, 1990). Todo esto, seguramente, aportará herramientas intelectuales que nos permitan enfrentar los desafíos que presenta el siglo XXI: los problemas nacionalistas, raciales y de reproducción, la realidad de las diferencias culturales, sexuales y económicas que afectan a los humanos, etc. Es evidente que estos estudios deben realizarse desde una perspectiva multidisciplinar y transversal.



En este sentido, en Filosofía, la teoría crítica feminista aporta reflexiones muy valiosas para otros campos de estudio. Asimismo, la investigación en diversas disciplinas (Historia, Sociología, Psicología, Ciencias de la Salud, Economía, Antropología, Derecho, Teoría del Discurso, Biología, Historia de la Ciencia...) genera conocimientos que posibilitarán praxis políticas que contemplen la complejidad de nuestra sociedad.

En el presente, los Estudios de Género en la disciplina psicológica analizan la construcción socio-cultural del género, su función simbólica y las representaciones sociales que origina,...

...teniendo como objeto de estudio tanto los efectos producidos en las variables psicológicas por las desigualdades generadas por el orden social patriarcal, como el desvelamiento de las relaciones de poder y opresión que subyacen a él. Esta corriente amplía los estudios de las diferencias intersexuales en aquellos aspectos que consideran que la investigación realizada es parcial.

Concretamente en psicología un considerable número de trabajos han permitido romper clichés respecto a las diferencias entre los sexos en variables intelectuales y de personalidad. En este contexto, han surgido diversas perspectivas teóricas: por una parte, quienes defienden la existencia de pequeñas diferencias y por otra parte, aquellos que consideran que existen diferencias consistentes y amplias en algunas habilidades y en comportamiento social.

Desde el 'feminismo cultural' se arguye que las experiencias diferenciales en función del sexo generan diferencias sustanciales en el modo de ser los varones y las mujeres,...

...cualidades diferenciales que deben ser valoradas, reconocidas, sobre todo en el caso de las mujeres, para de esa forma superar la opresión histórica basada en la desvalorización de lo femenino. La relevancia de estas líneas de investigación es tal que Shaver y Hendrick (1987) en la introducción del texto, *Review of personality and social psychology: Sex and Gender* dejaron constancia del impulso y la transformación que en el conocimiento científico ha operado la investigación desde la perspectiva de género.

Por su parte, el construccionismo social en psicología argumenta que no existe una realidad independiente del sujeto y la metodología de estudio que se utiliza, por lo que el conocimiento será una construcción entrelazada inextricablemente con los contextos en que se origina.

El construccionismo, al considerar la diferencia como una categoría analítica relacional, permite historiar las identidades de género, clase y etnia, como el producto contingente y variable de vidas particulares, tomando distancia de propuestas que entienden la diferencia como un hecho universal, fijo e inmutable. Además, contempla cómo las interacciones entre clase, raza, y sexo producen experiencias comunes pero también diferencias en el hecho de ser mujer o varón.



Al afirmar que el género se construye culturalmente, este enfoque defiende el origen situacional de las características de género, pero matiza que éste no es un conjunto de rasgos en los individuos, sino una 'construcción que identifica las transacciones adecuadas para un sexo determinado...

...(Bohan, 1993; Hare-Mustin y Marecek, 1990; Nicholson, 1990; Unger, 1997). Se sabe que las representaciones sociales en tanto estructuras cognitivas cumplen la función de facilitar la aprehensión eficaz de fuentes de información a menudo ambigua y mal definida -la información social es simbólica y contextual-, permitiendo al sujeto que su mundo interpersonal sea más significativo y predecible.

El carácter cultural de la naturaleza humana nos lleva a relacionar los roles y actitudes en torno a la diferencia sexual -el género- con la etnia o grupo social de pertenencia,...

...pues será la cultura específica de cada grupo, en función del grado de opresión que ejerza, la que connote y cargue de contenidos el género. **Por ello, debemos huir de generalizaciones sobre las desigualdades de género.** En esa medida es difícil mantener afirmaciones sobre los grupos constituidos por: las mujeres, los hombres, los negros, o los 'gays', puesto que dentro de cada una de estas grandes categorías se instala la diversidad. Por otro lado, adoptando una perspectiva crítica, **las psicoanalistas feministas de los noventa, inciden en la necesidad de reelaborar la teoría freudiana de la sexuación desde una lógica no patriarcal de la diferencia,** interrogándose acerca de la construcción de la intersubjetividad y las relaciones de poder.

En resumen, los estudios de género analizan en la actualidad las implicaciones psicológicas derivadas de las complejas relaciones que se articulan en el trípode: diferencia, desigualdad y opresión, así como la tendencia a 'naturalizar' ideológicamente la desigualdad social.

1.2 LA CONSTRUCCIÓN DEL SISTEMA SEXO/GÉNERO.

🕒 *"La mayoría de los lenguajes se han elaborado de conformidad con los géneros. La diferenciación en géneros constituye un fenómeno preeminente de la vida simbólica y de la comunicación en el seno de nuestra sociedad. [...] El concepto género ilustra el poder que tienen las categorías lingüísticas para determinar lo que conocemos acerca del mundo. [...] Las diferencias sexuales no explican el género, la subordinación social, política y económica de las mujeres, ni las responsabilidades atribuidas a las mujeres en el cuidado infantil" (Hare-Mustin y Marecek, 1990; 47 –ss).*

🕒 *"A lo largo de los últimos veinte años, los historiadores se han tornado conscientes de la necesidad de desvelar los procesos a través de los cuales tiene lugar la 'naturalización' y por los cuales ideas, teorías, experiencias, lenguajes, ... adoptan la cualidad de ser 'naturales', permitiendo el encubrimiento de sus características consuetudinarias, convencionales y*



sociales. El entendimiento de semejante naturalización resulta crucial en el empeño de delinear y explicar la naturaleza precisa del poder científico y médico" (Jordanova, 1989; 59).

En las sociedades industrializadas contemporáneas se pone de manifiesto una contradicción: por un lado, se enfatiza la capacidad de cada persona para alcanzar el logro personal y una deseable posición social,...

lo que conlleva responsabilizar al sujeto de sus expectativas y consecuentes esfuerzos para lograr alcanzarlas, en tanto que,...

por otro lado, continúa estando vigente, a pesar de las restricciones legislativas, la justificación de la división del trabajo,...

...pues se comparte la opinión de que algunas profesiones están íntimamente relacionadas con ciertas capacidades consideradas naturales en función del sexo, la clase o la pertenencia étnica de los sujetos (Stolcke, 1992). Además, en un momento social en el que el concepto y la realidad de la familia nuclear está en crisis, la mitología que rodea la maternidad hace que las mujeres deban asumir, en gran medida, la responsabilidad del bienestar familiar, con los sentimientos de culpabilidad que pueden llegar a generar situaciones de desestructuración familiar o personal.

Estas contradicciones se relacionan con la conceptualización que históricamente se ha hecho de la diferencia, ya que ésta, desde sus orígenes, ha sido considerada no como diversidad sino como desigualdad,...

...y toda desigualdad remite a un referente que define la norma, en nuestra cultura representada por el varón blanco de clase media y heterosexual. En cambio, aceptar la diferencia implica reconocer la mirada del otro, su especificidad y estilo de vida sin que esto se convierta en un fantasma que disuelva los propios cimientos. No obstante, con frecuencia lo diferente es vivido como algo amenazador para la unicidad del sujeto. Pero una individualidad que se sustenta en el concepto de igualdad sólo puede reconocer la diferencia (yo privado) si forma parte de los iguales (yo público).

La observación de la diferencia es un proceso que subyace a todo conocimiento y representación cultural, siendo el cuerpo, desde la unidad que caracteriza a la especie humana, el que aporta una de las oposiciones conceptuales básicas: la diferencia de los sexos y su función específica en la reproducción.

Este dimorfismo, por una parte, introduce la categoría taxonómica masculino/femenino y, por otra, pone de manifiesto el hecho insoslayable de su universalidad (no de contenidos) e historicidad. Los conceptos de masculinidad y feminidad y las funciones que llevan asociadas varían tanto a través de las culturas como a lo largo del tiempo, determinados por la complejidad de su origen biológico, social y subjetivo.

En el siglo XX se ha producido un deslizamiento por el que, de un marco teórico naturalista, se ha pasado a tesis que defienden la construcción social de las relaciones de género, como efecto derivado de un orden social hegemónico. Este cambio respecto a su génesis se observa no sólo en la disciplina psicológica sino en todo el ámbito de estudio de las Ciencias Sociales.



No obstante esta perspectiva, investigaciones recientes realizadas **desde los Estudios de Género constatan la necesidad de incluir características biológicas en la categoría social de género**, porque la particular biología de los seres humanos hace del cuerpo una construcción social y cultural.

Es decir, un hecho biológico (el morfismo anatómico) se estructura en un fenómeno social y la influencia de ciertas elaboraciones ideológicas de la cultura marcará un amplio repertorio comportamental y psíquico, que, aunque no tiene relación con las diferencias morfológicas, reproduce las sociedades en que se establecen distinciones que asocian sexo, clase o raza, con rasgos sociales, características psicológicas y posición social.

Además, la diferencia sexual unida a las diferencias raciales, étnicas o pertenencia a subculturas marginales, puede llegar a constituir una 'doble exclusión' ...

...(Best y Williams, 1993). Ante el dilema de las fuentes de las diferencias entre los sexos Unger y Crawford (1996) sugieren que la única posibilidad de conocer la naturaleza biológica de las diferencias es que el género, como construcción social, deje de actuar como un factor organizador de las relaciones intersubjetivas y sociales.

La diferencia sexual, que para algunas corrientes psicológicas es matriz de la construcción del psiquismo y del sistema de intercambios con la otredad -objeto de los procesos de simbolización intersubjetivos e intrasubjetivos- (Pastor, 1998), alimenta relaciones de género que determinan el más amplio contexto socio-cultural presente en cualquier proceso de comunicación, articulando todo un sistema de creencias y atribuciones adquiridas normativamente, que ordenan el mundo desde la estereotipia. Así, para la construcción de su identidad, los individuos continúan utilizando modelos generizados (Acker, 1994; Eagly y Dielman, 1997), de tal forma que la construcción de los géneros será, al mismo tiempo, proceso y producto de su representación social.

La representación social del género incide en su construcción en el plano subjetivo y la representación subjetiva del género influye en su construcción social.

Además, las diferencias, rehenes de la oposición y polaridad de la lógica binaria de los estereotipos que van a producir modelos de comportamiento excluyentes, se reducen a una construcción definida por dualismos: masculino / femenino, actividad / pasividad, asertividad / expresividad, igualdad / desigualdad que, al enmascarar la heterogeneidad de las categorías, la interdependencia de los términos y su asimetría, coaccionan a los sujetos llevándolos a hiperdesarrollar habilidades y actitudes consideradas propias de su sexo, étnia y/o clase, y a atrofiar otras muchas (Matsumoto, 1996; McCreary, 1994; Travis, 1993).

Se hace necesario reconocer que, aun cuando todos los conceptos relacionados con la diferencia entre los sexos mantienen una fuerte inter-relación, no permiten establecer inferencias fijas, puesto que el sexo no es una esencia (lo muestra el transexualismo) sino una contingencia, y el género, una construcción social.



En este sentido, los resultados de la investigación actual (Deaux y Kite, 1993; Matsumoto, 1996; Unger, 1997) permiten insistir en la dificultad existente para encasillar a los sujetos en roles rígidos, concretamente en roles sexuales o de género, debido a que las diversas especificidades culturales (a pesar de la globalización en occidente) producen representaciones y percepciones de la diferencia sexual que posibilitan formas diversas de inscripción e integración en el orden social, generando enormes diferencias intraindividuales.

No obstante, en las democracias formales, las desigualdades sociales necesitan ser justificadas racionalmente, para lo cual el procedimiento más eficaz será su naturalización, ya que ésta tiene la doble ventaja de hacerlas, al mismo tiempo, legítimas e inmutables.

Por ello, múltiples discursos teóricos en la filosofía, teología, medicina, psicología, han contribuido a este quehacer, con resultados más o menos inteligentes, pero siempre eficaces (Cavalli-Sforza et al., 1993; Durkheim, 1964). Los propios sujetos ante una situación que no se quiere o no se puede cambiar pueden realizar auténticas proezas para imaginar razones que expliquen lo justo de esa situación, ya que cuando algo se puede racionalizar es más fácil desculpabilizarse. En este proceso, las categorías sexuales y raciales han gozado de la ventaja de apoyarse en signos biológicos externos tangibles, lo que hizo más sencilla, si cabe, esta naturalización.

1.2.1 DELIMITACIÓN CONCEPTUAL.

Debido a la importancia que, en nuestra opinión, tienen las implicaciones psicosociales derivadas de la socialización en el sistema sexo-género, consideramos de interés delimitar conceptualmente algunos términos antes de abordar esos efectos ya que en esta área de estudio continúa vigente un problema similar al que se dio en los años setenta: el de la terminología.

Antiguamente cuando nacía un bebé y actualmente a partir del momento en que las técnicas de observación obstétrica lo hacen posible, la constatación del sexo de la criatura la incardina en una doble diferencia, la biológica o anatómica y la social, dada en las fantasías de los adultos acerca del pequeño ser, en las que el sexo del bebé ocupa un lugar relevante. Con posterioridad, y a partir de la percepción de su realidad sexual, se le inserta en un universo simbólico que, aunque se elabora internamente y repercute directamente en el psiquismo, tiene su origen en el sistema de creencias y estereotipos que, lejos de reflejar la realidad, reproducen los valores de las instituciones sociales en cada cultura y momento histórico. Esta reproducción incide prácticamente en todos los órdenes de la vida del sujeto y a lo largo de su ciclo vital.

La distinción entre los conceptos **sexo y género** es deudora de las investigaciones clínicas llevadas a cabo por Stoller (1968, 1975a, 1975b) y por Money y Ehrhardt (1972) sobre hermafroditismo, transexualismo y trastornos de la sexuación -síndromes de Turner, de Klinefelter, de feminización testicular-.



Estos estudios pusieron de manifiesto que ante la ausencia de fuerzas biológicas capaces de informar sobre el sexo real, la gran influencia de los factores psicosociales -el género- terminaba imponiéndose. De ahí que haya que diferenciar entre los sustratos biológicos, que son condiciones de posibilidad comportamental, y los factores etiológicos que, según estos autores, son psicológicos.

Además, **al aproximarnos al estudio de las relaciones entre los sexos conviene constatar las desigualdades de poder que, a pesar de las profundas transformaciones sociales, aun persisten.** La necesidad de develar los efectos que producen en los sujetos las relaciones de poder asimétricas entre los sexos, llevó a la antropóloga **Gayle Rubin** (1975) a acuñar la expresión **sistema sexo/género**. Con ella se **refería al amplio conjunto de convenciones a través de las cuales toda sociedad transforma la sexualidad biológica en productos de la actividad humana**, en los que se satisfacen estas necesidades sexuales transformadas y **se establece una ordenación jerárquica de los géneros**, un reconocimiento de las posiciones de género, que perdura en el tiempo. **Para esta autora, la transformación del sexo biológico bruto en género**, con la consiguiente división sexual del trabajo y con el funcionamiento de las estructuras de parentesco, **será la responsable de las asimetrías de poder entre los sexos.**

El problema no es la biología o la existencia de la familia, como a menudo se ha mantenido, sino las formas particulares de organización social de la biología, el parentesco y la crianza. En este sentido, Héritier (1996) mantiene que en las representaciones de cada sociedad, elementos invariables -aun pudiendo tomar distintas formas según los grupos humanos- siempre se traducen en una desigualdad considerada natural que genera relaciones jerárquicas. A este respecto recordemos que hace ya dos siglos, Voltaire escribió: los progresos de la razón son lentos, las raíces de los prejuicios profundas.

Sin embargo, la necesidad de contribuir al cambio social y la comprensión de la complejidad del sujeto psicológico nos lleva a establecer procedimientos metodológicos que favorezcan el análisis de las interacciones observadas entre las relaciones del dimorfismo sexual y las influencias culturales. Así, la categoría **sexo** en las especies animales hace referencia a las características fisiológicas innatas derivadas del morfismo sexual y vinculadas a la reproducción. Pero, cuando nos referimos al 'homo sapiens', este concepto amplía su complejidad, pues, en todas las sociedades conocidas, esta categoría innata impregna un gran número de aspectos de la vida sociocultural y personal, aludiendo, en una primera acepción, a las características biológicas (cromosómicas, gonadales, hormonales, dimorfismo cerebral, dimorfismo genital) que permiten diferenciar al macho de la hembra, e incluyendo, básicamente, aspectos vinculados con la procreación y la sexualidad; y en una segunda acepción, apela a los componentes psicosociales y culturales construidos que se vinculan y atribuyen a cada uno de los sexos, i. e. a las definiciones socioculturales del sexo biológico. Aunque debemos tener en cuenta que, actualmente, este segundo sentido se denomina **género**.

El concepto sexo ha sufrido diversos avatares de tal modo que a lo largo del tiempo los diferentes discursos relativos a él han operado profundos cambios.



Con manifiesta ironía, en un libro que realiza un recorrido histórico por diversas disciplinas, fundamentalmente la medicina, Laqueur (1990; 24) afirma:

"El viejo modelo en el que hombres y mujeres se ordenaban según su grado de perfección metafísica, su calor vital, a lo largo de un eje de carácter masculino, dio paso a finales del siglo XVIII a un nuevo modelo de dimorfismo radical, de divergencia biológica. Una anatomía y una fisiología de lo inconmensurable sustituyó a una metafísica de la jerarquía en la representación de la mujer en relación con el hombre. A finales del siglo XIX se adujo que la nueva diferencia no podía demostrarse en los cuerpos visibles sino en los elementos microscópicos que los constituían, La diferencia sexual en clase, no en grado, parecía sólidamente basada en la naturaleza [...] Geddes [...] aunque admitía que no podía elaborarse totalmente la conexión entre esas diferencias biológicas y las diferenciaciones psicológicas y sociales resultantes, justificaba no obstante los respectivos roles culturales de hombres y mujeres".

Por su parte, el **género**, concepto construido críticamente sobre el de rol sexual, **es una categoría de relación compuesta por múltiples elementos con diversos significados**, si bien todos ellos tienen en común referirse a la especificidad de rasgos y características psicosociales vinculados a la dicotomía sexual. En el análisis de las diferencias entre los sexos,....

el género introduce la distinción relativa a la cultura, por lo que puede definirse como un 'deber ser' social, una categoría basada en las definiciones socio-culturales relativas a las formas en que deben ser diferentes varones y mujeres y a las distintas esferas sociales que deben ocupar.

El hecho de que sea una categoría social implica que 'a priori' no existe ningún rasgo o comportamiento que pertenezca intrínsecamente a un género específico, sino que, por el contrario, al tratarse de una inscripción cultural puede representarse como el **lugar donde el cuerpo rompe a hablar**, donde se inscriben las asimetrías de género explicitando las diferentes posiciones de poder (Hurtig y Pichevin, 1991; Martínez Benlloch, 1993; Russo y Green, 1993).

La investigación en antropología cultural informa que no hay dos culturas en las que coincida en qué se diferencia un sexo del otro, por lo que no existe una definición exclusiva acerca de qué son y qué contenidos tienen la masculinidad y la feminidad. Más bien, se tratará de constructos sociales dinámicos que variarán en función de las culturas, los grupos étnicos y las clases, sin olvidar la posición de las personas, básicamente las mujeres, en tales grupos. **Conviene señalar que a lo largo de la historia, tanto en la mitología como en la vida cotidiana, el carácter normativo de lo masculino ha constituido el tema dominante, convirtiéndose, por ello, la diferencia en desigualdad social y política. A este monopolio masculino**, desde la disciplina antropológica (Del Valle, 1993; Stolcke, 1992), se le ha denominado '**complejo de supremacía masculina**', supremacía injustificada puesto que, conceptualmente, las diferencias, cualesquiera que sean, no implican desigualdad, i.e. que dos categorías difieran no implica lógicamente que una de ellas sea más valiosa.



Desde una perspectiva cognitiva, el género es una variable moduladora de los procesos intelectivos y emocionales relativos a la dicotomía varones y mujeres, pues socialmente se acepta la existencia de diferencias intrínsecas físicas, cognitivas, emocionales, comportamentales, de prestigio y de poder entre los sexos. Igualmente se comparte la idea de que las mujeres son más tiernas, dependientes y están más preocupadas por el cuidado de los demás, y que los varones son más agresivos, competitivos e independientes. En este proceso de modelado se establece una relación dialéctica entre sexo y género (asignación e identidad), en la que, a partir de la constitución simbólica e interpretación socio-histórica que cada cultura realiza de las diferencias anatómicas, se teje una red en la que los sujetos se incardinan desarrollando su propio yo y, en consecuencia, experimentando su propia identidad corporal, psíquica y social. En nuestra cultura, la categoría género es tan relevante que convierte en prácticamente irreversible este proceso (Benhabib, 1992).

El género, entendido como un ideal regulador, no informa tanto de cómo son varones y mujeres cuanto de cómo deben ser, dando cuenta de las significaciones y justificaciones sociales que, a menudo, acompañan acciones discriminativas difíciles de entender, puesto que legitiman destinos desiguales para los sujetos por el mero hecho de su procedencia.

En la interrelación sexo/género, el sexo es una variable que, aun cuando actualmente pueda ser manipulada clínicamente hasta el punto de transformarla en su contrario, -i.e. pervertir el orden de la naturaleza-, hunde sus raíces en lo biológico, y delimita el terreno de lo real en donde el sujeto se descubre individualmente. En los humanos el sexo no sólo es genital, sino que fundamentalmente remite a lo cerebral y cultural. Por ello, los bebés únicamente podrán llevar a cabo la construcción subjetiva de su condición sexuada desarrollando experiencias en contextos sociales y familiares, ya que sólo en ellos las vivencias infantiles, cargadas de deseos y fantasías, podrán vehicularse.



En consecuencia, será en el deslizamiento del sexo -desde las instancias biológicas a un espacio de posibles, que manifiesta el peso de la cultura- donde se intercale el género como proceso de normalización. En esta evolución se incardinará el orden de las representaciones, que actuará tanto en la sexualidad (orientación sexual) como en la generización del sujeto, permitiéndole actuar no sólo por la herencia que le impone su código genético, sino por un saber aprendido y transmitido en la cultura, individuándose en la forma de combinar simbólicamente el deseo.

Ahora bien, estos desvíos corren el riesgo de llevarnos de un esencialismo biológico a un determinismo cultural, pues el esencialismo no sólo se vincula con tesis innatistas que fundamentan las diferencias en lo biológico, considerando inviable cualquier cambio, sino que también corren este riesgo las teorías situacionistas si, una vez establecido el origen de las diferencias, no reconocen la necesidad de transformaciones sociales y promueven el cambio. Obviamente esta cuestión contempla no sólo las diferencias de género, sino cualquier tipo de diferencia social.

1.3. IDENTIDADES, SUBJETIVIDAD Y GÉNERO.

La noción de **identidad**, como sistema de codificación que autorreferencia al sujeto,...

es la síntesis de un proceso por el que las criaturas establecen las diferencias entre el yo y la alteridad o los otros individuales, cuestión en la que la representación de la diferencia sexual será fundamental.

Para ello elaboran procesos de categorización que se insertan de manera prospectiva y retrospectiva en relación, por un lado, con los intercambios que los sujetos mantienen con los otros -tanto del endogrupo como del exogrupo- y, por otro, con el entorno y la relevancia o prestigio social de los grupos -ya que el estatus social del grupo de pertenencia influye sobre la identidad individual- (Lorenzi-Cioldi, 1988, 1993, 1994). En este sentido, la identidad es un aspecto unificado del yo y por lo tanto es sólo parte del concepto personal de uno mismo (McAdams, 1995). El concepto 'identidad' permite tomar conciencia del sí mismo, de nuestro lugar en el mundo y en relación a los demás (Woodward, 1997).

En los años ochenta se puso de manifiesto (Abelson, 1981; Kihlstrom y Cantor, 1984; Rogers, 1981) el papel relevante que una estructura de conocimiento autorreferente tiene para el acceso a la memoria y el procesamiento de la información personal, postulando que el **self** está estructurado como un prototipo cognitivo de rasgos centrales y periféricos, ordenados jerárquicamente, que definen al sujeto y que éste utiliza para organizar y evaluar la información sobresaliente.

Los teóricos del interaccionismo simbólico y los del procesamiento de la información destacan la pluralidad de **selves** (yoes) que se desarrollan en un mismo sujeto, lo que favorece que se pueda recuperar información contextualizada sobre sí mismo.



Además, se ha señalado que los criterios de discapacidad social, básicos en la identidad de género y étnica, producen en el procesamiento de la información efectos análogos a los de autorreferencia (Keenan y Baillet, 1980);

La identidad de género es social y personal, puesto que nos apropiamos de lo social para, tamizándolo por las propias experiencias, construir el 'self'.

La identidad será, pues, la síntesis particular de prescripciones sociales, discursos y representaciones sobre el sujeto, producidas y puestas en acción en cada contexto particular, y no una realidad trascendente de estatus natural,...

i. e. las identidades individuales y colectivas son complejas, están en proceso y se construyen con múltiples influencias. Además, debemos tener en cuenta que, en la identidad del yo, se da la paradoja de que el yo, en cuanto persona (público), es igual a todas las otras personas, pero en tanto individuo (privado), es esencialmente diferente al resto de los individuos (Habermas, 1976).

Por ello, si se acepta por identidad del yo la competencia de un sujeto -capaz de lenguaje y acción- para responder ante determinadas exigencias y situaciones de manera consistente, se debe admitir que esta identidad se gesta en el proceso de socialización -en el que el propio cuerpo es esencial- permitiendo a la persona, en un primer momento, integrarse en un sistema social determinado para apropiarse de generalidades simbólicas, y posteriormente, a través de un proceso de individuación, llegar a establecer una creciente independencia con respecto a los sistemas sociales desde la que legitimar sus actos (Benhabib, 1987; Woodward, 1997).

Las teorías de la cognición social, cuyos máximos representantes son Tajfel y Turner, sostienen que en la identidad las categorías sociales están íntimamente relacionadas con las interacciones sociales; de ahí la necesidad de analizar la producción de las identidades históricamente, ya que para comprender la conceptualización y organización de las relaciones sociales, así como el contenido de las diferencias relevantes, será necesario historiarlas (Scott, 1996; Woodward, 1997).

La identidad personal y social sufre transformaciones vinculadas a las diversas circunstancias vitales que producen experiencias subjetivas diferenciadas y a las concepciones que tanto el sujeto como su contexto cultural tengan del mundo. En este sentido, ante la diversidad humana, la identidad genérica, étnica, social, sexual... será un concepto unificador (Deaux, Reid, Mizrahi y Ethier, 1995; Frable, 1997; Sampson, 1993; Trickett, Watts y Birman, 1994).

Conviene señalar que en la construcción de la identidad interviene tanto la relación -a la que subyace el reconocimiento- que la persona establece con otros miembros de su grupo, como la relación de su grupo con otros grupos.



Del mismo modo, la identidad debe entenderse como expresión de dinámicas de origen interno y externo al sujeto por lo que debe posibilitarse una mejor articulación entre los componentes singulares del yo y colectivos de la identidad (Lorenzi-Cioldi, 1988; Amancio, 1997). En este sentido, para desvelar posiciones de subordinación social que inciden sobre la identidad, será necesario establecer metodológicamente la división entre grupos dominantes y grupos dominados. El grupo dominante -Amorós (1985) lo denomina 'de los iguales'- será más bien una colección de individualidades, teniendo cada una su propia unicidad y especificidad, presentando cualidades personales -aparentemente extracategoriales- y propiedades idiosincrásicas. Su identidad será autónoma, interna, legítima e indiferente a la presión del grupo, y por ello los miembros que lo constituyen no necesitan autodefinirse con respecto a su grupo. Por el contrario, el grupo dominado -'de las idénticas', en palabras de Amorós- estará constituido por una mezcla de sujetos relativamente indiferenciados, lo que favorece elaborar su identidad alrededor de propiedades colectivas, definitorias del grupo, vinculadas a heteronomía, externalidad e indiferenciación, de ahí que sus miembros se autodefinan y sean definidos en referencia al grupo.

A pesar de que el reconocimiento de la unicidad y humanidad de cada persona constituye el núcleo de la democracia liberal, entendida como un modo de vida política y personal,...

...en nuestra cultura la pertenencia a un grupo se elabora en una relación asimétrica que une el grupo a otros grupos, constituyendo los fundamentos de la identificación colectiva de los individuos. De este modo, los hombres -como genérico- pertenecen a los grupos dominantes y colección, mientras que las mujeres -también como genérico- pertenecen a los grupos dominados y agregado (Lorenzi-Cioldi, 1988).

Hacemos nuestra la opinión de Amorós (1985) cuando afirma que el poder nunca es de los individuos, sino de los grupos y que sólo puede implantarse en aquel espacio en el que los sujetos se reconocen mutuamente, i.e. el espacio de los iguales porque, apropiándonos de su expresión, poder es poder diferenciarse.

Los complejos fenómenos que subyacen a los procesos identitarios constituyen la subjetividad, pues en ella se imbrican, como indica Lagarde (1998), los conocimientos, habilidades y destrezas del sujeto con su afectividad y experiencias.

La subjetividad es producto de la articulación de las cosmogonías, filosofías, valores y normas del sujeto, en síntesis, las dimensiones ética y socio-cultural, incardinadas en un cuerpo biológico, que subyacen en el reconocimiento del sujeto como individuo.

En la conformación de los procesos identitarios los estereotipos ocupan un lugar relevante. El concepto **estereotipo** evoca los de prejuicio y discriminación, cuando su sentido es negativo, o una simplificación de características muy esquemáticas, cuando su sentido es positivo.



En ambos casos apela a un conjunto rígido y estructurado de creencias compartidas por los miembros de la sociedad sobre características personales (rasgos de personalidad, atribuciones, expectativas, motivaciones...) o comportamientos propios de un grupo específico, desdibujando los límites de la individualidad al unificar las características de las personas que constituyen una categoría, i.e. son creencias consensuadas social y culturalmente que permiten homogeneizar a los individuos que pertenecen a una categoría, a fin de comprender procesos psicosociales (Rosenkrantz, Vogel, Bee, Broverman y Broverman, 1968; Tajfel, 1981).

Aunque desde finales del siglo XVIII está acuñado el término estereotipo, en referencia al vaciado de plomo que se realizaba en las imprentas para construir un cliché tipográfico, **fue el periodista Lippman, probablemente por su proximidad a la tipografía, quien, en la primera mitad de los años veinte del siglo XX, lo utilizó por primera vez en su acepción socio-psicológica, aludiendo al uso abusivo que frecuentemente hacemos los humanos de generalizaciones e imágenes, o 'atajos mentales'.**

Así, los estereotipos permiten justificar de forma simplista la naturaleza de las relaciones entre los grupos, puesto que desde el conocimiento estereotipado -que tiene una fuerte carga emocional- se filtra de manera reduccionista la realidad objetiva, homogeneizando a los miembros de un grupo.

Esta actividad cognitiva le permite al sujeto confirmar algunas de sus creencias y adaptarse al medio en el que está inmerso (Ashmore y del Boca, 1981).

En el origen de los estereotipos juega un papel predominante la motivación. Como señala Barberá (1998; 85), la psicología ha definido los estereotipos: *"como una construcción cognitiva o socio-cognitiva acerca de los atributos compartidos por un colectivo humano. Dos ideas clave subyacen en esta definición:*

- a) **la conceptualización de estereotipo**, en cuanto construcción subjetiva, incluye creencias, expectativas, atribuciones causales, lo que significa que los pensamientos estereotipados no suelen coincidir con la realidad. Más que espejos que reflejan con exactitud el mundo, los estereotipos son imágenes mentales de alta elaboración cognitiva, y
- b) **un estereotipo no suele estar compuesto por un único pensamiento o idea singular sino por un conjunto organizado de ideas** que se acoplan entre sí (Ashmore, Del Boca y Wohlers, 1986)".

Los estereotipos se aprenden, y por tanto se interiorizan, en procesos de interacción social, favoreciendo tanto la valoración del endogrupo como la justificación de las percepciones del exogrupo.

Es evidente que en el mantenimiento de las viejas definiciones sociales y en el establecimiento de las nuevas, las élites políticas, económicas e intelectuales desempeñan un papel fortísimo, a menudo no consciente (Saltzman, 1989). Si además tenemos en cuenta que durante largo tiempo -puede resultar exagerado decir siempre- las elites han sido abrumadoramente masculinas, no debe sorprendernos que muchas definiciones sociales sean androcéntricas.

La categorización cognitiva resultante de todo conocimiento estereotipado no se fundamenta en una correspondencia de atributos manifiestos, i.e. en el fenotipo, sino que, más bien, es un proceso de inferencia, de explicación que remite al nivel subyacente, el genotipo.

"Un rol es lo que el actor hace en su relación con otro, visto bajo el prisma de su significación funcional en un sistema social".

En cuanto a su legitimidad, los roles permiten confirmar expectativas y facilitan la adaptación del sujeto al medio en el que está inmerso, puesto que al ser funcionales responden a criterios de deseabilidad social.

Por último, fundamentándose en los conceptos anteriores se articula el concepto **Identidad de género**. Es el resultado de un proceso evolutivo por el que se interiorizan las expectativas y normas sociales relativas al dimorfismo sexual, y hace referencia al sentido psicológico del individuo de ser varón o mujer con los comportamientos sociales y psicológicos que la sociedad designa como masculinos o femeninos. En este proceso, que se adquiere en la primera infancia y tiene un valor de adaptación social, la influencia tanto de los modelos materno y paterno como de los roles sociales de los adultos próximos es importantísima, de tal forma que el aprendizaje de los roles de género interacciona con las conductas estereotipadas. La escuela será otro agente socializador importante en el auto-reconocimiento que cada sujeto realiza de su propia categoría de género. Ambas instituciones, familia y escuela, contribuyen a la adquisición, entre otros, de los patrones de valentía y protección en los niños, y de atracción y bondad en las niñas.

Aunque este proceso origina esquemas cognitivos que inciden en la génesis de la identidad individual, las diversas formas de interacción entre el aprendizaje de los roles y las conductas estereotipadas explicarán la variabilidad interindividual e intergrupala en este dominio.

Además la mayor o menor rigidez respecto a la prescripción social de género incidirá en su internalización.

A lo largo de este apartado se ha pretendido incidir de la complejidad de los procesos que intervienen en la construcción de la subjetividad. Los efectos que el sistema de creencias en torno a nuestra condición sexuada produce en la conformación de las identidades se ponen de manifiesto no solo en nuestro psiquismo sino también en el desarrollo de nuestras potencialidades y, en consecuencia, en nuestro bienestar psicológico y social.





2. Género y Salud

"Todo síntoma es, en lo esencial, un precipitado de significaciones referidas a diferentes dimensiones de la vida humana [...]: historia infantil, sufrimiento psíquico, conflictos intersubjetivos (pareja o familia), fracaso social, situaciones de desamparo, rupturas con la realidad consensual, y se presentan como las manifestaciones de un malestar que no se puede reducir a un determinismo absoluto, ya sea biológico, psíquico o socio-cultural. Los estudios epidemiológicos revelan un exceso de morbilidad -general y mental- femenina en la edad adulta [...], lo que pone de manifiesto la necesidad de reflexionar sobre esta situación." (Tubert, 2001).

2.1. CONFLICTOS DE ROL DE GÉNERO Y SALUD: LAS PROPUES- TAS DE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS).

Los modelos de género y las asimetrías de poder que subyacen a ellos producen efectos que se manifiestan en todas las dimensiones de la vida de los sujetos. Las ideas, representaciones, prácticas y prescripciones sociales, relativas a nuestra condición sexuada, constituyen los papeles de género que actúan como modelos que simbolizan y construyen el "deber ser" social de los hombres (lo masculino) y de las mujeres (lo femenino).

El género, como categoría de relación, conforma sistemas de pensamiento que limitan las acciones y estrategias personales. Esta ordenación social, que se transmite a través de las representaciones sociales, es un artilugio de la cultura que, además de operar en la dirección de la reproducción de la especie, actúa para establecer relaciones asimétricas de poder que definen las posibilidades de vida de cada grupo sexual y, en consecuencia, produce efectos psico-sociales y de salud. Como señala Lupton (1994) el género es un artefacto cultural que modela al sujeto.

La legitimación y jerarquía social del género tiene una enorme repercusión en el acceso a la individuación, al saber y al disfrute de los recursos de los que dispone una sociedad. En los sujetos, tanto la representación intrapsíquica como la representación social, que constituyen la subjetividad, se instalan en el cuerpo y es ahí donde se manifiestan los síntomas. Por ello, podemos afirmar que la vivencia de las propias experiencias -el modo de percibir el mundo y de resolver los conflictos y problemas- va a condicionar nuestras estrategias de afrontamiento, pues están en íntima relación con la interiorización del sistema de valores culturales y las normas sociales sobre cómo debemos ser, sentir y comportarnos las personas en función de nuestro sexo, y, en consecuencia, influirán en los posibles modos de enfermar (Martínez Benlloch y Bonilla, 2000; Mingote, 2001; Russo y Green, 1993; Unger y Crawford, 1996).

Billig (1987) considera que en la vida cotidiana mujeres y varones nos enfrentamos a menudo a "conflictos de rol" -expresión deudora del lengua-



je teatral, que apela al hecho de representar, al mismo tiempo, dos o más papeles-, conflictos que pueden afectar nuestra salud y cuya resolución va a depender de la flexibilidad o rigidez de nuestras identidades de género. A mayor rigidez en el desempeño de los roles de género más tensiones puede llegar a producir la distancia entre las idealizaciones y la realidad personal. Muchas mujeres se hacen cómplices con los modelos de género y pretenden ser perfectas madres y esposas; fustigan sus cuerpos para mantenerse siempre sexys, jóvenes, delgadas; sobrecargan su existencia pretendiendo ser capaces de todo y poder aguantarlo todo. Desempeños incompatibles e inalcanzables que, demasiado a menudo, producen contradicciones e insatisfacciones que se manifiestan con malestares inscritos en el cuerpo, por lo que para eludirlos bien se toman analgésicos, bien ansiolíticos.

Las asimetrías de género deben ser consideradas una de las fuentes explicativas de la diferente prevalencia de sintomatología clínica que muestran los informes de salud. Desde mediados del siglo XX, dos teóricos distantes en sus concepciones teóricas, Parsons (1954) al admitir que el rol femenino era un notable foco de tensiones inherentes a la propia estructura de nuestra sociedad y Freud (1930) al reconocer los efectos de la cultura en la construcción de la feminidad, están sugiriendo las repercusiones que los sistemas prescriptivos en torno a la diferencia sexual tienen en el psiquismo.

Asimismo, la OMS viene informando de la relación existente entre condiciones de vida y salud, pues existe evidencia de que los déficits en el desarrollo personal inciden en la percepción subjetiva de malestares que, a menudo, se somatizan. Tomar en consideración las condiciones de vida de mujeres y varones nos permite abordar una perspectiva rica en matices al analizar los indicadores epidemiológicos. Actualmente los estudios manifiestan una mayor auto-percepción de peor salud en las mujeres, hecho que constata la relación entre la biografía personal y determinados síntomas (Martínez Benlloch, 2004).

Cada vez es más evidente la necesidad de introducir nuevas perspectivas de estudio que permitan constatar los efectos que las relaciones asimétricas de poder producen en la salud, en el caso que nos ocupa, las diferencias entre los sexos. Desagregar los datos, según el sexo, en los estudios epistemológicos; visibilizar a las mujeres al detectar la morbilidad diferencial, más allá de la salud reproductiva; y analizar las prácticas clínicas desde una perspectiva no androcéntrica, aportará herramientas a fin de implementar una aproximación más justa y equitativa de la salud. Actualmente, gracias a la desagregación según el sexo, los estudios epidemiológicos aportan datos que, además de constatar una mayor morbilidad física y mental en las mujeres, desvelan la relación existente entre síntomas y roles de género y manifiestan los sesgos que subyacen a modelos teóricos y prácticas clínicas androcéntricos. Asimismo, investigaciones en ciencias sociales y feminismo, desarrolladas en las últimas décadas, han contribuido a transformar este campo de estudio al poner de manifiesto, como señala Carme Valls-Llobet (2003), que las condiciones de vida y de trabajo, las discriminaciones sociales y laborales, y la violencia contra las mujeres inciden, de manera relevante, en las diferentes formas de vivir y enfermar mujeres y varones.



En los seres humanos la diferencia anatómica se convierte en inferioridad, ya que las construcciones imaginarias que sostienen los papeles de género fundamentan conductas discriminatorias. La distinción patriarcal entre lógica de reproducción y lógica de producción -sus lógicas de la complementariedad y de la división sexual del trabajo-, ha contribuido significativamente a “naturalizar” las características adscritas socialmente a las diferencias sexuales, a fin de legitimar la discriminación. De ahí que a las interpretaciones culturales de nuestra condición sexuada se les otorgue reconocimiento de propiedades objetivas y este hecho produzca efectos en la subjetividad.

La vida cotidiana está llena de metáforas referidas a prescripciones y representaciones sociales que simbolizan la oposición varón/mujer, lo que constata la incidencia que el género tiene en todas las esferas de la vida social y en el orden de las representaciones, por ello, la percepción subjetiva al construir realidades objetivas apoyadas, con frecuencia, en ideas preconcebidas incide en las realidades estructuradas por esas ideas, de ahí que las prescripciones que nutren los estereotipos sexuales establezcan, en gran medida, los espacios y tiempos de vida de las personas. Los estereotipos nunca hablan del individuo sino que objetualizan al sujeto, homogeneizando y desdibujando toda subjetividad. Más que a un sujeto nos muestra un personaje, una mascarada. Estas mascaradas, en el ámbito de la salud, actúan bien haciendo invisibles las diferencias al extrapolar técnicas diagnósticas androcéntricas, bien construyendo las diferencias al utilizar etiquetas unificadoras, por ejemplo **“Unidad de atención a la mujer”**.

La OMS (1988) en el documento “Función de las mujeres en la asistencia sanitaria” plantea que el estereotipo femenino, construcción social caracterizada por la sumisión, pasividad, dependencia y emotividad..., está íntimamente relacionado no solo con la capacidad de las mujeres para cuidar a los demás, sino también con una mayor vulnerabilidad a la somatización. Los síntomas somáticos funcionales no definen ningún cuadro patológico concreto aunque están presentes en muchos trastornos orgánicos, es decir, como se afirma en el DSM-IV, los factores psicológicos afectan a la condición física y son relevantes tanto en la génesis como en el curso del trastorno. Estos trastornos somatoformes denotan un patrón de conducta de enfermedad en relación al modo en que son percibidas, evaluadas y representadas -tanto cognitiva como comportamentalmente- las manifestaciones somáticas. De ahí que reconocer la lógica que sostiene la relación entre somatización y género supone, entre otras cosas, desmontar esta condición doliente atribuida desde siempre a las mujeres. La violencia contra las mujeres, en sus múltiples manifestaciones, está a la base de las somatizaciones y problemáticas psicológicas, por ejemplo trastornos cardiovasculares, gastrointestinales, fibromialgia, depresiones, trastornos disociativos, etc.

Los roles familiares, la situación laboral y la clase social, en gran medida, contribuyen a explicar el porqué de estas diferencias y desigualdades (Rohlf, 2003), lo que supone admitir que éstas no pueden ser explicadas apelando únicamente a las diferencias biológicas sino que para estudiar los determinantes que pueden justificar esas diferencias y desigualdades se deben considerar factores sociales y psicológicos que afectan desigualmente a mujeres y varones. Izabella Rohlf, Carme Borrell y M.C Fonseca (2000) mantienen que la salud de varones y mujeres es diferente y desigual.



Diferente, ya que hay factores biológicos que se manifiestan de forma distinta en la salud y en los riesgos de enfermedad y, además, se muestran invisibles para los patrones androcéntricos de las ciencias de la salud. Desigual, porque hay factores sociales que influyen en la salud de las personas.

La OMS en la Declaración Mundial de Salud, de 1998, al abordar las estrategias a seguir para implementar programas de salud propuso incorporar los conceptos de equidad, solidaridad y justicia social y la perspectiva de género. Propuesta que implica una concepción de salud integral y compleja. Además, fue en marzo de 2002 cuando, finalmente, se formalizó la política de la OMS en materia de género. Como indica Isabel Yordi (2003:24) “el **mainstreaming**, el enfoque transversal de género, es una herramienta desarrollada por la OMS en el marco del Programa Europeo de Género y Salud que permite diseñar, implantar y realizar un seguimiento y evaluación de las políticas y programas para alcanzar la igualdad y la equidad de género”. Previo a esta declaración el documento de la OMS “**Mainstreaming, gender equito in health. Madrid Statement**” que compila las aportaciones de la reunión celebrada en Madrid, en septiembre de 2001, ya recogió la necesidad de considerar en las políticas de salud este enfoque.

La modernización social y de desarrollo económico de las últimas décadas, además de contribuir a que hayan desaparecido factores tradicionales de riesgo de amplio espectro, han impulsado un control de la morbilidad y mortalidad. La actual tesis de la “transición de la salud” postula una causalidad compleja que manifiesta el peso cambiante de los muchos factores de diversa índole que inciden en las condiciones de salud (Gil y Cabré, 1997). Nos propone un sujeto holístico en el que los fenómenos son policausales (los productos y los efectos son al mismo tiempo consecuencia y génesis de aquello que los produce), ya que en la salud se entretajan múltiples factores culturales, socio-económicos, biológicos, psicológicos y científicos. Supone implementar prácticas de salud que, con una mirada integral y compleja de nuestra condición de sujetos sexuados, contemplen los bienestar y malestares subjetivos.

2.2. EL MAL-ESTAR EN LAS MUJERES: DIFERENCIAS Y DESIGUALDADES EN SALUD

Al hablar de malestar psicológico hacemos alusión a la autopercepción de pensamientos, sentimientos y comportamientos que informan del estrés percibido, de sentimientos de desánimo y miedo. Se trata de una categoría que toma en consideración los sufrimientos psíquicos y emocionales producto de la experiencia vital. Este término rompe el binarismo salud-enfermedad al incorporar dimensiones significativas para los sujetos en el acto clínico, por lo que adquieren una significación relevante las dimensiones sociocultural e histórica. Como afirman Mabel Burin, Esther Moncarz y Susana Velazquez (1990) hablar del malestar de las mujeres implica asumir un posicionamiento teórico e ideológico que se pregunte por los efectos que produce el lugar históricamente construido para las mujeres y en cómo los roles de género acaban siendo factores de riesgo para la salud.

Las relaciones entre los sexos, y por tanto las posibilidades de vida, sobre-



todo, de las mujeres, han cambiado en íntima relación con las transformaciones socio-culturales, pero este hecho no ha supuesto alcanzar la igualdad real entre los sexos, sino que más bien han emergido nuevas prescripciones que construyen nuevas cargas y discriminaciones. Cuando las mujeres se incorporan al espacio socio-laboral y ponen de manifiesto que sus capacidades son como las de los varones, desde el imaginario cultural se las somete a un mito inalcanzable: la eterna juventud, delgadez, atractivo sexual, que, cual burka, las objetualiza.

Actualmente, a pesar de los cambios producidos, el mundo doméstico y familiar –espacio privilegiado de la circulación de los afectos, cuyo desarrollo concierne básicamente a relaciones que se dan en el ámbito del cuidado y la responsabilidad- continúa siendo, para una parte considerable de la población, patrimonio de las mujeres. Son ellas las que “deben pre-ocuparse” y satisfacer las necesidades de los demás, mantener el bienestar familiar, ocuparse de la salud de todos. Para alcanzar estos objetivos la vida de las mujeres esta sometida a sobre-cargas que exigen cumplir con su **“destino”** de amor y abnegación, mandatos que se representan solamente en su cara positiva. Además, parece que esta anulación subjetiva no es suficiente y las exigencias del rol femenino, centrado en la maternidad, abarca prácticamente todas las relaciones humanas y **“maternaliza”** todos los demás roles. Frente a estas exigencias conciliar vida familiar y laboral o continuar vinculada a posiciones de género fuertemente devaluadas produce sentimientos de culpabilidad ante las dificultades para responder al sacralizado mito de la maternidad y aunar satisfactoriamente espacios vitales antagónicos, pero ambos de interés para las mujeres. Los conflictos que estas realidades crean muchas veces se ocultan bajo las somatizaciones que aparecen en muchos síndromes clínicos.

La toma conciencia de que una entrega a los otros siempre está en detrimento de los propios intereses, necesidades y deseos y, además, carece de reconocimiento, produce en las mujeres una fuerte insatisfacción que las lleva a constatar un enorme vacío. Vacío que genera sentimientos de frustración que, necesariamente, influyen en el estado de ánimo (Comas, 1995; González de Chávez, 2001; Martínez Benlloch y Bonilla, 2000).

Una investigación coordinada por M. Ángeles Durán (1999), sobre los costes invisibles de la enfermedad, pone de manifiesto la magnitud de la contribución no monetarizada de las mujeres al sistema de salud de nuestro país. Asimismo, esta investigación constata que la enfermedad produce en las cuidadoras no remuneradas: pobreza, dependencia y, a menudo, riesgos de contagio y exclusión social, en definitiva lleva a muchas mujeres a pagar un alto precio personal.

Por su parte, el espacio público, el de la representación social en el que se inscriben los valores éticos universales, es por excelencia masculino.

Si tomamos en consideración los efectos de la estereotipia de género ¿puede extrañar la mayor prevalencia de angustia y depresión en las mujeres? A los interrogantes que plantean las diferencias y desigualdades entre los sexos en morbilidad y mortandad no se puede responder apelando únicamente a la distribución azarosa de los problemas de salud sino que necesariamente debemos contemplar la multicausalidad de los malestares. Asimismo, debemos tener en cuenta los sesgos de género que subyacen a



los modelos teóricos y las praxis sanitarias. Como señala Carme Valls (2000) los sesgos de género consisten en:

2.2.1. Extrapolar a la población general, es decir a las mujeres, los resultados de investigación realizada exclusivamente con hombres.

Este hecho implica asumir que los factores de riesgo y los protectores de la salud son los mismos para todos, sin embargo, partir de esta hipótesis comporta invisibilizar la morbilidad y mortalidad diferencial (Bennett, 1993; Burin et al, 1990; González de Chavez, 2001. La ausencia de diagnósticos específicos para muchos problemas de salud hace que muchas mujeres se agrupen en el diagnóstico "síntomas y signos no específicos (Harlow et al, 1999; Mingote, 2001, Valls, 2000). Se constata un trato diferencial al cumplimentar los protocolos clínicos y proponer tratamientos. Muchos estudios evidencian que a pesar de ser la enfermedad coronaria la primera causa de muerte en las mujeres, por encima del cáncer de mama (Valls, 2000), a menudo no es detectada pues los factores de riesgo son diferentes a los de los varones, cambian a lo largo del ciclo vital y cursan con distinta sintomatología (Burke et al, 1998; Manson et al, 1990; Marrugat et al, 1998; Ray, 1998)

2.2.2. Hombres y Mujeres enferman de manera diferente.

Esta convicción diferencial, a pesar de las revisiones meta-analíticas que muestran su inconsistencia, asume que la salud de las mujeres se focaliza en la salud reproductiva. El peso de esta creencia es tan grande que un considerable número de 'problemas de las mujeres' se derivan de atención primaria o desde las especialidades médicas a las 'unidades de atención a la mujer' (Valls, 2000). Otro tipo de síntomas no es tomado en consideración, por lo que, ante las reiteradas demandas de atención médica, se prescriben analgésicos o ansiolíticos, con lo que se psicologiza y medicaliza la demanda de atención sanitaria. Existe evidencia de la prescripción de altas dosis de tranquilizantes como práctica habitual, incluso sin que se haya realizado ninguna exploración previa (Ashton, 1991).

2.2.3. Enfoque clínico, fundamentalmente, biomédico y farmacológico.

Todo malestar debe formar parte de un diagnóstico clínico, de ahí que la queja se patologiza. A modo de ejemplo tenemos la menopausia, aunque no es una enfermedad sino un cambio fisiológico ligado a un proceso biológico de envejecimiento, frecuentemente se medicaliza. Aunque algunas mujeres pueden referir estados de malestar, se generaliza éste, como resultado de los intereses de la industria farmacéutica, y se medicaliza a muchas mujeres. Bernis (2001) afirma que la investigación recientemente ha supuesto una considerable mejora en el conocimiento del proceso 'normal' de este envejecimiento reproductor, y contribuido a cambiar su comprensión y, en gran medida, tomar distancia de la terapia hormonal (Bromberger et al, 1997; Mckinlay et al, 1992; Sanchez-Cánovas, 1996). Algunos mal-estares asociados al síndrome menopaúsico son debidos a otras causas, concretamente muchos síntomas depresivos y comportamentales se deben a sucesos vitales y atribuciones sociales síntomas depresivos y comportamentales son resultado de sucesos vitales y que coinciden con la transición menopaúsica (Bernis et al, 1998; Burin et al, 1996; Dio Bleichmar, 1991; Wilbur et



al, 1995; WHO, 1998.

Además, la falta de un espacio de escucha, en el que se pueda significar la queja, implica ejercer violencia institucional.

Respecto a la salud mental, el DSM-IV recoge los síntomas dependientes de la cultura, la edad y el sexo, se aporta una radiografía acerca de la salud mental de las mujeres. Una lectura desde la perspectiva de género de la información, permite poner de manifiesto la relación que existe entre rol de género y sintomatología.

En los trastornos relacionados con la 'ingesta de sustancias', la dependencia y el abuso de bebidas alcohólicas, de los alucinógenos y de los opiáceos, es mayor en varones que en mujeres, mientras que la relación es inversa en el consumo de sedantes y ansiolíticos. Las conductas asociadas con el consumo de los estupefacientes son: accidentes, violencia, apatía y deterioro de la actividad laboral y social, en tanto que el consumo abusivo de ansiolíticos puede asociarse con depresión, labilidad emocional, sentimientos de tristeza y soledad, atribución de incapacidad, etc. El mayor consumo de psicofármacos por las mujeres puede ser una fuente de autorregulación de los elementos exógenos con la finalidad de reducir el malestar (Burin et al, 1990). Dado que las conductas de trasgresión están proscritas en las mujeres, el consumo de fármacos, que actúa como estrategia de afrontamiento de evitación, no las estigmatiza socialmente creándoles sentimientos de vergüenza, culpabilidad y degradación personal.

Al analizar los 'trastornos del estado de ánimo' se observa que la depresión aparece con doble frecuencia en mujeres que en varones. La depresión constituye un problema de salud pública porque, frecuentemente, presenta co-morbilidad con trastornos somatoformes, básicamente: cardiacos, gastrointestinales, fibromialgia. Como es sabido, los componentes de inferioridad social: desamparo legal o económico, dependencia emocional, autoestima devaluada, obediencia, dulzura y complacencia, están a la base de los síntomas depresivos (Beck, 1972; Dio Bleichmar, 1991; Mingote, 2000; Seligman, 1975), y las características descritas forman parte de la estereotipia femenina. La educación sentimental de las mujeres (el amor es lo más importante en la vida) construida en torno al mito del "ángel del hogar" genera miedos, angustias, inseguridades ante la posibilidad de su pérdida. La femineidad estereotipada otorga un valor vicario a las mujeres: se tiene valor en la medida que lo tienen los otros, fundamentalmente el marido. Este hecho coloca a las mujeres en una posición de subordinación que genera una baja autoestima y falta de reconocimiento. Las dificultades e incapacidad de alcanzar los mandatos de género: "ideal maternal" e "ideal de belleza y eterna juventud" se vive como un déficit personal que genera insatisfacciones y, en consecuencia, produce negativos efectos subjetivos. Además, las dificultades para cambiar estas idealizaciones culturales y transformar condiciones de vida opresoras, puede llevar a muchas mujeres a estados de desesperanza que las aboca a la depresión.

La prevalencia de los 'trastornos de ansiedad' también es mayor en las mujeres. Los trastornos de angustia, de ansiedad generalizada y la agorafobia, así como los distintos tipos de fobia -excepto la social-, se manifiestan significativamente en mujeres y se asocian tanto con los trastornos somatoformes como con la violencia contra las mujeres. Asimismo, también se manifiestan con más frecuencia los 'trastornos de la conducta alimenta-



ria' -tanto la anorexia como la bulimia nerviosa-. Respecto a los trastornos alimentarios, los criterios estéticos de belleza, al alcanzar estatuto de propuesta cultural idealizada, se transforman en valores éticos –controlar el propio cuerpo informa de un alto autocontrol- y alteran tanto la percepción como el reconocimiento del propio cuerpo. (Martínez Benlloch et al, 2001). Se observa, pues, una persistente relación entre los modelos de género y los síntomas asociados a ciertos trastornos mentales. Síntomas relacionados con miedo, angustia, inseguridad, falta de asertividad, dependencia, estrés, vinculados con la feminidad, muestran una mayor prevalencia en las mujeres, y lamentablemente en las mujeres que sufren violencia de género. Por el contrario, el miedo al fracaso social, más acorde con la socialización masculina, es prevalente en los hombres.

3. Reflexiones y Propuestas:

La prevalencia diferencial de los trastornos psicológicos nos lleva a investigar diagnósticos diferenciales más rigurosos que tomen en consideración el peso de la cultura en la construcción de la subjetividad. Defender la necesidad de trabajar con diagnósticos diferenciales no implica naturalizar la diferencia y defender un enfermar desigual, más bien supone tomar en consideración las condiciones de vida y los factores de riesgo diferentes que afectan a varones y mujeres. Son necesarias aproximaciones que consideren el abanico de discriminaciones que sufren muchos sujetos, fundamentalmente las mujeres, e incorporen al análisis los efectos que producen: la pobreza, la falta de recursos culturales, la violencia, la devaluación social, etc.

En las últimas décadas, las ciencias de la salud han evolucionado en la dirección de visibilizar algunos problemas de salud de las mujeres. Desagregar por sexo los datos de las investigaciones ha permitido evidenciar no sólo la prevalencia de determinadas enfermedades en las mujeres, sino su etiología, manifestaciones y decurso. No obstante queda muchísimo trabajo por hacer. Disponer de información rigurosa desagregada permite poner las bases para la construcción de indicadores de género en salud, pues varones y mujeres no siempre comparten ni los factores de riesgo ni los factores protectores para la salud (Prior, 1997). Además, otro campo de futuro trabajo, a fin de obtener indicadores, es el de la conducta que los profesionales de la salud tienen en la detección y diagnóstico de la enfermedad y en su tratamiento. A menudo, los chequeos que se realizan en medicina preventiva están sesgados porque detectan sólo la morbilidad prevalente en el sexo masculino, ya que es éste el parámetro al uso (Ayanian y Epstein, 1991; Schwartz, 1997; Marrugat et al, 1998; Valls, 2000).

La mayor prevalencia entre las mujeres de dolencias cardíacas, oseo-musculares, gastrointestinales, somatoformes, depresivas, trastornos alimentarios: anorexia, bulimia y las nuevas formas de disciplinamiento del cuerpo, fibromialgia, ante las huellas de la violencia y, un etcétera demasiado largo, es imprescindible implementar políticas que aborden la salud y la enfermedad superando los sesgos de género que actualmente se dan en este



campo. Debemos postular nuevas hipótesis de trabajo que tomen en consideración, entre otras, las relaciones entre terapia estrogénica y enfermedad cardiovascular, los efectos de la terapia sustitutiva, las consecuencias de la medicalización de los malestares (uso de analgésicos, ansiolíticos y antidepresivos), las implicaciones de los ideales culturales en la valoración del propio cuerpo, el enigma de la fibromialgia, las huellas físicas y psíquicas del acoso y la violencia de género. También es imprescindible investigar la iatrogenia producida por los sistemas de salud y, fundamentalmente, la conducta del personal sanitario (McKinlay, 1996).

Además, para contribuir a la ruptura de sesgos androcéntricos en este ámbito de estudio, la profesora Valls (2000), siguiendo las recomendaciones de Ruiz y Verbrugge (1997), propone:

1) Democratizar la producción del conocimiento. La investigación en salud debe considerar sujetos experimentales tanto a los varones como a las mujeres.

2) Los diseños de investigación además de las diferencias biológicas entre los sexos, deben considerar también las posiciones y funciones sociales que desempeñan cada uno de los sexos.

3) Para alcanzar mejores diagnósticos se deben considerar las condiciones de vida familiar y laboral. La capacidad de escucha de las demandas, en la práctica clínica, además de permitir indagar los condicionantes vitales que inciden en el malestar de las mujeres, permitiría detectar las formas específicas de manifestarse las dolencias y las variables comunes para ambos sexos.

4) El sexo es una variable demográfica, de control, y el género debe considerarse una variable relacional analítica.

5) Deben implementarse diseños innovadores que permitan detectar las actitudes del personal sanitario a fin de evitar desigualdades en la práctica clínica

CONCEPTOS FUNDAMENTALES EN TORNO AL TEMA SALUD Y GÉNERO

Al finalizar el estudio de este tema, conviene que se recuerden como ideas esenciales de los contenidos y su relación más específica con la aplicación de la perspectiva de género los siguientes puntos:

Que en el presente, los Estudios de Género en la disciplina psicológica analizan la construcción socio-cultural del género, su función simbólica y las representaciones sociales que origina, teniendo como objeto de estudio tanto los efectos producidos en las variables psicológicas por las desigualdades generadas por el orden social patriarcal, como el desvelamiento de las relaciones de poder y opresión que subyacen a él.

Los estudios de género analizan en la actualidad las implicaciones psicológicas derivadas de las complejas relaciones que se articulan en el trípole: diferencia, desigualdad y opresión, así como la tendencia a 'naturalizar' ideológicamente la desigualdad social.

Se hace necesario reconocer que, aun cuando todos los conceptos relacionados con la diferencia entre los sexos mantienen una fuerte interrelación, no permiten establecer inferencias fijas, puesto que el sexo no es una esencia (lo muestra el transexualismo) sino una contingencia, y el género, una construcción social.



Conviene señalar que a lo largo de la historia, tanto en la mitología como en la vida cotidiana, el carácter normativo de lo masculino ha constituido el tema dominante, convirtiéndose, por ello, la diferencia en desigualdad social y política. A este monopolio masculino, desde la disciplina antropológica (Del Valle, 1993; Stolcke, 1992), se le ha denominado 'complejo de supremacía masculina', supremacía injustificada puesto que, conceptualmente, las diferencias, cualesquiera que sean, no implican desigualdad, i.e. que dos categorías difieran no implica lógicamente que una de ellas sea más valiosa.

Los estereotipos se aprenden, y por tanto se interiorizan, en procesos de interacción social, favoreciendo tanto la valoración del endogrupo como la justificación de las percepciones del exogrupo. Si además tenemos en cuenta que durante largo tiempo -puede resultar exagerado decir siempre- las elites han sido abrumadoramente masculinas, no debe sorprendernos que muchas definiciones sociales sean androcéntricas.

Hay que poner de manifiesto la necesidad de introducir nuevas perspectivas de estudio que permitan constatar los efectos que las relaciones asimétricas de poder entre los sexos producen en la salud y, concretamente, explicitar que las condiciones de vida inciden en el bienestar o malestar personal.

Los efectos que producen las asimetrías de género inciden tanto en la salud física como en la prevalencia diferencial de los trastornos psicológicos.

En el documento "Función de las mujeres en la asistencia sanitaria", publicado por la OMS en 1988, se vincula el estereotipo femenino, caracterizado, a consecuencia de la socialización, por la sumisión, pasividad, dependencia y emotividad, con la capacidad de las mujeres para cuidar a los demás.

Asimismo, se constata que la enfermedad produce en las cuidadoras no remuneradas: pobreza, dependencia y, a menudo, riesgos de contagio y exclusión social. Esto supone que la dedicación en exclusiva a los otros lleva a muchas mujeres a pagar un alto precio personal.

Como afirman Mabel Burín, Esther Moncarz y Susana Velázquez (1990) hablar del malestar de las mujeres implica adoptar un posicionamiento teórico e ideológico que se pregunte por los efectos que produce el lugar históricamente construido para las mujeres y en cómo los modelos de socialización, los roles familiares, las obligaciones, las posibilidades de expectativa laboral, etc. producen situaciones de sobrecarga física y emocional que acaban siendo factores de riesgo para la salud.

Urge obtener diagnósticos diferenciales más rigurosos que tomen en consideración el peso de la cultura en la construcción de la subjetividad y sus efectos.

Si queremos contribuir a la ruptura de sesgos androcéntricos en el ámbito de estudio de la salud hay que plantear, como propone Carme Valls-Llobet, que tanto la investigación como la práctica clínica tengan en cuenta:



analizar los problemas de salud que produce el estrés laboral, el acoso sexual, el acoso moral, el techo de cristal que sufren las mujeres; visibilizar la violencia que se oculta tras la privacidad y las paredes domésticas y reconocer que las quejas de las mujeres, a menudo, actúan de punta de iceberg de un 'magma' patológico familiar.

AMPLIACIÓN DE CONOCIMIENTOS

Enlaces a páginas Web

http://perso.wanadoo.es/aniorte_nic/apunt_sociolog_salud_5.htm

<http://www.who.int/topics/gender/es/>

<http://www.disaster-info.net/desplazados/indextematico.cfm?tema=7>

<http://www.e-leusis.net/Salud/salud.asp>

<http://www.msc.es/ciudadanos/proteccionSalud/mujeres/generoSalud/declaMadrid.htm>

<http://www.caps.pangea.org>

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abelson, R. P. (1981). Psychological status of the script concept. *American Psychologist*, 36, 7, 715-729.
- Acker, S. (1994). *Gendered Education*. Buckingham: Open University Press. Traduc. castellana. Madrid: Narcea. 1995.
- Amancio, L. (1997). The importance of being male: Ideology and context in gender identities. *Revue Internationale de Psychologie Sociale*, 2, 79-94.
- Amorós, C. (1985). *Hacia una crítica de la razón patriarcal*. Barcelona: Anthropos.
- Amorós, C. (1987). Espacio de los iguales, espacio de las idénticas. *Notas sobre poder y principio de individuación*. *Arbor*, nov-dic, 113-121.
- Ashmore, R. D., y Del Boca, F. K. (1981). Conceptual approaches to stereotypes and stereotyping. En D. Hamilton. (Ed.), *Cognitive processes in stereotyping and intergroup behavior*. New Jersey: Erlbaum.
- Ashton, H. (1991). Psychotropic-drug prescribing for women. *Brit Journal Psychiatry*, 10, 30-35.
- Ayanian, J.Z., & Epstein, M.A. (1991). Differences in the use of procedures between women and men hospitalized for coronary heart disease. *New England Journal Medicine*, 325(4), 221-225
- Bakan, D. (1966). *The duality of human existence: An essay on psychology and religion*. Chicago: Rand McNally.
- Barberá, E. (1998). *Psicología del género*. Barcelona: Ariel.
- Beck, A.T. (1972). *Depression: Causes and treatment*. Filadelfia: Pennsylvania University Press.
- Bem, S.L. (1993). *The lenses of gender: Transforming the debate and sexual inequality*. New Haven: Yale University Press.
- Benhabib, S. (1992). Debate sobre el desarrollo moral en las mujeres. *Isegoría*, 8, 37-56.
- Benhabib, S., y Cornell, D. (1990) El otro generalizado y el otro concreto, la controversia Kohlberg-Gilligan y la teoría feminista. En S. Benhabib y D. Cornell (Coords.), *Teoría feminista y teoría crítica* (pp. 119-149). Valencia: Alfons El Magnànim. (Edición inglesa, 1987).
- Benjamin, J. (1988). *The bonds of love*. New York: Pantheon Books. Traduc. castellana. Barcelona: Paidós. 1996.
- Bennett, J.C. (1993). Inclusion of women in clinical trials-policies for population subgroups. *New England Journal Medicine*, 329(4), 288-292.
- Bernis, C. (2001). Ecología del envejecimiento reproductor. En C. Bernis., R. López., Prado, C., & Sebastián, J. *Salud y Género. La salud de la mujer en el umbral del siglo XXI* (pp. 129-143). Madrid: Ediciones de la Universidad Autónoma de Madrid
- Bernis, C., Varea, C., Arias, S., Montero, P., Barroso, A., & González, B. (1998). Parámetros óseos, capacidades funcionales y prevalencia de problemas osteomusculares en mujeres españolas de 45 a 65 años. *Antropología Portuguesa*, 15, 123-139.



- Berry, J. W., Poortinga, Y. P., Segall, M. H., y Dasen, P. R. (1994). *Cross-cultural psychology. Research and Applications*. Cambridge: University Press. Reprinted.
- Best, D. L., y Williams, J. E. (1993). A cross-cultural viewpoint. En A. E. Beall, & R. J. Sternberg. (Eds.), *The psychology of gender*. (pp. 215-248). New York: Guilford Press.
- Billig, M. (1987). *Arguing and thinking. A rhetorical approach to social psychology*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Bohan, J. S. (1993). Regarding gender: Essentialism, constructionism and feminist psychology. *Psychology of Women Quarterly*, 17, 5-22.
- Bordo, S. (1989). The body and the reproduction of femininity. En A. Jaggar y S. Bordo, (Eds.), *Gender, body, knowledge*. (pp. 13-14). New Brunswick, NJ: Rutgers University Press.
- Brennan, T. (1989). *Between Feminism and Psychoanalysis*. London-New York: Routledge.
- Bridges, J.S. (1989). Sex differences in occupational values. *Sex Roles*, 20, 205-211.
- Bromberger, J.T., Matthews, K.A., Kuller, L.H., Wing, R.R., Meilahn, E.N., & Plantinga, P. (1997). Prospective study of determinants of menopause. *American Journal of Epidemiology*, 145(2), 124-133.
- Burin, M. (1996). Género y psicoanálisis: subjetividades femeninas vulnerables. En M. Burin, & E. Dio Bleichmar. (Comp.), *Genero, Psicoanálisis, Subjetividad*. (pp. 61-99). Buenos Aires: Paidós.
- Burin, M., Moncarz, E., & Velazquez, S. (1990). *El malestar de las mujeres. La tranquilidad recetada*. Buenos Aires: Paidós.
- Burke, A.P., Farb, A., Malcom, G.T., Liang., Smialek, J., & Vimani, R. (1998). Effect of risk factors on the mechanisms of acute thrombosis and sudden coronary death in women. *Circulation*, 97, 2110-2116.
- Butler, J. (1990). *Gender Trouble. Feminism and the subversion of identity*. New York: Routledge.
- Butler, J. (1992). *Feminismo/Postmodernismo*. Buenos Aires: Feminaria.
- Butler, J. (1997). *Le corps décentré. Spirale*, mayo-junio.
- Butler, J. (2001). *Los mecanismos psíquicos del poder. Teoría sobre la sujeción*. Madrid: Cátedra. (Edición inglesa, 1997).
- Comas d' Argemir, D. (1995). *Trabajo, género y cultura. La construcción de desigualdades entre hombres y mujeres*. Barcelona: Icaria.
- Crawford, M. (1995). *Talking difference. On gender and language*. London: Sage.
- Curry, C., Trew, K., Turner, I., y Hunter, J. (1994). The effect of life domains on girl's possible selves. *Adolescence*, 29, 133-150.
- Deaux, K., Reid, A., Mizrahi, K., y Ethier, E. (1995). Parameters of social identity. *Journal of Personality and Social Psychology*, 68, 280-291.
- Deaux, K., y Kite, M. (1993). Gender stereotypes. En F. L. Denmark, & M. A. Paludi. (Eds.), *Psychology of women: A handbook of issues and theories*. (pp. 107-139). Westport, CT: Greenwood Press.
- Deaux, K., y Major, B. (1987). Putting gender into context: An interactive model of gender-related behavior. *Psychological Bulletin*, 85, 85-116.
- Dio Bleichmar, E. (1991). *La depresión en la mujer*. Madrid: Temas de Hoy.
- DSM-IV (1995). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson.
- Durán, M. A. (1999). *Los costes invisibles de la enfermedad*. Madrid: Fundación BBV.
- Eagly, A. H., y Dieleman, A. B. (1997). The Accuracy of Gender Stereotypes: A Dilemma for Feminism. *Revue Internationale de Psychologie Sociale*, 2, 11-30.
- Epstein, C. F. (1988). *Deceptive Distinctions. Sex, gender and the social order*. New Haven: Yale University Press.
- Etaugh, C., y Liss, M.B. (1992). Home, school and playroom: training grounds for adult gender roles. *Sex Roles*, 26, 129-147.
- Faure-Oppenheimer, A. (1980). *La elección de sexo. A propósito de las teorías de Stoller*. Madrid: Akal. 1986
- Fausto-Sterling, A. (1985). *Myths of gender: Biological theories about women and men*. New York: Basic Books.
- Flax, J. (1990). *Thinking Fragments: Psychoanalysis, Feminism and Postmodernism in the Contemporary West*. California. University of California Press. Traduc. castellana. Madrid: Cátedra. 1994.
- Frale, D. E. S. (1997). Gender, Racial, Ethnic, Sexual, and Class Identities. *Annual Review Psychology*, 48, 139-162.
- Frankenhaeuser, M., Lundberg, U., y Chesney, M. (1991). *Women, work and health. Stress and Opportunities*. New Cork: Plenum Press.
- Freud, S. (1930). *El malestar en la cultura*. En S. Freud: *Obras Completas* (pp. 3017-3067). Madrid: Biblioteca Nueva. 1974.
- Gil, F., y Cabré, A. (1997). En crecimiento natural de la población española y sus determinantes. En R. Puyol (Ed.), *Dinámica de la población en España. Cambios demográficos en el último cuarto del siglo XX* (pp. 47-144). Madrid: Pirámide
- González de Chávez, A. (2001). El ideal maternal y el sufrimiento psicosomático en las mujeres. En AAVV: *II Jornadas de Salud mental y género* (pp. 31-44). Madrid: Instituto de la Mujer. Serie Debate, 32.
- Grimmell, D., y Stern, G. (1992). The relationship between gender role ideals and psychological well-being. *Sex Roles*, 27, 9-10.
- Habermas, J. (1976). *La reconstrucción del materialismo histórico*. Madrid: Taurus. (1981).
- Hare-Mustin, R. T., y Marecek J. (1990). *Making a difference. Psychology and the construction of gender*. New Haven-Londres: Yale University Press. Traduc. castellana. Barcelona: Herder. 1994.
- Harlow, S.D., Bainbridge, K., Howard, D., Myntti, C., Potter, L., Sussman, N., Van Olphen, J., Williamson, N., & Young, E. (1999). Methods and measures: Emerging Strategies in women's health research. *Journal Women Health*, 8(2), 139-147.
- Jordanova, L. (1989). *Sexual Visions: Images of gender in science and medicine between the 18th and 20th centuries*. Madison: University of Wisconsin Press.



- Keenan, J. M., y Baillet, S. D. (1980). Memory for personality and socially significant events. En R. S. Nickerson (Ed.), *Attention and Performance*. vol.8. Hillsdale. New Jersey: LEA.
- Kihlstrom, J. F., y Cantor, N. (1984). Mental representations of the self. En L. Berkowitz. (Ed.), *Advances in Experimental and Social Psychology*, Vol. 21. New York: Academic Press.
- Koestner, A., y Aube, J. (1995). *The ghost in the machine*. London: Hutchinson and Company.
- Kristeva, J. (1989). *Black Sun: Depression and Melancholia*. New York: Columbia University Press.
- Lagarde, M. (1996). *Género y Feminismo. Desarrollo Humano y Democracia*. Madrid: Horas y Horas.
- Lagarde, M. (1998). *Identidad genérica y feminismo*. Sevilla. Instituto Andaluz de la Mujer.
- Laqueur, T. (1990). *Making Sex. Body and Gender from the greeks to Freud*. Harvard: Harvard University Press. Trad. Castellana. Madrid: Cátedra. 1994.
- Levinton, N. (2001). El superyó femenino. En AAVV: *II Jornadas de Salud Mental y Género* (45-58). Madrid: Instituto de la Mujer. Serie Debate, 32.
- Lorber, J. (1994). *Paradoxes of gender*. N. Haven: Yale University Press.
- Lorenzi-Cioldi, F. (1988). *Individus dominants et groupes dominés*. Grenoble: Presses Universitaires de Grenoble.
- Lorenzi-Cioldi, F. (1993). Après les genres: L' androgynie. *Revista de Psicología Social*, 8, 2, 153-162.
- Lorenzi-Cioldi, F. (1994). *Les androgynes*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Lorenzi-Cioldi, F. (1997). Professions au masculin et au féminin: un moyen terme entre le masculin et le féminin. *Revue Internationale de Psychologie Sociale*, 2, 135-152.
- Lott, B. (1990). Naturalezas duales o conducta aprendida: El desafío de la psicología feminista. En R. T. Hare-Mustin, y J. Marecek (Eds.), *Marcar la diferencia. Psicología y construcción de los sexos*. (pp. 87-128). Barcelona: Herder. 1994.
- Marrugat, J., Gil, M., Masia, R., Sala, J., Elosua, R., y Antón M. (2001). Role of age and sex in short-term and long term mortality after a first Q wave myocardial infarction. *Journal Epidemiol Community Health*, 55, 487-493.
- Marrugat, J., Sala, J., Masia, R., Pavesi, M., Sanz, G., Valle, V., Molina, L., Seres, L., & Elosua, R. (1998). Mortality differences between men and women following first myocardial infarction. *JAMA*, 280(6), 1405-1409.
- Martínez Benlloch, I (2004). Diferencia sexual y salud: Un análisis desde las políticas de igualdad de género. En E. Barberá e I. Martínez Benlloch. *Psicología y Género* (pp 295- 323). Madrid: Pearson. Educación
- Martínez Benlloch, I. (1993). Acerca de la construcción psicosocial de los roles de género. En N. Campillo, & E. Barberá. (Comp.), *Reflexión multidisciplinar sobre la discriminación sexual*. (pp. 257-264). Valencia: Nau-llibres.
- Martínez Benlloch, I., Pastor, R., Bonilla, A., Tubert, S., Dio Bleichmar, E., y Santamarina, C. (2001). *Género, desarrollo psico-social y trastornos de la imagen corporal*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos sociales. Instituto de Estudios de la Mujer. Colección Estudios, 71.
- Martínez Benlloch., & Bonilla, A. (2000). *Sistema sexo/género, identidades y construcción de la subjetividad*. Valencia: Universitat de València.
- Matsumoto, D. (1996). *Culture and Psychology*. Pacific Grove: Brooks/Cole Publishing Company.
- McAdams, D. (1995). What do we know when we know a person? *Journal of Personality*, 63, 365-396.
- McCreary, D. R. (1994). The male role and avoiding femininity. *Sex Roles*, 31, 9/10, 517-531.
- McKinlay, J.B (1996). Some contribution from the social system to gender inequalities in health disorders. *Journal Health Behavior*, 37, 1-26.
- Mckinlay, S.M., Brambilla, D.J., & Posner, J.G. (1992). The 'normal' menopause transition. *American Journal of Human Biology*, 4, 37-46.
- Mingote, J.C. (2000). Semejanzas y diferencias entre hombres y mujeres. En AAVV: *Salud mental y género. Aspectos psicosociales diferenciales en la salud de las mujeres* (pp. 36-49). Madrid: Instituto de la Mujer. Serie Debate, 29.
- Mingote, J.C. (2001). La medicina psicosomática desde una perspectiva de género. En AAVV: *II Jornadas de Salud Mental y Género* (pp. 31-44). Madrid: Instituto de la Mujer. Serie Debate, 32.
- Money, J., y Ehrhardt, A. (1972). *Man and woman: boy and girl*. Baltimore: J. Hopkins. University Press.
- Morawski, J. G. (1990). Hacia lo no imaginado: feminismo y epistemología en psicología. En R. T. Hare-Mustin, & J. Marecek. (Eds.), *Marcar la diferencia. Psicología y construcción de los sexos*. (pp. 181-218). Barcelona: Herder. 1994.
- Nicholson, L. J. (1990). *Feminism/postmodernism*. New York: Routledge.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (1998). *Violencia contra la mujer*. En: <http://www.who.int/frh-whd/VAW/infopack/Spanish/violencia-infopack.htm>
- Parsons, T. (1951). *The social system*. N.York: Free Press.
- Parsons, T. (1954). *Essays in sociological theory*. Glencoe: Free Press.
- Parsons, T., y Bales, R. F. (1955). *Family, socialization and interaction process*. New York: Free Press.género. (pp. 253-267). Madrid: Pirámide.
- Pastor, R. (1998). Asimetría genérica y representaciones del género. En J. Fernández. (Coord.), *Genero y Sociedad*. (pp. 207-236). Madrid: Pirámide.
- Prior, J. (1997). El estrés cultural suprime la ovulación. Riesgos para la osteoporosis. En AAVV: *Mujeres, Trabajo, Salud* (pp. 47-56). Madrid: Instituto de la Mujer. Serie Debate, 20.
- Ray, J.G. (1998). Meta-análisis of hyperhomocysteinemia as a risk factor venous thromboembolic disease. *Arch Intern Med*, 26, 158(19), 2101-2010.
- Rogers, T. B. (1981). A model of the self as an aspect of the human information processing system. En J. F. Kihlstrom, y N. Cantor. (Eds.), *Personality, Cognition and Social Interaction*. Hinsdale. New Jersey: LEA.
- Rohlf, I. (2003). *Género y salud: Diferencias y desigualdades*. QUARK Ciencia, Medicina, Comunicación y Cultura, 27, 36-40.



- Rohlf, I., Borrell, C., y Fonseca, M. C. (2000). Género, desigualdades y salud pública: conocimientos y desconocimientos. *Gaceta Sanitaria*, 14, 60-71.
- Rosenkrantz, P., Vogel, S. R., Bee, H., Broverman, I. K., y Broverman, D. M. (1968). Sex-role stereotypes and self-concepts in college students *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 32, 287-295.
- Rothbart, M. y Taylor, M. (1993). Category labels and social reality: Do we view social categories as natural kinds? En G. Semin, & K. Fiedler. (Eds.), *Language, interaction and social cognition*. London: Sage
- Rubin, G. (1975). *The traffic in women: Notes on the "Political Economy" of sex*. En R. Reiter. (Ed.), *Toward an Anthropology of Women*. New York: Monthly Review Press.
- Ruiz, M.T., y Verbrugge, L.M. (1997). A two way view of gender bias in medicine. *Journal-Epidemiology-Community-Health*, 51, 106-109.
- Russo, N.F., y Green, B.L. (1993). Women and Mental Health En F.L.Denmark G & M.A. Paludi (Eds.), *Psychology of women* (pp. 379-436). Westwood: Greenwood Press.
- Saal, F. (1981). Algunas consecuencias políticas de la diferencia psíquica de los sexos. En M. Lamas, y F. Saal. (Eds.), *La bella (in)diferencia*. (pp. 10-34). México: Siglo XXI. 1991.
- Saltzman, J. (1989). *Gender Equity. An Integrated Theory of Stability and Change*. Sage, Publications. Traduc. castellana. Madrid: Cátedra.1992.
- Sampson, E. (1993). Identity politics: Challenges to psychology's understanding. *American Psychological*, 48, 1219-1230.
- Sanchez-Cánovas, J. (Coord.). (1996). *Menopausia y salud*. Barcelona: Ariel
- Schwartz, S.M. (1997). Myocardial infarction in young women in relation to plasma total homocysteine, folate, and a common variant in the methylenetetrahydrofolate reductase gene. *Circulation*, 15,95(2), 412-417.
- Scott, J. W. (1996). *A Feminist and History*. Oxford: Oxford University Press. Reading in Feminism.
- Seligman, M.E.P. (1975). Helplessness on depression. *Developmental and death*. San Francisco: Freeman.
- Shaver, P., y Hendrick, C. (1987). Review of personality and social psychology: Vol 7. Sex and Gender. Beverly Hills: Sage Newbury Park. C.A.
- Squire, C. (1989). *Significant Differences: Feminism in psychology*. London: Routledge.
- Stolcke, V. (1992). ¿Es el sexo para el género como la raza para la etnicidad? *Mientras Tanto*, 48, 87-111.
- Stoller, R. (1968). *Sex and Gender*. Vol 1. New York: Jason Aronson.
- Stoller, R. (1975a). *Sex and Gender*. Vol 2. New York: Jason Aronson.
- Stoller, R. (1975b). *The transsexual experiment*. London: Hogarth Press.
- Terman, L. M., y Miles, C. C. (1936). *Sex and personality: Studies in masculinity and femininity*. New York: McGraw-Hill.
- Therborn, G. (1980). *The ideology of power and the power of ideology*. London: Verso Editions and NLB. Traduc. castellana. Madrid: Siglo XXI. 1987.
- Travis, C. (1993). *Women and Health*. En F. L. Denmark., & M. A. Paludi. (Eds.), *Psychology of Women. A handbook of issues and theories*. (pp.283-323). London: Grenwood Press.
- Trickett, E., Watts, R., y Birman, D. (1994). *Human Diversity: Perspectives on People in Context*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Tubert, S. (1995). Introducción. En J. Flax. *Psicoanálisis y Feminismo. Pensamiento fragmentario*. (pp. 7-41). Madrid: Cátedra.
- Tubert, S. (2001). *Deseo y representación*. Madrid: Síntesis.
- Unger, R. K. (1994). Los reflejos imperfectos de la realidad: La psicología construye los roles sexuales. En R. T. Hare-Mustin, y J. Marecek (Coords.), *Marcar la diferencia. Psicología y construcción de los sexos* (pp. 129-180). Barcelona: Herder. (Edición inglesa, 1990).
- Unger, R. K. (1997). The three-sided mirror. En R. Fuller, P. N. Walsh, & P. McGinley (Eds.), *A Century of Psychology*. London: Routledge.
- Unger, R., & Crawford, M. (1996). *Women and gender: A feminist Psychology*. New Cork: McGraw-Hill.
- Valle del, T. (1993). *Gendered Anthropology*. London: Routledge..
- Valls-Llobet, C. (2000). Desigualdades de género en salud pública. En AAVV: *Género y salud* (pp.16-22). Madrid: Instituto de la Mujer.
- Valls-Llobet, C. (2003). Aspectos biológicos y clínicos de las diferencias. *QUARK Ciencia, Medicina, Comunicación y Cultura*, 27, 41-53.
- Valls-Llobet, C. (2003). Aspectos biológicos y clínicos de las diferencias. *QUARK Ciencia, Medicina, Comunicación y Cultura*, 27, 41-53.
- Wilbur, J., Miller, A., & Montgomery, A. (1995). The influence of demographic characteristics menopausal status and symptoms on women's attitudes toward menopause. *Women and Health*, 23(3), 19-41.
- Williams, J. E., y Best, D. L. (1990). *Measuring Sex Stereotypes: A multination study*. Newbury Park: Sage.
- Woodward, K. (1997). *Identity and Difference: Media and Identities*. London: Sage.
- World Health Organization (WHO). (1998). *Gender and Health: a technical paper*.
- Yordi, I. (2003). La política de la OMS en materia de género. *QUARK Ciencia, Medicina, Comunicación y Cultura*, 27, 24-32.



CASOS PRÁCTICOS

1.- MANDANTOS DE GÉNERO:

Explica que le pasa a Teresa y entresaca del texto cinco creencias de Teresa y de los miembros de su entorno que sean consistentes con el estereotipo femenino.

Teresa se siente mal, sobre todo porque no entiende qué le pasa, más bien porque no sabe que le pasa. Como no sabe por dónde salir ha empezado a tomar los ansiolíticos que le ha recetado el médico.

Está casada, se casó muy joven y enamorada. Su marido es abogado, con bastante prestigio. Tiene dos hijos: un chico de 20 años y una chica de 18 que están estudiando en la universidad. Ella trabaja, pero solo media jornada. Estudió Magisterio y querría haber preparado una oposición y dedicarse a la enseñanza, es la profesión que más le gusta, pero ya se sabe. Vinieron los hijos, la casa, la promoción del marido -él tuvo que viajar bastante- y, sobre todo, si hubiera ganado la oposición nadie sabe dónde le hubiera tocado ir a trabajar los primeros años.

Apoyar a su marido, para que pudiera ascender en la empresa donde trabaja, supuso tener que ocuparse ella sola de que todo fuera bien. Ahora Paco, su marido, tiene un buen puesto y tienen una buena posición. El esfuerzo, a pesar de todo, valió la pena, se dice Teresa. Ella se contenta con dar clases en una academia porque, aunque no es mucho, puede disponer de unos ingresos y además le da seguridad, ya que hoy día no se sabe qué puede pasar.

Teresa se encarga de la compra, de las comidas, de la organización de la casa. Menos mal que tiene ayuda para la limpieza. Su hijo, Sergio, no va muy bien y ella debe dedicarle mucho tiempo. La verdad es que está muy preocupada por ese chico.

El tiempo pasa muy rápido. Tiene demasiadas ocupaciones: las cosas de la casa, la atención que en este momento, como son mayores, le piden sus padres y los compromisos con la familia de su marido -que, si no atiende a su suegro, hace gestos de reproche y desaprobación- y el trabajo. Con tantas cosas, que no sabe explicar muy bien, no tiene tiempo para nada. Bueno ella se dedica dos días para ir al gimnasio porque Juan continuamente le está diciendo que cada día está más gorda y parece una foca. De vez en cuando sale a cenar, compromisos con los socios de su marido. Entonces, hay que estar guapa y alegre, y ella cada vez se siente más cansada y triste.

Cuando intenta hablar con Paco de los problemas de Sergio o de "ese no sabe bien qué" que le pasa a ella él le dice que no le agobie con esas historias. Y Teresa se calla.

Quien de verdad vive bien es su hija Maria, siempre está por ahí, sale con amigos, va a fiestas. Teresa ha olvidado el tiempo que hace que no sabe de amigas. Como buena madre se ocupa de tener las cosas de sus hijos a punto, aunque no lo valoran. Un día su hija le montó una bronca porque quería ponerse un pantalón que no estaba planchado y no le quedó más remedio que plancharlo a toda prisa. Además su hija le dijo que en vez de ir un rato a trabajar, que al fin y al cabo acababa pagándole el dinero que ganaba a la asistenta, debería quedarse en casa y preocuparse un poco más por la familia. A Teresa le enfada que todos crean que si trabaja es porque quiere, porque en casa no hace falta su dinero.

Cada vez más, piensa y le da mil vueltas a la idea de no trabajar en la academia y quedarse en casa pero, tendría que despedir a la asistenta y ocuparse, todavía más, de un trabajo que su familia no considera tal.

Siente que nada de lo que hace está bien ni tiene valor, porque nadie le da importancia. Como está muy apática ha ido al médico y éste le ha dicho que está algo deprimida, que tome unas pastillas, que sólo con eso notará alivio y podrá hacer lo mismo de siempre y, además, contenta. Pero Teresa no sabe, piensa que algo no funciona. ¿Podéis decirle qué le pasa?

