
GÉNERO Y BIENESTAR

Gender and welfare

María Pilar Matud Aznar*

Resumen

Los estudios sobre género y bienestar muestran la relevancia de los factores sociales en el bienestar de mujeres y hombres. Los estudios realizados en todo el mundo indican que la desigualdad es una amenaza a la salud y el bienestar de las mujeres. Tal desigualdad está a la base de la violencia de que son víctimas y dicha violencia, junto con la pobreza que afecta a miles de mujeres, parecen ser las fuentes más graves de estrés y las mayores amenazas a su bienestar. Pero, al igual que sucede con el estudio de cualquier otra diferencia de género, no hay que olvidar que la variabilidad intragrupo es mayor que la intergrupo y que al analizar las diferencias de género también hay que tener en cuenta el contexto social.

Palabras clave: Género, bienestar.

Abstract

Studies of gender and welfare show the relevance of social factors in women and men welfare. Those worldwide studies indicate that inequality is a threat for women health and welfare. Such inequality is based on violence of which they are victims of, as well as poverty that affects thousands of women; these seem to be the worst stress sources and the greatest threat to their welfare. However, as well as it happens in the study of any other gender difference, we cannot forget that intra-group variability is higher than inter-group, and that at the moment of analyzing gender differences, we also have to take into account social context.

Key Words: Gender, welfare.

* Docente del Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos, Universidad de La Laguna, Tenerife, España. pmatud@ull.es

INTRODUCCIÓN

La diferenciación de las personas en función del sexo asignado al nacer es una práctica social común. Aunque las sociedades difieren en las tareas específicas fijadas, todas las sociedades asignan a sus miembros roles diferenciados en función del sexo y anticipan esta asignación en la socialización de la infancia (Bem, 1981). La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2003) plantea que los distintos roles y conductas que mujeres y hombres presentan en una diferente cultura, generadas por las normas y valores de esa cultura, dan lugar a las diferencias de género. Aunque reconoce que no todas esas diferencias implican desigualdad, sí hay normas y valores que producen desigualdades de género, es decir, diferencias entre mujeres y hombres que sistemáticamente aumentan el poder de un grupo en detrimento del otro. Y destaca que, tanto las diferencias como las desigualdades de género, pueden generar diferencias y desigualdades entre hombres y mujeres en el estado de salud y en el acceso a los servicios sanitarios.

En todo caso, no cabe duda de que las normas sociales impuestas a cada género suponen una limitación al desarrollo integral de la persona ya que implican el desarrollo y práctica de una serie de conductas mientras que se le limita, cuando no se le impide, el desarrollo de otras. Además, tal socialización no se limita a la imposición de conductas y habilidades específicas en función del sexo, sino que también se espera que la persona adquiera unas determinadas características de personalidad y un determinado auto-concepto. Pero la medida en que las personas interiorizan tales creencias y prácticas está sujeta a debate, existiendo diversas teorías que han intentado explicar el desarrollo del género en el individuo si bien también se ha planteado que, más que un rasgo de las personas, el género es un sistema institucional de prácticas sociales (Ridgeway, 2001). Pero las condiciones sociales también son un factor importante en la calidad de vida de las personas y se ha encontrado que la pobreza, la desigualdad y la discriminación son amenazas importantes para el bienestar de las mujeres (Belle y Doucet, 2003; Dambrun, 2007). Pese a ello, la existencia de diferencias en bienestar en función del género es una cuestión compleja ya que se ha encontrado que, aunque las mujeres informan de mayor afectividad negativa que los hombres, sus niveles de felicidad son similares habiéndose planteado que la mayor intensidad de las emociones positivas de las

mujeres pueden contrarrestar su mayor afectividad negativa (Fujita, Diener y Sandvik, 1991). En este capítulo revisamos una serie de cuestiones y tópicos que consideramos relevantes al analizar el bienestar de mujeres y hombres.

GÉNERO

Una de las autoras pioneras en el uso del término *género* fue Rhoda Unger quien lo definió como “aque- llos componentes no fisiológicos del sexo que son considerados culturalmente como apropiados para hom- bres y mujeres” (1979, pág. 1086). Al definir *género*, ha sido usual contraponerlo con sexo aunque, tanto en su uso científico como popular, existe bastante confu- sión y solapamiento entre ambos términos. Aunque es una cuestión compleja para la que aún no se ha encon- trado una solución satisfactoria, muchos autores usan sexo para referirse a los fenómenos biológicos asocia- dos con ser macho o hembra (Helgeson, 2002; Deaux, 1985; Unger, 1979), mientras que resaltan que con el término género se refieren fundamentalmente a cate- gorías sociales. También Ashmore (1990) sigue este tipo de conceptualización de sexo y género. Afirma que el término sexo se utiliza para denotar el diverso con- junto de factores biológicos y genético-evolutivo que contribuyen a las formas en que mujeres y hombres piensan, sienten y se comportan; por el contrario, se usa género para reconocer el hecho de que “hombre” y “mujer” son construcciones culturales, ya que cada persona es criada en una sociedad concreta, con un rico conjunto de creencias y expectativas acerca de dichas categorías sociales.

Pero tal diferenciación ha sido criticada reciente- mente ya que no está tan claro que el sexo no incluya factores culturales, ni que se pueda aislar el género (o la cultura) de la base biológica, del cuerpo concreto que experimenta y crea esa cultura. Por tanto, se reco- noce que no es posible una separación absoluta entre el sexo y el género, ya que los factores biológicos no ac- túan de forma simple y directa sobre la conducta, sino que están abiertos a interpretaciones culturales impor- tantes (Kessler y McKenna, 1978). Así, se ha plantea- do que no pueden usarse los términos *sexo* y *género* para presentar conceptos diferentes y no superponibles (Lips, 2001) ya que no se pueden separar las expectati- vas culturales para mujeres y hombres (el género) de las observaciones del cuerpo físico de mujeres y hom-

bres (el sexo). Además, muchas de las diferencias entre mujeres y hombres son fruto de las interacciones entre la biología y el medio.

Pero, más allá de la existencia de diferencias biológicas debidas al sexo, resulta indudable que el género es una categoría social omnipresente (Maccoby, 1988). Como señala esta autora, todas culturas conocidas tienen términos lingüísticos para diferenciar a las mujeres de los hombres y a las niñas de los niños, y todas diferencian en algún grado los roles que se le asignan a cada uno de los dos sexos. Rocha-Sánchez y Díaz-Loving (2005) plantean que el género hace referencia al conjunto de creencias, representaciones, prácticas y prescripciones sociales llevadas a cabo por un grupo humano en función de la interpretación y valoración de la diferencia anatómica entre mujeres y hombres. Dichos autores destacan que se trata de una diferenciación que se plasma, no solo en la división de las actividades diarias, sino incluso en las identidades y en las interacciones entre mujeres y hombres. Pero se trata de una diferenciación que también conlleva diferencias en poder. Como señala Bem (1993) en la historia de la cultura occidental han prevalecido tres creencias acerca de las mujeres y hombres: (a) que su naturaleza sexual y psicológica es fundamentalmente distinta, (b) que el hombre es el sexo dominante o superior, (c) que tanto la diferencia entre mujeres y hombres como la dominación masculina son naturales. Aunque durante las últimas décadas muchas sociedades han experimentado cambios importantes tales asunciones siguen estando presentes en los discursos culturales, en las instituciones sociales y en la mente de las personas, reproduciéndose el poder masculino de forma invisible y sistemática a través de las generaciones (Bem, 1993).

GÉNERO Y SALUD

Al comparar la salud de mujeres y hombres se encuentra que las mujeres tienen mayor esperanza de vida al nacer, diferencias que parecen darse en todas las culturas, si bien la magnitud de las diferencias varía en los distintos países. Pese a esta mayor longevidad de las mujeres, tradicionalmente se ha considerado que tenían peor salud y calidad de vida que los hombres. Como señalan Lahelma, Arber, Martikainen, Rahkonen y Silventoinen (2001) se trataba de una serie de asunciones tan arraigadas que no precisaban de más explicación. Pero las investigaciones realizadas a partir de la

década de los 90 han cuestionado dichas asunciones y han mostrado la complejidad de las diferencias de género en salud encontrándose, con bastante frecuencia, que las diferencias son mínimas y que, cuando se encuentran, su magnitud y dirección dependen, entre otras variables, del síntoma y/o del indicador de salud que se analice, de la fase del ciclo vital, e incluso del país en que se realice el estudio (véase, por ejemplo, Gijsbers, Wijk, Huisman y Kolk, 1999; Hunt, 2002; Lahelma et al., 2001; Macyntire, Ford y Hunt, 1999; Macyntire, Hunt y Sweeting, 1996; Matthews, Manor y Power, 1999; McDonough y Walters, 2001).

Así, aunque tradicionalmente se ha planteado que las mujeres tenían mayores tasas de morbilidad, de incapacidad, que su salud autopercebida era inferior y utilizaban los servicios de salud con mayor frecuencia que los hombres, se ha encontrado que las diferencias de género en la utilización de los servicios médicos está influida por variables tales como los ingresos económicos o el tiempo en lista de espera (Xu y Borders, 2003). En el caso de servicios de salud mental, se ha encontrado que las diferencias entre mujeres y hombres surgen solo cuando se tienen en cuenta otras variables, tales como la necesidad de dichos cuidados o la auto percepción del estado de salud mental (Albizu-García, Alegría, Freeman y Vera, 2001). Y aunque los hombres se autocalifican como teniendo mejor salud en la mayor parte del periodo adulto, estas diferencias desaparecen al final de dicho periodo (cfr. McCullough y Laurenceau, 2004).

También se ha planteado que las mujeres tienen peor salud mental que los hombres y, tradicionalmente, han sido diagnosticadas con mayor frecuencia que estos de problemas de salud mental. Pero se ha constatado que las tasas de problemas mentales y conductuales no difieren en función del género aunque sí parecen darse diferencias en el patrón y los síntomas de los trastornos, aunque varían con la edad (OMS, 2002). Generalmente se encuentra que, en la infancia, la prevalencia de trastornos tales como conducta antisocial y agresiva es mayor en los chicos que en las chicas; durante la adolescencia, la prevalencia de depresión y trastornos alimenticios es mayor en las chicas que en los chicos mostrando éstas, además, mayor ideación e intentos de suicidio, si bien la muerte por suicidio es más frecuente en los hombres, excepto en China y algunas partes de la India. En la edad adulta se ha encontrado

de forma consistente que es más probable que las mujeres tengan más ansiedad y depresión que los hombres, mientras que estos presentan tasas más altas de trastornos de personalidad antisocial y de abuso de sustancias (Kessler et al., 1994; OMS, 2002). Según este organismo, aunque no hay diferencias de género consistentes en la prevalencia de trastornos mentales graves tales como esquizofrenia o trastorno bipolar, generalmente la esquizofrenia comienza de forma más precoz en los hombres y es más probable que las mujeres experimenten formas más graves de depresión bipolar. Y aunque en los grupos de más edad la probabilidad de la enfermedad de Alzheimer es igual para ambos sexos, es más probable encontrar a más mujeres con esta enfermedad, ya que su esperanza de vida es mayor.

Se ha encontrado que la depresión es más común en mujeres que en hombres, diferencias que se han encontrado durante décadas y en diversas culturas (Nolen-Hoeksema y Keita, 2003). Excepto en la infancia, en que no se dan diferencias en las tasas de depresión entre niñas y niños, o son estos los que las tienen más altas, se ha encontrado que las mujeres presentan más depresión a lo largo de todo el ciclo vital, surgiendo en la adolescencia y aumentando en la vida adulta (Cyranowski, Frank, Young y Shear, 2000; Sweeting y West, 2003). Aunque se han propuesto distintas hipótesis para explicar las diferencias de género en depresión, los resultados no son totalmente concluyentes. Dentro de las hipótesis biológicas, se ha planteado la posibilidad de la transmisión genética ligada al cromosoma X, y de la fisiología endocrina femenina como responsables de su mayor tasa de depresión, aunque no se ha encontrado evidencia suficiente para ninguna de las hipótesis biológicas habiéndose planteado recientemente que las causas de depresión de mujeres y hombres no son diferentes, pero las mujeres experimentan con mayor frecuencia que los hombres tales circunstancias (Nolen-Hoeksema y Keita, 2003). Se ha señalado como causa de la mayor depresión de las mujeres el hecho de que son, con mucha mayor frecuencia que los hombres, víctimas de violencia por parte de su pareja y de abusos sexuales, factores que tienen un alto impacto en la salud de las mujeres. Una de las hipótesis más aceptada, y que cuenta con mayor evidencia empírica, es la que plantea que la depresión de la mujer es debida a su discriminación social, legal y económica, que le lleva a sentimientos de indefensión, dependencia de otros, bajas aspiraciones y baja

autoestima, además de a mayor estrés y menor apoyo social (Belle y Doucet, 2003; Mirowsky, 1996).

Pese a que ya desde la Conferencia sobre Población y Desarrollo celebrada en El Cairo (Organización de Naciones Unidas, 1994) el concepto de salud de las mujeres se expandió para incluir componentes tales como la desigualdad socioeconómica, la sobrecarga de las tareas domésticas, las limitaciones y constricciones de su sexualidad y reproducción, la participación política, la violencia que sufren por parte de los hombres o su empoderamiento, la mayoría de los estudios de las diferencias de género en salud se han centrado en el análisis de las diferencias biológicas. Pese a ello, cada vez más se está constatando la relevancia del nivel social en la salud. Así, en un estudio realizado en Estados Unidos en el que analizó la salud de mujeres y hombres en 50 de los estados de Estados Unidos, Karachi, Kennedy, Gupta y Prothrow-Stith, (1999) encontraron que las mujeres presentaban mayor morbilidad y mortalidad en los estados donde tenían menor participación política y autonomía económica. Aunque algunos de esos factores también afectaban negativamente a la salud de los hombres, parecían ser más relevantes en la salud de las mujeres. Y sólo en éstas se encontró que la mayor autonomía económica, así como el empleo y el salario, se asociaban con menores limitaciones de la actividad. Y en un estudio con la población canadiense, Denton, Prus y Walters (2004) constataron que, en general, los determinantes más importantes de la salud de las mujeres eran los socioestructurales y psicosociales, mientras que en los hombres eran más importantes los factores conductuales.

VIOLENCIA DE GÉNERO

La violencia de los hombres contra las mujeres es una constante en la vida de las mujeres, desde la infancia hasta la vejez (Koss, Bailey, Yuan, Herrera y Lichter, 2003). Existe evidencia empírica de que tal violencia tiene un efecto importante en la salud de sus víctimas. Los problemas de salud mental citados con mayor frecuencia son depresión, ansiedad, síndromes relacionados con el estrés, dependencia de medicación psicotrópica, consumo de drogas e intentos de suicidio (OMS, 2002).

A nivel social, la violencia del hombre contra la mujer es una manifestación de la desigualdad de géne-

ro y un mecanismo de subordinación y control de las mujeres que sirve para reproducir y mantener el status quo de la dominación masculina y la subordinación femenina (Koss et al., 1995). Como señalan estas autoras, para comprender la violencia de los hombres frente a las mujeres es necesario analizar las desigualdades de poder entre ambos, incluyendo las desigualdades legales, económicas, y físicas, entre otras. Desigualdades que impregnan la construcción social del género y la sexualidad y que afectan profundamente a las relaciones íntimas de mujeres y hombres. Aunque la violencia de género toma múltiples formas y se da tanto a nivel familiar como de estado y de comunidad, las más comunes en nuestra sociedad son el maltrato a la mujer por su pareja, los abusos sexuales y el acoso sexual, ya sea en el área laboral o en la académica.

La violencia por parte de la pareja se refiere a cualquier conducta dentro de una relación íntima que cause daño físico, psicológico o sexual a alguno de los miembros (Heise y García-Moreno, 2002). Incluye conductas tales como agresiones físicas (golpes, patadas, palizas...); abuso psicológico (intimidación, menosprecio, humillaciones...); relaciones o conductas sexuales forzadas; y conductas de control, tales como aislamiento, control de las actividades y restricciones en el acceso a la información y asistencia. Se ha encontrado que tal violencia se da en todo tipo de parejas siendo, generalmente, los hombres los agresores y las mujeres las víctimas. Aunque algunas mujeres también son violentas con sus parejas, se ha encontrado que la violencia perpetrada por los hombres es más intensa e incluye con mayor frecuencia más actos agresivos en un solo episodio. Además, son muchas más las mujeres que los hombres que sufren lesiones y mueren a manos de su pareja (Council on Scientific Affairs, 1992; Browne, 1993; Lorente, 2001; Walker, 1999). También existe evidencia empírica de que generalmente son los hombres los que sistemáticamente aterrorizan y victimizan a su pareja ya que, mientras que las mujeres tienden a ser violentas como expresión de frustración o autodefensa, se ha encontrado que el hombre hace un uso calculado de la violencia para dominar a su pareja (Lawson, 2003).

El maltrato a la mujer por su pareja es un fenómeno global que se da en todos los países y afecta a mujeres de todos los niveles sociales, culturales y económicos (Balci y Ayrancy, 2005). Y su impacto en la salud

es tan grande que se considera como un problema importante de salud pública (Fischbach y Herbert, 1997; Heise y García-Moreno, 2002; Roberts, Lawrence, Williams y Raphael, 1998). Además de los problemas físicos de salud, consecuencia directa de las agresiones o indirecta como consecuencia del estrés a que está sometida la mujer maltratada, son muchos los estudios que evidencian el impacto psicológico que el maltrato tiene en la mujer. Golding (1999) realizó una metaanálisis en el que encontró que la prevalencia de los trastornos fue del 63,8% en 11 estudios de trastorno de estrés postraumático; del 47,6% en 18 estudios de depresión; del 17,9% en 13 estudios sobre tendencias suicidas; del 18,5% en 10 estudios de abuso del alcohol; y del 8,9% en 4 estudios de abuso de drogas. Otras consecuencias citadas han sido disminución de la autoestima, del sentimiento de autoeficacia (Orava, McLeod y Sharpe, 1996) y de la seguridad en sí misma (Matud, 2004a). Además, se ha planteado que es posible que la mujer desarrolle sentimientos de culpa, aislamiento social y dependencia emocional del maltratador, junto con intensa sintomatología somática (Dutton y Painter, 1993; Echeburúa y Corral, 1998).

Los abusos sexuales son una serie de actos que van desde la violación o su intento hasta cualquier tipo de contacto sexual no deseado. El impacto psicológico de tales abusos depende de muchos factores, tales como el tipo de abuso, si el agresor es o no un desconocido, el nivel de violencia implicado, etc. Aunque muchas víctimas lo ocultan o son incapaces de reconocer durante meses, e incluso años, que han sido víctimas de abusos sexuales, ello no impide que también desarrollen síntomas (Unger y Crawford, 1992). Hay autoras como Koss et al. (1995) que afirman que el experimentar violencia sexual cambia la vida de la mujer, dándose cambios en las rutinas diarias y sentimientos de vulnerabilidad, disociación e indefensión. Los síntomas citados con mayor frecuencia son miedo, ansiedad, depresión, fobias, baja autoestima, problemas de ajuste sexual, disfunciones sexuales y trastorno de estrés postraumático (Kilpatrick, 1992; Resick, 1993).

El acoso sexual se define como comentarios o conductas relacionadas con el sexo no deseadas y que son percibidas como ofensivas, que exceden las capacidades para hacerles frente o como amenazantes (Gelfand, Fitzgerald y Drasgow, 1995). En el acoso sexual no suele darse violencia física sino una coerción y presión

sexual de la que es difícil escapar. Al igual que las otras formas de victimización sexual, el acoso es más un fenómeno estructural que una desviación individual, ya que funciona como un instrumento de control social. Se ha encontrado que tiene múltiples consecuencias, tanto a nivel laboral o académico como emocional, generando alteraciones de la salud física y mental. Los síntomas más frecuentes son ansiedad, depresión, dolores de cabeza, trastornos del sueño, problemas gastrointestinales, cambios de peso, náuseas, y disfunción sexual; y también se han citado trastorno por estrés postraumático, miedos y disminución de la autoestima. Además, se ha asociado con el consumo elevado de alcohol, como forma de afrontar el estrés generado por la situación y ante la ineficacia de otras formas activas de afrontamiento.

MÚLTIPLES ROLES, ESTRÉS Y BIENESTAR EN MUJERES Y HOMBRES

Aunque tradicionalmente, en muchas sociedades, se había realizado una diferenciación de los espacios público-privado confinando a las mujeres al espacio privado y restringiéndoles el acceso a los espacios públicos, esta situación ha ido cambiando en las sociedades desarrolladas, donde las mujeres han accedido a la educación y al empleo. La incorporación de la mujer al mundo laboral le ha supuesto el desempeño de un nuevo rol, junto con los tradicionales de esposa y madre. Tanto las teorías psicoanalíticas, que plantean que la identidad de hombres y mujeres es diferente; como las funcionalistas, que propugnaban que el funcionamiento familiar se optimizaba cuando las mujeres se ocupaban de las tareas domésticas y los hombres del trabajo fuera de casa; como las evolucionistas, que propugnan la existencia de diferencias múltiples y “naturales” entre mujeres y hombres, han justificado la división de los roles laborales y familiares entre hombres y mujeres (Barnett y Hyde 2001). Como señalan dichas autoras, se asumía que los roles asociados con el hogar (esposa, madre y ama de casa) eran “naturales” en la mujer, por lo que no le causaban estrés, mientras que el empleo se veía como un rol añadido en el caso de las mujeres casadas, o un rol sustituto en las solteras, por lo que sí podría generarles estrés.

Pero los estudios empíricos sobre el empleo y la salud de las mujeres realizados durante las últimas décadas han mostrado que éste no suponía ninguna ame-

naza para la salud de la mujer, sino que más bien sucedía lo contrario. Al analizar la relación entre los múltiples roles y la salud de las mujeres se pueden diferenciar tres perspectivas: 1) la de la “escasez”, que plantea que las personas tienen limitaciones de tiempo y energía, por lo que ocupar múltiples roles puede crearles excesivas obligaciones y demandas. Desde esta perspectiva se considera que el combinar las responsabilidades del empleo y las obligaciones familiares puede crear conflicto entre los roles y sobrecarga de rol a la mujer, lo que le generará estrés y problemas de salud. 2) La del “desarrollo”, que destaca los aspectos positivos de ocupar múltiples roles, enfatizando las ganancias en autoestima, reconocimiento, prestigio, apoyo social, así como los recursos y privilegios asociados a cada rol. 3) La de la “calidad” del rol. Desde esta perspectiva se enfatiza, más que el número de roles ocupados, su calidad encontrando que ésta es la variable más relevante en el estrés y la salud de las mujeres.

Barnett y Hyde (2001), tras una revisión de las investigaciones sobre múltiples roles y salud, concluyen que, en general, los múltiples roles son beneficiosos tanto para las mujeres como para los hombres ya que implican factores positivos tales como el aumento de los ingresos, del apoyo social y de las oportunidades para tener éxito. Pero también reconocen que hay ciertos límites tras los que puede darse sobrecarga y malestar. Afirman que la calidad de los roles es más importante para la salud que su número o que la cantidad de tiempo empleada en un determinado rol ya que, aunque los múltiples roles ofrecen oportunidades de éxito, también pueden producir fracaso o frustración, especialmente en el contexto de ocupaciones de bajo nivel, discriminación y acoso sexual.

En todo caso, existe amplia evidencia empírica de que las mujeres con más roles no tienen más enfermedades, y que las que se dedican de forma exclusiva al rol de ama de casa tampoco tienen mejor salud que las que tienen empleo. En estudios realizados por nuestro equipo con mujeres residentes en Canarias (Matud, 2002; Matud, Hernández y Marrero, 2002) hemos encontrado que las mujeres con empleo tenían, en general, mejor salud que las que carecían de éste. Las mujeres que se dedicaban de forma exclusiva al rol de ama de casa y madre tenían peor salud, tanto física como mental, que las que tenían empleo. Desventaja que parecía desaparecer cuando la mujer que no tenía empleo

y se autodefinía como “ama de casa” estaba muy satisfecha con su rol, aunque esto sólo se daba en menos de la quinta parte de tales mujeres. Encontramos que la satisfacción con el rol ocupacional era un factor importante en la salud y bienestar de las mujeres, pero la probabilidad de estar satisfechas con su rol laboral era mayor en las mujeres con empleos cualificados respecto a las que tenían empleos de tipo manual y las amas de casa.

Pero, más allá de la relevancia de los múltiples roles en el bienestar de mujeres y hombres, se ha reconocido que los diferentes roles sociales pueden ser una fuente diferencial de estrés, ya que la ocupación de un rol concreto determina el rango de experiencias potencialmente estresantes, aumentando la probabilidad de exposición a algunos estresores y evitando la presencia de otros. Así, se ha encontrado que es más común que las mujeres citen como estresantes los sucesos relacionados con las tareas del hogar y el cuidado de la familia (Lee, 1999; 2001; Matud, 2004b; Oman y King, 2000; Walters, 1993). También se ha planteado que los roles familiares son mucho más demandantes para la mujer que para el hombre, siendo más comunes en los de las mujeres las características que hacen que un trabajo sea estresante: muchas demandas, tareas monótonas y repetitivas, y bajo control. Como señalan Barnett, Biener y Baruch (1987), mientras que el rol materno requiere encargarse de todas las tareas implicadas en la crianza, su grado de control es bajo ya que se le ha considerado como la responsable de la felicidad de su familia, algo que claramente está más allá del control de cualquier persona. Por el contrario, el rol paterno tradicional conlleva muchas menos demandas, pero su grado de control es alto, ya que se le ha considerado una figura de poder y autoridad. También se ha encontrado que es más probable que a las mujeres les afecte el estrés de los que les rodean, ya que tienden a estar más implicadas que los hombres en las redes sociales y familiares (Kessler y McLeod, 1984; Turner, Wheaton y Lloyd, 1995).

Así, parece haber pocas dudas de que, como señalan Mirowsky y Ross (1995), la posición de las mujeres en el trabajo y en la familia es más desfavorable, ya que tienen más demandas y limitaciones. Además, generalmente, las mujeres con empleo se ocupan también de la mayor parte del trabajo doméstico pues, aunque las mujeres se están incorporando cada vez más al

mundo laboral, la mayoría de los hombres siguen estando poco implicados en las tareas domésticas. Desigualdad que también supone una amenaza para el bienestar de las mujeres, ya que existe evidencia empírica de que la menor contribución de los hombres a las tareas del hogar explica parte de las diferencias de género en depresión si bien es la percepción de la desigualdad, más que la cantidad total de tareas domésticas realizadas, el factor que genera malestar en las mujeres (Bird, 1999).

También se ha reconocido que las condiciones de las personas que están ocupando un determinado rol es una fuente diferencial de estrés ya que las experiencias dentro de un mismo rol pueden ser muy diferentes (Aneshensel y Pearlin, 1987). Lundberg y Parr (2000), tras una revisión de diversos estudios sobre las condiciones de trabajo de mujeres y hombres, concluyeron que las mujeres con empleo tienen que enfrentarse a mucho más estrés que los hombres, ya que es más frecuente que tengan empleos peor pagados, más precarios y que se caractericen por altas demandas y bajo control.

ROLES DE GÉNERO Y BIENESTAR

Otra de las fuentes diferenciales del bienestar de mujeres y hombres parecen ser los roles de género. La ideología de los roles sexuales se refiere a la creencias de los roles adecuados para mujeres y hombres y es relevante desde el punto de vista psicológico porque se asocia con la definición de sí-mismo, con las interacciones entre hombres y mujeres y con las relaciones sociales (Barry y Beitel, 2006). Se ha planteado que el género es un elemento esencial de la identidad humana ya que muchos de los aspectos fundamentales de la vida, tales como las actividades ocupacionales, académicas, de ocio y las relaciones están gobernadas por el género (Egan y Perry, 2001).

La mayoría de las sociedades considera que mujeres y hombres son diferentes y deben ocupar roles distintos, socializándolos de forma diferenciada. Bem (1981) plantea que la tipificación sexual es el proceso por el cual la sociedad transmuta hombres y mujeres en seres masculinos y femeninos. Y la masculinidad y feminidad se refieren a las diferencias en rasgos, conductas e intereses que la sociedad ha asignado a cada uno de los géneros. Según la teoría del esquema de

género propuesta por dicha autora, la tipificación sexual deriva en parte del procesamiento esquemático, es decir, de una disposición generalizada a procesar la información basándose en asociaciones relativas al sexo que constituyen el esquema de género. Plantea que habrá personas que asuman cognitivamente que en la sociedad hay una tipificación en función del género por lo que estas personas van a construir un esquema mediante el que van computando la realidad: serán las tipificadas sexualmente. Otras personas percibirán que no es necesario un esquema cognitivo especial para asimilar toda la realidad relativa al género; dichas personas no están tipificadas sexualmente surgiendo así las otras dos opciones de rol sexual propuestas por Bem (1977): la androginia y la indiferenciación. La androginia se refiere a un estilo de personalidad en el que la persona es capaz de combinar características masculinas y femeninas. Y la indiferenciación se refiere a las personas que se autoatribuyen un escaso número de características tipificadas sexualmente como masculinas o femeninas.

Las teorías clásicas sobre las diferencias entre mujeres y hombres en roles de género y en tipificación sexual planteaban que se trataba de diferencias normales y saludables, ya que reflejaban las normas sociales sobre la conducta apropiada para cada género. Pero no se ha obtenido evidencia empírica de tales supuestos, habiéndose encontrado en varios estudios que la masculinidad y la androginia estaban más asociadas con la salud mental de hombres y mujeres que la femineidad (Bassof y Glass, 1982; Whitley, 1983). Y en un estudio reciente se ha encontrado que tanto la alta masculinidad como la alta femineidad se asociaban con un funcionamiento mental óptimo (Lefkowitz y Zeldom, 2006).

También se ha propuesto que la inversión en los ideales de género puede ser estresante para hombres y mujeres porque se trata de ideales impuestos socialmente, dificultan la autorregulación y están relacionados con la representación externa de la autovalía (Sánchez y Crocker, 2005). Además, para las mujeres son más negativos porque las características que se le asocian están menos valoradas culturalmente. Weissman y Klerman (1977) destacan el impacto negativo de los valores clásicos de la femineidad, considerándolos como una variante de indefensión aprendida. Afirman que las imágenes estereotipadas y condi-

cionadas socialmente producen en la mujer una serie de condicionantes cognitivos opuestos a la aserción. Plantean que, durante el proceso de socialización, las chicas aprenden a ser indefensas, desarrollando ante las situaciones de estrés un repertorio de respuestas limitado.

Pero, aún reconociéndose que algunas características asociadas con el concepto clásico de masculinidad, tales como el énfasis en el pensamiento lógico, la solución de problemas, la capacidad de arriesgarse, la expresión de la ira y la conducta asertiva, son saludables y pueden ser, en momentos de crisis, especialmente beneficiosas, tanto para mujeres como para hombres, también se ha constatado recientemente que las concepciones más tradicionales de masculinidad afectan negativamente a la salud de los hombres (Fragoso y Kashubeck, 2000), existiendo evidencia empírica de que la asociación hombre-fortaleza-inmunidad lleva a la práctica de conductas de riesgo (Hernández, 2006). Se ha planteado que el rol masculino tradicional prescribe una serie de conductas que pueden ser responsables de la menor longevidad y de algunos tipos de patología más frecuentes en los hombres (Courtenay, 2000). Según este autor, las conductas relacionadas con la salud serían una forma de construir o demostrar el género, definiéndolo y representándolo a la vez. Plantea que el hombre usa las conductas y creencias de salud para demostrar la dominancia y hegemonía de los ideales masculinos, que lo configuran como un hombre y le dan poder y autoridad. Y al mostrar estas conductas refuerzan las creencias culturales de que los hombres son más poderosos y menos vulnerables que las mujeres, pues al disminuir sus necesidades de salud y arriesgarse físicamente se están legitimando a sí mismos como el sexo fuerte. Pero, al tratar de obtener el poder y el privilegio, pueden realizar conductas dañinas para sí mismos, tales como negar sus propias necesidades, no reconocer su debilidad o vulnerabilidad, tener que mantener el control físico y emocional, aparecer como fuerte y robusto, disimular la necesidad de ayuda, estar siempre interesado en el sexo, y mostrar conducta agresiva y dominancia física. Pero no todos los hombres siguen en la misma medida el patrón de masculinidad clásico, al igual que no todas las mujeres siguen las prescripciones de la femineidad. Y existe evidencia empírica de que los hombres tienen más estrés debido a la identificación con las normas del rol del género masculino, la cual predice mayor

ansiedad, ira y conductas de salud menos adecuadas (Courtenay, 2000; Fragoso y Kashubeck, 2000).

Pero aunque los estudios realizados en diversos países (véase, por ejemplo, Bassoff y Glass, 1982; Jonson et al., 2006; Lefkowitz y Zeldow, 2006) indican la falta de apoyo empírico para el modelo tradicional de que la masculinidad es mejor para los hombres y la feminidad para las mujeres, el estudio de la relevancia que los roles sexuales tienen en el bienestar de mujeres y hombres ha mostrado ser una cuestión compleja. En una investigación realizada recientemente con una muestra de 870 personas españolas con diferentes características sociodemográficas y educativas encontramos que, aunque el porcentaje de varianza común era bajo, la tipificación sexual se asociaba de forma estadísticamente significativa con malestar psicológico en las mujeres pero no en los hombres, en los cuales se observaba una cierta asociación entre tipificación sexual y bienestar. Además, en la muestra de hombres, el malestar psicológico se asociaba con feminidad y con deseabilidad social y era independiente de la masculinidad. Por el contrario, en la muestra de mujeres, las que puntuaban más alto en masculinidad mostraban menor malestar psicológico, el cual era independiente tanto de la feminidad como de la deseabilidad social. Así, en el caso de los hombres, la autoatribución de características consideradas típicamente femeninas tales como calidez, solidaridad, nutrición o empatía, se asociaban con malestar, autoatribuciones que parecían ser independientes del bienestar de las mujeres; y mientras que en éstas la autoatribución de características consideradas tradicionalmente como masculinas, tales como la seguridad en sí mismas, la independencia, la asertividad, la dominancia, la autosuficiencia, la competitividad o la ambición, se asociaban con menor malestar psicológico. Pero tales características aparecían como independientes del bienestar de los hombres.

Además, encontramos que en la muestra de hombres, aunque no en la de mujeres, la asociación entre roles de género y bienestar difería en función de algunas condiciones sociales y educativas. Así, en los hombres casados y en los que tenían estudios universitarios la tipificación sexual era independiente del malestar psicológico. De hecho, en los hombres con estudios universitarios el malestar psicológico era independiente de todas las medidas de roles de género, lo que no sucedía en los que tenían un menor nivel formativo don-

de se observaba también asociación entre feminidad y malestar psicológico. Tal asociación tampoco se daba en los hombres casados, en los que era la masculinidad la que se asociaba con malestar.

Al comparar las puntuaciones de mujeres y hombres en malestar encontramos que, aunque las mujeres tenían una puntuación media más alta, diferencia que era estadísticamente significativa, el porcentaje de varianza explicado por el género solo era del 10%. Y había otras variables, tales como los roles sociales ocupados, que explicaban mayor porcentaje de varianza que el género. Así, y al igual que sucede generalmente en el estudio de las diferencias de género, la variabilidad intragrupo era mayor que la intergrupo y había otra serie de variables sociales que parecían ser fuentes importantes de diferencias en el bienestar de mujeres y hombres.

CONCLUSIONES

Aunque no es fácil resumir en unas líneas un área tan compleja y prolífica, en conjunto, los estudios sobre género y bienestar muestran la relevancia de los factores sociales en el bienestar de mujeres y hombres. Los estudios realizados en todo el mundo indican que la desigualdad es una amenaza a la salud y el bienestar de las mujeres. Tal desigualdad está a la base de la violencia de que son víctimas y dicha violencia, junto con la pobreza que afecta a miles de mujeres, parecen ser las fuentes más graves de estrés y las mayores amenazas a su bienestar. También los roles sociales tradicionalmente atribuidos a las mujeres parecen ser una amenaza para su salud, junto como la tipificación sexual femenina. Así, todo indica la necesidad de instaurar medidas que, además de eliminar la desigualdad de género, promuevan unas prácticas sociales y educativas más saludables para toda la población.

Pero, al igual que sucede con el estudio de cualquier otra diferencia de género, no hay que olvidar que la variabilidad intragrupo es mayor que la intergrupo y que al analizar las diferencias de género también hay que tener en cuenta el contexto social, tal y como señalan Yoder y Kahn (2003). Porque, como señalan tales autores, en lugar de preguntarnos cuán diferentes somos mujeres y hombres es más útil plantearse bajo qué condiciones son las mujeres y los hombres iguales y diferentes.

REFERENCIAS

- Albizu-García, C. E., Alegría, M., Freeman, D. y Vera, M. (2001). Gender and health services use for a mental health problem. *Social Science & Medicine*, 53, 865-878.
- Aneshensel, C. S. y Pearlin, L. I. (1987). Structural contexts of sex differences in stress. En R. C. Barnett, L. Biener, y G. K. Baruch (Eds.), *Gender & Stress* (pp. 75-95). Nueva York: The Free Press.
- Ashmore, R. D. (1990). Sex, gender, and the individual. En L. A. Pervin (Ed.), *Handbook of Personality. Theory and Research* (pp. 486-527). Nueva York: The Guilford Press.
- Balci, Y. G. y Ayranci, U. (2005). Physical violence against women: evaluation of women assaulted by spouses. *Journal of Clinical Medicine*, 12, 258-263.
- Barry, D. T. y Beitel, M. (2006). Sex role ideology among East Asian immigrants in the United States. *American Journal of Orthopsychiatry*, 76, 512-517.
- Barnett, R. C., Biener, L. y Baruch, C. K. (1987). *Gender and stress*. Nueva York: The Free Press.
- Barnett, R. C. y Hyde, J. S. (2001). Women, men, work, and family. An expansionist theory. *American Psychologist*, 56, 781-796.
- Bassoff, E. S. y Glass, G. V. (1982). The relationship between sex roles and mental health: a meta-analysis of twenty-six studies. *The Counseling Psychologist*, 10, 105-112.
- Belle, D. y Doucet, J. (2003). Poverty, inequality, and discrimination as sources of depression among U.S. woman. *Psychology of Women Quarterly*, 27, 101-113.
- Bem, S. L. (1977). On the utility of alternative procedures for assessing psychological androgyny. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 45, 196-205.
- Bem, S. L. (1981). Gender schema theory: a cognitive account of sex typing. *Psychological Review*, 88, 354-364.
- Bem, S. L. (1993). *The lenses of Gender*. New Haven: Yale University Press.
- Bird, C. E. (1999). Gender, household labor, and psychological distress: The impact of the amount and division of housework. *Journal of Health and Social Behavior*, 49, 32-45.
- Browne, A. (1993). Violence against women by male partners. Prevalence, outcomes and policy implications. *American Psychologist*, 48, 1077-1087.
- Council on Scientific Affairs, American Medical Association (1992). Violence against women: relevance for medical practitioners. *Journal of the American Medical Association*, 267, 3184-3189.
- Courtenay, W. H. (2000). Constructions of masculinity and their influence on men's well-being: a theory of gender and health. *Social Science & Medicine*, 50, 1385-1401.
- Cyranowski, J. M., Frank, E., Young, E. y Shear, M. K. (2000). Adolescent onset of the gender difference in lifetime rates of major depression. A theoretical model. *Archives of General Psychiatry*, 57, 21-27.
- Dambrun, M. (2007). Gender differences in mental health: The mediating role of perceived personal discrimination. *Journal of Applied Social Psychology*, 37, 1118-1129.
- Deaux, K. (1985). Sex and gender. *Annual Review of Psychology*, 36, 49-81.
- Denton, M., Prus, S. y Walters, W. (2004). Gender differences in health: A Canadian study of the psychosocial, structural and behavioural determinants of health. *Social Science & Medicine*, 58, 2585-2600.
- Dutton, D. G. y Painter, S. (1993). The battered woman syndrome: Effects of severity and intermittency of abuse. *American Journal of Orthopsychiatry*, 63, 614-622.
- Echeburúa, E. y Corral, P. (1998). *Manual de violencia familiar*. Madrid: Siglo XXI Editores.
- Egan, S. K. y Perry, D. G. (2001) Gender identity. A multidimensional analysis with implications for psychosocial adjustment. *Developmental Psychology*, 37, 451-463.
- Fischbach, R. L. y Herbert, B. (1997). Domestic violence and mental health: correlates and conundrums within and across cultures. *Social Science & Medicine*, 45, 1161-1176.
- Fragoso, J. M. y Kashubeck, S. (2000). Machismo, gender role conflict, and mental health in Mexican American men. *Psychology of Men & Masculinity*, 1, 87-97.
- Fujita, F., Diener, E. y Sandvik (1991). Gender differences in negative affect and well-being: The case for emotional intensity. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61, 427-434.
- Gelfand, M. J., Fitzgerald, L. E. y Drasgow, E. (1995). The structure of sexual harassment: A confirmatory analysis across cultures. *Journal of Vocational Behavior*, 47, 164-177.
- Gijsbers, C. M., Wijk, G., Huisman, H. y Kolk, A. M. (1999). Gender differences in physical symptoms and

- illness behavior. A health diary study. *Social Science & Medicine*, 49, 1061-1074.
- Golding, J. M. (1999). Intimate partner violence as a risk factor for mental disorders: A meta-analysis. *Journal of Family Violence*, 14, 99-132.
- Helgeson, V. S. (2002). *The Psychology of Gender*. New Jersey: Prentice Hall.
- Heise, L. y García-Moreno, C. (2002). Violence by intimate partners. En E. G. Krug, L. L. Dahlberg y J. A. Mercy (Eds.), *World Report on Violence and Health* (pp. 88-121). Ginebra: World Health Organization.
- Hernández, A. (2006). Representación social del género masculino en un grupo de niños y jóvenes que viven en la calle, en la ciudad de México. Segunda parte. *Salud Mental*, 29, 56-63.
- Hunt, K. (2002). A generation apart? Gender-related experiences and health in women in early and late mid-life. *Social Science & Medicine*, 54, 663-676.
- Jhonson, H. D., McNair, R., Vojick, A., Congdon, D., Monacelli, J. y Lamont, J. (2006). Categorical and continuous measurement of sex-role orientation: Differences in associations with young adults' report of well-being. *Social Behavior and Personality*, 34, 59-76
- Kawachi, I., Kennedy, B. P., Gupta, V. y Prothrow-Stith, D. (1999). Women's status and the health of women and men: a view from the states. *Social Science & Medicine*, 48, 21-32.
- Kessler, R. C., McGonagle, K. A., Zhao, S., Nelson, C. B., Hughes, M., Eshleman, S., Wittchen, H. y Kendler, K. S. (1994). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. *Archives of General Psychiatry*, 51, 8-19.
- Kessler, S. J. y McKenna, W. (1978). Gender: An ethno methodological approach. Londres: Wiley & Sons.
- Kessler, R. C. y McLeod, J. D. (1984). Sex differences in vulnerability to undesirable life events. *American Sociological Review*, 49, 620-631.
- Kilpatrick, D. G. (1992). Etiología y factores predictivos de estrés postraumático en víctimas de agresiones sexuales. En E. Echeburúa (Ed.), *Avances en el tratamiento psicológico de los trastornos de ansiedad* (pp. 117-143). Madrid: Pirámide.
- Koss, M. P., Bailey, J. A., Yuan, N. P., Herrera, V. M. y Lichter, E. L. (2003). Depression and PTSD in survivor of male violence: research and training initiatives to facilitate recovery. *Psychology of Women Quarterly*, 27, 130-142.
- Koss, M. P., Goodman, L. A., Browne, A., Fitzgerald, L. F., Keita, G. P. y Russo, N. P. (1995). *No safe haven. Male violence against women at home, at work, and in the community*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Lahelma, E., Arber, S., Martikainen, P., Rahkonen, O. y Silventoinen, K. (2001). The Myth of gender differences in health: social structural determinants across adult ages in Britain and Finland. *Current Sociology*, 49, 31-54.
- Lawson, D. (2003). Incidence, explanations, and treatment of partner violence. *Journal of Counseling & Development*, 81, 19-32.
- Lee, C. (1999). Health, stress and coping among women caregivers. A review. *Journal of Health Psychology*, 4, 27-40.
- Lee, C. (2001). Experiences of family caregiving among older Australian women. *Journal of Health Psychology*, 6, 393-404.
- Lefkowitz, E. S. y Zeldow, P. B. (2006). Masculinity and femininity predict optimal mental health. A belated test of the androgyny hypothesis. *Journal of Personality Assessment*, 87, 95-101.
- Lips, H. M. (2001). *Sex & Gender*. An introduction (4^a ed.). Londres: Mayfield.
- Lorente, M. (2001). *Agresión a la mujer: realidades y mitos. Mi marido me pega lo normal*. Barcelona: Ares y Mares.
- Lundberg, U. y Parr, D. (2000). Neurohormonal factors, stress, health, and gender. En R. M. Eisler y M. Hersen (Eds.), *Handbook of gender, culture and health*. Mahwah: LEA.
- Maccoby, E. E. (1998). *The two sexes. Growing up apart, coming together*. Cambridge: Harvard University Press.
- Macyntire, S., Ford, G. y Hunt, K. (1999). Do women 'over-report' morbidity? Men's and women's responses to structured prompting on a standard question on long standing illness. *Social Science & Medicine*, 48, 89-98.
- Macyntire, S., Hunt, K. y Sweeting, H. (1996). Gender differences in health: Are things really as simple as they seem? *Social Science & Medicine*, 42, 617-624.
- Matthews, S., Manor, O y Power, C. (1999). Social inequalities in health: are there gender differences? *Social Science & Medicine*, 48, 49-60.

- Matud, M. P. (2002, junio). Múltiples roles y salud en la mujer: un estudio de la población canaria. Ponencia presentada en las *I Jornadas Europeas sobre Roles Sociales, Estrés y Salud*, Las Palmas de Gran Canaria, España.
- Matud, M. P. (2004a). Impacto de la violencia doméstica en la salud de la mujer maltratada. *Psicothema*, 16, 397-401.
- Matud, M. P. (2004b). Gender differences in stress and coping styles. *Personality and Individual Differences*, 37, 1401-1415.
- Matud, M. P., Hernández, J. A. y Marrero R. J. (2002). Work role and health in a sample of Spanish women. *Feminism and Psychology*, 12, 363-378.
- McCullough, M. E. y Laurenceau, J. (2004). Gender and the natural history of self-rated health: A 59-year longitudinal study. *Health Psychology*, 23, 651-655.
- McDonough, P. y Walters, V. (2001). Gender and health: Reassessing patterns and explanations. *Social Science & Medicine*, 52, 547-559.
- Mirowsky, J. (1996). Age and the gender gap in depression. *Journal of Health and Social Behavior*, 37, 362-380.
- Mirowsky, J. y Ross, C. E. (1995). Sex differences in distress: Real o artifact? *American Sociological Review*, 60, 449-468.
- Nolen-Hoeksema, S. y Keita, G. P. (2003). Women and depression: Introduction. *Psychology of Women Quarterly*, 27, 89-90.
- Oman, R. F. y King, A. C. (2000). The effect of life events and exercise program format on the adoption and maintenance of exercise behavior. *Health Psychology*, 19, 605-612.
- Orava, T. A., McLeod, P. J. y Sharpe, D. (1996). Perceptions of control, depressive symptomatology, and self-esteem in women in transition from abusive relationships. *Journal of Family Violence*, 11, 167-186.
- Organización de Naciones Unidas (1994). Programme of Action of the International Conference on Population and Development, Cairo. Naciones Unidas: Nueva York.
- Organización Mundial de la Salud (2002). *Gender and Mental Health*. Ginebra: OMS.
- Organización Mundial de la Salud (2003). *Why gender and health?* Encontrado el día 3 de enero de 2004 en <http://www.Who.int/gender/henderandhealth.html>.
- Resick, P. A. (1993). The psychological impact of rape. *Journal of Interpersonal Violence*, 8, 223-255.
- Ridgeway, C. L. (2001). Gender, status, and leadership. *Journal of Social Issues*, 57, 637-655.
- Roberts, G. L., Lawrence, J. M., Williams, G. M. y Raphael, B. (1998). The impact of domestic violence on women's mental health. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 22, 56-61.
- Rocha-Sánchez, T. E. y Díaz-Loving, R. (2005). Cultura de género: La brecha ideológica entre mujeres y hombres. *Anales de Psicología*, 21, 42-49.
- Sánchez, D. T. y Crocker, J. (2005). How investment in gender ideals affects well-being: the role of external contingencies of self-worth. *Psychology of Women Quarterly*, 29, 63-77.
- Sweeting, H. y West, P. (2003). Sex differences in health at ages 11, 13 and 15. *Social Science & Medicine*, 56, 31-39.
- Turner, R. J., Wheaton, B. y Lloyd, D. A. (1995). The epidemiology of social stress. *American Sociological Review*, 60, 194-205.
- Unger, R. K. (1979). Toward a redefinition of sex and gender. *American Psychologist*, 34, 1085-1094.
- Unger, R. y Crawford, M. (1992). *Women and Gender. A Feminist Psychology*. Nueva York: McGraw-Hill.
- Walker, L. (1999). Psychology and domestic violence around the world. *American Psychologist*, 54, 21-29.
- Walters, V. (1993). Stress, anxiety and depression: Women's accounts of their health problems. *Social Science & Medicine*, 36, 393-402.
- Weissman, M. M. y Klerman, G. K. (1977). Sex differences and the epidemiology of depression. *Archives of General Psychiatry*, 34, 98-111.
- Whitley, B. E. (1983). Sex role orientation and self-esteem: A critical meta-analytic review. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44, 765-778.
- Xu, K. T. y Borders, T. F. (2003). Gender, health, and physician visits among adults in the United States. *American Journal of Public Health*, 93, 1076-1079.
- Yoder, J. D. y Kahn, A. S. (2003). Making gender comparisons more meaningful: A call for more attention to social context. *Psychology of Women Quarterly*, 27, 281-290.

Fecha de recepción: 4 de febrero, 2009

Fecha de aceptación: 3 de abril, 2009