

M. Pilar Matud Aznar

Género y salud

**Binomio que condiciona la calidad de vida de
mujeres y hombres**

Cuadernos de Psicología / 05



Sociedad Latina de Comunicación Social

Coordinador editorial

José Manuel de Pablos Coello

Cuadernos de Psicología – Comité Científico

Presidencia:

Raúl Medina Centeno, Universidad de Guadalajara (México)

Secretaría:

**Joaquín García-Alandete, Universidad Católica de Valencia
San Vicente Mártir (España)**

Ana Aierbe Barandiaran

Universidad del País Vasco - Euskal
Herriko Unibertsitatea (España)

Céline Borg

Université Catholique de Lyon
(Francia)

Silvina Brussino

Universidad Nacional de Córdoba,
(Argentina)

Irani Iracema de Lima Argimon

Pontífica Universidade Católica do
Rio Grande do Sul (Brasil)

Raquel Domínguez

Universidad de Guadalajara, Campus
de Puerto Vallarta (México)

Pedro González Leandro

Universidad de La Laguna (España)

Jorge López Puga

Universidad Católica de Murcia
(España)

María del Pilar Matud Aznar

Universidad de La Laguna (España)

María Concepción Medrano

Samaniego

Universidad del País Vasco - Euskal
Herriko Unibertsitatea (España)

Carmen Moret Tatay

Universidad Católica de Valencia San
Vicente Mártir (España)

Mike Murphy

University College, Cork (Irlanda)

Tatiana Quarti Irigaray

Pontífica Universidade Católica do
Rio Grande do Sul (Brasil)

Emilia Serra Desfilis

Universitat de València (España)

Rosa Trenado Santarén

Universitat de València (España)

Esperanza Vargas

Universidad de Guadalajara, Campus
de Puerto Vallarta (México)

Juan José Zacarés González

Universitat de València (España)

M. Pilar Matud Aznar

Prólogo de Carmen Rodríguez Wangüemert

Género y salud

**Binomio que condiciona la calidad de vida de
mujeres y hombres**

Cuadernos de Psicología / 05



Sociedad Latina de
Comunicación Social

05- Género y salud. Binomio que condiciona la calidad de vida de mujeres y hombres

M. Pilar Matud Aznar | pmatud@ull.edu.es

Editores: Gloria Bernabé Valero y Alejandro Álvarez Nobell

Diseño: Samuel Toledano

Ilustración de portada: *sin título* (2016), María Pilar Matud Aznar

Edita: Sociedad Latina de Comunicación Social – edición no venal

- La Laguna (Tenerife), 2017 – Creative Commons

www.revistalatinacs.org/09/Sociedad/sede.html

www.cuadernosartesanos.org/psicologia.html

Protocolo de envío de manuscritos con destino a CBA.:

www.cuadernosartesanos.org/protocolo_CdP.html

Imprime y **distribuye**: F. Drago. Andocopias S. L.

c/ La Hornera, 41. 38296 La Laguna. Tenerife.

Teléfono: 922 250 554 | fotocopiasdrago@telefonica.net

Precio social: 7,35 € | Precio en librería: 9,35 € |

ISBN-13: 978-84-16458-65-3

D. L.: TF-649-2017

* Queda expresamente autorizada la reproducción total o parcial de los textos publicados en este libro, en cualquier formato o soporte imaginables, salvo por explícita

voluntad en contra del autor o en caso de ediciones con ánimo de lucro. Las publicaciones donde se incluyan textos de esta publicación serán ediciones no comerciales y han de estar igualmente acogidas a Creative Commons. Harán constar esta licencia y el carácter no venal de la publicación.



* La responsabilidad de cada texto e imagen es de su autor o autora.

Agradecimientos:

Trabajo financiado por el Ministerio de Economía y
Competitividad. Referencia: PSI2015-65963-R
(MINECO/FEDER, UE).

Género y salud. Binomio que condiciona la calidad de vida de mujeres y hombres

Resumen

Libro en el que se revisan los aspectos conceptuales y empíricos sobre género y salud. La investigación ha mostrado la existencia de algunas diferencias entre mujeres y hombres en salud física y mental. Estas diferencias se han tratado de explicar por diversos factores, desde biológicos hasta psicosociales. Las explicaciones biológicas han tendido a centrarse en el rol de las hormonas sexuales pero la investigación ha mostrado la relevancia de los factores psicosociales tales como la autoidentificación con los roles de género tradicionales, la división sexual del trabajo, el estrés y las conductas de salud.

Palabras clave

Género, Salud, Estrés, Capital social, Roles de género.

Abstract

The purpose of this book is to provide readers with a review of the empirical research and conceptual discussions surrounding gender and health. Research has established the existence of some variations between women and men in physical and mental health. These differences have been tentatively explained in terms of several factors, that range from biological to psychosocial ones. Biological explanations tend to focus on the role of sex hormones but research has shown the relevance of psychosocial factors such as self-identification in traditional gender roles, sexual division of labour, stress, and health behaviour.

Keywords

Gender, Health, Stress, Social capital, Gender roles.

FORMA DE CITAR ESTE ARTÍCULO

Estilo APA: Matud Aznar, M.P. (2017). *Género y salud. Binomio que condiciona la calidad de vida de mujeres y hombres* (Col. Cuadernos de Psicología 05). La Laguna (Tenerife): Latina.



Índice

Prólogo, por Carmen Rodríguez Wangüemert [9]

Introducción [13]

1. Sexo y género [21]

1.1. Desarrollo prenatal del sexo [23]

1.2. Género [24]

1.3. Principales teorías sobre las diferencias entre mujeres y hombres [27]

1.4. Estereotipos de género [35]

2. Diferencias en salud entre mujeres y hombres [39]

2.1. Esperanza de vida [40]

2.2. Mortalidad [45]

2.3. Diferencias entre mujeres y hombres en morbilidad física [49]

2.4. Salud autoevaluada [56]

2.5. Factores explicativos de las diferencias entre mujeres y hombres en mortalidad, morbilidad física y salud autoevaluada [59]

3. Género y salud mental [71]

3.1. Diferencias entre mujeres y hombres en trastornos y sintomatología mental [72]

3.2. Género y comorbilidad [78]

3.3. Género y consumo de medicamentos psicotrópicos [80]

3.4. Factores explicativos de las diferencias entre mujeres y hombres en salud mental [84]

4. Género, estrés y capital social [91]

4.1. Género y estrés [92]

4.2. Diferencias en estrés entre mujeres y hombres [94]

4.3. Diferencias de género en el afrontamiento del estrés [98]

4.4. Género y capital social [102]

Epílogo [105]

Referencias [109]



Prólogo

INMERSOS COMO ESTAMOS EN UNA SOCIEDAD paradójica, que tanto se jacta con mensajes de exaltación a la Igualdad de Género –que nunca llega–, como perpetúa sus más dañinos estereotipos sobre las diferencias entre mujeres y hombres en su cadencia discursiva, nada puede ser rotundamente más oportuno que este novedoso trabajo sobre Género y Salud, de la catedrática María Pilar Matud Aznar, que se me brinda presentar con estas líneas. Este nuevo libro se suma a su prolija e incontable obra, volviéndose a poner de manifiesto un concienzudo conocimiento y, también, su entrega a los estudios de Género, que la han convertido en un referente de la investigación. No en vano, nos contagia con esa dedicación –de altura académica y de compromiso social– que la autora ha transformado en una gran pasión y en un modo de vida.

He acometido la lectura de este texto con la errática manía de hallar frases contundentes, de esas que los comunicadores buscamos en forma de síntesis para los titulares, y que a su vez lustrarían estas líneas. Una búsqueda frustrada. No podía ser de otra manera: el

trabajo de Pilar Matud no está llamado a ese tipo de relumbre, sino a la exposición exhaustiva, denodada y expeditiva de los datos que corroboran la realidad de la desigualdad que persiste.

Matud está siempre del lado de los resultados. Del lado de la comprobación para poder argumentar hasta llegar a la certeza de que “el género no implica solo diferencias entre mujeres y hombres, sino que suelen ser desigualdades ya que muchos de los atributos y roles promovidos de forma selectiva entre hombre y mujeres tienden a ser valorados socialmente de forma desigual, atribuyendo generalmente mayor poder y estatus a los atribuidos a los hombres”.

Son los datos los que con rigor convencen, en su obra, de que las investigaciones sobre Género y Salud aún han de afrontar importantes retos. Aseveran que se precisan revisiones en el afrontamiento de las realidades y de la diversidad, que van desde las relacionados con la idea esencial de que la división de los seres humanos en solo dos sexos llega a ser una construcción social de un proceso muy complejo y variado, hasta los cuestionamientos que hasta ahora plantean algunos de los estudios sobre las conductas. Y son los argumentos contrastados los que muestran, en definitiva, cómo para aumentar la salud y bienestar de la ciudadanía y que se desarrollen todas las potencialidades, es importante la Igualdad de Género.

Género y Salud. Binomio que condiciona la calidad de vida de mujeres y hombres, se nos presenta como una oportunidad de remirar la manera de reconocernos, a través de un proceso que invita a eliminar el prisma de la asignación de roles basados en el sexo y, por tanto, en lo que se espera de lo femenino y de lo masculino culturalmente.

Ver más allá no es solo oportuno, sino la esencia misma del avance científico al que contribuye este trabajo innovador. Es recomendable, para todos los actores que desde distintos roles intervenimos en la sociedad, conocer más de Género. Lo es para la Universidad, desde cualquier área, y lo es para el estudiantado de las disciplinas como Comunicación que en su tarea de información y de divulga-

ción, llegarán a ser operadores activos de esos discursos que al principio de este prólogo mencionaba: los del enardecimiento político-social de una Igualdad de Género –que tanto está tardando en llegar–, y los de perpetuar los estereotipos –que solo se difuminan en lo políticamente correcto–. Es oportuno. Ahora tenemos la oportunidad.

Carmen Rodríguez Wangüemert
Universidad de La Laguna



Introducción

LA DISTINCIÓN ENTRE MUJERES Y HOMBRES es un principio básico de la organización de la cultura humana y, aunque las sociedades difieren en las tareas específicas que asignan a hombres y mujeres, todas distribuyen los roles adultos basándose en el sexo asignado al nacer y anticipan esta distribución en la socialización de la infancia (Bem, 1981). Tal y como plantea esta autora, no solo se espera que chicos y chicas adquieran las habilidades que se consideran específicas de su sexo, sino que también se espera que tengan o adquieran autoconceptos y atributos de personalidad específicos según su sexo, de modo que sean masculinos o femeninas según la definición de su cultura.

Desde el nacimiento, e incluso desde antes de nacer, cuando se conoce el sexo del feto, las personas somos tratadas y percibidas de forma diferente en función del sexo que se nos ha asignado y somos presionadas, de forma más o menos sutil, para que nos comportemos de la forma que la sociedad en que vivimos considera que debemos hacerlo y asumamos los roles correspondientes. Aunque, tal

y como afirman Beall y Sternberg (1993), qué es el género y cuál es la naturaleza de las diferencias de género aún siguen siendo objeto de debate en la actualidad, no cabe duda de que el género es relevante a nivel individual, social, cultural e histórico, siendo también un aspecto fundamental de la estructura social y, como tal, un determinante muy importante en la vida de las personas a lo largo de todo su ciclo vital.

El género es la base primaria en que se diferencia a las personas y tiene efectos profundos en la vida diaria, incluyendo la salud, el bienestar y la calidad de vida. Bussey y Bandura (2004) afirman que el desarrollo del género es un tema fundamental porque algunos de los aspectos más importantes de la vida de las personas, tales como los talentos que cultivarán, las creencias que tendrán de sí mismas y de los/as demás, las oportunidades y limitaciones sociales con que se encontrarán, la vida social y las trayectorias laborales que perseguirán están profundamente prescritas por la tipificación social de género. El hecho de ser macho o hembra determina el acceso que tendremos a los recursos y nuestras elecciones y opciones vitales (Rosenfield y Smith, 2010). Pero el género no implica solo diferencias entre mujeres y hombres, sino que suelen ser desigualdades ya que muchos de los atributos y roles promovidos de forma selectiva en hombres y mujeres tienden a ser valorados socialmente de forma desigual, atribuyendo generalmente mayor poder y estatus a los atribuidos a los hombres.

Tal y como plantea Sandra Bem (1993), a través de la historia de la cultura occidental, han prevalecido tres creencias sobre los hombres y las mujeres: 1) que su naturaleza psicológica y sexual es fundamentalmente diferente; 2) que el hombre es el sexo inherentemente dominante o superior; 3) que tanto las diferencias macho-hembra como la dominación masculina son naturales. Como recuerda esta autora, hasta la mitad del siglo XIX, la naturalidad de tales diferencias se concebía típicamente como parte de la creación divina y, a partir de entonces, se conciben en términos científicos como parte de la biología o de la evolución. Bem afirma que esas asunciones ocultas sobre el sexo y el género siguen estando presentes en los discursos culturales, en las instituciones sociales y en las mentes in-

dividuales reproduciendo, generación tras generación, de forma sistemática e invisible el poder masculino. Ello no solo configura cómo se percibe, concibe y discute la realidad social sino que también determina cuestiones más materiales tales como las diferencias de género en salario o cómo se utiliza el tiempo diario, aspectos que configuran la realidad social actual y que tienen un efecto importante en la salud y calidad de vida de mujeres y hombres.

Bem (1993), que denomina a tales asunciones las “lentes del género”, plantea que la primera de ellas es el *androcentrismo*, que se caracteriza, además de por percibir que el hombre es inherentemente superior a la mujer, por considerar que el hombre y la experiencia masculina son la norma y las mujeres y la experiencia femenina una desviación de esa norma. Así, no solo el hombre es tratado como superior y la mujer como inferior sino que el hombre es considerado como el ser humano y la mujer como la “otra”. Este androcentrismo ha quedado claramente reflejado en la investigación biomédica y psicológica tradicional, donde con mucha frecuencia se han realizado las investigaciones únicamente con hombres, o con muestras muy limitadas de mujeres, lo que ha generado un importante desconocimiento sobre la salud de las mujeres.

La segunda lente propuesta por Sandra Bem es la *polarización de género*. Consiste, no solo en la consideración de que las mujeres y los hombres son fundamentalmente diferentes, sino en el uso de tal diferencia como un principio para organizar la vida social y la cultura. Así, tal y como plantea esta autora, existe una conexión cultural entre el sexo y casi cualquier otro aspecto de la experiencia humana, desde la forma de vestir o los roles sociales hasta las maneras de expresar las emociones y experimentar el deseo sexual. La tercera lente es el *esencialismo biológico* el cual, tradicionalmente, ha legitimado las otras dos lentes tratándolas como consecuencias naturales e inevitables de las naturalezas biológicas de mujeres y hombres (Bem, 1993). Y todas las diferencias en salud entre mujeres y hombres, además de las diferencias en conducta y roles, se ha tendido a explicar desde ese esencialismo.

La existencia de diferencias entre mujeres y hombres en salud, y sus causas, son cuestiones complejas y cuya investigación no está libre de sesgos. Pese a que la esperanza de vida de las mujeres es, en todo el mundo, mayor a la de los hombres y sus tasas de mortalidad son inferiores, tradicionalmente se ha considerado que las mujeres tenían peor salud, presentando mayores tasas de morbilidad, de invalidez y uso más frecuente de los servicios de salud. Es lo que se ha denominado “la paradoja del género y la salud”. Tal y como plantean Lahelma, Arber, Martikainen, Rahkonen y Silventoinen (2001), se trataba de asunciones tan arraigadas que no precisaban de más explicación.

La consideración de que las mujeres tenían peor salud que los hombres, pero sus tasas de mortalidad eran más bajas, surgió de las encuestas de salud realizadas desde los años 60 a los 80, cuando los indicadores de salud se limitaban a la salud autoevaluada, a la discapacidad y a los problemas funcionales (Crimmins, Kim y Solé-Auró, 2010). Pero las investigaciones llevadas a cabo a partir de la década de los 90 han cuestionado tales creencias y han evidenciado la complejidad de las diferencias de género en salud. Existe evidencia de que la presencia de tales diferencias, su magnitud y/o dirección dependen, entre otras variables, del indicador de salud y/o del síntoma que se analice, de la fase del ciclo vital, de las condiciones socioeconómicas e, incluso, del país o del periodo temporal en que se realice el estudio (véase, por ejemplo, Hunt, 2002; Macintyre, Ford y Hunt, 1999; Macintyre, Hunt y Sweeting, 1996; Matthews, Manor y Power, 1999; Matud, Correa, Bethencourt y del Pino, 2014; Oksuzyan et al., 2010).

Frente a los postulados del modelo médico tradicional, que atribuye los problemas de salud y la enfermedad a características internas del individuo, actualmente se reconoce la existencia de determinantes sociales de la salud, que son las condiciones en que las personas han nacido, crecen, viven, trabajan y envejecen; dichas condiciones influyen en las oportunidades que tiene una persona de estar sana, en su riesgo de enfermar y en su esperanza de vida (OMS/Europa, 2016). Y el género es un importante determinante de la salud, ya que estructura las oportunidades y los riesgos vitales (Hunt y Anna-

dale, 1999). Además, las normas de género pueden tener implicaciones relevantes en la salud de mujeres y hombres a través de las conductas de salud que llevan a cabo (Fleming y Agnew-Brune, 2015).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) aprobó en 2007 la resolución WHA60.25 *Estrategia para la integración del análisis y acciones de género en el trabajo de la OMS*, cuyo propósito es aumentar, expandir, e institucionalizar su capacidad para analizar el rol del género y del sexo en la salud, monitorizando y tratando las desigualdades en salud basadas en el género que son sistémicas y evitables (OMS, 2008). Desde dicho organismo se afirma que, para asegurar la equidad en salud y que las mujeres y los hombres de todas edades tengan igual acceso y oportunidades para lograr todo su potencial de salud, el sector sanitario debe reconocer que difieren en sexo y en género. Reconoce que “Debido a las diferencias sociales (género) y biológicas (sexo) mujeres y hombres se enfrentan a diferentes riesgos de salud, experimentan diferentes respuestas de los sistemas de salud, y su conducta de búsqueda de salud y los resultados de salud difieren” (OMS, 2008: 8). Afirma que, en muchas sociedades, las mujeres tienen menos acceso a la información sobre salud así como a los servicios y recursos para protegerla; y las normas de género afectan también a los hombres al asignarles roles que propician conductas de riesgo para su salud. Además, el género interacciona con la raza y con otras categorías sociales generando desigualdades entre distintos grupos sociales y entre mujeres y hombres.

Frente a la perspectiva tradicional binaria de considerar a hombres y mujeres como grupos homogéneos distintos, es decir, de considerar a las mujeres como un grupo y a los hombres como otro distinto y buscar qué sexo tiene ventajas biológicas sobre el otro, se trata de reconocer que las diferencias de género en salud varían de forma importante en función de la edad, la etnia y el estatus socioeconómico (Rieker Bird y Lang, 2010).

También desde la Oficina Regional para Europa de las OMS se reconoce que mujeres y hombres difieren en biología, en los roles y responsabilidades que la sociedad les asigna y en sus posiciones en

la familia y en la sociedad. Todo ello afecta a los riesgos que toman, a los que están expuestos/as, a sus esfuerzos para mejorar la salud, y a cómo responden a sus necesidades los sistemas de salud. Y puede tener implicaciones en las causas, consecuencias y en el manejo de la enfermedad y de los problemas de salud (OMS/Europa, 2016).

Pero tales planteamientos de la OMS están poco presentes, no solo en la investigación, sino también en la práctica clínica. “El género no aparece, está mal comprendido y solo a veces está integrado en los programas y políticas globales de salud” (Hawkes y Buse, 2013: 1783). Mucha de la investigación sobre las diferencias en sexo/género en salud ha estado dominada por dos perspectivas (Springer, Hankivsky y Bates, 2012): 1) el estudio empírico de las tendencias y explicaciones de las diferencias en función del sexo en mortalidad y morbilidad; 2) los patrones específicos de enfermedad de cada sexo, que han correspondido con frecuencia a políticas e investigación diferenciadas sobre “la salud de las mujeres” y la “salud de los hombres”. Tal y como plantean dichas autoras, aunque ello ha contribuido a un mejor conocimiento de la distribución de las causas de la enfermedad y la mortalidad y a una mejor atención de algunas cuestiones de salud de mujeres y hombres, han reforzado el modelo binario de construcción del sexo (macho/hembra) y el género (masculino/femenino), así como el tratamiento del sexo y el género como fácilmente separables. Por tanto, el presente libro comienza dedicando un capítulo a revisar los conceptos básicos relativos al sexo y al género, pues solo desde tal comprensión se puede conocer la relevancia que el género tiene en la salud y calidad de vida de las personas y se pueden diseñar e implementar políticas, programas y estrategias para mejorar la salud de la población.

En el análisis de la relevancia que tiene el género en la salud es importante considerar que tanto la salud como la enfermedad son fenómenos biopsicosociales. Las diferencias biológicas relativas al sexo afectan tanto a la morbilidad, es decir, al número de casos con una determinada patología, como a la mortalidad, o número de muertes debidas a una determinada enfermedad o causa; y los factores psicológicos y sociales conllevan situaciones y conductas mediadas por el género que influyen en la salud y en la enfermedad

(Chrisler, 2001). Existen conductas y estilos de vida que son relevantes en la salud que difieren en función del género y que implican, por tanto, riesgos diferentes para la salud de mujeres y hombres. También existen diferencias de género en otras variables relevantes en el bienestar como son los usos del tiempo, la forma de hacer frente al estrés, o la implicación en las relaciones sociales. Además, las peores condiciones sociales y laborales de las mujeres y su victimización por violencia de género son factores que impactan en su salud y calidad de vida.



Sexo y género

NO EXISTE UNANIMIDAD NI EN la conceptualización ni en el uso de los términos *sexo* y *género*. En su uso influyen desde aspectos cronológicos, ya que hasta los años 70 era muy poco frecuente el uso no gramatical del término *género*, hasta ideológicos. Pese a ello, generalmente se asocia *sexo* con variables de tipo biológico, aludiendo a determinadas características anatómicas, cromosómicas y hormonales que típicamente diferencian a machos y hembras, mientras que *género* se asocia con las normas, roles, atributos y expectativas que la sociedad asigna a mujeres y a hombres. El sexo se refiere “a las características biológicas de ser macho y hembra” y el género a las “categorías psicológicas” (Helgeson, 2015: 515). Esta autora afirma que, mientras que el término sexo implica diferencias cuya base es biológica, el término género reconoce que la base de las diferencias no se limita a la biología. Según la Asociación americana de Psicología “El *sexo* se asigna al nacer y se refiere al estado biológico de una persona como hombre o mujer, y está asociado principalmente con atributos físicos, cromosomas, prevalencia hormonal, y anatomía externa e interna. El *género* se refiere a

los atributos, actividades, conductas y roles construidos socialmente que una determinada sociedad considera apropiados para niños y hombres o para niñas y mujeres” (American Psychological Association, 2014: 1).

El Canadian institutes of health researchs (2016) expone que el sexo y el género están interrelacionados y en su definición de sexo afirma que se refiere a los atributos biológicos, estando asociado principalmente con características físicas y fisiológicas incluyendo cromosomas, expresión de genes, niveles y función hormonal y anatomía sexual/reproductora. Reconoce que, aunque hay variación en los atributos que comprende el sexo y en cómo están expresados, habitualmente se categoriza como macho o hembra. Considera el género como la construcción social de roles, conductas, expresiones e identidades de chicas, mujeres, chicos, hombres y personas con género diverso. Ello influye en cómo las personas se perciben a sí mismas y a las demás, en cómo actúan e interactúan, y en la distribución de poder y recursos en la sociedad. Afirma que, aunque hay considerable diversidad en cómo los individuos y los grupos comprenden, experimentan y expresan el género, usualmente es conceptualizado como binario: chica/mujer y chico/hombre.

Pese a ser bastante común, la asociación de sexo con lo biológico y género con lo cultural ha sido criticada ya que enfatiza la separación de lo biológico y lo cultural, produciendo una imagen dividida del ser humano. Actualmente se reconoce que la biología tiene interpretaciones culturales, siendo también el sexo una interpretación cultural; y la distinción de los seres humanos en dos sexos, macho y hembra, es una interpretación cultural dicotómica de un proceso complejo en el que pueden diferenciarse más de dos sexos (Fausto-Sterling, 1993; Unger y Crawford, 1992). Existe evidencia de que las características biológicas que subyacen a las categorías de sexo no son dimórficas sino que son multidimensionales y multicategoriales (Moradi y Parent, 2013). Por tanto, el presente capítulo comienza describiendo el desarrollo prenatal del sexo para, posteriormente, tratar las conceptualizaciones de género que se consideran más relevantes, presentando también un breve resumen de las principales

teorías explicativas del género. Y, finalmente, se tratan los estereotipos de género.

1.1. Desarrollo prenatal del sexo

En los seres humanos el sexo se desarrolla a través de una serie de fenómenos acumulativos, la mayor parte de las cuales tiene lugar antes del nacimiento, que permiten hablar de la existencia de diferentes sexos (Unger y Crawford, 1992). Según estas autoras serían los siguientes: 1) Sexo *cromosómico*, que alude a las diferencias en uno de los 23 pares de cromosomas que tienen los seres humanos, ya que 22 de ellos son comunes a mujeres y hombres, por lo que se denominan autosomas, y únicamente es diferente un par, que es XX en el caso de las hembras y XY en los machos. 2) Sexo *gonadal*, que se basa en el desarrollo a partir de aproximadamente la sexta semana de gestación de una serie de estructuras cuya mayor importancia reside en que segregarán las hormonas responsables de la diferenciación sexual. 3) Sexo *hormonal* donde destaca, a nivel prenatal, los efectos organizadores de los andrógenos cuya presencia hace que el feto se desarrolle como macho. Pero las hormonas sexuales también tienen poder diferenciador durante y tras la pubertad, teniendo efectos activadores de las diferencias entre machos y hembras. 4) Sexo de los *genitales internos*, que se corresponde con el desarrollo en el feto de dichas estructuras diferenciadas. 5) Sexo de los *genitales externos*, que alude a la apariencia de dichos genitales. Generalmente, tras el nacimiento, a la persona se le *asigna un sexo*, es decir, se le etiqueta como macho o hembra y, en función de ello, la sociedad le da un trato diferencial y le presiona para que adopte una serie de características que considera “masculinas” o “femeninas”: es el *género* de crianza.

Lo más común es que si el par 23 es XY se desarrolle la gónada masculina que segrega andrógenos y genera el desarrollo de los genitales masculinos internos y externos, dando lugar a un macho; y que si el par 23 es XX se desarrollen los genitales internos y externos de una mujer. Pero no siempre sucede así, ya que pueden darse variaciones en tal diferenciación que provocan que los diferentes

componentes del sexo no coincidan en la persona. Es decir, aunque al nacer se categoriza al nuevo ser como niña o niño, desde el punto de vista biológico no hay solo dos sexos, sino que existen más. De hecho, en un estudio realizado con 626 personas se detectaron 22 variaciones (Qinjie, Fngfang, Yuanzheng y Qinsheng, 2009), si bien había diferencias importantes en la frecuencia con que se presentaban. Tradicionalmente se ha tendido a mantener ocultas y a patologizar tales variaciones, clasificándolas como “síndromes” e intentando que las personas se ajustasen desde la infancia a uno de los dos sexos legalmente reconocidos. Pero dicha situación parece estar cambiando recientemente, tanto desde el punto de vista legal como social. En las últimas décadas se está pasando de la estigmatización de considerar como desviadas a las personas que no se ajustan a un orden sexo/género binario, a otra perspectiva que centra su atención en la situación social y legal de tales personas en el contexto de la universalidad de los derechos humanos, considerando que se trata de miembros de la sociedad con los mismos derechos.

1.2. Género

Desde el nacimiento, y a lo largo de toda la vida, la persona es socializada según las normas que la cultura considera apropiadas para cada sexo, existiendo un trato diferenciado en función de éste. Rhoda Unger (1979) definió el *género* como los componentes no fisiológicos del sexo que son considerados culturalmente como apropiados para hombres y mujeres. Según Ashmore (1990) el término *género* implica el reconocimiento de que “hombre” y “mujer” son construcciones culturales, ya que cada persona es criada en una sociedad concreta, con un amplio conjunto de creencias y expectativas acerca de dichas categorías sociales. Existe evidencia de que mujeres y hombres somos considerados y tratados de forma diferente esperándose, no solo que nos comportemos y realicemos cosas diferentes sino, incluso, que nuestros sentimientos y pensamientos sean distintos. Y a lo largo de toda nuestra vida se nos va a presionar de formas muy variadas para que sigamos esos patrones, esas formas diferenciales que la sociedad dicta para mujeres y hombres en función del sexo asignado al nacer.

Tal y como plantean Ruble, Martin y Berenbaum (2006), el haber nacido niño o niña tiene implicaciones que van más allá de diferencias cromosómicas, hormonales y genitales ya que, prácticamente, todo el funcionamiento humano tiene una connotación de género: la apariencia, la forma de comportarse, la comunicación, el temperamento, las actividades que se realizan dentro y fuera de casa, las aspiraciones y los valores. Desde muy corta edad a los niños se les enseña y fomenta valores como el logro y la independencia, la restricción de sus emociones y se les orienta a los roles laborales, mientras que a las niñas se les enseña y fomenta la dependencia, la empatía, el cuidado de los/as demás, la expresividad emocional, los roles familiares y a tener en cuenta a los/as demás cuando hacen sus propios planes y trazan sus metas. Tales diferencias en el trato, en las oportunidades, y en las conductas que se va a permitir y/o fomentar, se intensifican en la adolescencia y en la edad adulta se expresan por medio de roles diferenciados.

Pero no solo se trata de diferencias, sino que suponen desigualdades, ya que lo más común es que los roles masculinos tengan más privilegios y poder que los femeninos, mientras que estos se caracterizan por mayores demandas y obligaciones. Por tanto, en lugar de dejar que la persona desarrolle todas sus capacidades y potencialidades que posee en tanto ser humano, se le limita y encauza su vida en una determinada dirección y a una edad tan temprana que no existen muchas posibilidades de elección.

Pese a ello, no todas las personas siguen en la misma medida los dictados del género, ni lo hacen por igual en todas las situaciones, habiéndose propuesto diferentes teorías relativas al origen y la naturaleza de las diferencias de género. En todo caso cabe destacar que, aunque desde la investigación psicológica se ha considerado con mucha frecuencia que el género es una variable personal, en la que se dan diferencias individuales, también existe evidencia de que el género actúa como una “variable estímulo” que influye en las respuestas de la gente ante la persona (Hyde, 2007). Además se plantea que, dada la evidencia de la existencia de los estereotipos, el “ojo de quien observa” influye no solo en las percepciones, sino que también puede afectar a las conductas. Deaux y Major (1987) conside-

ran la conducta relacionada con el género como flexible o adaptable e influida por la situación, y afirman que hombres y mujeres son relativamente iguales en sus potenciales para la mayoría de las conductas sociales, si bien esas conductas diferirán ampliamente en función de las elecciones personales, la conducta de las demás personas, y el contexto situacional.

En esa línea integradora y comprensiva, Deaux y LaFrance (1998) presentan un marco conceptual en el que analizan el género a múltiples niveles, extendiéndolo desde una perspectiva diferencial hasta las explicaciones de tipo interpersonal, social y cultural. Reconocen que las conductas de una persona relativas al género son parte de las interacciones entre mujeres y hombres, estructuradas por las normas culturales y canalizadas y apoyadas a través de las organizaciones que refuerzan al individuo por realizar las conductas que la sociedad considera apropiadas.

Desde una perspectiva más sociológica se ha planteado que el género, más que un atributo de los individuos, es un conjunto dinámico de relaciones socialmente construidas que se dan en las interacciones diarias (West y Zimmerman, 1987). Así, se considera el género, más que como una propiedad del individuo, como una característica emergente de las situaciones sociales, siendo tanto un resultado de las distintas normas sociales como un medio de legitimar una de las divisiones más fundamentales de la sociedad. Desde esta perspectiva se considera que el género es “un poderoso mecanismo ideológico que produce, reproduce y legitima las elecciones y límites que están predicados en la categoría sexo” (West y Zimmerman, 1987: 147), produciéndose el género en las situaciones sociales. Por tanto, el género no es un rasgo de las personas, sino algo que se ejecuta, que “se hace” de forma continua y en función del contexto, estableciéndose por medio de la interacción social. El “hacer género” significa crear, de forma consciente o no, diferencias que luego son consideradas como naturales entre mujeres y hombres. Y “este énfasis en ‘la diferencia’ entre mujeres y hombres crea formas binarias de pensamiento y de ser humano” (Emslie y Hunt, 2008: 808).

1.3. Principales teorías sobre las diferencias entre mujeres y hombres

Son muchas las teorías que han intentado explicar el origen, desarrollo y mantenimiento de las diferencias entre mujeres y hombres, si bien algunas han carecido de base científica y de lo que se trataba era de justificar la discriminación y el sometimiento de la mujer. Las primeras teorías acerca de tales diferencias formuladas en la cultura occidental se remontan a Platón y Aristóteles. Aunque Platón, en algunas de sus obras, reconoció la igualdad de ambos géneros, en general se tendía a considerar a la mujer como inferior al hombre. Aristóteles afirmaba que lo femenino era una versión menor de lo masculino, siendo la razón de esta imperfección la ausencia del *calor vital*. A lo largo de la historia hay numerosas consideraciones peyorativas sobre la mujer tales como “hombre incompleto” (Aristóteles), “ente incidental” (Santo Tomás), “ser inferior en inteligencia con respecto al hombre” (Juan Huarte), “individuo con posición social subordinada” (Hegel, Kant, Shopenhauer)” (Andrés, 1997: 346).

Las teorías formuladas a lo largo del siglo XX han sido muy diversas y, si bien las primeras tendían a una visión “esencialista” de las diferencias entre mujeres y hombres, atribuyendo tales diferencias a características “internas” del individuo, las teorías posteriores aluden a causas culturales y sociales, o bien a la interacción entre los factores biológicos, cognitivos y sociales. A continuación se resumirán brevemente las propuestas que se consideran más relevantes para la comprensión del género y sus implicaciones en la salud y bienestar de mujeres y hombres.

Las **teorías psicoanalíticas** destacan por ser pioneras en atribuir relevancia al género, tanto en la constitución de la identidad personal como en la forma en que se manifiestan los síntomas psicológicos, ya que en el pensamiento psicoanalítico el género es uno de los principales ejes del desarrollo (Bell, 2004). Desde esta perspectiva se han formulado diferentes concepciones de la organización del género en el individuo, aunque en todas ellas se considera básico el proceso de identificación con el/la progenitor/a del mismo sexo. Pero sus planteamientos han sido criticados por carecer de base

empírica, ya que no ha sido verificada empíricamente ni siquiera la propia teoría de base, la identificación del niño y la niña con el/la progenitor/a del mismo sexo.

También se ha aplicado la **teoría del aprendizaje social** al género. Una asunción básica de esta teoría es que la conducta se aprende a través de un número relativamente pequeño de procesos distintos, pero interrelacionados, que funcionan a lo largo de toda la vida, adquiriéndose y manteniéndose el género a través de tales procesos (Lott y Maluso, 1993). Se considera importante el refuerzo positivo y negativo, es decir, las consecuencias que siguen a la conducta, las reacciones que generan, los cambios que producen... Otro proceso importante es el modelado o imitación de la conducta de otras personas, el cual está influido por factores como la disponibilidad de modelos, la similitud con uno/a mismo/a, el poder que posean, o las consecuencias de su conducta.

Según Mischel (1966), que fue pionero en la aplicación de la teoría del aprendizaje social al género, las conductas tipificadas sexualmente son aquellas que generan diferentes consecuencias en función del sexo; y la adquisición y práctica de una conducta sexualmente tipificada puede realizarse según los mismos principios de aprendizaje que cualquier otro tipo de conducta, es decir, mediante mecanismos como la observación de conductas, el modelado, y el reforzamiento. Los teóricos del aprendizaje social (Bandura, 1969; Mischel, 1966) consideran que el desarrollo del rol de género se promueve a través de un amplio sistema de influencias sociales que implican la estructuración y calificación de las actividades de forma diferencial según el género, de forma que la enseñanza de los roles de género tradicionales sean facilitados por la cultura. El modelado es un mecanismo básico del proceso de tipificación sexual, ya que niños y niñas están continuamente expuestos/as a modelos: en casa, en la escuela y también a través de las representaciones sociales de los medios de comunicación, especialmente la televisión.

Dado que desde el aprendizaje social se considera que las consecuencias positivas y las oportunidades para poder llevar a cabo la conducta son los mediadores principales, tanto de la ejecución como del mantenimiento de la respuesta, se plantea que la socializa-

ción de género es un proceso continuo, que dura toda la vida y refleja los cambios en las circunstancias y experiencias (Lott y Maluso, 1993). Estas autoras afirman que la aproximación del aprendizaje social sugiere que el género es un predictor fiable de la conducta social solo bajo ciertas circunstancias: cuando la situación implica expectativas altas para la conducta relacionada con el género, es decir, en aquellas en que el rol es más notable; en las que se han tenido oportunidades previas de práctica que han generado habilidades diferenciales según el género; y en las que se producen consecuencias diferentes para mujeres y hombres. Y tales condiciones son necesarias para el mantenimiento de la tipificación de género.

La aproximación **cognitiva** se centra en el análisis de cómo el género es construido y representado a nivel individual y cómo constriñe y permite la experiencia en el mundo social. Ello no significa que se considere que el género es únicamente una creación cognitiva, sino que se reconoce que el género es una creación social construida sobre la diferencia física. Se plantea que el género funciona como una categoría muy significativa cuando se piensa sobre las demás personas y sobre sí mismo/a, y que influye en lo que se hace y también en cómo se hace. Partiendo de la idea de que el género es una categoría básica para comprender y funcionar en el mundo social, desde esta perspectiva se plantea que algunos de los aspectos más importantes de las diferencias en conducta entre mujeres y hombres pueden estar asociadas a cómo el género es representado mentalmente y cómo se le da sentido (Cross y Markus, 1993).

Para explicar la diferenciación y el desarrollo del género se han propuesto varias teorías del **esquema de género**. Un esquema es una estructura cognitiva, una red de asociaciones o conjunto de ideas interrelacionadas, que guía y organiza la forma en que un individuo procesa y da sentido a la información (Lips, 2001). El procesamiento esquemático es altamente selectivo pues, de alguna manera, impone una estructura a la nueva información. Las personas emplean los esquemas en sus interacciones diarias con los/as demás para hacer juicios e inferencias y para etiquetar el mundo social. Dado que los esquemas permiten al individuo crear expectativas

sobre cómo van a actuar las personas, sobre sus gustos, preferencias, características e incluso capacidades, pueden funcionar como profecías autocumplidas. La idea central de la profecía autocumplida es que las creencias causan las conductas y las conductas generan creencias, constando de dos elementos básicos: uno cognitivo y otro conductual. Así, en la interacción social, las personas mantienen una serie de expectativas acerca de las personas con quienes interactúan, comportándose según esta creencia; la otra persona interpreta sus acciones y responde en consecuencia, lo cual es utilizado por la persona que mantiene determinadas expectativas para confirmarlas o reevaluarlas. Debido a que muchos aspectos de la vida han sido tradicionalmente asociados con un género u otro, los esquemas relacionados con el género van a ser fácilmente accesibles en el procesamiento de cualquier tipo de información. La sociedad enseña esta dicotomía hombre/mujer, y cada una de estas categorías va a estar asociada con rasgos, roles, conductas y ocupaciones determinadas: son los estereotipos de género, que se tratarán en el siguiente epígrafe. El estereotipo es el consenso social sobre las características que definen al grupo, mientras que los esquemas son representaciones internas, individuales e idiosincráticas de los estereotipos (Cross y Markus, 1993).

Existe evidencia de que las personas difieren en su tendencia a usar las categorías de género cuando piensan en las demás personas, y la utilización de los esquemas también está influida por la situación (Cross y Markus, 1993). Además, hay teorías sobre el esquema de género como la de Bem (1981, 1993) y la de Markus, Crane, Bernstein y Siladi (1982) donde se reconoce la existencia de diferencias individuales en los esquemas relativos al género y que la centralidad de la identidad de género en el autoconcepto varía de unas personas a otras.

Según Bem (1993), el esquema de género resulta de interiorizar la polarización de género que se da en una determinada cultura, llevando a que la clasificación de la realidad social se haga basándose en el género en lugar de en otras categorías. Esta autora afirma que, debido a la prevalencia cultural, en el discurso y en las instituciones, de la polarización de género, desde la infancia se interioriza dicha

polarización y se desarrolla el esquema de género, el cual predispone a que el niño y la niña, y posteriormente la persona adulta, se comporten según las reglas convencionales del género y desarrollen una identidad en consonancia. Según Markus et al. (1982) los esquemas sobre sí-mismo/a son estructuras de conocimiento desarrolladas para comprender, integrar, o explicar la propia conducta en una determinada área, existiendo diferencias importantes en la naturaleza de tales estructuras y en cómo está integrado el género en el auto-concepto.

Las teorías **biológicas** consideran que las diferencias observadas entre mujeres y hombres en apariencia física, cognición, conducta e, incluso, roles de género, están causadas por los genes, hormonas, así como por la estructura y funcionamiento cerebral (Helgeson, 2002). Y han sido, y siguen siendo, múltiples los esfuerzos en encontrar evidencia empírica de tales supuestos. Pero los resultados no han sido consistentes, encontrando con mucha frecuencia que la variabilidad intragrupo era mayor que la intergrupo, es decir, que había más diferencias dentro de los grupos de mujeres y dentro de los grupos de hombres que entre las mujeres y los hombres. Además, generalmente, los estudios tienen una serie de deficiencias metodológicas que cuestionan la generalización de sus resultados a toda la población. Entre ellos destacan el hacer las investigaciones con tamaños de muestra muy pequeños, e incluir en ellas personas con patologías médicas, problemas neurológicos, o anomalías hormonales, tales como hiperplasia adrenal congénita, o insensibilidad a los andrógenos. Pero, en la medida en que estas personas pueden tener un aspecto físico diferente y tienen que estar sometidas a tratamientos médicos y/o quirúrgicos, la influencia de los factores hormonales no puede diferenciarse de la de los sociales.

Otra cuestión importante es que el encontrar diferencias entre mujeres y hombres no indica su origen, pues también podrían estar causadas por factores postnatales (Fausto-Sterling, 1994; Fausto-Sterling, García y Lamarre, 2012a, 2012b). Son muchas las diferencias entre mujeres y hombres que se consideran “diferencias de sexo” y se pretenden atribuir a las biológicas asociadas a la diferenciación sexual prenatal, como las cromosómicas del par 23, o a los

mayores niveles de testosterona prenatalmente y a los tres meses en los niños y a mayores niveles de hormona folículo estimulante en las niñas (véase Fausto-Sterling, García y Lamarre, 2012a, 2012b). Tal y como plantean estas autoras, existe evidencia de que durante los primeros años de vida, cuando aparecen las diferencias conductuales relacionadas con el sexo, niños y niñas también aprenden sobre su propio género y que el género es un aspecto fundamental del medio social. Dichas autoras afirman que, al nacer, existen muchas variaciones individuales en conductas, tamaño cerebral, actividad motora y agudeza sensorial, pero cada niño/a es criado/a en una familia que, a su vez, está inmersa en un medio cultural que impone un cierto grado de uniformidad con respecto al sexo en las prácticas de crianza. Reconocen que la exposición diferencial de niños y niñas a juguetes y las distintas conductas de sus padres y madres pueden afectar a su desarrollo neural y causar las diferencias en conducta que se observan en la infancia. Y concluyen que “los cambios que experimenta el cuerpo no son meramente impulsados por eventos internos del individuo” (Fausto-Sterling et al., 2012b: 1700) sino que las experiencias también cambian el cuerpo.

Por tanto, además de que existe evidencia de que mujeres y hombres son similares en la mayoría de variables psicológicas (Hyde, 2016), el encontrar diferencias entre personas adultas no indica su origen, ya que también el ambiente podría influir en tales diferencias. Porque nuestra biología también es configurada por nuestra experiencia, existiendo amplia evidencia de que ésta puede cambiar la biología del cerebro y de otras partes del cuerpo, siendo el aprendizaje un ejemplo de ello. Por tanto, la relevancia de los factores biológicos en las diferencias entre mujeres y hombres en capacidades cognitivas y en conducta social aún no ha sido probada ya que, como señala Fausto-Sterling, “hay muy pocas diferencias de sexo absolutas, y sin una completa igualdad social no podremos conocer con seguridad las que hay” (1994: 269). Otro elemento que indicaría la relevancia de los factores sociales en las diferencias entre mujeres y hombres es el hecho de que las diferencias en capacidades cognitivas entre mujeres y hombres han ido disminuyendo en las últimas décadas del siglo XX respecto a las anteriores, tal y como han evi-

denciado las revisiones meta-analíticas realizadas a lo largo del siglo XX.

La teoría **evolucionista** de las diferencias de género es una extensión de la teoría de selección natural de Darwin. La idea básica de su aplicación al análisis de las diferencias entre mujeres y hombres es que han desarrollado conductas diferentes porque tienen un valor adaptativo para su supervivencia (Helgeson, 2002). La psicología evolucionista predice que mujeres y hombres serán iguales o similares en todas las áreas en las que, a lo largo de la historia de la evolución humana, se hayan tenido que enfrentar a problemas de adaptación iguales o similares y diferirán en las áreas en que se hayan tenido que enfrentar a problemas adaptativos distintos (Buss, 1995). Así, se plantea que las diferencias entre mujeres y hombres surgen de la adaptación ancestral a los distintos retos y demandas reproductivas a las que se han tenido que hacer frente en función de su sexo, analizando los orígenes de las diferencias en términos de las preferencias de selección de pareja, las estrategias reproductoras, la implicación parental en la descendencia y la naturaleza agresiva de los hombres (véase Buss, 1994, 1995). Pero esta teoría ha sido muy criticada ya que, aunque algunas de las diferencias de género son consistentes con sus predicciones, también pueden explicarse por otras teorías como la del aprendizaje social, o por otros mecanismos como la división sexual del trabajo (Eagly y Wood, 1999; Lips, 2001). Tampoco explica las diferencias que a lo largo del tiempo han experimentado las concepciones y las conductas asociadas a un determinado género. Además, actualmente, la mayor parte de las prácticas reproductoras tienden a ir en contra de lo planteado por la teoría evolucionista (Bussey y Bandura, 1999).

Desde las teorías **socio estructurales del género** se enfatizan, no los mecanismos a través de los cuales niñas y niños desarrollan la identidad de género o adquieren los roles de género, sino las estructuras y organizaciones sociales que definen y apoyan el género (Lips, 2001). Desde estas perspectivas se plantean que el origen de la diferenciación entre mujeres y hombres está más en las prácticas sociales e institucionales que en las características invariantes de la persona, siendo un factor central la forma en que la sociedad divide

el trabajo entre mujeres y hombres. El origen de las diferencias sexuales se sitúa, además de en la división sexual del trabajo, en la jerarquía de género, es decir, en las diferentes posiciones sociales de mujeres y hombres, ya que en muchas sociedades las mujeres tienen menos poder y estatus y menor acceso a los recursos que los hombres (Eagly y Wood, 1999; Lips, 2001). Tal y como explican estas autoras, aunque desde estas teorías se enfatiza la relevancia del medio social en las diferencias entre mujeres y hombres, también se reconoce la importancia de algunas diferencias mediadas genéticamente, tales como el mayor tamaño y fuerza de los hombres y las capacidades reproductivas de las mujeres, diferencias que interactúan con las creencias culturales, la organización social y las demandas de la economía.

Una teoría destacada dentro de esta perspectiva es la del rol social, propuesta por Eagly (1987), que plantea que las diferencias entre mujeres y hombres podrían explicarse por los roles de género, definidos como aquellas expectativas compartidas acerca de la conducta apropiada según el sexo identificado socialmente. Se plantea que, dado que mujeres y hombres tienden a ocupar diferentes roles sociales, llegan a ser psicológicamente diferentes de forma que se ajustan a tales roles (Eagly y Wood, 1999). Así, las expectativas de que las mujeres tengan altos niveles de atributos relacionados con comunión tales como ser simpática, abnegada, preocupada por los/as demás y emocionalmente expresiva; mientras que a los hombres se les considera agénticos, es decir, independientes, asertivos, dominantes, y competentes desde el punto de vista instrumental, surgen de la distribución de mujeres y hombres en roles específicos, especialmente en los familiares y sociales.

Desde las perspectivas **constructivistas y postmodernas** se cuestionan las asunciones científicas en las que se basa el análisis empírico del género. Consideran el género más como una fuerza dinámica que como una variable estática en la que se dan diferencias individuales (Helgeson, 2002). Desde la perspectiva constructivista se rechaza la consideración del género como rasgos y características individuales, construyendo el género como un proceso social, es decir, como la interacción a través de la que estamos continuamente

produciendo a las demás personas como machos o hembras (Marecek, Crawford y Popp, 2004). Según estas autoras, desde esta perspectiva se cuestionan una serie de aspectos del modelo convencional sexo-género: 1) la idea del género como una propiedad de los individuos; 2) la idea del género como aspectos estáticos y duraderos de los individuos; 3) la formulación del sexo y el género como una dicotomía; y 4) la idea de que el sexo biológico es lo fundamental y que es independiente del lenguaje y la cultura.

Pero ello no significa que el constructivismo social niegue que los genes, las hormonas o la fisiología cerebral tengan efectos en la morfología o en la conducta, sino que su interés se sitúa en los sentidos que las personas y la cultura dan a los cuerpos sexuados, y en las implicaciones sociales que tienen estos sentidos (Marecek et al., 2004).

1.4. Estereotipos de género

Pese a que la evidencia empírica muestra que tanto mujeres como hombres presentan gran diversidad intragrupo, es decir, que las mujeres son muy distintas entre sí y también los son los hombres; y que hombres y mujeres son similares en la mayor parte de las variables psicológicas (Hyde, 2005; 2016), está ampliamente extendida la creencia de que las mujeres y los hombres son fundamentalmente diferentes (LaFrance y Vial, 2016): son los estereotipos de género. Los estereotipos son asunciones sobre los rasgos y conductas que se considera poseen las personas de cada categoría (Kite, Deaux y Haines, 2008); se definen como el componente cognitivo del sesgo, el cual implica una serie de creencias sobre un grupo basadas en la pertenencia a tal categoría, que también tiene implicaciones afectivo-valorativas y conductuales (Fiske y Tablante, 2015).

Aunque actualmente se reconoce que las características incluidas en los estereotipos de género son muy amplias, yendo desde actitudes e intereses hasta conductas, ocupaciones y apariencia física, las primeras investigaciones identificaron dos dimensiones principales: las creencias de que las mujeres están implicadas en el bienestar de

otras personas, que se denominó como expresivo o comunal, y que los hombres eran asertivos y con control, que se denominó agencia o instrumental (Kite et al., 2008). La asociación de tales rasgos con mujeres y hombres prosigue en la actualidad, distinguiéndose dos amplios rasgos de personalidad relacionados con el género: agencia y comunión. Dichos rasgos pueden explicar muchas de las diferencias entre mujeres y hombres en personalidad, conductas y en otras variables (Helgeson, 2015). La agencia incluye características como independencia, actividad, competitividad, autoconfianza, o toma fácil de decisiones, mientras que comunión se asocia con lo emocional, la amabilidad, la empatía, la calidez, y la ayuda y/o comprensión de las demás personas. La asociación entre tales rasgos y el género se ha encontrado de forma consistente en personas de distintas edades, regiones geográficas y periodos temporales y parece ser bastante resistente al cambio (LaFrance y Vial, 2016). Aunque algunos estereotipos de género han variado como consecuencia del cambio en los roles sociales de mujeres y hombres, la consideración de los hombres como más asertivos, agénticos y competentes y las mujeres como más sensibles y comunales ha permanecido relativamente constante durante décadas (Fiske y Tablante, 2015).

Además de dichas características, existe evidencia de que los estereotipos de género incluyen otras variables que las personas utilizan para categorizar a mujeres y hombres (Kite et al., 2008). Tal y como plantean estas autoras, se considera que mujeres y hombres ocupan distintos roles sociales y, mientras que a los hombres se les ve como líderes, proveedores de bienes materiales y como cabezas del hogar, a las mujeres se les considera como cuidadoras que compran, atienden la casa y dan apoyo emocional. Los estereotipos también incluyen creencias sobre las capacidades intelectuales, considerando que los hombres son buenos en razonamiento abstracto y solución de problemas mientras que las mujeres lo son en razonamiento verbal y en las artes. Y, mientras que a los hombres se les asocia con características físicas como fortaleza y aspecto atlético, los atributos físicos de las mujeres incluyen delicadeza, belleza, gracia o dulzura. Además, se considera que las mujeres experimentan y expresan un rango más amplio de emociones que los hombres, si bien la ira y el orgullo se asocian más con los hombres.

Los estereotipos de género forman parte del conocimiento del mundo que tiene cada persona, aunque generalmente no se trata de creencias conscientes sino de un conocimiento implícito que refleja las asunciones culturales y que interpreta lo que sucede en la vida diaria (Geis, 1993). Contienen reglas culturales, o esquemas, para definir qué es lo esperado socialmente de mujeres y hombres y para organizar las relaciones sociales según lo propuesto en tales definiciones (Ridgeway y Bourg, 2004). Se aprenden desde la infancia, a través de la enseñanza directa o de la observación de los roles y responsabilidades asociados al género, y se mantienen y refuerzan en la escuela, en el trabajo y a través de los medios de comunicación. Dada su codificación en estructuras de conocimiento, guían las percepciones, inferencias, memorias y el tratamiento de mujeres y hombres. Por tanto, su efecto es importante, existiendo evidencia de que es mayor la capacidad de observar, inferir y recordar la información si es consistente con los esquemas; de considerarla más relevante, informativa y creíble; y de verla como disposiciones de las personas. Con mucha frecuencia, no se puede diferenciar la inferencia de la evidencia, dando lugar a profecías autocumplidas (Geis, 1993; Lips, 2001).

Pero los estereotipos de género no solo son descriptivos sino que también son prescriptivos por lo que, además de especificar cómo son mujeres y hombres, señalan cómo deberían ser. Los estereotipos de género conllevan expectativas, percepciones, roles y conductas que están consensuadas en la sociedad, definiéndolas como verdaderas y considerándolas como un valor. Por ello, hombres y mujeres se esfuerzan en presentar los atributos deseables y quienes violan los estereotipos causan aversión. Se trata de un sistema que se autoperpetúa y mantiene por procesos sociales y mentales sesgados, por lo que son muy difíciles de modificar (Brody, 1997).

Se ha planteado que los estereotipos de género se desarrollan en la infancia, además de por la experiencia directa y por la observación de los roles y responsabilidades sociales de las personas del entorno, a través de los medios de comunicación. La televisión y el cine tienen efectos importantes porque aportan imágenes que pueden hacer que se formen, cambien y/o refuercen los estereotipos (Robin-

son, Callister, Magoffin y Moore, 2007). Existe evidencia de que en los programas dirigidos a la infancia, así como en la literatura y cuentos infantiles, las mujeres están infrarrepresentadas y, cuando aparecen, se les representan de forma muy estereotipada. Aunque se han observado algunos cambios en los últimos años, continúa siendo más probable que en los medios de comunicación los personajes femeninos aparezcan según los estereotipos de emocionales, románticas, afectivas y que se representen cuidando a las demás personas, mientras que es más común que los hombres aparezcan como profesionales (Signorielli, 2001).

El efecto de los medios en la generación y perpetuación de los estereotipos de género no solo se da en la infancia sino que se mantiene a lo largo de todo el ciclo vital, existiendo evidencia empírica de que los medios tienen un papel importante en la perpetuación de los estereotipos de género (Coltrane y Messineo, 2000) ya que, generalmente, se representa a mujeres y hombres según tales estereotipos. Y esta representación parece darse en todos los tipos de medios y programas, así como en la publicidad en diversos soportes. Estudios realizados en diversos países han evidenciado diferencias en la forma en que se representan a mujeres y hombres en la publicidad de televisión, y que se corresponden con los roles y estereotipos de género tradicionales (Furnham y Mak, 1999). Además, ello también se observa en la prensa, donde además se detecta que las mujeres están infrarrepresentadas (Matud, Rodríguez y Espinosa, 2011; Matud, R. Wangüemert y Espinosa, 2012; Ross, 2007). Otros agentes importantes en el mantenimiento y refuerzo de los estereotipos de género son las instituciones sociales, entre las que destacan la escuela y los entornos laborales.



Diferencias en salud entre mujeres y hombres

EL PRESENTE CAPÍTULO SE CENTRA EN el análisis de las diferencias entre mujeres y hombres en algunos indicadores de salud, revisando fundamentalmente los datos relativos a la esperanza de vida, la mortalidad, la morbilidad física y la salud autoevaluada, además de revisar los principales factores que se han propuesto como explicativos de tales diferencias. Las diferencias en salud mental, así como la comorbilidad entre la enfermedad física y mental, se tratarán en el siguiente capítulo.

El objetivo del capítulo no es la presentación exhaustiva de todas las diferencias encontradas entre mujeres y hombres en los distintos indicadores de salud, ni tampoco el análisis exhaustivo de las diferencias en morbilidad. Como ya se ha citado, los estudios realizados en diversas partes del mundo han evidenciado que las diferencias entre mujeres y hombres en salud dependen del indicador utilizado, de la fase del ciclo vital y, con mucha frecuencia, del país donde se realice el estudio. Las condiciones socioeconómicas y las políticas

sanitarias también son relevantes en las diferencias entre mujeres y hombres en muchos indicadores de salud y algunas diferencias también varían en función de la fecha en que se recojan los datos. Por tanto, se presentará la información relativa a las diferencias en morbilidad que se han encontrado de forma más consistente. También se tratarán, aunque de forma breve, las diferencias en función del género en accidente cerebrovascular ya que, además de ser una de las principales causas de muerte en todo el mundo, se trata de una patología que genera gran disminución de la calidad de vida, influyendo en la salud física y mental (Haley, Roth, Kissela, Perkins y Howard, 2011). Además, es una importante causa de discapacidad, especialmente en los países de ingresos bajos o medios (O'Donnell et al., 2016).

2.1. Esperanza de vida

La esperanza de vida es un indicador del estado de salud de la población muy utilizado en todo el mundo. Indica el número medio de años que esperan vivir, a una determinada edad, las personas de una población si se mantienen los riesgos actuales de muerte por edad. Hace referencia a la media para el conjunto de individuos de la población y no a la edad de una determinada persona, quien podrá vivir más que lo indicado por la esperanza de vida o bien morir a menor edad (Regidor, Gutiérrez-Fisac y Alfaro, 2009).

Se trata de “una medida hipotética, puesto que no mide las probabilidades reales de supervivencia” (Regidor et al., 2009: 19), sino que resume las tasas de mortalidad a todas las edades (OMS, 2016). Según el Instituto Nacional de Estadística (INE) es el indicador más utilizado para comparar la incidencia de la mortalidad en distintas poblaciones y, en función de ello, las condiciones de salud y el nivel de desarrollo de una población (INE, 2016). Por tanto, además de considerarse un buen indicador del estado de salud de la población, la esperanza de vida refleja el nivel social, económico y sanitario de un determinado lugar, habiéndose encontrado que, en general, son más longevas las personas que viven en los países más desarrollados (Regidor et al., 2009). Pese a ello, en la esperanza de vida también

influyen factores como epidemias graves, tales como el HIV, y parecen ser determinantes las políticas sociales y sanitarias. Ejemplo de ello es que, desde el año 2000, la diferencia en la esperanza de vida entre África y Europa se ha reducido en 4,9 años (OMS, 2016).

Según Naciones Unidas, en 2015, el 50,4% de la población mundial eran hombres y el 49,6% mujeres (Naciones Unidas, 2015a). Pese a que el tamaño de la diferencia varía entre países y regiones mundiales, y también en función de la fecha en que se registran los datos, se ha encontrado que la esperanza de vida de las mujeres es mayor que la de los hombres siendo, de promedio, más longevas en cada país del mundo (OMS, 2016). Dicha diferencia se denomina “brecha de género” y es la diferencia en años entre la esperanza de vida de la mujer y la esperanza de vida del hombre (INE, 2016). Según la OMS (2016) en 2015, a nivel global, la esperanza de vida al nacer fue de 73,8 años para las mujeres y de 69,1 para los hombres.

La esperanza de vida al nacer de las mujeres sobrepasó la de los hombres en los años 70, observándose la mayor diferencia en los países occidentales de altos ingresos durante los años 90, donde llegó a ser de 6,9 años, si bien tal diferencia ha descendido en 2015 en dichos países a 5,2 años (OMS, 2016). Pero, en general, las diferencias entre mujeres y hombres en esperanza de vida han aumentado a lo largo del tiempo.

En España, desde principios del siglo XX, la esperanza de vida al nacer ha sido superior en las mujeres respecto a los hombres, diferencia que se mantuvo estable o creció hasta mediados de los años 90, reduciéndose tal diferencia en las últimas dos décadas. En 1994 la diferencia era de 7,1 años, en 2004 de 6,6 y en 2014 inferior a 6 años (INE, 2016). Según dicho organismo, en 2014, en la Unión Europea (UE), la brecha de género a favor de la mujer fue de 5,5 años en la esperanza de vida al nacer y de 3,4 años en la esperanza de vida a la edad de 65 años, datos que fueron para España, respectivamente, de 5,8 y de 4,2 años. Pero las medias citadas en la brecha de género en la esperanza de vida al nacer en la UE esconde importantes diferencias entre países siendo en 2014 la mayor en Lituania (10,9 años) y la menor en los Países Bajos (3,5 años), mientras que la mayor brecha de género a los 65 años se dio en Estonia y

Letonia, donde fue de 5,2 años, y la menor en Reino Unido y Chipre, donde fue de 2,5 años (INE, 2016). El tamaño de la brecha de género depende, además del país, de la edad a la que se calcule la esperanza de vida, siendo menor cuando las personas tienen edad avanzada. Así, a nivel mundial, en 2010 la brecha de género fue de 2,8 años en las personas de 65 años y de 1,3 cuando tenían 80 años (Wang et al., 2012).

Según la OMS, en 2015 Suiza fue el país en que los hombres tenían mayor esperanza de vida al nacer: 81,3 años, seguido de Islandia (81,2) y Australia (80,9). La esperanza de vida de las mujeres era de 85,3 años en Suiza, 84,1 en Islandia y 84,8 en Australia. La nación donde la esperanza de vida al nacer fue más alta para las mujeres fue Japón, donde era de 86,8 años, seguido de Singapur, con 86,1 y de España (85,5). En el caso de los hombres, la esperanza de vida al nacer era de 80,5 años en Japón, 80 en Singapur y 80,1 en España. El país con menor esperanza de vida al nacer, en mujeres y en hombres, era Sierra Leona siendo de 50,8 años en las mujeres y 49,3 en los hombres, seguido de Angola (54 años en las mujeres y 50,9 en los hombres) y República Centroafricana, donde era en las mujeres de 54,1 años y en los hombres de 50,9 (OMS, 2016). Según los datos de dicho organismo, 29 países tienen una esperanza de vida global de 80 o más años mientras que en 22, todos de África subsahariana, es inferior a los 60 años.

A nivel global, en Asia los hombres tienen una esperanza de vida al nacer menor que los de Europa y los de Estados Unidos, si bien se dan variaciones importantes en función del nivel de ingresos del país. Así, mientras que la esperanza de vida de los hombres en lugares como Singapur y Hong Kong es similar a la media de los países de altos ingresos, la esperanza de vida de los hombres en naciones de bajos ingresos como Afganistán, Camboia y Myanmar está entre las más bajas del mundo (Ng, Teo, Ho, Tan y Tan, 2014). Según dicho trabajo, las diferencias en esperanza de vida entre las mujeres y los hombres residentes en países con altos y bajos ingresos es mayor que la que se da en Europa, siendo las diferencias en Asia de 24 años en los hombres y 26 en las mujeres, mientras que en Europa las diferencias son, respectivamente, de 17 y 10 años.

Aunque existen grandes variaciones regionales y nacionales, la esperanza de vida ha aumentado en el mundo de forma significativa en los últimos años (Naciones Unidas, 2015a), crecimiento en el que también se han observado diferencias en función del género. Según el estudio Global burden of disease (GBD), la esperanza de vida global pasó de 65,3 años en 1990 a 71,5 años en 2013, aumentando 6,6 años en las mujeres y 5,8 en los hombres (GBD, 2015). El incremento en la esperanza de vida al nacer se atribuye a factores diversos, variando en países desarrollados o en desarrollo. En estos últimos son factores importantes la mortalidad materna, neonatal e infantil, así como las enfermedades infecciosas. En los países occidentales, el aumento de la esperanza de vida se ha logrado por la disminución en la probabilidad de morir debido a los avances médicos y tecnológicos, por la reducción en las tasas de mortalidad infantil, por cambios en los hábitos nutricionales y de estilos de vida, por la mejora en la educación y en las condiciones materiales, así como por el acceso de la población a los servicios sanitarios (INE, 2016).

Pese al incremento global de la esperanza de vida al nacer que ha tenido lugar en la última década, en algunos países ha disminuido, sobre todo en los hombres, donde se ha observado un aumento de la mortalidad como consecuencia de la guerra o de la violencia interpersonal. Ejemplo de ello es Siria, donde la esperanza de vida de los hombres disminuyó 11,3 años entre 2005 y 2015 (GBD, 2016).

Según la OMS, a nivel global, la esperanza de vida al nacer ha aumentado desde 1950 a una tasa de más de 3 años por década, a excepción de los años 90 debido al aumento de la mortalidad en África por la epidemia de HIV, así como por la situación en algunos países de Europa oriental, donde se registró una disminución de la esperanza de vida, especialmente en algunos que antes formaban parte de la Unión Soviética. Pero, a partir del año 2000, el aumento en la esperanza de vida se ha acelerado en la mayoría de las regiones, con un crecimiento global de 5 años entre 2000 y 2015, cifra que ha sido mayor en África (9,4 años). También la esperanza de vida a los 60 años se ha incrementado a nivel global, pasando de 18,7 años en 2000 a 20,4 en 2015 (OMS, 2016).

Aunque la esperanza de vida ha sido considerada tradicionalmente como un importante indicador de salud, debido al envejecimiento de la población y a la prominencia de enfermedades crónicas, sobre todo en los países desarrollados, se ha planteado la necesidad de contar con indicadores que tengan en cuenta, no solo la cantidad de años que se espera vivir, sino también la calidad de vida. Uno de ellos es la esperanza de vida libre de incapacidad, cuyo cálculo se basa en los datos de mortalidad y en la información sobre incapacidad, e indica el promedio del número de años libres de incapacidad que restan por vivir a una persona desde una determinada edad hasta su fallecimiento (Regidor et al., 2009). Otro indicador muy utilizado es la esperanza de vida en buena salud, que pondera los años de vida por la percepción subjetiva de las personas sobre su salud. Evalúa, en años, el impacto que sobre la calidad de vida ejerce la presencia de enfermedades y representa el número medio de años que restan por vivir en buena salud a una persona desde una determinada edad hasta su fallecimiento (Regidor et al., 2009).

Si pudiera medirse de forma fiable, la esperanza de vida en buena salud sería un indicador ideal ya que incluye tanto la mortalidad como los años vividos sin buena salud, es decir, con morbilidad o con discapacidad (OMS, 2016). Según las estimaciones de dicho organismo, a nivel global, en 2015 la esperanza de vida en buena salud era de 64,6 años para las mujeres y de 61,5 para los hombres. Y, aunque se daban diferencias entre mujeres y hombres en todas las regiones, su magnitud varía siendo las más altas en la región europea y las menores en el sudeste asiático, donde la diferencia solo era un año. Pero también en Europa existen diferencias importantes entre países en la esperanza de vida en buena salud, siendo más acusadas que las relativas a la esperanza de vida (Jagger et al., 2008). En un estudio realizado en 25 países de la Unión Europea se encontró que, en 2005 y a la edad de 50 años, la esperanza de vida en buena salud a dicha edad se asociaba, en ambos géneros, de forma positiva con el producto interior bruto del país y su gasto en el cuidado de las personas ancianas; además, en los hombres, se asociaba negativamente con el desempleo de larga duración y positivamente con el aprendizaje a lo largo de la vida (Jagger et al., 2008).

En promedio, la esperanza de vida en buena salud es el 11,7% menor que la esperanza de vida, variando el rango del porcentaje de diferencias entre países entre el 9,3% al 14,7%. Las principales causas de estos años de vida saludable perdidos son los trastornos musculoesqueléticos, siendo los más importantes el dolor de espalda y de cuello; los trastornos mentales, sobre todo depresión y trastornos de ansiedad; el uso de sustancias, los trastornos neurológicos, las pérdidas visuales y auditivas, las enfermedades cardiovasculares y la diabetes. Dado que la prevalencia de la mayoría de estas condiciones aumenta con la edad, a medida que aumenta la esperanza de vida, se incrementa la proporción de años del ciclo vital vividos con estos problemas de salud (OMS, 2016). Según la OMS, la esperanza de vida en buena salud aumenta más lentamente que la esperanza de vida.

2.2. Mortalidad

También se han encontrado diferencias entre mujeres y hombres en mortalidad, si bien ello no puede conocerse con exactitud a nivel mundial porque no en todos los países los registros relativos a la mortalidad son adecuados (OMS, 2016). Se ha observado que las tasas de mortalidad han disminuido de forma importante entre 1970 y 2010, si bien el tamaño de la reducción depende de la edad y, después de los diez años, también del género. A partir de dicha edad, la reducción en las tasas de mortalidad ha sido mayor en las mujeres que en los hombres, si bien las diferencias son más acusadas entre los 15 y los 54 años de edad. También destaca que en los hombres entre 20 y 39 años las tasas de mortalidad disminuyeron solo el 19,7% entre 1970 y 2010, mientras que en las mujeres de estas edades disminuyeron en torno al 40-50%. La mayor reducción se dio en menores de diez años, donde las tasas de mortalidad disminuyeron más del 60% en niños y en niñas (Wang et al., 2012). Según dicho estudio, el aumento global en la esperanza de vida que se ha observado en los últimos 40 años se ha debido a la disminución de la mortalidad infantil ($\geq 60\%$), de las mujeres adultas (40%), y de los hombres adultos (entre el 15 y el 35%).

Según Naciones Unidas (2015b), aunque nacen más niños que niñas, a lo largo de la infancia y la juventud desaparecen las diferencias debido a la mayor mortalidad de los hombres respecto a las mujeres, siendo mayor el número de mujeres que el de hombres cuando se trata de personas con edad avanzada. Las mujeres suponen el 54% de las personas de 60 años o más y el 62% de quienes tienen 80 o más años. Aunque se ha encontrado que los hombres tienen tasas de mortalidad más altas que las mujeres (McCartney, Mahmood, Leyland, Batty y Hunt, 2011; Ng et al., 2014; Oksuzyan et al., 2010), el tamaño de las diferencias varía entre países (McCartney et al., 2011), y se dan excepciones en algunos países en la infancia. La discriminación hacia las niñas hace que, en ciertos lugares, las tasas de mortalidad infantil sean mayores en éstas respecto a los niños. Se ha encontrado que en diez países, entre ellos Afganistán, India, Pakistán, China, Egipto y Nepal, en 2012 la mortalidad femenina era mayor de lo esperado. Y, pese a que el exceso de mortalidad femenina ha disminuido en muchos países a partir de 1990, en otros no ha cambiado de forma importante, y ha empeorado en India (Alkema, Chao, You, Pedersen y Sawyer, 2014).

Los estudios sobre las principales causas de muerte en cada grupo de edad han evidenciado la presencia de diferencias entre mujeres y hombres, si bien también se observan diferencias entre países. En un estudio de Naciones Unidas, realizado con personas de 197 países (Naciones Unidas, 2015b), se encontró en todos los grupos de edad y regiones que las mujeres y los hombres tienden a morir por causas distintas. Según dicho análisis, aunque en la adolescencia y en la primera juventud las tasas de mortalidad son bajas, en los países en desarrollo muchas mujeres adolescentes y jóvenes mueren por las complicaciones del embarazo y parto así como por enfermedades de transmisión sexual, sobre todo HIV. Por el contrario, en estas etapas evolutivas las causas de muerte más comunes entre los hombres son los accidentes de tráfico, la violencia interpersonal y el suicidio, tendencia que se observa en los países desarrollados y en desarrollo. Y, aunque en los países desarrollados, también las mujeres de estas edades mueren por traumatismos, la frecuencia es mucho menor que en los hombres. En la vejez, las causas más comu-

nes de muerte son las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) y la diabetes, además de los trastornos mentales, especialmente demencia, la cual es más común en las mujeres debido a su mayor longevidad (Naciones Unidas, 2015b). En todo caso, es importante tener en cuenta que la importancia relativa de las causas de muerte varía de forma importante entre una región y otra. Ejemplo de ello es que, mientras que en los países desarrollados la mayoría de las muertes de las personas adultas es por enfermedades no transmisibles, en África no sucede lo mismo. También existen diferencias importantes entre regiones y países cuando se analizan las causas prematuras de muerte. Así, la violencia interpersonal es la primera o segunda causa en siete países latinoamericanos y de América central, mientras que en otros, como Estados Unidos o Escocia, la tasa de muerte temprana por consumo de drogas es elevado, y en otros como Dinamarca y Finlandia ello sucede con los trastornos asociados con el consumo de alcohol (GBD, 2016).

En España, las principales causas de muerte son las enfermedades del sistema circulatorio y los tumores suponiendo, respectivamente, el 30,1% y el 28,4% del total de las defunciones (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2015a). Aunque también se daban algunas diferencias en función de la comunidad autónoma, las tasas por las distintas causas de muerte diferían en mujeres y hombres. Según el INE, en España en 2014, la primera causa de muerte en los hombres fueron los tumores y la segunda las enfermedades del sistema circulatorio mientras que en las mujeres las enfermedades del sistema circulatorio fueron la primera causa de muerte y los tumores la segunda. Entre las enfermedades cardiovasculares la predominante fue la enfermedad isquémica cardíaca, que supuso el 36% de la mortalidad por enfermedades cardiovasculares de los hombres y el 22% de las mujeres, y causó el 8,6% del total de defunciones en España en 2013. Otra causa importante de muerte fue la enfermedad cerebrovascular, que causó el 7% del total de defunciones, suponiendo el 22% de las muertes por problemas cardiovasculares en los hombres y el 25% en mujeres. Por tanto, también se observan diferencias entre mujeres y hombres en la frecuencia con que mueren por afecciones de tipo cardiovascular, siendo más co-

mún que los hombres mueran por enfermedad isquémica cardiaca y las mujeres por enfermedad cerebrovascular. El cáncer de pulmón fue también una causa importante de muerte, siendo el responsable del 5,6% del total de defunciones, siendo más común en hombres (8,6%) que en mujeres (2,2%). En éstas una causa importante de muerte fue el cáncer de mama, que en 2013 supuso el 3,4% del total de las muertes de las mujeres (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2015a)

Aunque se daban importantes diferencias en función del género y del país, a nivel mundial, en 2010 la primera causa de muerte en las personas entre 15 y 49 años fue la enfermedad cardiaca isquémica, seguida del accidente cerebrovascular, de la EPOC, y de las infecciones respiratorias. En algunos países de bajos ingresos, las infecciones respiratorias fueron, al igual que otras enfermedades infecciosas y junto a las complicaciones del parto, la principal causa de muerte en dichos grupos de edad (Lozano et al., 2012). Otra causa importante de muerte, sobre todo en las mujeres, fue el HIV/SIDA, afectando al 14,4% en las mujeres y al 10,7% de los hombres. Un porcentaje importante de mujeres (11,8%) murió de otras enfermedades no comunicables, lo cual sucedió solo en el 2% de los hombres. En estos eran frecuentes las muertes por accidentes de tráfico (10,7%), las cuales solo se dieron en el 0,5% de las mujeres. Otra causa común de muerte en los hombres fueron las neoplasias (9,4%) y en las mujeres las condiciones maternas (7,3%). Y aunque el 5,2% de hombres y el 1,6% de mujeres murieron por violencia interpersonal, cuando se trataba de muerte por “otras lesiones” el porcentaje de mujeres que murió por tal causa era superior (7,5%) al de hombres (6,2%). También fueron causas importantes de muerte el suicidio, que se dio en el 5,7% de hombres y el 4,8% de las mujeres, y la tuberculosis, que se dio en el 5,1% de hombres y el 4,6% de mujeres. El resto de causas de muerte fueron menos comunes, pero los porcentajes eran diferentes para mujeres y hombres, si bien el tamaño de la diferencia variaba en función de la causa que se tratase (Lozano et al., 2012). En 2015, a nivel global, las dos causas de muerte más importantes fueron la enfermedad cardiaca isquémica y el accidente cerebrovascular (GBD, 2016).

2.3. Diferencias entre mujeres y hombres en morbilidad física

Al analizar las diferencias entre mujeres y hombres en morbilidad física, los resultados han sido menos consistentes que cuando se analizan las diferencias en mortalidad (Crimmins et al., 2010; Read y Gorman, 2010), constatándose que tales diferencias varían en función del tipo de enfermedad y del periodo del ciclo vital analizado. Además, el país donde se realiza el estudio también parece ser relevante. Aun así, se ha planteado que son más comunes en las mujeres que en los hombres los problemas crónicos y la discapacidad, mientras que en los hombres son más frecuentes las enfermedades crónicas letales (Rieker y Bird, 2005).

Pese a que las principales causas de muerte, las enfermedades del sistema circulatorio y el cáncer, son las mismas para mujeres y hombres, estos tienen a enfermar a edades más jóvenes de condiciones crónicas de riesgo vital, tales como enfermedad coronaria, cerebrovascular, cáncer, enfisema, cirrosis hepática, enfermedad renal y aterosclerosis; por el contrario, las mujeres tienen tasas más altas de trastornos crónicos como enfermedades autoinmunes y reumatológicas, así como condiciones menos amenazantes para la vida como anemia, problemas tiroideos, de vesícula biliar, migrañas, artritis y eczema (Rieker y Bird, 2005). Pero, aunque hay diferencias entre mujeres y hombres en varios problemas de salud, existe evidencia de que en algunos países son menores que lo que se pensaba; además, se han encontrado sesgos potenciales en las investigaciones sobre diferencias de género en morbilidad. Y las diferencias en las tasas de algunas enfermedades varían en función de si se trata de estudios de caso-control, de cribado, o epidemiológicos basados en registros administrativos (Ji, Sundquist y Sundquist, 2016).

Aunque tradicionalmente se ha considerado que las enfermedades autoinmunes afectan predominantemente a las mujeres, actualmente se está reconociendo que las diferencias no son tan grandes como se había planteado. Así, en un estudio de cohorte realizado en Suecia (Ji et al., 2016), en el que había un total de 403.757 personas diagnosticadas entre 1987 y 2010 de enfermedad autoinmune, se encontró predominio de mujeres en 18 de las 32 enfermedades, entre ellas lupus eritematoso, esclerosis múltiple, artritis reumatoide y

enfermedad celiaca; en siete, entre las que se encontraban anemia perniciosa, colitis ulcerosa y esclerosis lateral amiotrófica, predominaban los hombres; y en siete, entre las que se encontraban fiebre reumática, miastenia gravis y enfermedad de Crohn, no había diferencias en función del género. En 27 de las enfermedades se encontraron diferencias en función del género en la edad de comienzo de la enfermedad.

En España, según la Encuesta Nacional de Salud 2011/2012, los problemas crónicos más frecuentes en la población de 15 o más años de edad fueron dolor de espalda lumbar, hipertensión arterial, artrosis, artritis o reumatismo, colesterol elevado y dolor cervical crónico. Todos ellos eran más comunes en las mujeres que en los hombres, si bien la magnitud de las diferencias era muy alta en la artrosis, artritis o reumatismo y en el dolor de espalda, mientras que en colesterol alto e hipertensión arterial las diferencias eran muy escasas. Otros problemas crónicos más frecuentes en las mujeres que en los hombres fueron alergia, varices en las piernas, migrañas o dolor de cabeza frecuente, cataratas, problemas de tiroides y ansiedad y depresión. De los 13 tipos de problemas citados, solo uno fue más frecuente en los hombres que en las mujeres: la diabetes, que afectaba al 7,1% de los hombres y al 6,8% de mujeres (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2015a). En todo caso, cabe destacar que también se daban diferencias en la prevalencia de los distintos problemas de salud en función de las comunidades autónomas. También se han encontrado diferencias en función del género en morbilidad cuando se han analizado los datos clínicos de atención primaria, si bien muchas dependen del ciclo del periodo de ciclo vital analizado.

En un estudio realizado en Estados Unidos con una muestra representativa de personas adultas se encontraron diferencias en siete de las 16 patologías estudiadas, siendo igual de probable que mujeres y hombres informasen de dolores crónicos de espalda o de cuello, de otros dolores a excepción del de cabeza, de asma, EPOC, diabetes, úlcera o epilepsia (Needham y Hill, 2010). En dicho estudio se constató que las mujeres tenían tasas más altas de enfermedades crónicas debilitantes, tales como artritis, dolores de cabeza, alergias

y extirpación de la vesícula biliar, mientras que los hombres tenían tasas más altas de algunas condiciones amenazantes para la vida, incluyendo accidente cerebrovascular, enfermedad cardíaca e hipertensión arterial.

También se encontraron diferencias en función del género en los problemas de salud diagnosticados con mayor frecuencia en un estudio realizado con la población residente en 2011 en Estocolmo (Suecia) (Carlsson et al., 2013). En dicho estudio se encontró que el problema de salud diagnosticado con mayor frecuencia en los últimos cinco años fue hipertensión arterial (12,2%), prevalencia que fue mucho más frecuente en las personas mayores de 74 años y que apenas se detectaba en la infancia y la adolescencia y en menores de 45 años. Le seguían en frecuencia depresión (6,6%), diabetes mellitus (6,2%), asma (5,9%), trastornos de ansiedad (4,8%) y EPOC (1,8%). Aunque la magnitud de las diferencias variaba en función del tipo de afección y también en función de la edad, se encontraron diferencias en las tasas de prevalencia de mujeres y hombres. Las diferencias de género más acusadas fueron en depresión (8,7% de las mujeres y 4,4% de los hombres) y en ansiedad (6,3% de las mujeres y 3,4% de los hombres). La diabetes mellitus era más común en los hombres (7,1%) que en las mujeres (5,3%) y, aunque las diferencias eran pequeñas, en las mujeres fue más frecuente que en los hombres hipertensión arterial (13% en mujeres y 11,4% en hombres), asma (6,4% en mujeres y 5,4% en hombres) y EPOC (2,1% en mujeres y 1,6% en hombres). Las diferencias en función del género en asma dependían de la etapa del ciclo vital, siendo más alta en los chicos (11,3%) que en las chicas (7,9%) en la infancia y la adolescencia, pero a partir de los 18 años, en todos los grupos de edad, las tasas eran más altas en las mujeres que en los hombres. La diabetes, la hipertensión y la EPOC aumentaban de forma relevante con la edad, mientras que la frecuencia de los diagnósticos de depresión, ansiedad y asma no variaba de forma importante a partir de los 18 años.

En un estudio en que se examinaron las diferencias de género en salud autoevaluada, prevalencia de enfermedades, discapacidad, problemas de funcionamiento y conductas relacionadas con la salud

en las personas de 50 años o más residentes en 11 países europeos, Inglaterra y Estados Unidos (Crimmins et al., 2010) se encontró que, aunque algunas diferencias se daban en todos los países, ello no sucedía con todas las variables analizadas, algunas de las cuales también diferían en función del país que se tratase. En todos los países era más probable que las mujeres, respecto a los hombres, tuviesen discapacidad y condiciones no letales, incluyendo problemas en el funcionamiento diario, sintomatología depresiva y artritis, mientras que era más común que los hombres informasen de enfermedad cardíaca, diferencias que persistían cuando se controlaba el peso y la conducta de fumar. Aunque la presencia de dificultades para realizar las actividades de la vida diaria era algo más elevada en las mujeres que en los hombres, las diferencias no eran grandes y solo eran estadísticamente significativas en ocho de los países; además, en Francia eran los hombres quienes informaban de más dificultades que las mujeres. Pero cuando se trataba de capacidades instrumentales que permitían llevar una vida independiente, en todos los países las mujeres tenían más dificultades que los hombres. La presencia de alguna dificultad en el funcionamiento oscilaba entre la tercera parte y la mitad en los hombres y desde casi la mitad hasta casi las tres cuartas partes en las mujeres, dándose diferencias importantes en función del país. Las menores diferencias entre mujeres y hombres se observaron en Alemania, donde el 49,7% de los hombres y el 59,6% de las mujeres informaban de alguna dificultad en el funcionamiento, y las más elevadas en España, donde los porcentajes eran del 43,5% en los hombres y el 62,4% en las mujeres. También en Grecia se observaron diferencias acusadas entre mujeres y hombres, siendo el porcentaje de hombres que tenía alguna dificultad en el funcionamiento del 45,5% y el de mujeres del 53,5% (Crimmins et al., 2010).

También en otros estudios se ha encontrado que es más frecuente en las mujeres mayores, respecto a los hombres, los problemas relativos a la movilidad y a la realización de las actividades de la vida diaria (Josefsson, Andersson, y Eriksted, 2016), si bien existe evidencia de que tales dificultades se asocian con la edad. En un trabajo en el que se analizaron los datos de estudios poblacionales de personas mayores de 44 años de Dinamarca, Japón y Estados Uni-

dos (Oksuzuyan et al., 2010) se encontró que la mayor discapacidad física de las mujeres respecto a los hombres dependía de la edad y también del país. Estados Unidos fue el único país en que las mujeres tenían mayor discapacidad física que los hombres a todas las edades, si bien a partir de los 84 años en todas las mujeres tenían niveles de discapacidad física más elevados que los hombres. Por el contrario, el funcionamiento cognitivo de mujeres y hombres con la misma edad era muy similar en los tres países.

Los resultados relativos a las diferencias de género en otros problemas de salud crónicos encontrados en el estudio ya citado de Crimmins et al. (2010) evidenciaron que era más común que las mujeres, respecto a los hombres, informasen de hipertensión arterial. Pero solo en seis de las naciones tales diferencias eran estadísticamente significativas y en Suiza era menos frecuente que las mujeres, respecto a los hombres, informasen de hipertensión. En la mayoría de países no había diferencias estadísticamente significativas entre mujeres y hombres en diabetes ni en enfermedad pulmonar, y tampoco las había en accidente cerebrovascular.

El accidente cerebrovascular es un problema importante de salud. Constituye la tercera causa de mortalidad en la mayoría de los países y es una de las principales causas de discapacidad a largo plazo (Mizrahi, Waitzman, Arad y Adunsky, 2012). Se produce cuando se detiene el flujo sanguíneo a una parte del cerebro, lo que le priva de oxígeno y nutrientes, pudiendo generar daño permanente por muerte de las células cerebrales. Ha sido definido como “el desarrollo rápido de signos clínicos de alteración focal (o global) de la función cerebral, que dura más de 24 horas o que causa la muerte, sin otra causa aparente que el origen vascular” (Aho et al., 1980: 114). Dicha definición incluye la mayoría de casos de hemorragia subaracnoidea, hemorragia intracraneal e infarto cerebral, pero no los casos de isquemia transitoria.

Hay dos tipos principales de accidente cerebrovascular: el isquémico, que se produce cuando un vaso que irriga al cerebro se bloquea, generalmente por un coágulo de sangre; y el hemorrágico, que tiene lugar cuando se rompe un vaso sanguíneo cerebral. En 2013 casi 25,7 millones de personas sobrevivieron a un accidente cere-

brovascular, siendo el 71% de tipo isquémico, y 6,5 millones murieron. A nivel global, su epidemiología es cambiante y, aunque las tasas de mortalidad han disminuido en todo el mundo en las dos últimas décadas, está aumentando el número de personas que lo sufren cada año y el de las que mueren o viven con sus consecuencias (Feigin et al., 2015).

Aunque se ha planteado la existencia de diferencias entre mujeres y hombres, tanto en la incidencia del accidente cerebrovascular como en la patología resultante, se trata de un área no totalmente conocida (Gibson y Attwood, 2016). La existencia de diferencias entre mujeres y hombres en las tasas parecen depender de factores tales como la etapa del ciclo vital de que se trate, la etnia o el país (Foerch, Ghandehari, Xu y Kaul, 2013; Mozaffarian et al., 2016). Se ha planteado que, debido a su mayor esperanza de vida, la población femenina está más afectada por dicha patología (Mizrahi et al., 2012). Además, la atención sanitaria recibida por la persona afectada parece tener efectos importantes en la mortalidad y morbilidad que genera. Se ha encontrado que, desde 1990 hasta 2013, la reducción de la mortalidad por accidente cerebrovascular ha sido mucho más elevada en los países desarrollados que en los que están en vías de desarrollo (Feigin et al., 2015), lo que parece ser consecuencia de la relevancia que tiene la atención especializada inmediata, así como la rehabilitación iniciada en los primeros meses tras sufrirlo.

En un meta-análisis realizado en 2009 con las publicaciones en inglés de las diferencias de género en el accidente cerebrovascular de tipo isquémico (Giralt et al., 2012), no se encontraron diferencias en función del género en la gravedad del ataque sufrido, pero sí en el perfil de factores de riesgo, en el diagnóstico y en el manejo terapéutico. Las mujeres eran, en general, unos cinco años mayores que los hombres; además, era más probable, respecto a estos, que tuviesen hipertensión arterial y fibrilación auricular, y menos probable que consumiesen bebidas alcohólicas, que fumasen, y que tuviesen hiperlipidemia o diabetes. También se encontraron diferencias entre mujeres y hombres en la frecuencia con que se les realizaban algunas pruebas diagnósticas así como en el tratamiento. El análisis del diagnóstico y el tratamiento recibido indicó que “los sistemas de

cuidado de la salud no estaban ofreciendo el mejor diagnóstico y arsenal terapéutico a las mujeres con accidente cerebrovascular” (Giralt et al., 2012: 89). También en otros estudios se han encontrado diferencias entre mujeres y hombres en el tratamiento hospitalario de las personas con accidente cerebrovascular, recibiendo los hombres un tratamiento más radical que las mujeres y teniendo estos una tendencia a mejores resultados (Nagaraja et al., 2012).

Pero no en todos los estudios se han encontrado diferencias significativas entre mujeres y hombres en las consecuencias del accidente cerebrovascular (Kapral et al., 2011), o bien las diferencias son muy escasas y no pueden ser atribuidas a que existan diferencias en función del género en la capacidad de rehabilitación (Mizhari et al., 2012). De hecho, en un estudio recientemente publicado (Hou et al., 2015), se encontró que la rehabilitación iniciada en los tres primeros meses tras el accidente cerebrovascular se asociaba con menor riesgo de muerte y que tales efectos eran más evidentes en las mujeres, además de en las personas que realizaban rehabilitación con mayor frecuencia.

Otro tópico que aparece con frecuencia en las publicaciones sobre diferencias de género en salud es la multimorbilidad, que es un amplio concepto que se refiere a la coocurrencia en una misma persona de dos o más problemas de salud de larga duración (Agur, McLean, Hunt, Guthrie y Mercer, 2016) y puede ser solo física, solo mental, o física y mental. Se trata de un problema importante en atención primaria ya que aumenta con la edad (Agur et al., 2016; Marengoni et al., 2011) e incrementa el riesgo de muerte prematura, de hospitalización, de discapacidad física, de depresión y de peor calidad de vida (véase revisión en Violan et al., 2014). Pero, aunque se ha asociado con muerte prematura, no existe acuerdo en lo relativo a la asociación entre multimorbilidad y riesgo de muerte (Marengoni et al., 2011). Existe evidencia de que la multimorbilidad es más común en mujeres que en hombres, si bien la magnitud de las diferencias varía en función de la edad y del tipo de comorbilidad que se trate (Agur et al., 2016). Dado que, con mucha frecuencia, es física y mental, se tratará con mayor profundidad en el siguiente capítulo.

2.4. Salud autoevaluada

La salud autoevaluada se refiere a la valoración subjetiva global del estado de salud, la realiza la propia persona y proporciona un resumen del estado general de salud del individuo (Simon, De Boer, Joung, Bosma y Mackenbach, 2005). Se trata de una medida muy utilizada en investigación y en la práctica clínica como marcador general de salud, y se realiza mediante un solo ítem con cinco alternativas de respuestas en una escala ordinal (El-Ansari y Stock, 2016; Simon et al., 2005).

Se considera que es una medida válida del estado global de salud y ha mostrado ser un predictor consistente de mortalidad independiente de otros factores de riesgo médicos, conductuales y psicosociales (Idler y Benyamini, 1997; Heistaro, Jousilahti, Lahelma, Vartiainen y Puska, 2001), si bien aún no están totalmente claros los mecanismos mediante los cuales la autoevaluación de la salud como mala se asocia con mayor riesgo de mortalidad (Hu et al., 2016). Se ha encontrado que correlaciona con el diagnóstico y con el ingreso hospitalario anterior y actual, y también con hospitalizaciones futuras, prediciendo mejor la mortalidad que las medidas objetivas de salud (Nielsen, 2016).

Existe evidencia de que es un predictor válido de la mortalidad en las personas ancianas y de mediana edad, si bien la asociación entre mala salud autoevaluada y mortalidad parece diferir en función del género y de la edad, aunque no existe unanimidad al respecto. En un estudio recientemente publicado, realizado con personas residentes en Taiwan mayores de 49 años, se encontró que dicha asociación era mayor en los hombres que en las mujeres y disminuía con la edad (Hu et al., 2016).

Aunque hay acuerdo en que el principal determinante de la salud autoevaluada es la salud física, no se limita a ésta. En un estudio cualitativo realizado para conocer qué aspectos concretos tienen en cuenta las personas cuando responden a la cuestión de cómo es su salud en general, se constató que era un concepto multidimensional en el que, aunque el factor central era la dimensión física de la salud, también se incluyen otros factores (Simon et al., 2005). En dicho

estudio se encontró que casi el 80% de las personas participantes se referían a uno o más aspectos de su salud física, tales como enfermedades crónicas, problemas físicos, tratamientos médicos, quejas relacionadas con la edad, pronóstico, funcionamiento corporal y resiliencia. Pero la mayoría de participantes también incluían aspectos, adicionales o no a su salud física, relativos a su funcionamiento diario (dimensión funcional, 28%), a la medida en que se habían adaptado a la presencia de enfermedad, o su actitud ante ésta (dimensión de afrontamiento, 28%), y a la forma en que se sentían (dimensión de bienestar, 20%). Por el contrario, las conductas relacionadas con la salud parecían poco importantes en la salud autoevaluada (Simon et al., 2005).

Los resultados de las investigaciones sobre las diferencias entre mujeres y hombres en salud autoevaluada también han evidenciado la complejidad de las diferencias de género en salud. Aunque se ha encontrado peor salud autoevaluada en mujeres respecto a los hombres en estudios realizados en adolescentes (Jerdén, Burell, Stenlund, Weinehall y Bergström, 2011), en estudiantado universitario (El-Ansari y Stock, 2016), en la vejez (Josefsson et al., 2016) y en el periodo adulto (Höfelmann, Garcia, de Freitas, 2014; Ross, Masters y Hummer, 2012), ello no sucede en todos los países (Dahlin y Härkönen, 2013; Olsen y Dahl, 2007). También se han encontrado diferencias en salud autoevaluada dentro de un mismo país en función de diversas variables, entre las que se encuentran la región geográfica (Lyytikäinen y Kemppainen, 2016; Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2015a), el periodo temporal en que se realice el estudio (Kwon y Schafer, 2016), el nivel socioeconómico (Kraja, Kraja, Cakerri y Burazeri, 2016; Miething, 2013; Nayak, Hubbard, Sidney y Syme, 2016), la edad (Höfelmann et al., 2014; Jerdén et al., 2011; Kraja et al., 2016), y la conducta de fumar (Höfelmann et al., 2014; Kraja et al., 2016). Además, existe evidencia de que las diferencias entre mujeres y hombres en salud autoevaluada están moduladas por otras variables como el nivel de estudios (Ross et al., 2012), la participación social (Eriksson y Ng, 2015), las experiencias positivas en la escuela (Jerdén et al., 2011), y la orientación sexual (Bränström, Hatzenbluehler y Pachankis, 2016; Gorman, Denney, Dowdy y Mediros, 2015; Thomeer, 2013).

En un estudio, en el que se analizaron los datos de encuestas de 191.104 personas de 28 países europeos, se encontró que las diferencias entre mujeres y hombres en salud autoevaluada variaban en función del país. En muchos, especialmente del Este y Sur de Europa, las mujeres informaban de peor salud respecto a los hombres, mientras que en otros como Estonia, Finlandia o Gran Bretaña no había diferencias o eran muy pequeñas (Dahlin y Härkönen, 2013). Los análisis realizados en cada país mostraron que las variables socioeconómicas y demográficas explicaban la mayor parte de las diferencias en algunos, pero resultaban poco explicativas en la mayoría. Cuando se controlaban dichas variables, los hombres tenían peor salud autoevaluada en varios países (Dahlin y Härkönen, 2013).

También en otros estudios se ha encontrado que, aunque el porcentaje de personas con mala salud es superior en las mujeres respecto a los hombres, cuando se controlan las variables sociodemográficas y la conducta de fumar y tomar bebidas alcohólicas, son los hombres quienes tienen peor salud autoevaluada (Kraja et al., 2016). Además, se ha encontrado que la edad y/o la existencia de enfermedades y de discapacidad son factores relevantes en las diferencias de género en la salud autoevaluada de las personas adultas.

Son varias las investigaciones realizadas con personas adultas o mayores donde se ha constatado que no existen diferencias en función del género en salud autoevaluada. Así, en un estudio realizado con personas mayores de 44 años residentes en Japón, Dinamarca y Estados Unidos (Oksuzyan et al., 2010) no se encontraron diferencias entre mujeres y hombres en salud autoevaluada en ninguno de los tres países. Sí se constataron diferencias entre los países, con mejor salud autoevaluada en las personas danesas respecto a las de Japón y Estados Unidos, cuyos niveles eran muy similares. Y en otro estudio realizado en Japón con personas mayores de 64 años (Kishimoto, Suzuki, Iwase, Doi, y Takao, 2013), el porcentaje de mujeres que calificaba su salud como precaria (29,44%) era muy similar al de los hombres (29,95%).

En el estudio ya citado realizado por Crimmins et al. (2010) en 12 países europeos y en Estados Unidos con personas de 50 años o más se encontró que, tras controlar la edad, solo en cinco de los

países era más alto el porcentaje de mujeres, respecto al de hombres, que calificaba su salud como mala o aceptable. Cuando se controló la existencia de enfermedades en dos de los países fue más frecuente que las mujeres, respecto a los hombres, calificasen su salud como mala mientras que en uno fueron los hombres quienes calificaron su salud peor que las mujeres. Y cuando se controló también el nivel de funcionamiento, aunque en un país las mujeres evaluaron su salud peor que los hombres, en cinco sucedió lo opuesto.

2.5. Factores explicativos de las diferencias entre mujeres y hombres en mortalidad, morbilidad física y salud autoevaluada

Las explicaciones de las diferencias en salud entre mujeres y hombres han sido diversas, aludiendo a variables biológicas, socioestructurales, psicosociales y conductuales. Pero, generalmente, las explicaciones científicas de tales diferencias han sido reduccionistas, asumiendo que eran meramente de tipo biológico o social, y sin explorar la combinación entre ambas fuentes de diferencias (Bird y Rieker, 1999).

La investigación biomédica ha analizado las diferencias entre mujeres y hombres en anatomía y fisiología, sobre todo las relacionadas con el sistema reproductor, estudiando un amplio rango de factores metabólicos y hormonales. Pero, aunque estas diferencias biológicas son importantes en los patrones de morbilidad y mortalidad, se han considerado como factores independientes del medio social (Emslie y Hunt, 2008), tal y como propone el modelo biomédico, que ha sido el dominante. Dicho modelo asume que la enfermedad puede explicarse totalmente por las desviaciones de las normas en las variables biológicas, sin considerar sus dimensiones sociales, psicológicas y conductuales (Engel, 1977). Pero actualmente se reconoce que los mecanismos biológicos básicos responsables de las diferencias de género en envejecimiento y longevidad son complejos y todavía poco conocidos (Ostan et al., 2016).

Se ha reconocido que, aunque los factores biológicos, tales como los genes, la exposición a hormonas prenatales y la exposición diferencial de hormonas durante el periodo adulto pueden contribuir a las diferencias en la salud de mujeres y hombres, “un amplio rango de procesos sociales pueden también crear, mantener o exacerbar diferencias biológicas subyacentes en salud” (Bird y Rieker, 1999: 745). Además de la relevancia que pueda tener el género a nivel individual, hay que tener en cuenta que es un factor importante en la estructura y el funcionamiento social. Como se expuso en el capítulo anterior, existe evidencia de que la valoración, el tratamiento y los roles sociales de mujeres y hombres difieren. Y tales diferencias no se limitan al periodo adulto sino que se detectan a lo largo de todo el ciclo vital. También durante los primeros años de vida niños y niñas reciben un tratamiento y valoración diferente, aprendiendo sobre su propio género y que el género es un aspecto fundamental en el medio social (Fausto-Sterling et al., 2012a, 2012b). Tal y como plantean estas autoras, la exposición diferencial de niños y niñas a diferentes estímulos y a conductas diferenciadas por parte de sus padres y madres pueden afectar a su desarrollo neural y causar las diferencias en conducta que se observan en la infancia.

Las explicaciones tradicionales de las diferencias de género en esperanza de vida han aludido a las diferencias biológicas entre mujeres y hombres. Desde esta perspectiva se ha planteado que las mujeres tienen mayor esperanza de vida debido a una salud biológica innata más favorable que la de los hombres debido fundamentalmente a: 1) mejores condiciones genéticas, en la concepción debido a tener dos cromosomas X, por los cambios en el tamaño de los telómeros, y/o por la herencia/selección mitocondrial; 2) las diferencias en las hormonas que definen el sexo y su influencia biológica en mujeres y hombres; 3) un almacenamiento y metabolismo de lípidos más favorable en las mujeres que en los hombres; 4) las diferencias de sexo en el metabolismo de las lipoproteínas; 5) los mecanismos distintos para combatir el estrés oxidativo; 6) las diferencias sexuales en la función inmune; y 7) las diferencias en el manejo hormonal y celular del estrés (Seifarth, McGowan y Milne, 2012). Aunque existe evidencia de la presencia de algunas diferencias en los mecanismos citados, no es completa. Además, la etiología exclusivamente bioló-

gica de las diferencias en esperanza de vida entre mujeres y hombres no es compatible con el hecho de que tales diferencias varían entre distintos países y entre diferentes periodos temporales, estando asociadas con cambios en las circunstancias sociales y económicas y variando dentro de los subgrupos de un mismo país. Esto indica que la esperanza de vida está influida por patrones sociales, ambientales, culturales y conductuales (Lee, 2010). Pero la influencia de tales factores parece compleja y aún no es totalmente conocida.

Aunque se reconoce que la salud y la longevidad están influidos por factores de tipo biológico y por la disponibilidad de servicios de salud, en las últimas décadas se está reconociendo, al menos en los países desarrollados, la relevancia de una serie de patrones de estilos de vida entre los que destacan, por su influencia en la mortalidad, el fumar, la dieta inadecuada y la inactividad física (Mokdad, Marks, Stroup y Gerberding, 2004). Y tales factores parecen ser relevantes también en las diferencias de género en salud, ya que las normas de género afectan a las conductas de salud que más se asocian con mortalidad y morbilidad.

Las normas de rol de género se refieren a una serie de reglas e imperativos que guían y limitan la conducta masculina y femenina (Mahalik et al., 2003). La conformidad con las normas masculinas se refiere al cumplimiento, en la vida pública y en la privada, de las expectativas sociales de lo que constituye la masculinidad (Mahalik et al., 2003). Y la conformidad con las normas femeninas se ha definido como “la adherencia a las reglas y normas sociales sobre cómo ser femenina y se demuestra en los pensamientos, sentimientos y conductas de las mujeres” (Mahalik et al., 2005: 417). Las normas de género han sido reconocidas como uno de los determinantes sociales de salud más importantes, ya que pueden tener implicaciones en las conductas de salud del individuo (Fleming y Agnew-Brune, 2015). Así, entre los factores a los que más se ha aludido para explicar las diferencias en esperanza de vida entre mujeres y hombres destacan los relativos al estilo de vida, tales como el consumo de alcohol y, sobre todo, la conducta de fumar (McCartney et al., 2011; Yorifuji, Takao, Inoue, Tanihara y Kawachi, 2013).

En un estudio realizado en 30 países europeos se encontró que las muertes relacionadas con la conducta de fumar, definidas como los cánceres del sistema respiratorio, la enfermedad isquémica cardiaca y la enfermedad cerebrovascular, explicaban entre el 40% y el 60% de la brecha de género en mortalidad; y las relacionadas con el consumo de alcohol, definidas como los cáncer de esófago y de faringe, el síndrome de dependencia alcohólica, la psicosis alcohólica, la enfermedad crónica del hígado, la cirrosis hepática y las causas externas de muerte, explicaban entre el 20% y el 30% de la brecha de género en el este de Europa y entre el 10% y el 20% en el resto de países europeos (McCartney et al., 2011).

Pero no solo parecen ser relevantes en las diferencias de género en salud las conductas de fumar y/o consumir alcohol, sino que están implicados muchos más patrones de conducta. Según Courtenay (2000a) los factores conductuales son los principales responsables de que los hombres en Estados Unidos tengan enfermedades crónicas más graves y mueran más jóvenes que las mujeres. Tras revisar estudios a gran escala, datos nacionales de dicho país y meta-análisis, este autor encontró que era más probable que los hombres de todas las edades, respecto a las mujeres, realizasen más de 30 conductas que aumentan el riesgo de enfermedad, lesiones y muerte, evidenciándose que los estilos de vida de los hombres eran menos saludables que los de las mujeres. Entre dichas conductas se encontraba una menor utilización de los servicios de salud y menos actividades y cuidados para prevenir enfermedades, peor dieta y control del peso corporal, mayor consumo de alcohol, tabaco y drogas, mayor implicación en conductas de riesgo y peligrosas, incluyendo actividades físicas y deportivas de riesgo, conducción de vehículos y actividad sexual; conductas en las cuales también era menos frecuente que utilizasen medidas protectoras tales como, por ejemplo, cinturón de seguridad, casco o condón. También era más común en los hombres, respecto a las mujeres, que se implicasen en conductas violentas y utilizasen armas o cuchillos; además era más frecuente que sus trabajos fuesen peligrosos.

En el estudio de revisión citado, Courtenay encontró que, con frecuencia, las conductas de riesgo se daban juntas, lo que potencia su

impacto negativo en la salud. Por ejemplo, se daba consumo combinado de alcohol y drogas; o conducir sin cinturón de seguridad y de forma peligrosa. Aunque dicho estudio se realizó con hombres norteamericanos y, por tanto, no pueden generalizarse los resultados a todos los países, la mayoría de tales conductas no parecen ser ajenas a los valores y conductas de los hombres de otros lugares ya que muchas forman parte de los valores y las prácticas de socialización tradicional de los hombres y de la consideración típica de la masculinidad. Según Courtenay, el hecho de que se asocien las conductas poco saludables sugiere que podría existir una causa subyacente a los estilos de vida no saludables de los hombres, y que la “masculinidad puede ser un importante factor mediador en la co-ocurrencia de las múltiples conductas de riesgo para la salud” (Courtenay, 2000a: 110).

La presencia de menos conductas preventivas de salud en los hombres, respecto a las mujeres, también se ha encontrado en estudios realizados en diversas partes del mundo (véase revisión de Teo, Ng, Booth y White, 2016), si bien tales diferencias varían en función de otras variables. Así, al analizar el estado de salud y los factores de riesgo de mujeres y hombres en países asiáticos se ha encontrado que es común en los hombres la presencia de conductas de riesgo tales como fumar, sobrepeso, consumir alcohol y/o dieta poco adecuada, si bien se dan algunas diferencias en función de si se trata de países con altos o bajos ingresos. También eran relevantes las creencias religiosas cuando se trataba de la ingesta de alcohol, siendo mucho menor el consumo promedio en los países musulmanes (Ng et al., 2014). Aunque son varios los factores que influyen en las conductas relevantes en la salud, el género es uno de los más importantes (Courtenay, 2000b; Teo et al., 2016).

Pese a que en las últimas décadas se están observando en muchos países algunos cambios en los roles de género y se está prestando mucha mayor atención a la prevención de la enfermedad, a su detección temprana y a la disminución y control de los factores de riesgo que en décadas pasadas, existe evidencia de que el género sigue siendo relevante en tales prácticas. De un trabajo de revisión en el que se identificaron los factores individuales, sociales, del sistema

de salud y del método utilizado que actuaban como barreras o facilitadores del cribado en los hombres para identificar enfermedades en sus primeros estadios, se concluyó que es importante tener en cuenta el rol de género (Teo et al., 2016). En dicho estudio, la masculinidad y las características del procedimiento de cribado destacaron como dos factores relevantes, identificándose como barreras importantes los atributos de la masculinidad tales como autoconfianza, evitación de la feminidad y la autopresentación como heterosexual.

Existe evidencia de que la socialización masculina tradicional y las normas y modelos sociales de género fomentan en los hombres conductas que suponen riesgos para su salud (Mahalik, Burns y Syzdek, 2007). En investigaciones realizadas en diversos países se ha evidenciado que los valores tradicionales asociados con la masculinidad son relevantes en las conductas de salud, habiéndose encontrado que la masculinidad tradicional se asocia con menos conductas saludables y más conductas de riesgo para la salud (Mahalik, Lagan y Morrison, 2006; Mahalik, Levi-Minzi y Walker, 2007). Concretamente, en este último estudio, se encontró que la masculinidad se asociaba con mayor violencia y promiscuidad sexual, así como con menos conductas saludables tales como tomar frutas, fibra y protegerse del sol (Mahalik et al., 2007).

Courtenay (2000b) plantea que las creencias y las conductas relacionadas con la salud, al igual que otras prácticas sociales en que se implican mujeres y hombres, son una forma de demostrar las masculinidades y feminidades. Así, las conductas relacionadas con la salud serían una forma de construir y demostrar el género, definiéndolo y representándolo a la vez. Afirma que, dado que el género es negociado en parte a través de las relaciones de poder, los hombres usan las conductas y creencias de salud para demostrar la dominancia y hegemonía de los ideales masculinos, que lo configuran como hombre y le dan poder y autoridad. Y, al realizar estas conductas, refuerzan las creencias culturales de que los hombres son más poderosos y menos vulnerables que las mujeres, pues al no atender sus necesidades de salud y arriesgarse físicamente se están legitimando a sí mismos como el sexo fuerte. “Con frecuencia las prácticas sociales

que socavan la salud de los hombres son los instrumentos que los hombres usan en la estructuración y adquisición del poder” (Courtenay, 2000b: 1388-1389). Tal como plantea este autor, al tratar de obtener el poder y el privilegio, los hombres 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/o mostrar conductas agresivas y dominación física. Este autor afirma que los hombres están demostrando las normas de masculinidad dominantes cuando no atienden a sus necesidades de salud, cuando van a trabajar estando enfermos, cuando insisten en que necesitan dormir poco, cuando afirman que el beber no les impide conducir, cuando conducen de forma peligrosa, o cuando practican deportes arriesgados. Con tales conductas e ideales refuerzan las consideraciones culturales de que los hombres son más poderosos y menos vulnerables que las mujeres y que los cuerpos masculinos son superiores y más eficientes que los cuerpos femeninos.

Para demostrar la masculinidad hegemónica en una sociedad sexista y dicotómica según el género no solo es importante confirmar tales ideales, sino que también es esencial rechazar todo lo femenino, por lo que los hombres necesitan evitar todo aquello que son características “femeninas”, tales como las tareas domésticas, los cuidados de salud o el realizar actividades preventivas como, por ejemplo, utilizar protectores solares que le pueden ayudar a prevenir el cáncer de piel. Así, rechazar las conductas que socialmente han sido consideradas como femeninas, el arriesgarse y el demostrar que no se tiene miedo son formas accesibles de demostrar masculinidad. Dado que el reconocer la enfermedad les confiere menor estatus, en muchas ocasiones los hombres no expresan sus dificultades ni necesidades y, a menudo, cuando tienen problemas afectivos, en lugar de buscar ayuda profesional, intentan aliviarlos consumiendo bebidas alcohólicas y/o drogas. Por tanto, rechazando sus necesidades de cuidar su salud, los hombres están construyendo el género (Courtney, 2000b).

Aunque los efectos que en la salud física de las mujeres tienen las creencias y conductas asociadas con feminidad parecen ser menos perjudiciales que las de la masculinidad en los hombres, existe evidencia de que la feminidad se asocia con algunas conductas de riesgo en las mujeres, tales como el uso de sustancias (Brady, Iwamoto, Grivel, Kaya, y Clinton, 2016). Además, la feminidad se ha asociado con ansiedad y depresión, que son los problemas de salud mental más comunes en las mujeres, así como con un afrontamiento del estrés menos saludable. Tal y como recogen Fleming y Agnew-Brune (2015), en los hombres las conductas de riesgo son expresiones de la masculinidad, mientras que en las mujeres las normas de género pueden constreñir su poder y limitar su capacidad para tomar el control de su salud.

Pero la relevancia del género en la salud no se limita a los factores personales, sino que también están implicados los factores estructurales. El género es relevante en el trabajo diario, en el funcionamiento de las organizaciones, en el mercado laboral, en las instituciones sociales y en el conjunto de la sociedad, por lo que se asocia con la exposición individual y contextual a una serie de riesgos y factores que están implicados en las diferencias de género en salud (Härenstam, 2009).

Existe evidencia de que la distribución de la salud dentro de los países sigue un gradiente social, teniendo menor esperanza de vida y mayor riesgo de enfermedad las personas que están en el nivel bajo de la jerarquía social respecto a las que están en el nivel alto (Marmot y Bell, 2016). También se ha encontrado que la multimorbilidad se asocia, además de con la edad y el género, con bajo estatus socioeconómico (Marengoni et al., 2011). No solo las tasas de mortalidad y morbilidad son más altas en el nivel más bajo de la jerarquía social respecto al más alto, sino que tales diferencias siguen un gradiente social, teniendo las personas en cada punto de la jerarquía peor salud que quienes están por encima, y mejor que quienes están por debajo (Marmot, Fuhrer et al., 1998; Marmot, Stansfeld et al., 1991). Concretamente, en este último estudio, se encontró que las personas con menor estatus laboral tenían peor salud autopercebida y mayor sintomatología. Además, se ha encontrado que la sa-

lud física se deterioraba más rápidamente con la edad en las personas con niveles ocupacionales más bajos (Chandola, Ferrie, Sacker y Marmot, 2007).

También se ha encontrado que la desigualdad en el ingreso afecta a la salud y el bienestar de las poblaciones (Pickett y Wilkinson, 2015). Las mujeres, en promedio, tienen empleos de menor nivel que los hombres, sus salarios son más bajos y tienen menos participación económica y oportunidades laborales (World Economic Forum, 2015), estando sobre representadas en el nivel más bajo de ingresos (Nayak et al., 2016); ello podría explicar, al menos parcialmente, la mayor presencia de sintomatología y la peor salud autoevaluada de las mujeres respecto a los hombres que se ha encontrado en muchos estudios.

Un menor estatus socioeconómico conlleva una serie de condicionantes psicosociales, médicos, económicos, laborales y de estilo de vida que interactúan y pueden explicar las diferencias en salud autoevaluada (Nayak et al., 2016). Se ha encontrado que el estatus socioeconómico bajo se asocia con mayores preocupaciones por la seguridad en el barrio, lo que se asocia a su vez con menor actividad física, la cual afecta negativamente a la salud mental y a la salud autoevaluada (Meyer, Castro-Schilo y Aguilar-Gaxiola, 2014). Comparadas con los hombres, las mujeres pueden experimentar más estrés diario asociado con la desventaja socioeconómica, como trabajos peor pagados, estrecheces económicas, trabajos rutinarios y opresivos, y escasa economía familiar; todo lo cual contribuye a que tenga peor salud (Ross et al., 2012).

Las diferencias en función del género en el tipo de trabajo es un factor que ha mostrado ser relevante en las diferencias de género en salud. En la medida en que el mercado laboral está segregado en función del género, las mujeres y los hombres están expuestos a diferentes riesgos (Härenstam, 2009). Tal y como reconoce esta autora, en la mayoría de estudios se encuentran diferencias en las condiciones laborales y en la salud en función del género, la edad, la etnia y la clase social. El tipo de trabajo también puede ser relevante en las diferencias de género en dolor musculoesquelético. Existe una serie de riesgos asociados con el tipo de trabajo que pueden ser

causas potenciales de dicho dolor, y que pueden ser de tipo físico, tales como posturas estáticas, tareas repetitivas, vibraciones, cargas pesadas, y de tipo psicosocial, como elevada carga laboral, muchas demandas y poco control, así como escaso apoyo en el trabajo (Herin, Vézina, Thaon, Soulat y Paris, 2014; Neupane, Miranda, Virtanen, Siukola y Nygard, 2013).

Se ha planteado que la igualdad de género, y las políticas que conlleven, pueden contribuir a disminuir las diferencias de género en salud a través de reducir las diferencias en la calidad de los trabajos de mujeres y hombres (Sekine et al., 2011). En un estudio realizado con personas empleadas británicas ($n = 7.340$), japonesas ($n = 2.297$) y finlandesas ($n = 8.164$) se encontró peor funcionamiento físico en las mujeres respecto a los hombres, pero el tamaño de las diferencias variaba de forma importante entre los países. Las mayores diferencias se dieron en Gran Bretaña, seguido de Japón y siendo menores en Finlandia. También se encontró que era más común que las mujeres, respecto a los hombres, tuviesen trabajos de menor calidad (con menor nivel laboral, más horas de trabajo, altas demandas y bajo control), si bien tales diferencias eran relativamente pequeñas en Finlandia. Cuanto mayor eran las diferencias entre mujeres y hombres en las características del trabajo, mayores eran las diferencias en salud (Sekine et al., 2011).

Pero no en todos los estudios se ha encontrado asociación sistemática entre mayor igualdad de género del país y menores diferencias en salud entre mujeres y hombres, si bien existe evidencia de que las diferencias de género en salud autoevaluada disminuyen a medida que aumentan los niveles de desarrollo humano (Dahlin y Härkönen, 2013).

Todo ello indica la complejidad de las diferencias de género en salud y la relevancia que en la salud de mujeres y hombres tienen los factores conductuales, actitudinales y estructurales relativos al género. Factores que es necesario tener en cuenta en las investigaciones, políticas y programas sobre salud, área donde, con bastante frecuencia, el androcentrismo y los prejuicios y estereotipos de género han estado presentes. Ejemplo de ello son las hipótesis que se han planteado para explicar lo que se ha denominado la “paradoja del

género y la salud”, es decir, las mayores tasas de mortalidad en los hombres y la mayor morbilidad en las mujeres que se ha encontrado en algunos estudios. Tradicionalmente tales diferencias se han atribuido a mayor sensibilidad al malestar corporal en las mujeres, respecto a los hombres; a estar más dispuestas que estos a informar de sus problemas de salud; o a la mayor frecuencia con que realizan conductas para prevenir la enfermedad. Pero en un trabajo realizado por Luy y Minagawa (2014), basado en los datos de los 45 países más desarrollados, se encontró que la mayor esperanza de vida al nacer estaba muy asociada, en ambos géneros, con mayor porcentaje de vida con mala salud. Cuanto mayor era la longevidad de las mujeres respecto a los hombres, mayores eran las diferencias en función del género en la proporción de vida con mala salud. Por tanto, concluyen que las mujeres tienen peor salud que los hombres porque sus vidas son más largas.



Género y salud mental

DURANTE LOS ÚLTIMOS SIGLOS se ha considerado que las mujeres tenían peor salud mental que los hombres, ya que eran diagnosticadas con mayor frecuencia que estos de trastornos depresivos y de ansiedad. Pese a que aún parece mantenerse dicha creencia en muchos ámbitos, a partir de los años 90 se cuestionó su veracidad. Ello fue consecuencia de los cambios sociales de las últimas décadas, especialmente en la consideración de lo que constituye trastorno mental, así como de los resultados obtenidos en los estudios epidemiológicos.

Hasta muy recientemente, los hombres han recibido relativamente poca atención en la bibliografía sociológica y psiquiátrica sobre salud mental y tampoco se tenía en cuenta el género en dicha área (Prior, 1999). Tal y como señala esta autora, actualmente se reconocen como trastornos mentales condiciones que antes no se consideraban patología, tales como el abuso de sustancias y los trastornos de personalidad, que son más frecuentes en los hombres, por lo que las tasas globales de trastornos de salud mental de mujeres y hombres se han aproximado.

Al igual que sucede en otras áreas de estudio de las diferencias entre mujeres y hombres, en el campo de la salud mental han prevalecido los estereotipos de género y la construcción social de la mujer como inferior al hombre. Ejemplo de ello ha sido la perspectiva dominante a partir de la revolución industrial de que la mujer tenía peor salud mental que el hombre y que estos estaban “protegidos” ante la psicopatología. Perspectiva que, tal y como plantean McDermott, Schwartz y Rislin (2016), es difícil de mantener ante las estadísticas obtenidas durante varias décadas en las que se muestra que es mucho más probable que los hombres mueran de suicidio que las mujeres.

El presente capítulo comenzará con una breve revisión de las diferencias de género en los trastornos y problemas de salud mental más relevantes y/o comunes, si bien no se pretende presentar un análisis exhaustivo de dichas diferencias en todas las categorías psicopatológicas. Tal y como plantean Hill y Needham (2013), no es posible llevar a cabo tal análisis porque, además de la medicalización y de la construcción social de lo que constituye enfermedad mental, no existe consenso respecto al universo de condiciones de salud mental; además, hay varios tipos de categorías diagnósticas y se ha tendido a patologizar la salud de las mujeres.

Tras revisar las diferencias entre mujeres y hombres en trastornos mentales y sintomatología, se tratarán las diferencias de género en comorbilidad entre la enfermedad física y mental; posteriormente se analizarán las diferencias de género en el consumo de medicamentos psicotrópicos; y, finalmente, se revisarán los principales factores explicativos de las diferencias entre mujeres y hombres en salud mental.

3.1. Diferencias entre mujeres y hombres en trastornos y sintomatología mental

En las sociedades occidentales, la creencia de que las mujeres tienen peor salud mental que los hombres se remonta al siglo XIX, a partir de la revolución industrial. Durante dicho siglo, desde la medicina se concluyó que la mujer era mental y físicamente inferior al hombre y muchas mujeres de la clase media o alta fueron diagnosticadas

de “histeria” o de “neurastenia”, trastornos que fueron atribuidos al sistema reproductor femenino, considerando la enfermedad como un estado natural de la mujer (Hill y Needham, 2013). Pero el diagnóstico de histeria, que se consideraba una enfermedad de mujeres y se asociaba a la esencia de la feminidad, ya se daba en los siglos XVII y XVIII, habiendo sido descrita en los textos de Platón y de Hipócrates (Ussher, 2013).

Freud fue pionero en elaborar una teoría sistemática para comparar la salud mental de mujeres y hombres y en ella mantiene que los hombres son superiores psíquicamente a las mujeres (Rosenfield y Smith, 2010), perspectiva que persiste en la actualidad entre muchas personas. Aunque tal consideración de la mujer como inferior al hombre fue criticada incluso desde dentro del psicoanálisis, ha tenido una fuerte influencia en el pensamiento psiquiátrico y médico tradicional. La consideración de que las mujeres tenían peor salud mental que los hombres se ha mantenido durante la mayor parte del siglo XX, creencia que se apoyaba en que las mujeres tenían más depresión y ansiedad. Pero las investigaciones epidemiológicas y las encuestas representativas de la población adulta realizadas en diversos países han evidenciado en las mujeres tasas más altas que en los hombres de trastornos afectivos y de ansiedad, mientras que estos presentan tasas más elevadas que las mujeres de trastornos de tipo externalizante y consumo de sustancias (Alonso et al., 2004a; Eaton et al., 2012; Kessler et al., 1994; Regier et al., 1988; Seedat et al., 2009). Ello ha llevado a considerar que, a nivel global, no hay diferencias entre mujeres y hombres en las tasas de psicopatología (Rosenfield y Smith, 2010), aunque sí las hay en el tipo de problema de salud mental más común en cada género.

Los trastornos concretos en los que se han encontrado tasas más altas en las mujeres, respecto a los hombres, a lo largo de su vida son depresión mayor, distimia, ansiedad generalizada, trastorno de pánico, fobia social, y fobia específica; y en los hombres se han encontrado tasas más altas, respecto a las mujeres, en trastorno de personalidad antisocial y en dependencia de alcohol, nicotina, marihuana y de otras drogas (Eaton et al., 2012). La mayor conducta antisocial en los hombres incluye trastornos disruptivos en la infancia y en la adolescencia, tales como el déficit de atención, hiperacti-

vidad, conducta oposicional desafiante; y trastorno de personalidad antisocial en la adultez lo que significa que, desde temprana edad, son más comunes en los hombres las conductas agresivas y antisociales (Rosenfield y Smith, 2010; Rosenfield y Mouzon, 2013).

Se ha planteado que las tasas más altas en las mujeres, respecto a los hombres, de ansiedad y depresión, a los que se les refiere como trastornos internalizantes, supone la existencia en las mujeres de sentimientos problemáticos internos y hacia sí mismas; mientras que las tasas más altas de los hombres, respecto a las mujeres, de abuso de sustancias y trastornos antisociales, a los que se les refiere como trastornos externalizantes, supone la existencia de problemas más destructivos y molestos para otras personas (Rosenfield y Smith, 2010). Las tasas de problemas internalizantes en las mujeres parecen variar en función de otras variables como la raza, siendo la brecha de género mayor en las personas blancas que en las afro-americanas. Ello no sucede con los trastornos externalizantes, donde se detecta que las diferencias en función del género no varían según la raza (Rosenfield y Mouzon, 2013). Se reconoce que, dado que los hombres consumen más alcohol y otras drogas que las mujeres, es más común que experimenten las consecuencias físicas graves de tal consumo; además tienen mayor riesgo de generar tolerancia y dependencia de tales sustancias, y el consumo puede interferir con su vida laboral y familiar.

Los estudios epidemiológicos han evidenciado de forma consistente que los trastornos de ansiedad se encuentran entre los trastornos psiquiátricos más comunes (Grant y Odlaug, 2015; Stein y Vythilingum, 2015). Aunque no hay unanimidad entre los distintos estudios y las diferencias en las tasas dependen del trastorno de ansiedad analizado, asociándose a la edad en algunos, en conjunto, las tasas de ansiedad de las mujeres son significativamente más altas que las de los hombres (Kessler, Petukhova, Sampson, Zaslavsky y Wittchen, 2012; McLean, Asnaani, Litz y Hofmann, 2011; Remes, Brayne, Van der Linde y Lafortune, 2016). Y también las mujeres autoinforman de ansiedad como uno de sus problemas más frecuentes cuando se analizan sus percepciones y prioridades de salud (Walters, 1993).

Kessler et al. (2012) encontraron que, en Estados Unidos, la prevalencia a lo largo de la vida de tener algún trastorno de ansiedad en personas mayores de 12 años fue del 37,3% en las mujeres y del 25,6% en los hombres. Lo más común fue la fobia específica, que se daba en el 18,7% de las mujeres y en el 12,3% de los hombres, seguido de la fobia social, que se dio en el 12,3% de las mujeres y en el 8,9% de los hombres. El trastorno por estrés postraumático se daba en el 8,5% de las mujeres y en el 2,8% de los hombres; el trastorno por ansiedad de separación en el 8,3% de las mujeres y en el 5,2% de los hombres; el trastorno de ansiedad generalizada en el 5,5% de las mujeres y en el 3,1% de los hombres; el trastorno de pánico en el 4,8% de las mujeres y en el 2,7% de los hombres; la agorafobia en el 3,2% de las mujeres y en el 1,8% de los hombres; y el trastorno obsesivo compulsivo en el 3% de las mujeres y en el 1,6% de los hombres. En conjunto, se encontró que era más frecuente que los trastornos de ansiedad se diesen en las personas con edades entre 18 y 64 años, donde la prevalencia era 40,4% en las mujeres y 26,4% en los hombres, y entre los 13 y 17 años, siendo la prevalencia del 38,3% en las mujeres y del 26,8% en los hombres. A partir de los 64 años la prevalencia era del 17,7% en las mujeres y del 11,1% en los hombres.

Además de la existencia de diferencias entre mujeres y hombres en epidemiología, se ha planteado que hay diferencias en la presentación clínica y en la etiología de los trastornos de ansiedad, si bien tales diferencias aún no son bien conocidas (Sevar, Vythilingum y Castle, 2015). Existe evidencia de que las personas diagnosticadas de trastorno de ansiedad realizan mayor número de visitas médicas que quienes no los tienen, si bien ello es más acusado en las mujeres que en los hombres. Además, se ha encontrado que en las mujeres los trastornos de ansiedad se asociaban con absentismo laboral durante el último mes, lo que no sucedía en los hombres (McLean et al., 2011). Otras diferencias entre mujeres y hombres encontradas en este estudio es que era más probable que las mujeres con trastornos de ansiedad, respecto a los hombres con dicho trastorno, hubiesen sido diagnosticadas a lo largo de su vida de otro trastorno de ansiedad, de trastorno depresivo mayor o de bulimia nerviosa; siendo más común que los hombres hubiesen sido diagnosticados

de abuso y dependencia del alcohol y de abuso de drogas. No había diferencias en función del género en la edad de comienzo ni en la cronicidad de la enfermedad, ni tampoco en la prevalencia del trastorno de ansiedad social.

La depresión es uno de los problemas de salud mental más frecuente en la población (Kessler, Chiu, Demler y Walters, 2005; Kessler et al., 2012), siendo más prevalente en las mujeres que en los hombres. El mayor riesgo de depresión en las mujeres se ha encontrado en estudios epidemiológicos y clínicos, realizados en diferentes áreas geográficas y en distintos periodos temporales (Agur et al., 2016; Kessler et al., 1994; Weissman y Klerman, 1977), si bien no parece suceder de forma similar en todos los países y depende también de la edad (Crimmins et al., 2010; Kessler et al., 2012; Matud et al., 2014; Oksuzyan et al., 2010).

Existe evidencia de que las diferencias de género en depresión comienzan a los 13 años (Salk, Petersen, Abramson y Hyde, 2016) y se mantienen a través del ciclo vital, aunque la magnitud de las diferencias varía. En una muestra representativa nacional estadounidense de personas mayores de 17 años se encontró que la prevalencia vital de depresión fue del 22,9% en las mujeres y de 13,1% en los hombres y de distimia del 6,2% en las mujeres y del 3,5% en los hombres. Las tasas relativas a los últimos 12 meses fueron en depresión del 10,1% en las mujeres y del 5,5% en los hombres y en distimia del 2,9% en las mujeres y del 1,6% en los hombres (Eaton et al., 2012). En otro estudio realizado también con población estadounidense se encontró que la prevalencia vital de los trastornos del humor fue, en las personas entre 13 y 17 años, del 18,2% en las chicas y del 10,8% en los chicos; en las personas entre 18 y 64 años del 25,7% en las mujeres y del 16,9% en los hombres; y en las personas mayores de 65 años en el 13,1% de las mujeres y en el 5,3% de los hombres.

También en una encuesta realizada en 23 países de la Unión Europea con personas de edades entre 18 y 75 años se encontró que, en todos los países, las mujeres tenían niveles de depresión más elevados que los hombres, si bien la magnitud de las diferencias de género variaba entre los países. Las diferencias más acusadas se dieron en algunos países del este y del sur de Europa y las menores en Ir-

landa, Slovakia y en algunos países nórdicos. Además de ser relevante en las diferencias de género en depresión el país de residencia, también lo eran los factores socioeconómicos y familiares (Van de Velde, Bracke y Levecque, 2010). La relevancia de las variables socioeconómicas y familiares en las diferencias de género en sintomatología depresiva también se ha encontrado en otros estudios realizados en España (Matud, 2005).

También se ha planteado que existen diferencias en función del género en la edad de comienzo, que es menor en las mujeres (Salk et al., 2016; Schuch, Roest, Nolen, Penninx y de Jonge, 2014), así como en las manifestaciones clínicas de la depresión, si bien no hay unanimidad al respecto. Mientras que en algunos estudios se ha encontrado que es más común en las mujeres que en los hombres la depresión atípica, con síntomas tales como aumento del apetito y peso, hipersomnias y sensibilidad interpersonal, entre otros, ello no siempre sucede (Schuch et al., 2014). En un estudio epidemiológico clínico realizado en Holanda con una muestra de 1.115 personas diagnosticadas de trastorno depresivo mayor se encontró que, aunque la edad de comienzo era menor en las mujeres que en los hombres, no había diferencias en función del género en la gravedad de la depresión, en las ideas suicidas ni en la frecuencia o tipo de tratamiento (farmacoterapia o psicoterapia). Pero sí se daban algunas diferencias en función del género en la presentación clínica del trastorno depresivo mayor. Era más común en las mujeres, respecto a los hombres, la existencia a lo largo de su vida de algún trastorno de ansiedad y la presencia actual de trastorno de pánico con agorafobia, siendo también más común que sufriesen depresión atípica. La depresión en los hombres se caracterizaba por mayor frecuencia en la comorbilidad con abuso o dependencia del alcohol y rasgos melancólicos. Además, era más frecuente que los hombres fuesen tratados en organizaciones de cuidado de salud mientras que era más probable que las mujeres contactasen con servicios alternativos (Schuch et al., 2014).

3.2. Género y comorbilidad

Existe evidencia de que muchos trastornos mentales coocurren (Alonso et al., 2004b; Eaton et al., 2012; Kessler et al., 2005), lo que es bastante común cuando se trata de trastorno de ansiedad y trastorno depresivo mayor (Alonso et al., 2004b; Blanco et al., 2014). Además, la gravedad está muy asociada con la comorbilidad (Kessler et al., 2005). Y se han encontrado diferencias en función del género en comorbilidad, tanto en las tasas como en el patrón de asociación entre algunos trastornos.

En un estudio epidemiológico realizado en seis países europeos con personas de 18 o más años de edad se encontró que la comorbilidad, en un periodo de 12 meses, entre los distintos trastornos de ansiedad (ansiedad generalizada, fobia social, fobia específica, trastorno por estrés postraumático, agorafobia y trastorno de pánico) era muy alta; y también era muy alta la asociación entre los trastornos de ansiedad y los del humor (depresión mayor y distimia) si bien, en general, la depresión mayor presentaba más comorbilidad que la distimia. La depresión mayor también se asociaba con el uso y la dependencia del alcohol. La comorbilidad era más alta en las mujeres que en los hombres, siendo también mayor en las personas más jóvenes, en las que tenían menor nivel de estudios, residían en ciudades, no vivían en pareja y estaban desempleadas (Alonso et al., 2004b).

Se han encontrado que, mientras que es más común que las mujeres con trastorno obsesivo compulsivo sufran también depresión, en los hombres es más probable que el trastorno obsesivo compulsivo se asocie con trastorno por consumo de sustancias (Stein y Vythilingum, 2015). En un estudio realizado con una muestra representativa de la población estadounidense de 18 o más años de edad se encontraron diferencias en función del género en la asociación entre el trastorno de ansiedad generalizada y otros problemas mentales. Era más frecuente que las mujeres que habían sido diagnosticadas alguna vez en su vida de trastorno de ansiedad generalizada informasen de miedos sociales y de trastornos internalizantes, y que hubiesen recibido medicación para el trastorno de ansiedad generalizada, mientras que era más probable que los hombres con dicho trastorno tuviesen miedo a las citas, trastornos externalizantes y usasen

alcohol o drogas para aliviar los síntomas del trastorno de ansiedad generalizada (Xu et al., 2012).

También en un estudio realizado en Holanda con muestras clínicas y de la población general de edades entre 18 y 65 años se encontró que el trastorno depresivo mayor se asociaba con abuso o dependencia del alcohol en mayor medida en los hombres que en las mujeres, mientras que en estas el trastorno depresivo mayor se asociaba con trastornos de ansiedad (Schuch et al., 2014).

Los estudios de comorbilidad han evidenciado la presencia de un modelo bidimensional de progresión y solapamiento entre problemas de tipo internalizante y externalizante (Kessler et al., 2005). Se trata de un modelo en el que se incluyen los trastornos mentales más comunes, excluyendo otras formas de psicopatología, como la esquizofrenia, y que es invariante respecto al género, si bien los hombres tienen puntuaciones más altas en la dimensión externalizante y las mujeres en la internalizante. En la dimensión internalizante se incluyen los trastornos afectivos y de ansiedad y pueden diferenciarse dos subfactores: 1) *distress* donde se incluyen depresión mayor, distimia y ansiedad generalizada; 2) miedo, donde se incluyen trastornos como el de pánico, fobia social y fobia específica. La dimensión externalizante incluye trastornos como personalidad antisocial y dependencia de alcohol, nicotinia, marihuana y de otras drogas (Eaton et al., 2012).

Además de darse comorbilidad entre los trastornos mentales, también existe entre los problemas de salud física y mental. Druss y Walker (2011) definen dicha comorbilidad como la coocurrencia de trastornos mentales y físicos en una misma persona, independientemente del orden cronológico en que ocurran, o de las causas que los asocien. Según el estudio de revisión que llevaron a cabo, y en el que incluyeron resultados de publicaciones científicas y estudios epidemiológicos, la comorbilidad entre los problemas médicos y mentales son muy comunes, siendo “la regla más que la excepción” (Druss y Walker, 2011: 4). En dicho análisis encontraron que, en estudios realizados con muestras nacionales representativas, las tasas de comorbilidad eran altas teniendo las personas diabéticas el doble de riesgo de depresión, la cual era también 2,3 veces más probable en las personas con asma respecto a quienes no tenían

asma. Y las personas con trastornos cardiovasculares tenían 1,43 veces más riesgo de tener trastornos de ansiedad a lo largo de su vida. También se ha encontrado que más de la mitad de las personas con trastornos psiquiátricos tenían diabetes, enfermedad cardiovascular o pulmonar; y las personas con ansiedad y depresión presentan mayor riesgo de tener dolor, hipertensión o diabetes mellitus (Winkler, Horáček, Weissová, Šustr y Brunovský, 2015).

Existe evidencia de que las mujeres tienen mayor multimorbilidad que los hombres (Agur et al., 2016), si bien la magnitud de las diferencias no es grande y dependen de la edad y del tipo de multimorbilidad. En un estudio realizado con la población escocesa se encontró que la mayor diferencia (6,9%) entre mujeres y hombres se daba en el grupo de entre 45 y 54 años y la más pequeña (1,4%) entre los 65 y 74 años, siendo la diferencia del 1,6% a partir de los 75 años (Agur et al., 2016). En dicho estudio se encontró que, aunque las diferencias eran muy pequeñas y dependían de la edad, también se daban diferencias entre mujeres y hombres entre los distintos tipos de multimorbilidad, siendo más acusadas cuando era física y mental. La depresión era la causa más frecuente de multimorbilidad en las mujeres menores de 55 años y la hipertensión arterial cuando tenían más de 54. En los hombres el uso de drogas fue la más común entre 25 y 34 años, la depresión entre 35 y 44 años, y la hipertensión a partir de los 44 años.

Se ha planteado que la dimensión internalizante-externalizante de patología mental es relevante en los problemas de salud física más comunes en mujeres y hombres, y que la mayor frecuencia de problemas internalizantes en las mujeres explican parcialmente la mayor presencia de artritis, intervenciones para extirpar la vesícula biliar y dolores de cabeza en las mujeres, mientras que la mayor presencia de trastornos externalizantes en los hombres explica parcialmente sus mayores tasas de enfermedad cardíaca e hipertensión arterial (Needham y Hill, 2010).

3.3. Género y consumo de medicamentos psicotrópicos

En las últimas décadas los medicamentos psicotrópicos han asumido una importancia creciente en la vida diaria de millones de per-

sonas y, por la magnitud del problema y sus implicaciones de salud, económicas y sociales, su uso ha llegado a ser una cuestión importante de salud pública (Alonso et al., 2004c). El modelo biomédico asume que los trastornos mentales, tales como la esquizofrenia, el trastorno depresivo mayor, el trastorno por déficit de atención/hiperactividad y los trastornos por uso de sustancias son enfermedades cerebrales y enfatiza el tratamiento farmacológico para corregir las presuntas anormalidades biológicas (Deacon, 2013). Se trata de un modelo que ha prevalecido en el sistema de salud durante las últimas décadas y que ha generado el uso creciente de medicación psicotrópica.

En los países desarrollados la prescripción y consumo de medicamentos ansiolíticos e hipnóticos es frecuente, habiéndose observado que su consumo ha aumentado durante los últimos años. Tal crecimiento también se ha detectado en España (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2015b), donde se ha observado que el incremento en su uso ha sido superior al de otros países de la Unión Europea (Vicente et al., 2013). Los más prescritos y consumidos son las benzodiazepinas (Codony et al., 2007; Dell'osso y Lader, 2013; Hollingworth y Siskind, 2010), las cuales están entre los medicamentos más recetados en los países desarrollados (Lugoboni et al., 2014). Debido al rápido comienzo de su efecto, a su eficacia y tolerabilidad, las benzodiazepinas son muy prescritas por los/as profesionales de la salud y consumidas por pacientes (Louvet, Ischayek y Danoff, 2015). Pero su uso ha sido muy cuestionado ya que pueden producir tolerancia y dependencia, incluso en un periodo corto de tiempo (Lugoboni et al., 2014), así como otros efectos indeseados. Además, cada vez se cuestiona más su efectividad (Lader, Tylee y Donoghue, 2009).

Se ha encontrado de forma consistente que el consumo de medicamentos ansiolíticos e hipnóticos es mayor en las mujeres que en los hombres (Bejarano et al., 2008; Fuentealba, Cumsille, Araneda y Molina, 2000; Hollingworth y Siskind, 2010; Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2015b; Vedia, Bonet, Forcada y Parellada, 2005), fenómeno opuesto al resto de drogas, cuyo consumo es mayor en los hombres que en las mujeres (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad 2015b; Fuentealba et al., 2000).

Tal y como se desprenden de las encuestas nacionales, en España el consumo de drogas, tanto legales como ilegales, es mayor en los hombres que en las mujeres, a excepción de los hipnosedantes, que en las mujeres duplica al de los hombres. Además, las diferencias de género en dicho consumo aumentan con la edad. Según la encuesta sobre alcohol y drogas realizada en 2013 en la población general española residente en hogares y de edades entre 15 y 64 años (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2015b), la prevalencia de consumo durante los últimos 12 meses de hipnosedantes fue del 12,2% con receta médica y del 1,2% sin receta, representando el mayor consumo tras el alcohol y el tabaco. En dicho informe se destaca que, desde 2011, ha aumentado ligeramente el consumo de las sustancias legales (alcohol, tabaco e hipnosedantes) y disminuido el de las drogas ilegales como el cánnabis y la cocaína, si bien la tendencia al mayor consumo de hipnosedantes se detecta desde 2005.

Otro resultado destacable de dicha encuesta es que las mujeres tienen mayor percepción de riesgo que los hombres en el consumo de todas las sustancias, a excepción de los hipnosedantes, que es igual en ambos géneros. Además, la percepción de riesgo asociado al consumo habitual de tranquilizantes/somníferos disminuye a partir de los 34 años (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2015b). Ello es especialmente preocupante dado que la percepción de riesgo parece ser menor en las personas que más las usan.

Dicho consumo supone un importante riesgo para la salud de las mujeres ya que, como se ha citado, las benzodiacepinas generan dependencia y tolerancia, además de diversos efectos no deseados. Entre los efectos secundarios detectados se han citado alteraciones a nivel cognitivo, psicomotor, reacciones paradójicas, tolerancia, dependencia y efecto rebote (Dell'osso y Lader, 2013; Stewart, 2005) los cuales son más comunes en su uso a largo plazo. Otros efectos asociados al uso crónico han sido problemas de concentración, fobia social y depresión (Louvet et al., 2015), así como caídas y accidentes de tráfico (Lugoboni et al., 2014). Su consumo también se ha asociado con alteraciones de la memoria en las mujeres, efecto que no se ha detectado en los hombres (Boeuf-Cazou, Bongue, An-siau, Marquié y Lapeyre-Mestre, 2011).

Tal y como plantea Lader (2011) en un estudio de revisión, los problemas con las benzodiazepinas han perdurado durante 50 años pero han sido ignorados y, aunque la razón coste/beneficios es positiva para la mayoría de pacientes en los tratamientos cortos (entre 2 y 4 semanas), no está establecida para periodos mayores. Pese a ello, existe evidencia de que en España la duración de los tratamientos ansiolíticos-hipnóticos es prolongada (Vedia et al., 2005). Aunque dichos fármacos pueden ser utilizados bajo prescripción médica, posteriormente se abren diferentes vías hacia el autoconsumo e incluso se comercializan en los mercados de drogas ilegales (Romo et al., 2003).

La mayor prescripción y consumo de fármacos psicotrópicos en las mujeres, respecto a los hombres, ha tratado de ser explicado por las diferencias de género en salud mental. Pero existe evidencia de que influyen otros factores que no son el diagnóstico psiquiátrico formal o los problemas de salud mental (Demyttenaere et al., 2008; Van der Heiden et al., 2009) y se ha encontrado que, en las mujeres, su uso se asocia con la presencia de sucesos vitales estresantes (D’Incau, Barbui, Tubini y Conforti, 2011). Y en un estudio realizado en España con una muestra representativa de la población mayor de 18 años se encontró que, aunque era frecuente el consumo de fármacos psicotrópicos, entre los cuales las benzodiazepinas eran los más comunes, muchas personas con trastornos mentales no los tomaban, concluyendo que “el género y la edad se asocian con el consumo con independencia de la salud mental” (Codony et al., 2007: 29).

Aunque no existe evidencia empírica que la sustente, se han encontrado en diversas ramas de la medicina diferencias en el tratamiento en función del género (Karanti et al., 2015). Ello también se ha detectado en países con larga tradición en igualdad de género como es Suecia, donde se ha constatado que la asociación entre problemas de salud mental y el consumo de ansiolíticos difiere entre mujeres y hombres. En un estudio recientemente publicado (Karanti et al., 2015), en que se analizaron los datos de más de 7.000 pacientes con trastorno bipolar, se encontró que las mujeres y los hombres recibían de forma rutinaria tratamientos distintos, diferencias que no podían ser explicadas por el subtipo de trastorno, por su gravedad o por su alteración funcional.

La existencia de un tratamiento diferenciado en función del género para un mismo trastorno también se ha detectado en el tratamiento administrado entre 1999 y 2009 a veteranos/as con trastorno por estrés postraumático, con mayor prescripción de medicación psicotrópica a las mujeres que a los hombres; la diferencia era aún más marcada en las benzodiazepinas donde se encontró un aumento en la prescripción a las mujeres y una disminución en los hombres (Bernardy et al., 2012).

Aunque en el mayor consumo de dicha medicación por las mujeres, respecto a los hombres, puedan ser relevantes las diferencias de género en salud existe evidencia de que no es la única razón, siendo también importantes los estereotipos de género, los cuales parecen influir tanto en quienes los prescriben como en quien los usa. Ettorre y Riska (2001: 1188) encontraron que las razones dadas para su uso a largo plazo eran diferentes en mujeres y hombres, atribuyéndolo estos a las presiones externas mientras que las mujeres lo asociaban con su “emocionalidad” como mujeres y a sufrir “de los nervios”.

En el consumo de ansiolíticos e hipnóticos por las mujeres de la población general española se ha encontrado que también son relevantes las características sociodemográficas, con un consumo mucho más elevado en las de mayor edad, en las que tenían menor nivel académico y laboral, más hijos/as, en las amas de casa, y en las divorciadas o viudas con respecto a las mujeres con estudios universitarios, profesionales, solteras y sin hijos/as; en los hombres dicho consumo solo se asociaba con mayor edad (Matud, Bethencourt, Ibáñez, López y García, 2013).

3.4. Factores explicativos de las diferencias entre mujeres y hombres en salud mental

Antes de tratar los factores que se han propuesto para explicar las diferencias de género en salud mental es importante tener en cuenta que la existencia de diferencias entre mujeres y hombres en las tasas de trastornos psiquiátricos ha sido criticada (Hartung y Widiger, 1998). Las clasificaciones de los trastornos mentales más utilizadas a nivel mundial en medicina y en psicología clínica son dos: la del Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales, conocido

como *DSM*, y la Clasificación internacional de enfermedades, conocida como *CIE* (León-Sanromà, Minguez, Cerecero y Téllez, 2014). La existencia de diferencias en trastornos mentales en mujeres y hombres recogida en el *DSM IV* (American Psychiatric Association, 1994), donde se incluyó la prevalencia para cada género de 125 trastornos, ha sido muy cuestionada. Se ha planteado que tales tasas diferenciales pueden tener una serie de sesgos de los que dos parecen ser particularmente importantes: los sesgos en el muestreo y los sesgos en los propios criterios diagnósticos (Hartung y Widiger, 1998).

Se ha planteado que, en el *sistema DSM*, el patrón conductual considerado estándar es el de los hombres, lo que genera que sea más frecuente que se considere como patológica a la mujer. Se afirma que las asunciones respecto a qué conductas son sanas y cuáles son insanas están sesgadas, y dichas asunciones configuran los patrones de diagnóstico y tratamiento de las enfermedades mentales, cuyas tasas son más altas en las mujeres (Kaplan, 1983).

Tal y como plantea Brannon (2008), en el *sistema DSM* conductas como la asertividad y la independencia se consideran importantes para la salud mental, mientras que la expresividad emocional puede considerarse como un signo de problemas. Al definir como saludables conductas que son típicamente masculinas, y que son enfatizadas en la socialización de los hombres, tales como la asertividad y la independencia; y como indicadores de problemas de salud mental conductas que se consideran como típicamente femeninas, y que son promovidas en la socialización femenina, tales como la expresividad emocional, la descripción que presenta de los trastornos hace que sea más probable que las mujeres sean diagnosticadas de tener trastornos mentales, incluso aunque sus conductas no se deban a ninguna patología.

Un ejemplo de ello es la depresión. Se ha planteado que las diferencias de género en dicho trastorno surgen porque cuando los hombres están deprimidos experimentan una serie de síntomas que no están incluidos en los criterios diagnósticos actuales, tales como ataques de agresión e ira, abuso de sustancias e implicación en conductas de riesgo. Y, cuando se combinan los síntomas depresivos tradicionales

con los alternativos, las diferencias entre mujeres y hombres en depresión desaparecen (Martin, Neighbors y Griffith, 2013).

Desde el feminismo se ha criticado que muchos de los diagnósticos están impregnados de las ideologías dominantes y que se han utilizado para regular la conducta problemática. Frente a la consideración individualista del *DSM*, se insiste en que el sufrimiento psicológico está asociado al contexto social, económico y político. Además, se afirma que el poder ideológico opera a través de las instituciones sociales, incluyendo la medicina y el sistema de salud mental (Marecek y Gavey, 2013). La psiquiatría ha sido criticada, además de por estar muy dispuesta a ofrecer explicaciones biológicas para las alteraciones conductuales, por ser una industria poderosa que actúa a través de tres vías (Swartz, 2013): 1) por ser un instrumento aceptado a través del cual la conducta humana se califica como normal o no; 2) por servir como el principal filtro para instaurar los tratamientos apropiados para las conductas que se considera que no son normales; 3) por su influencia en las compañías farmacéuticas, de seguros, y en la investigación.

Pero, más allá de las críticas a los diagnósticos psiquiátricos, se han propuesto distintas variables como explicativas de las diferencias entre mujeres y hombres en salud mental. En las hipótesis planteadas se han considerado como agentes causales desde factores biológicos hasta sociales. Entre las explicaciones biológicas destacan las que han tratado de atribuir las diferencias entre mujeres y hombres en salud mental al efecto de las hormonas sexuales y al ciclo menstrual. Dicho ciclo está regulado por el hipotálamo, que segrega la hormona reguladora de las gonadotropinas; la hipófisis, que segrega las hormonas luteinizante y folículo estimulante; y el ovario, que segrega los estrógenos y la progesterona. Los niveles de dichas hormonas cambian a lo largo de aproximadamente 28 días, llevando a la maduración de los ovocitos y al desprendimiento de uno, así como a cambios en el endometrio a lo largo de dicho periodo el cual, si el óvulo no es fertilizado, concluye con el sangrado menstrual (Hassan, Muere y Einstein, 2014).

El ciclo gonadal femenino se ha ligado ancestralmente a la inestabilidad y mutabilidad, vinculándolo al ciclo lunar y, sobre dicha superstición, se ha considerado “la menstruación como impura y, en

Occidente, como maligna, tras la sexualización del pecado en la religión cristiana” (Melián, 2015: 196). Se ha creado una serie de discursos de las mujeres en relación con determinadas etapas de su ciclo menstrual, o con su cese definitivo como sucede en la menopausia, como desequilibradas o enajenadas. “Heredera de un acercamiento mágico y astral al ciclo gonadal femenino, la mujer ha sido etiquetada universal y ancestralmente como inferior, y su naturaleza como perversa, dañina y psíquicamente inestable” (Melián, 2015: 205).

Desde esta perspectiva se ha hipotetizado la existencia de una susceptibilidad biológica, afirmándose que la aparición repentina de altos niveles de estrógenos durante la pubertad altera la sensibilidad de los sistemas de neurotransmisores y la variación, durante los años reproductivos, en los niveles de estrógenos y progesterona genera una modificación constante en los sistemas de neurotransmisores (Steiner, Dunn y Born, 2003). Pero no se ha encontrado relación directa entre síntomas psiquiátricos y cambios hormonales, tales como el descenso de estrógenos (Llaneza, García-Portilla, Llaneza-Suárez y Armott, 2012).

Además, se ha planteado que el efecto de tales hormonas no se limita a las diferencias de género en salud mental, sino que se ha considerado como factor causal de otras muchas diferencias entre mujeres y hombres en salud, si bien la evidencia empírica no es concluyente ya que los estudios tienen importantes problemas metodológicos. Ejemplo de ello es el planteamiento de que las hormonas ováricas son relevantes en el dolor crónico de tipo no cancerígeno como el dolor musculo esquelético, las migrañas, el trastorno temporomandibular y el dolor pélvico. Aunque en algunos estudios se ha encontrado asociación entre los cambios hormonales y la intensidad o los síntomas de dolor, Hassan et al., en un estudio de revisión sobre dicha asociación, afirman “la falta de consistencia en el diseño del estudio, la metodología y la interpretación de las fases del ciclo menstrual impiden la comparación entre los estudios”, existiendo graves problemas que “impiden una comprensión definitiva para la mayoría de las condiciones excepto la migraña menstrual y la endometriosis” (Hassan et al., 2014: 2448).

Son muchas las publicaciones en las que se han abordado las causas de las diferencias de género en depresión, patología donde el mo-

delo explicativo más utilizado en la literatura médica ha sido el biomédico, especialmente el de las hormonas gonadales, seguido de los modelos socioculturales y psicológicos (Hammarström, Lethi, Danielsson, Bengs y Johansson, 2009). Dentro de las hipótesis biológicas, los mecanismos más comúnmente propuestos como causa de las mayores tasas de depresión de las mujeres han sido la posibilidad de la transmisión genética ligada al cromosoma X, y la fisiología endocrina femenina. Pero no se ha encontrado evidencia suficiente para confirmar tales hipótesis (Nolen-Hoeksema, 1990; Weissman y Klerman, 1977).

Existe evidencia de que los factores psicológicos y sociales, tales como el estrés, su afrontamiento y los recursos sociales, son relevantes en la depresión (Billings, Cronkite y Moos, 1983) por lo que las diferencias en función del género en tales variables podrían explicar las diferencias entre mujeres y hombres en depresión. Nolen-Hoeksema (1991) ha planteado que dichas diferencias podrían deberse a las estrategias de afrontamiento del estrés y/o de la depresión. Esta autora afirma que, en algunas personas, predominan las rumiaciones, con pensamientos y conductas centradas en los síntomas y en sus causas y consecuencias, lo que tiende a intensificar los síntomas y a interferir con la solución de problemas. Existe evidencia de que las personas con más respuestas de rumiaciones tienen períodos depresivos más largos, y es más probable que las mujeres presenten este estilo de respuesta ante la depresión (Nolen-Hoeksema, Larson, y Grayson, 1999).

Billings y Moos (1981) encontraron que las respuestas de descarga emocional, que eran más frecuentes en mujeres, se asociaban con la gravedad de la sintomatología depresiva. También se ha planteado que los valores clásicos de la "feminidad" serían una variante de la indefensión aprendida, característica de la depresión. Las imágenes estereotipadas y condicionadas socialmente generan en la mujer una serie de condicionantes cognitivos opuestos a la aserción; tales valores hacen que, durante el proceso de socialización, las chicas aprendan a ser indefensas, desarrollando ante las situaciones de estrés un repertorio de respuestas limitado (Weissman y Klerman, 1977).

Otros factores que se han asociado con depresión, y que también son más frecuentes en las mujeres que en los hombres, son el des-

empleo y el ocupar trabajos de baja cualificación. Además, también pueden ser factores relevantes en las mayores tasas de depresión en las mujeres la mayor frecuencia con que son víctimas de violencia de su pareja y de abusos sexuales, así como sus mayores tasas de pobreza. Tal y como plantean Belle y Doucet (2003), la pobreza, la desigualdad y la discriminación son amenazas para el bienestar de las mujeres, siendo la pobreza uno de los predictores más consistentes de la depresión en las mujeres.

Existe evidencia empírica de que las diferencias de género en depresión aumentan en la adultez, cuando las mujeres y los hombres experimentan un estatus desigual (Mirowsky, 1996). Tal y como plantea este autor, pese a los cambios que han experimentado las condiciones de vida de las mujeres en las últimas generaciones, continúan las desigualdades en salario, poder y autonomía; en casa y en el trabajo, así como en las responsabilidades familiares y del cuidado del hogar. Y tales desigualdades explicarían que persistan las diferencias en depresión entre mujeres y hombres. En un estudio recientemente publicado (Marchand et al., 2016), y realizado en Canadá con una muestra de 1.935 personas empleadas, concluyeron que la mayor tasa de depresión de las mujeres estaba íntimamente asociada con las experiencias sociales diferenciadas, consecuencia de la estructura social y organizacional basada en el género.

Pero la relevancia que en la salud mental de mujeres y hombres tienen las circunstancias socioeconómicas, así como los factores estructurales asociados al género, no se limitan a la depresión. En una investigación realizada con mujeres canadienses, Walters (1993) encontró que los problemas de salud mental de las mujeres diferían en función de su estatus socioeconómico, participación en el mercado laboral, etnia, estructura familiar y calidad de las relaciones familiares. En otro estudio cualitativo en el que se analizaron los malestares emocionales de un grupo de mujeres usuarias de ocho servicios de atención primaria de la ciudad de México, se encontró que tales malestares se asociaban, en algunos casos, con preocupaciones cotidianas como falta de dinero, problemas con sus hijos/as y violencia intrafamiliar; y en otros con experiencias traumáticas de violencia y abuso sexual, pasadas o presentes (Berenzon et al., 2014).



Género, estrés y capital social

AUNQUE SE TRATA DE UN PROCESO no totalmente conocido, existe evidencia de que el estrés tiene efectos importantes en la salud, física y mental. También se ha asumido que los factores sociales en general, y los estresores en particular, pueden tener un rol causal en el desarrollo de psicopatología, si bien existe evidencia de que la mayoría de las personas expuestas a estrés no desarrollan problemas psiquiátricos importantes. Ello que ha generado el interés por el estudio de las variables que parecen contrarrestar los efectos del estrés, como son el apoyo social y el afrontamiento (Kessler, Price y Wortman, 1985).

Existe evidencia de la relevancia que en la salud tiene el capital social, concepto que se refiere a las conexiones entre individuos, a las redes sociales y a las normas de reciprocidad y confianza que surgen entre ellos/as (Olsen y Dahl, 2007). Se trata de una variable cuya relevancia en las investigaciones de salud ha aumentado en los últimos años si bien, ya en la década de los 80, Cohen y Wills (1985) hicieron una revisión en la que se evidenció que el apoyo social influye en el bienestar de forma directa e indirecta, protegiendo a las

personas de los efectos potencialmente adversos de los sucesos estresantes.

Ambos constructos parecen relevantes, al menos teóricamente, en las diferencias de género en salud porque los patrones de socialización de mujeres y hombres son relevantes en el capital social y fomentan diferencialmente valores, capacidades, emociones, conductas y roles que están implicadas en el proceso estrés-enfermedad. Por ejemplo, se ha planteado que los efectos del estrés en la salud mental están moderados por el género, estando más asociado el estrés en la mujer con trastornos afectivos y en los hombres con trastornos conductuales (véase Hill y Needman, 2013). Pero, y al igual que sucede en muchas áreas de estudio de las diferencias entre mujeres y hombres, no existe evidencia completa de tales supuestos. Por tanto, en el presente capítulo se presenta una breve revisión de los aspectos que se consideran más relevantes en las diferencias de género en ambos tópicos, en un intento de ilustrar la complejidad y amplitud de las variables que son relevantes en la salud y el bienestar de mujeres y hombres.

4.1. Género y estrés

Pese a su amplia utilización, tanto en ámbito popular como académico, no existe una definición precisa de “estrés”, ya que a veces se refiere a los estresores; otras veces a la tensión o respuestas negativas de tipo fisiológico, conductual o psicológico que genera el estresor; y en ocasiones a ambos, es decir, se considera como una experiencia estresante que conlleva tensión. Los estresores son sucesos o estímulos, físicos o psicosociales, que están presentes en el medio, situación o en la mente de una persona, tratándose generalmente de demandas, limitaciones u oportunidades que requieren una respuesta adaptativa (Glazer y Gasser, 2016).

Además de las perspectivas que consideran el estrés como *estímulo* y como *respuesta*, existe una tercera que plantea que ni los estresores ni las respuestas de estrés se dan de modo aislado, sino que conforman la experiencia de estrés, que es un proceso interactivo. Desde esta

perspectiva se considera que el estrés no es una característica objetiva del medio ya que, aunque ciertas presiones y demandas producen estrés en un número considerable de personas, los individuos y los grupos difieren en su sensibilidad y vulnerabilidad a ciertos acontecimientos, así como en sus interpretaciones y reacciones. Según Lazarus y Folkman (1984), para que una situación o suceso sea estresante hay que percibirla o valorarla como tal, y consideran que el estrés psicológico es el resultado de la relación particular entre el sujeto y el entorno, que es valorada por la persona como amenazante o desbordante de sus recursos y que pone en peligro su bienestar.

Lazarus y Folkman (1984) plantean que en la relación individuo-entorno hay dos procesos críticos: la *evaluación cognitiva*, que es un proceso valorativo que determina por qué y hasta qué punto las relaciones individuo-entorno son estresantes; y el *afrontamiento*, que es el proceso a través del cual el individuo maneja las demandas de la relación individuo-ambiente que evalúa como estresantes, así como las emociones que ello le genera. Pero no son procesos distintos, sino que se trata de una interacción continua y recíproca entre la persona y el medio. Las valoraciones están determinadas de forma simultánea por las demandas que se perciben del medio y por los recursos personales, pudiendo cambiar a lo largo del tiempo como consecuencia de la efectividad del afrontamiento, los cambios en los requerimientos de la situación, o la mejora en las capacidades personales (Schwarzer, 1998).

En el estudio del estrés y la salud hay dos sistemas neuroendocrinos de especial interés: el simpático adrenomedular, que segrega la adrenalina y la noradrenalina, y el hipotálamo hipofisario adrenocortical con la secreción de cortisol, el cual influye en el metabolismo celular, en la distribución de la grasa y en el sistema inmune (Lundberg, 2005).

Se ha planteado que el género parece afectar de diversas formas al proceso de estrés (Barnett, Biener y Baruch, 1987), por lo que ha sido considerado como uno de los factores explicativos de las diferencias en salud entre mujeres y hombres. Pese a ello, no existe unanimidad en los resultados de las investigaciones sobre las dife-

rencias de género en estrés ni en afrontamiento (Matud, 2016). Al igual que sucede en otras áreas, las diferencias entre mujeres y hombres en estrés y en afrontamiento tienden a disminuir, e incluso desaparecer, cuando se igualan las condiciones sociales, efecto que es más obvio cuando las personas con las que se hace el estudio tienen un alto nivel educativo y/o laboral.

4.2. Diferencias en estrés entre mujeres y hombres

La existencia de diferencias entre mujeres y hombres en estrés depende del tipo de estrés que se analice. Generalmente no se encuentran diferencias en el número de sucesos vitales estresantes experimentados (Matud, 2004; Slopen, Williams, Fitzmaurice y Gilman, 2011) aunque sí se han encontrado algunas diferencias en función del género en los tipos de sucesos citados. Existe evidencia de que es más frecuente que las mujeres, respecto a los hombres, informen de sucesos relacionados con la vida familiar (Matud, 2004; Oman y King, 2000; Slopen et al., 2011) mientras que los hombres citan con mayor frecuencia que las mujeres sucesos relacionados con el empleo y las finanzas. También existe evidencia de que las mujeres tienen más estrés crónico que los hombres (Matud, 2004; McDonough y Walters, 2001; Nelson y Burke, 2002); y es más probable que a las mujeres, respecto a los hombres, les afecte el estrés de las personas que les rodean, ya que generalmente están más implicadas en las redes sociales y familiares que los hombres (Turner, Wheaton y Lloyd, 1995).

Aunque se reconoce que el estrés crónico puede tener consecuencias adversas e incrementar el riesgo de enfermedad, no todas las personas que tienen dicho estrés enferman. Se ha planteado que la reactividad psicobiológica al estrés podría explicar tales diferencias, aumentando el riesgo de enfermedad cuando es alta y la exposición al estrés es repetida. Aunque en algunos estudios se ha encontrado que las mujeres puntúan más alto que los hombres en reactividad al estrés (Scholtz, Yim, Zoccola, Jansen y Schulz, 2011), la evidencia no es completa y las diferencias parecen depender de otras variables tales como el tipo de estresor y la muestra con que se realice el es-

tudio. Así, cuando se trata de personas con alto nivel educativo y el estresor es de tipo académico, no se han encontrado diferencias. Dunne (1981) estudió la respuesta de universitarios/as ante un examen, encontrando que los niveles de adrenalina y noradrenalina aumentaba de forma similar en mujeres y en hombres. Y Johansson y Post (1974) encontraron patrones similares en mujeres y hombres en la respuesta adrenérgica en la defensa pública de sus tesis.

Tal y como señalan Lundberg y Parr (2000), la cuestión parece ser mucho más compleja que la existencia de diferencias meramente fisiológicas en función del género, ya que el contexto puede ser un determinante más potente que el pertenecer o no a un determinado género. Ejemplo de ello es el trabajo de Collins y Frankenhauser (1978), quienes observaron que las estudiantes de ingeniería de escuelas técnicas tendían a mostrar más reacciones neuroendocrinas al estrés típicamente masculinas. Se ha planteado la posibilidad de que las diferencias de género en las reacciones biológicas al estrés psicológico reflejen las diferencias en las formas en que hombres y mujeres se enfrentan convencionalmente con las demandas de áreas tradicionalmente masculinas (Matthews, Davis, Stoney, Owens y Caggiula, 1991). Tales variaciones desaparecerían, e incluso serían opuestas, cuando hombres y mujeres tuvieran que enfrentarse a retos en áreas en las que tradicionalmente la mujer ha sido la competente, tal como el cuidado de sus hijos/as. Lundberg, de Chateau, Winberg y Frankenhauses (1981) compararon las reacciones neuroendocrinas entre padres y madres que llevaban a sus hijos/as de corta edad a revisiones médicas a un hospital y encontraron que, aunque no había diferencias en la secreción de adrenalina y cortisol, las madres mostraron menor reactividad a la adrenalina que los padres. Y en un estudio de laboratorio, Holt-Lunstand, Clayton y Uchino (2001) encontraron mayor reactividad de la presión arterial diastólica cuando se competía con un hombre que con una mujer; además, los hombres mostraban mayor reactividad cuando perdían que cuando ganaban, dándose el patrón opuesto en las mujeres.

Todo ello indica que los estereotipos y roles de género tradicionales no parecen ser ajenos a las respuestas fisiológicas al estrés, existiendo evidencia de que los roles de género y los factores psicológi-

cos son factores más importantes que los biológicos al explicar las diferencias entre mujeres y hombres en la respuesta adrenérgica (Lundberg, 2005).

También se ha planteado que existen diferencias en función del género en la valoración de los acontecimientos, siendo posible que las mujeres los evalúen como más estresantes que los hombres (Miller y Kirsch, 1987; Ptacek, Smith y Zanas, 1992). En un estudio realizado en España con 1.566 mujeres y 1.250 hombres de la población general se encontró que las mujeres valoraban los sucesos y cambios vitales experimentados durante los dos últimos años como más negativos y menos controlables que los hombres (Matud, 2004), si bien el porcentaje de varianza explicado por el género era muy pequeño.

La existencia de mayores tasas de depresión y ansiedad en las mujeres, y de consumo de sustancias en los hombres, se ha tratado de explicar por la existencia de diferencias de género en la respuesta ante los sucesos vitales estresantes. Así, se ha hipotetizado que es más probable que las mujeres respondan ante el estrés con síntomas internalizantes, tales como sintomatología somática y trastornos afectivos y de ansiedad, y que los hombres respondan con síntomas externalizantes, tales como abuso de sustancias y agresión. Pero, aunque en algunos estudios se ha encontrado que los sucesos vitales estresantes predicen mejor la depresión en las mujeres que en los hombres, en otros se ha encontrado lo opuesto (Slopen et al., 2011). De hecho, en este último estudio, de diseño prospectivo y realizado con una muestra nacional de 32.744 personas adultas, se encontró que el número de sucesos vitales estresantes predijo, en mujeres y en hombres, la primera aparición de depresión mayor y de dependencia del alcohol.

Una fuente diferencial de estrés entre mujeres y hombres son los roles sociales, 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. 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 planteaban

que la identidad de hombres y mujeres es diferente; como las funcionalistas, que propugnaban que el funcionamiento familiar se optimiza cuando las mujeres se ocupan de las tareas domésticas y los hombres del trabajo fuera de casa; como las evolucionistas, que plantean 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 estas 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. Y se utilizaron los conceptos de sobrecarga de rol y conflicto de rol para analizar las complicaciones que el empleo puede causar a las mujeres casadas o madres, pero se ignoraron los conflictos inherentes a los roles familiares.

Existe evidencia de que los roles familiares son mucho más demandantes para la mujer que para el hombre, ya que son más comunes en los roles de las mujeres las características que hacen que un trabajo sea estresante: muchas demandas, tareas monótonas y repetitivas, y bajo control. Como señalan Barnett et al. (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 tradicionalmente se le ha considerado como figura de poder y autoridad.

Aunque se ha reconocido que mujeres y hombres tienen una serie de estresores laborales comunes tales como ambigüedad de rol, inseguridad laboral, o falta de tiempo, también los roles laborales ocupados por mujeres y hombres pueden generar diferencias en estrés. Lundberg y Parr (2000), tras la revisión de 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, debido a que es más común que tengan empleos más

precarios, peor pagados y que se caractericen por altas demandas y bajo control. Y, aunque recientemente, las mujeres han avanzado en el ámbito laboral y han alcanzado puestos que tradicionalmente solo han ocupado los hombres, ello no significa que tengan menos estrés sino que se ha reconocido que tienen más fuentes de estrés que sus colegas hombres ya que son minoría (Fielden y Cooper, 2002). Las mujeres profesionales tienen una serie de estresores específicos tales como los derivados de los estereotipos de rol de género, la discriminación ocupacional, el aislamiento social, el acoso sexual y el conflicto entre el trabajo y la familia.

Todo ello indica 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. Otra fuente adicional de estrés para muchas mujeres es lo que se ha denominado “doble jornada” ya que, aunque las mujeres se han incorporado al mundo laboral, los hombres no se han implicado en el área familiar en la misma medida siendo muy común que las mujeres que tienen empleo se ocupen también de la mayor parte del trabajo doméstico y del cuidado de la familia. Así, mientras que el hombre puede tener tiempo para descansar, o hacer deporte tras finalizar su trabajo y durante los fines de semana, muchas mujeres ocupan tal tiempo realizando tareas domésticas, disponiendo así de menos tiempo para relajarse, por lo que sus niveles de estrés tienden a mantenerse elevados. Además, como ya se ha citado, las mujeres tienen mayores tasas de pobreza y son, con más frecuencia que los hombres, víctimas de violencia en el entorno familiar, lo que también puede ser fuente diferencial de estrés.

4.3. Diferencias de género en el afrontamiento del estrés

Un aspecto central en el proceso estrés-salud es la forma de hacer frente al estrés. Pese a que no existe unanimidad al respecto y existen diferencias importantes intragrupo, en algunos estudios se ha encontrado que el afrontamiento del estrés difiere en mujeres y hombres. Dado que las distintas formas de hacer frente al estrés conllevan distintos riesgos para la salud, se plantea que las diferen-

cias en función del género en el afrontamiento podría ser uno de los factores explicativos de las diferencias de género en salud.

En las investigaciones experimentales y psicosociales se han identificado dos dimensiones principales de afrontamiento (Steptoe, 1998): 1) la búsqueda de información, o vigilancia, que es la tendencia a buscar y tratar los sucesos potencialmente amenazantes, tratando de controlar y actuar sobre el medio; y 2) la evitación cognitiva, que se refiere a la preferencia por ignorar la información, desviar la atención y buscar distracción. Pese a que la búsqueda de información puede llevar a mejor ajuste que la evitación, ya que conlleva una toma de decisiones más informada, no siempre es la forma de afrontamiento más adecuada. Ejemplo de es que, cuando se trata de situaciones de estrés agudas, tales como un postoperatorio, la atención y la vigilancia pueden generar una mayor activación fisiológica y preocupación.

Aunque no son independientes y se influyen mutuamente, generalmente se reconoce que el afrontamiento tiene dos funciones principales: regular las emociones y cambiar la relación persona-ambiente que causa la respuesta de estrés. El afrontamiento puede dirigirse a la solución del problema, tratando de modificar las situaciones o desactivar o disminuir la cognición de amenaza, el cual se denomina afrontamiento dirigido al problema; o bien dirigirse al control de las respuestas emocionales que modulan la amenaza, es el denominado afrontamiento dirigido a la emoción (Folkman, Lazarus, Dunkel-Schetter, DeLongis y Gruen, 1986).

La asociación entre los diferentes patrones de afrontamiento psicológico y los riesgos para la salud es compleja (Steptoe, 1998), pero existe evidencia de que es más probable que el afrontamiento centrado en la emoción se asocie con alteraciones psicológicas que el afrontamiento centrado en el problema (Billing y Moos, 1981; Pearlin y Schooler, 1978).

En una revisión bibliográfica realizada por Miller y Kirsch (1987) encontraron que, aunque había limitaciones metodológicas que impedían sacar conclusiones definitivas, en muchos estudios se informaba de la existencia de diferencias en cómo las mujeres y los

hombres afrontaban el estrés, tendiendo los hombres a un afrontamiento centrado en el problema, mientras que las mujeres usaban más estrategias dirigidas a modificar su respuesta emocional. Aunque había importante variabilidad intragrupo, y el porcentaje de varianza explicado por el género no era alto, también en estudios realizados en España se han encontrado diferencias entre mujeres y hombres en la forma típica de hacer frente el estrés, presentando las mujeres un estilo de afrontamiento del estrés más emocional y con mayor evitación que los hombres, mientras que estos presentaban mayor afrontamiento centrado en el problema y distanciamiento emocional (Matud, 2004).

También en otros estudios se ha encontrado que las mujeres tienen un afrontamiento del estrés menos adecuado. Se ha planteado la existencia de un estilo de respuesta ante el estrés que se caracteriza por las rumiaciones, con una atención continuada a los estímulos negativos, incluyendo las causas y consecuencias de las emociones negativas. Dicho estilo es más común en las mujeres que en los hombres y se ha considerado que media, parcialmente, las diferencias de género en depresión (Cox, Mexuli y Hyde, 2010).

Pese a ello, se ha planteado que los hombres parecen afrontar los sucesos estresantes de una forma menos adaptativa a nivel fisiológico, conductual y emocional que las mujeres, lo que contribuye a su mayor riesgo de enfermedades coronarias (Weidner, 2000). También se ha planteado que la respuesta conductual de mujeres y hombres ante el estrés es diferente y, mientras que muchos hombres lo afrontan fumando o tomando bebidas alcohólicas, puede ser que las mujeres lo interpreten como más patológico y acudan al médico. Ello podrá generar mayor diagnóstico de depresión y toma de tranquilizantes en el caso de las mujeres, y más problemas de salud derivados de tales hábitos tóxicos en los hombres.

Las diferencias en afrontamiento del estrés de mujeres y hombres parecen ser consistentes con las características psicológicas y conductuales asociadas con los roles de género tradicionales. Así, se ha propuesto que la rumiación depresiva es una de las conductas de afrontamiento que es consistente con la feminidad, mientras que la masculinidad se asocia negativamente con las rumiaciones y positi-

vamente con un estilo de afrontamiento más centrado en el problema (Wuperman y Neuman, 2006). Dado que los patrones tradicionales de socialización enfatizan la expresividad emocional en las mujeres pero no en los hombres, mientras que en estos se fomentan los roles instrumentales, se ha planteado que ello podría ser la causa de las diferencias de género en el afrontamiento del estrés. Nolen-Hoeksema (2007) afirma que la interiorización cognitiva de las pautas de socialización conlleva afrontar de forma diferente el estrés en mujeres y en hombres. Dicha autora afirma que en las mujeres se desarrolla la “autodefensa introspectiva” que se caracteriza por intentar cambiar la situación estresante mirando al interior y no al exterior. Afirma que las mujeres no aprendieron estrategias para pasar del disgusto a la acción para solucionar las fuentes de estrés, por lo que están cada vez más preocupadas y paralizadas, se consideran responsables y caen en depresión. O intentan cambiar sus sentimientos mediante la comida o bebida, fenómeno que denomina “triángulo tóxico”.

Todo ello indica que los patrones de socialización tradicionales y los roles sociales de mujeres y hombres son relevantes en el proceso de estrés, si bien hay importantes diferencias intragénero. Existe evidencia de que las diferencias en afrontamiento entre mujeres y hombres parecen estar moduladas por otras variables tales como el nivel formativo u ocupacional. Ejemplo de ello es que, cuando se estudian las diferencias de género en poblaciones homogéneas y con alto nivel formativo tales como estudiantado universitario, no se encuentran diferencias en la utilización de estrategias de afrontamiento centradas en la solución del problema (Hamilton y Fagot, 1988; Stern, Norman y Komm, 1993).

Además, Barnett et al. (1987) plantean que la relevancia del género en el estrés estará influida por el grado en que cada persona haya sido socializada en los patrones consistentes con las normas de género tradicionales, así como por la medida en que cada una se identifique con las características tradicionales de masculinidad y feminidad. Ello podría explicar que, al analizar las diferencias entre mujeres y hombres, predomine la variabilidad intragrupo y que, cuando se encuentran diferencias, el tamaño del efecto sea escaso. En todo

caso, y como se ha comentado a lo largo del trabajo, no se puede obviar que el género es una estructura social que condiciona de forma importante la vida de mujeres y de hombres.

4.4. Género y capital social

Aunque no hay una única conceptualización de capital social, se trata de un concepto ampliamente utilizado en las últimas décadas en disciplinas tan diversas como la economía, la educación, la salud y las ciencias políticas y sociales. En dicho concepto es central el valor que tienen las redes sociales para los individuos y para la sociedad, refiriéndose a los distintos niveles de relaciones sociales formadas a través de redes sociales (Gilbert, Quinn, Goodman, Butler y Wallace, 2013). Aunque se han propuesto diferentes conceptualizaciones y operacionalizaciones de capital social, generalmente incluye variables tales como implicación social, confianza interpersonal, cooperación, ayuda mutua, o redes sociales y se han conceptualizado dos niveles: el individual y el colectivo.

El capital social individual se refiere a los elementos cognitivos y estructurales relativos a las relaciones sociales de los individuos, mientras que el colectivo alude a las características de las comunidades, lugares de trabajo y vecindario (Verhaeghe y Tampubolon, 2012). Los elementos cognitivos se refieren a las percepciones y sentimientos de la persona en las relaciones sociales que tienen lugar dentro de las redes y con frecuencia se evalúa a través de la confianza percibida, la seguridad, la reciprocidad y el apoyo; y los elementos estructurales aluden a la participación real en diversas redes, evaluándose a través de variables como la participación social, es decir, la implicación en organizaciones, asociaciones...; y la socialización informal, en la que se incluyen las interacciones con familia, amistades, etc. (Eriksson y Ng, 2015).

Son varios los estudios que han analizado la existencia de diferencias de género en capital social y su influencia en la salud mujeres y hombres. Se plantea que, dadas las diferencias en socialización y los diferentes roles desempeñados generalmente por mujeres y hom-

bres, es esperable que existan diferencias de género en capital social. Se considera que, a lo largo del ciclo vital, la participación de los hombres en las redes sociales es más extensa pero menos intensa que la de las mujeres, ya que los hombres de todas las edades tienden a participar más en relaciones implicadas en actividades mientras que las mujeres mantienen más relaciones íntimas. Así, se reconoce que los hombres tienen más conocidos que las mujeres mientras que estas tienen más amistades que los hombres (Belle, 1987). Los estudios realizados confirman, al menos parcialmente, tales supuestos. Así, Fuhrer, Stansfeld, Chemali y Shipley (1999) encontraron que, aunque las redes familiares de los hombres eran mayores que las de las mujeres, estas tenían mayor número de relaciones íntimas que los hombres.

Pese a que los estudios generalmente no muestran diferencias en el nivel de apoyo social entre mujeres y hombres, sí se han detectado diferencias en sus fuentes principales de apoyo. Así, Lowenthal y Haven (1968) encontraron que era más frecuente que los hombres, respecto a las mujeres, citasen a sus esposas como fuente de apoyo, mientras que era más común en las mujeres que tuviesen otras fuentes distintas a su pareja, como confidentes y amistades. Fuhrer y Stansfeld (2002) también encontraron un rango más amplio de fuentes de apoyo emocional en las mujeres, contando con más personas cercanas en su red social y siendo menos probable que citasen a su esposo como la persona más próxima.

También se ha analizado la relevancia del género en la asociación entre las relaciones íntimas y el bienestar (véase, por ejemplo, Simon y Barret, 2010). Pero los resultados de estos estudios muestran la complejidad de tal cuestión. Aunque la calidad de las relaciones familiares se asociaba con el bienestar de las mujeres pero no con el de los hombres, la calidad de las relaciones laborales se asociaba más con el bienestar de los hombres que con el de las mujeres (Holahan y Moos, 1981).

En las últimas décadas se ha reconocido que las relaciones sociales también tienen su parte negativa ya que pueden conllevar obligaciones, y crear tensión y estrés. Existe evidencia de que las interacciones sociales negativas predicen mejor los problemas de salud y del

bienestar que las positivas (Fiore, Becker y Coppel, 1983; Hegelson, 1993; Rook, 1984). Las redes sociales pueden crear o aumentar el malestar psicológico cuando sus miembros desapruaban a los/as demás, no les muestran respeto, revelan sus confidencias o no cumplen con las expectativas de los/as demás, hacen demandas excesivas a la persona que da el apoyo, y cuando las circunstancias estresantes de los miembros de la red contagian el estrés que sufren a otros miembros (Belle, 1987). Se ha planteado que dicho aspecto negativo quizá sea más relevante en la mujer, ya que es fuente de apoyo con mayor frecuencia y suele estar más implicada que el hombre en las redes sociales y familiares. Según Belle, los aspectos positivos de los vínculos sociales son más pronunciados entre los miembros de subgrupos con altos niveles de recursos personales, tales como ingresos, estudios y locus de control interno, siendo los costos mayores en las personas con menos recursos.

En un estudio longitudinal realizado en Suecia con 21.139 personas por Eriksson y Ng (2015) se encontró que, aunque la asociación entre capital social estructural y salud autoevaluada era igual en mujeres y hombres, siendo más probable que quienes tenían escasa o nula socialización informal evaluaran su salud como mala que quienes tenían altos niveles, los efectos que en la salud autoevaluada tenía el cambio, en un periodo de 10 años, en el acceso al capital social eran diferentes en mujeres y hombres. Permanecer con un nivel bajo o nulo o disminuir la socialización informal aumentaba de forma significativa el riesgo de mala salud en ambos géneros, pero los efectos eran mayores en las mujeres. Aunque los efectos eran menores, también permanecer con un nivel bajo o nulo o disminuir la participación social tenía un efecto negativo en la salud autoevaluada de hombres y mujeres. Pero, solo en las mujeres, el aumento en participación social en un periodo de 10 años aumentaba la probabilidad de peor salud autoevaluada, aumento que era de la misma magnitud que cuando se daba un cambio negativo o no existía, o era bajo el nivel de participación social. Tal y como plantean Eriksson y Ng los resultados de este estudio confirman los de estudios previos en los que se constata que no todas las formas de capital social tienen efectos positivos para la salud, y que en ello es importante el género.



Epílogo

LAS INVESTIGACIONES SOBRE LAS DIFERENCIAS en salud entre mujeres y hombres se enfrentan a retos importantes. Uno deriva de que, tal y como se revisó en el capítulo uno, la división de los seres humanos en solo dos sexos es una construcción social de un proceso muy complejo y variado. Además existe evidencia de que, desde que nacemos y a lo largo de todo el ciclo vital, mujeres y hombres somos considerados y tratados de forma diferente; por tanto plantear la existencia de “diferencias de sexo” cuando se estudian las diferencias entre la salud de mujeres y hombres es, cuando menos, confuso. Tal y como plantean Morselli et al. (2016) son muchos los factores y retos asociados al definir el rol que el sexo y el género tienen en los estudios sobre prevalencia y riesgo de enfermedades. Afirman que, al diseñar y ejecutar experimentos cuya meta sea conocer la relevancia del sexo y del género, “debe tenerse en cuenta los cromosomas, la influencia organizativa y activadora de las hormonas y los ratios de hormonas gonadales endógenas y exógenas” (Morselli et al., 2016: 207). Consideran que se debe tener un pensamiento crítico del impacto que el diseño ex-

perimental tiene en el perfil hormonal, analizando exactamente los datos y centrándose en el impacto del sexo, no solo del individuo estudiado, sino también a nivel celular.

También se ha planteado que la dicotomía hombre/mujer es limitada porque trata a las mujeres y a los hombres como si constituyesen dos grupos distintos pero similares dentro de cada grupo, es decir, se considera que los hombres son iguales entre sí y que las mujeres también lo son entre ellas. Pero existe evidencia de que las diferencias de género en salud varían de forma importante, además de en función del país y del periodo temporal en que se realice el estudio, según la edad, raza/etnia y el estatus socioeconómico (Rieker et al., 2010). Pese a que tales factores son fuentes importantes de diferencias en salud, las investigaciones actuales prueban que el género sigue siendo relevante en la salud y calidad de vida de las personas por lo que no debe obviarse su estudio.

Aunque existe evidencia empírica de que mujeres y hombres son similares en la mayor parte de las características psicológicas (Hyde, 2014), en la mayoría de las sociedades se considera que son diferentes y que deben ocupar roles distintos, por lo que se les socializa de forma diferenciada en función del sexo que se les asigna al nacer. Pese a que las teorías clásicas sobre las diferencias entre mujeres y hombres en roles de género y en tipificación sexual planteaban que eran normales y saludables, porque reflejaban las normas sociales sobre la conducta apropiada para cada género, y se consideraba que las personas que seguían tales dictados tenían mayor bienestar, tales supuestos no han sido probados.

Aunque no existe unanimidad al respecto, y hay problemas metodológicos importantes, se ha encontrado que la masculinidad está más asociada con el bienestar de hombres y mujeres que la feminidad (Bassof y Glass, 1982). Pero también se ha encontrado que feminidad se asocia con un funcionamiento mental óptimo (Lefkowitz y Zeldom, 2006). Además, se ha reconocido que la inversión en los ideales de género puede ser estresante para hombres y mujeres porque están impuestos socialmente, dificultan la autorregulación y están relacionados con la representación externa de la autovalía (Sánchez y Crocker, 2005). También se ha planteado que el se-

guimiento estricto de los roles masculinos y femeninos puede limitar el rango de conductas y elecciones potenciales de mujeres y hombres (Parent y Moradi, 2010), existiendo evidencia de que tienen mayor satisfacción con la vida tanto las mujeres como los hombres en cuyo autoconcepto se incluyen los rasgos instrumentales, asociados tradicionalmente con masculinidad, y los expresivos, que han sido considerados como típicamente femeninos (Matud, Bethencourt e Ibáñez, 2014).

Generalmente, las conductas que promueven la salud se han asociado con feminidad y las que son perjudiciales con masculinidad (Derek, Griffith, Gunter y Watkins, 2012). Pero, aunque existe evidencia de que la conformidad con las normas masculinas se asocia con peor salud mental y con actitudes menos favorables hacia la búsqueda de ayuda psicológica, ello no sucede con todas las normas asociadas con masculinidad (Wong, Ho, Wang y Miller, 2016). Además, los valores clásicamente asociados con masculinidad, tales como el pensamiento racional, la autonomía o la asertividad son factores importantes en la salud de mujeres y hombres. Y algunos valores asociados tradicionalmente con feminidad son contrarios a la agencia, factor que ha mostrado ser relevante en la salud y bienestar de mujeres y hombres.

Pero en la salud y bienestar de mujeres y hombres no solo son importantes la interiorización de los rasgos asociados con los roles de género y las conductas que implican dichos roles, sino que también lo son los factores estructurales y cómo usan el tiempo mujeres y hombres, una cuestión que está muy relacionada con los patrones de socialización, que es relevante en el malestar psicológico (Matud, Bethencourt e Ibáñez, 2015) y que se considera central para comprender las desigualdades de género (Bryson y Deery, 2010). Y la igualdad de género puede contribuir a disminuir las diferencias en salud entre mujeres y hombres (Sekine et al., 2011). Por tanto, para aumentar la salud y bienestar de la ciudadanía y que todas las personas puedan desarrollar las potencialidades, físicas y mentales, que como seres humanos tienen, es importante lograr la igualdad de género.



Referencias

Agur, K., McLean, G., Hunt, K., Guthrie, B. y Mercer, S. W. (2016). How does sex influence multimorbidity? Secondary analysis of a large nationally representative dataset. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 13391. doi: 10.3390/ijerph13040391

Aho, K., Harmsen, P., Hatano, S., Marquardsen, J., Smirnov, V. E. y Strasser, T. (1980). Cerebrovascular disease in the community: Results of a WHO collaborative study. *Bulletin of the World Health Organization*, 58, 113–130.

Alkema, L., Chao, F., You, D., Pedersen, J. y Sawyer, C. C. (2014). National, regional, and global sex ratios of infant, child, and under-5 mortality and identification of countries with outlying ratios: A systematic assessment. *Lancet Global Health*, 2, e521-e530.

Alonso, J., Angermeyer, M. C., Bernet, S., Bruffaerts, R., Brugha, T. S., Bryson, H., ... Vollebergh, W. A. M. (2004a). Prevalence of mental disorders in Europe: Results from the ESEMeD European

study of epidemiology of mental disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 109, 21–27.

Alonso, J., Angermeyer, M. C., Bernet, S., Bruffaerts, R., Brugha, T. S., Bryson, H., ... Vollebergh, W. A. M. (2004b). 12-Month comorbidity patterns and associated factors in Europe: Results from the European study of the epidemiology of mental disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 109, 28–37.

Alonso, J., Angermeyer, M. C., Bernet, S., Bruffaerts, R., Brugha, T. S., Bryson, H., ... Vollebergh, W. A. M. (2004c). Psychotropic drug utilization in Europe: Results from the European study of epidemiology of mental disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 109, 55–64.

American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (IV ed.). Washington, DC: Autor.

American Psychological Association. (2014). *Answers to your questions about transgender people, gender identity, and gender expression*. Recuperado de: <http://www.apa.org/topics/lgbt/transgender.pdf>

Andrés, A. (1997). *Manual de Psicología diferencial*. Madrid: McGraw-Hill.

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.

Bandura, A. (1969). Social-learning theory of identification process. En D. A. Goslin (Ed.), *Handbook of socialization theory and research* (pp. 213-262). Chicago: Rand McNally.

Barnett, R. C. y Hyde, J. S. (2001). Women, men, work, and family. An expansionist theory. *American Psychologist*, 56, 781-796.

Barnett, R. C., Biener, L. y Baruch, C. K. (1987). *Gender and stress*. Nueva York: The Free Press.

- 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.
- Beall, A. E. y Sternberg, R. J. (1993). Preface. En A. E. Beall y R. J. Sternberg (Eds.), *The psychology of gender* (pp. XIX-XXI). Nueva York: Guilford Press.
- Bejarano, F., Piñol, J. L., Mora, N., Claver, P., Brull, N. y Basora, J. (2008). Elevado consumo de benzodiazepinas en mujeres ancianas asignadas a centros de salud urbanos de atención primaria. *Atención Primaria*, 40, 617-621.
- Bell, L. C. (2004). Psychoanalytic theories of gender. En A. H. Eagly, A. E. Beall y R. J. Sternberg (Eds.), *The psychology of gender* (pp. 145-168). Nueva York: The Guilford Press.
- Belle D. (1987). Gender differences in the social moderators of stress. En R. C. Barnett, L. Biener y G. K. Baruch (Eds.), *Gender and stress* (pp. 25-277). Nueva York: The Free Press.
- Belle, D. y Doucet, J. (2003). Poverty, inequality, and discrimination as sources of depression among U.S. women. *Psychology of Women Quarterly*, 27, 101-113.
- 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. Transforming the debate on sexual inequality*. New Haven: Yale University Press.
- Berenzon, S., Galván, J., Saavaedra, N., Benal, P., Mellor-Crimmey, L. y Tiburcio, M. (2014). Exploración del malestar emocional expresado por mujeres que acuden a centros de atención primaria de la ciudad de México. Un estudio cualitativo. *Salud Mental*, 37, 313-319.
- Bernardy, N. C., Lund, B. C., Alexander, B., Jenkyn, A. B., Schnurr, P. P. y Friedman, M. J. (2012). Gender differences in prescribing among veterans diagnosed with Posttraumatic stress disorder. *Journal of General Internal Medicine*, 28, s542-s548.

- Billings, A. G., Cronkite, R. y Moos, R. H. (1983). Social-environmental factors in unipolar depression: Comparisons of depressed patients and nondepressed controls. *Journal of Abnormal Psychology, 92*, 119-133.
- Billings, A. G. y Moos, R. H. (1981). The role of coping responses and social resources in attenuating the impact of stressful life events. *Journal of Behavioral Medicine, 4*, 139-157.
- Bird, C. E. y Rieker, P. P. (1999). Gender matters: An integrated model for understanding men's and women's health. *Social Science & Medicine, 48*, 745-755.
- Blanco, C., Rubio, J., Wall, M., Wang, S., Jiu, C. J. y Kendler, K. S. (2014). Risk factors for anxiety disorders: Common and specific effects in a national sample. *Depression and Anxiety, 31*, 756-764.
- Boeuf-Cazou, O., Bongue, B., Ansiau, D., Marquié, J. y Lapeyre-Mestre, M. (2011). Impact of long-term benzodiazepine use on cognitive functioning in young adults: The VISAT cohort. *European Journal of Clinical Pharmacology, 67*, 1045-1052
- Brady, J., Iwamoto, D. K., Grivel, M., Kaya, A. y Clinton, L. (2016). A systematic review of the salient role of feminine norms on substance use among women. *Addictive Behaviors, 62*, 83-90.
- Brannon, L. (2008). *Gender. Psychological perspectives* (V ed.). Boston: Pearson.
- Bränström, R., Hatzenbuehler, M. L. y Pachankis, J. E. (2016). Sexual orientation disparities in physical health: Age and gender effects in a population-based study. *Social Psychiatry and Psychiatry Epidemiology, 51*, 289-301.
- Bryson, V. y Deery, V. (2010). Public policy, 'men's time' and power: The work of community midwives in the British national health service. *Women's Studies International Forum, 33*, 91-98.
- Brody, L. (1997). Gender and emotion: Beyond stereotypes. *Journal of Social Issues, 53*, 369-394.

- Buss, D. M. (1994). *The evolution of desire: Strategies of human mating*. Nueva York: Basic Book.
- Buss, D. M. (1995). Psychological sex differences. Origins through sexual selection. *American Psychologist*, 50, 164-168.
- Bussey, K. y Bandura, A. (1999). Social cognitive theory of gender development and differentiation. *Psychological Review*, 106, 676-713.
- Bussey, K. y Bandura, A. (2004). Social cognitive theory of gender development and functioning. En A. H. Eagly, A. E. Beall y R. J. Sternberg (Eds.), *The psychology of gender* (pp. 92-119). Nueva York: The Guilford Press.
- Canadian institutes of health research (2016). *Sex, gender and health research guide: A tool for CIHR applicants*. Recuperado de <http://www.cihr-irsc.gc.ca/e/32019.html>
- Carlsson, A. C., Wändell, P., Ösby, U., Zarrinkoub, R., Wettermark, B. y Ljunggren, G. (2013). High prevalence of diagnosis of diabetes, depression, anxiety, hypertension, asthma and COPD in the total population of Stockholm, Sweden – a challenge for public health. *BMC Public Health*, 13: 670. Recuperado de <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/13/670>
- Chandola, T., Ferrie, J., Sacker, A. y Marmot, M. (2007). Social inequalities in self reported health in early old age: Follow-up of prospective cohort study. *British Medical Journal*, 334; 990. doi:10.1136/bmj.39167.439792.55
- Chrisler, J. C. (2001). Gendered bodies and physical health. En R. K. Unger (Ed.), *Handbook of the Psychology of women and gender* (pp. 289-302). Nueva York: Wiley.
- Codony, M., Alonso, J., Almansa, J., Vilagut, G., Domingo, A., Pinto-Meza, A., ... Haro, H. M. (2007). Uso de fármacos psicotrópicos en España. Resultados del estudio ESEMeD-España. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 35, 29-36.
- Cohen, S. y Wills, T, A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98, 310-357.

- Coltrane, S. y Messineo, M. (2000). The perpetuation of subtle prejudice: Race and gender imagery in 1990s television advertising. *Sex Roles, 42*, 363-389.
- Collins, A. y Frankenhauser, M. (1978). Stress responses in male and female engineering students. *Journal of Human Stress, 4*, 43-48.
- Courtenay, W. H. (2000a). Behavioral factors associated with disease, injury, and death among men: Evidence and implications for prevention. *The Journal of Men's Studies, 9*, 81-142.
- Courtenay, W. H. (2000b). Constructions of masculinity and their influence on men's well-being: A theory of gender and health. *Social Science & Medicine, 50*, 1385-1401.
- Cox, S. J., Mexuli, A. H. y Hyde, J. S. (2010). The influence of child gender role and maternal feedback to child stress on the emergence of the gender difference in depressive rumination in adolescence. *Developmental Psychology, 46*, 842-852.
- Crimmins, E. M., Kim, J. K. y Solé-Auroó, A. (2010). Gender differences in health: results from SHARE, ELSA and HRS. *European Journal of Public Health, 21*, 81-91.
- Cross, S. E. y Markus, H. R. (1993). Gender in thought, belief and action. En A. E. Beall y R. J. Sternberg (Eds.), *The psychology of gender* (pp. 55-98). Nueva York: Guilford.
- Dahlin, J. y Härkönen, J. (2013). Cross-national differences in the gender gap in subjective health in Europe: Does country-level gender equality matter? *Social Science & Medicine, 98*, 24-28.
- Deacon, B. J. (2013). The biomedical model of mental disorder: A critical analysis of its validity, utility, and effects on psychotherapy research. *Clinical Psychological Review, 33*, 846-861.
- Deaux, K. y LaFrance, M. (1998). Gender. En D. T. Gilbert, S. T. Fiske y G. Linzley (Eds.), *The Handbook of Social Psychology* (IV ed., pp. 788-826). Boston: McGraw-Hill.

Deaux, K. y Major, B. (1987). Putting gender into context: An interactive model of gender-related behavior. *Psychological Review*, 94, 369-389.

Dell'osso, B. y Lader, M. (2013). Do benzodiazepines still deserve a major role in the treatment of psychiatric disorders? A critical reappraisal. *European Psychiatry*, 28, 7-20.

Demyttenaere, K., Bonnewyn, A., Bruffaerts, R., de Girolamo, G., Gasquet, I., Kovess, V., ... Alonso, J. (2008). Clinical factors influencing the prescription of antidepressants and benzodiazepines: Results from the European study of the epidemiology of mental disorders (ESEMeD). *Journal of Affective Disorders*, 110, 84-93.

Derek, M. Griffith, D. M., Gunter, K. y Watkins, D. (2012). Measuring masculinity in research on men of color: Findings and future directions. *American Journal of Public Health*, 102, s187-s194.

D'Incau, P., Barbui, C., Tubini, J. y Conforti, A. (2011). Stressful life events and social health factors in women using anxiolytics and antidepressants: An Italian observational study in community pharmacies. *Gender Medicine*, 8, 80-92.

Dunne, E. A. (1981). Sex differences in the anticipation of a "real-life" stressor. *Irish Journal of Psychology*, 5, 40-44.

Druss, B. G. y Walker, E. R. (2011). *Mental disorders and medical comorbidity*. Research Synthesis Report No. 21. Recuperado de http://www.integration.samhsa.gov/workforce/mental_disorders_and_medical_comorbidity.pdf

Eagly, A. H. (1987). *Sex Differences in Social Behavior: A social role interpretation*. Hillsdale: Lawrence Erlbaum.

Eagly, A. H. y Wood, W. (1999). The origin of sex differences in human behavior: Evolved dispositions versus social roles. *American Psychologist*, 54, 408-423.

Eaton, N. R., Keyes, K. M., Krueger, R. F., Balsis, S., Skofol, A. E., Markon, K. E., ... Hasin, D. S. (2012). An invariant dimensional

liability model of gender differences in mental disorder prevalence: evidence from a national sample. *Journal of Abnormal Psychology*, 121, 282–288.

El-Ansari, W. y Stock, C. (2016). Gender differences in self-rated health among university students in England, Wales and Northern Ireland: Do confounding variables matter? *Global Journal of Health Science*, 8, 168-177.

Emslie, C. y Hunt, K. (2008). The weaker sex? Exploring lay understandings of gender differences in life expectancy: A qualitative study. *Social Science & Medicine*, 67, 808-916.

Engel, G. L. (1977). The need for a new Medical model: A challenge for biomedicine. *Science*, 196, 129-136.

Eriksson, M. y Ng, N. (2015). Changes in access to structural social capital and its influence on self-rated health over time for middle-aged men and women: A longitudinal study from northern Sweden. *Social Science & Medicine*, 130, 250-258.

Ettorre, E. y Riska, E. (2001). Long-term users of psychotropic drugs: Embodying masculinized stress and feminized nerves. *Substance Use and Misuse*, 36, 1187-1211.

Fausto-Sterling, A. (1993). The five sexes. *The Sciences*, 33, 20-25.

Fausto-Sterling, A. (1994). *Myths of gender. Biological theories about women and men*, II ed. Nueva York: BasicBook.

Fausto-Sterling, A., García, A. y Lamarre, M. (2012a). Sexing the baby: Part 1 - What do we really know about sex differentiation in the first three years of life? *Social Science & Medicine*, 74, 1684-1692.

Fausto-Sterling, A., García, A. y Lamarre, M. (2012b). Sexing the baby: Part 2 Applying systems theory to the emergences of sex-related differences in infant and toddlers. *Social Science & Medicine*, 74, 1693-1702.

Feigin, V. L., Krishnamurthi, R. V., Parmar, P., Norrving, B., Mensah, G. A., Bennett, D. A., ... Roth, G. A. (2015). Update on

the Global burden of ischemic and hemorrhagic stroke in 1990-2013: The GBD 2013 study. *Neuroepidemiology*, 45, 161-176.

Fielden, S. L. y Cooper, C. L. (2002). Managerial stress: Are women more at risk? En D. L. Nelson y R. J. Burke (Eds.), *Gender work stress and health* (p. 19-34). Washington: American Psychological Association.

Fiore, J., Becker, J. y Coppel, D. B. (1983). Social network interactions: A buffer or a stress. *American Journal of Community Psychology*, 11, 423-439.

Fiske, S. T. y Tablante, C. B. (2015). Stereotyping: Process and content. En M. Mikulincer y O. R. Shaver (Eds), *APA handbook of personality and social psychology* (Vol. 1, pp. 457-507). Washington: American Psychological Association.

Fleming, P. J. y Agnew-Brune, C. (2015). Current trends in the study of gender norms and health behaviors. *Current Opinion in Psychology* 5, 72–77

Foerch, C., Ghandehari, K., Xu, G. y Kaul, S. (2013). Exploring gender distribution in patients with acute stroke: A multi-national approach. *Journal of Research in Medical Sciences*, 18, 10-16.

Folkman, S., Lazarus, R. S., Dunkel-Schetter, C., DeLongis, A. y Gruen, R. J. (1986). Dynamics of a stressful encounter: Cognitive appraisal, coping, and encounter outcomes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50, 992-1003.

Fuentealba, R., Cumsille, F., Araneda, J. C. y Molina, C. (2000). Consumo de drogas lícitas e ilícitas en Chile: Resultados del estudio de 1998 y comparación con los estudios de 1994 y 1996. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 7, 79–87.

Fuhrer, R. y Stansfel, S. A. (2002). How gender affects patterns of social relations and their impact on health: A comparison of one or multiple sources of support from “close persons”. *Social Science & Medicine*, 54, 811-825.

- Fuhrer, R., Stansfeld, S. A., Chemali, J. y Shipley, M. J. (1999). Gender, social relations and mental health: Prospective findings from an occupational cohort (Whitehall II study). *Social Science & Medicine*, 48, 77-87.
- Furnham, A. y Mark, T. (1999). Sex-role stereotyping in television commercials: A review and comparison of fourteen studies done on five continents over 25 years. *Sex Roles*, 41, 413-437.
- GBD 2013 Mortality and causes of death collaborators. (2015). Global, regional, and national age–sex specific all-cause and cause-specific mortality for 240 causes of death, 1990–2013: A systematic analysis for the Global burden of disease study 2013. *The Lancet*, 385, 117-171.
- GBD 2015 Mortality and causes of death collaborators. (2016). Global, regional, and national life expectancy, all-cause and cause-specific mortality for 249 causes of death, 1980–2015: A systematic analysis for the Global burden of disease study 2015. *The Lancet*, 388, 1459-1544.
- Geis, F. L. (1993). Self-fulfilling prophecies: A social psychological view of gender. En A. E. Beall y R. J. Sternberg (Eds.), *The psychology of gender* (pp. 9-54). Nueva York: Guilford.
- Gibson, C. L. y Attwood, L. (2016). The impact of gender on stroke pathology and treatment. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 67, 119-124
- Gilbert, K. L., Quinn, S. C., Goodman, R. M., Butler, J. y Wallace, J. (2013). A meta-analysis of social capital and health: A case for needed research. *Journal of Health Psychology*, 18, 1385–1399.
- Giralt, D., Domingues-Montanari, S., Mendioroz, M., Ortega, L., Maisterra, O., Perea-Gainza, M., ... Montaner J. (2012). The gender gap in stroke: A meta-analysis. *Acta Neurologica Scandinavica*, 125, 83-90.
- Glazer, S. y Gasser, C. (2016). Stress management. En J. C. Norcross, G. R. VandenBos, D. K. Freedheim y N. Pole (Eds),

- APA handbook of clinical psychology: Psychopathology and health* (Vol. 4, pp. 461-475). Washington: American Psychological Association.
- Gorman, B. K., Denney, J. T., Dowdy, H. y Medeiros, R. A. (2015). A new piece of the puzzle: Sexual orientation, gender, and physical health status. *Demography*, *52*, 1357-1382.
- Grant, J. E. y Odlaug, B. L. (2015). Anxiety and related disorders in men. En D. Stein y B. Vythilingum (Eds.), *Anxiety disorders and gender* (pp. 155-168). Nueva York: Springer.
- Haley, W., Roth, D. L., Kissela, B., Perkins, M. y Howard, G. (2011). Quality of life after stroke: A prospective longitudinal study. *Quality of Life Research*, *20*, 799-806.
- Hamilton, S. y Fagot, B. I. (1988). Chronic stress and coping styles: A comparison of male and female undergraduates. *Journal of Personality and Social Psychology*, *55*, 819-823.
- Hammarström, A., Lethi, A., Danielsson, U., Bengs, C. y Johansson, E. E. (2009). Gender-related explanatory models of depression: A critical evaluation of medical articles. *Public Health*, *123*, 689-693.
- Härenstam, A. (2009). Exploring gender, work and living conditions and health-suggestions for contextual and comprehensive approaches. *Scandinavian Journal of Work Environmental Health*, *35*, 127-133.
- Hartung, C. M. y Widiger, T. A. (1998). Gender differences in the diagnosis of mental disorders: Conclusions and controversies of the *DSM-IV*. *Psychological Bulletin*, *123*, 260-278.
- Hassan, S., Muere, A. y Einstein, G. (2014). Ovarian hormones and chronic pain: A comprehensive review. *Pain*, *155*, 2448-2460.
- Hawkes, S. y Buse, K. (2013). Gender and global health: Evidence, policy, and inconvenient truths. *The Lancet*, *381*, 1783-1787.
- Heistaro, S., Jousilahti, P., Lahelma, E., Vartiainen, E. y Puska, P. (2001). Self rated health and mortality: A long term prospective

study in eastern Finland. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 55, 227-232.

Helgeson, V. S. (1993). Two important distinctions in social support: Kind of support and perceived versus received. *Journal of Applied Social Psychology*, 23, 825-845.

Helgeson, V. S. (2002). *The psychology of gender*. New Jersey: Prentice Hall.

Helgeson, V. S. (2015). Gender and personality. En M. Mikulincer y P. Shaver (Eds), *APA handbook of personality and social psychology* (Vol. 4., pp. 515-534). Washington: American Psychological Association.

Herin, F., Vézina, M., Thaon, I., Soulat, J. y Paris, C. (2014). Predictive risk factors for chronic regional and multisite musculoskeletal pain: A 5-year prospective study in a working population. *Pain*, 155, 937-943.

Hill, T. D. y Needham, B. L. (2013). Rethinking gender and mental health: A critical analysis of three propositions. *Social Science & Medicine*, 92, 83-91.

Höfelmann, D. A., Garcia, L. P., de Freitas, L. R. S. (2014). Self-rated health in Brazilian adults and elderly: Data from the National household sample survey 2008. *Salud Pública de México*, 56, 603-11.

Holahan, C. y Moos, R. (1981). Social support and psychological distress: A longitudinal analysis. *Journal of Abnormal Psychology*, 90, 365-370.

Holt-Lunstad, J., Clayton, C. J. y Uchino, B. N. (2001). Gender differences in cardiovascular reactivity to competitive stress: The impact of gender on competitor and competition outcome. *International Journal of Behavioral Medicine*, 8, 91-102.

Hollingworth, S. A. y Siskind, D. J. (2010). Anxiolytic, hypnotic and sedative medication use in Australia. *Pharmacoepidemiology and Drug Safety*, 19, 280-288.

Hou, W., Ni, C., Li, C., Tsai, P., Lin, L. y Shen, H. (2015). Stroke rehabilitation and risk of mortality: A population-based cohort study stratified by age and gender. *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases*, 24, 1414-1422.

Hu, Y., Chen, P., Hsu, C., Yu, H., Chien, K., Li, C. y Hu, G. (2016). Age and gender differences in the relationship between self-rated health and mortality among middle-aged and elderly people in Taiwan-Results of a national cohort study. *International Journal of Gerontology*, 10, 91-95.

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.

Hunt, K. y Annadale, E. (1999). Relocating gender and morbidity: Examining men's and women's health in contemporary Western societies. Introduction to special issue on Gender and health. *Social Science & Medicine*, 48, 1-5.

Hyde, J. S. (2005). The gender similarities hypothesis. *American Psychologist*, 60, 581-592.

Hyde, J. S. (2007). New directions in the study of gender similarities and differences. *Current Directions in Psychological Science*, 16, 259-263.

Hyde, J. S. (2014). Gender similarities and differences. *Annual Review of Psychology*, 65, 373-98

Hyde, J. S. (2016). Sex and cognition. *Current Opinion in Neurobiology*, 38, 53-56.

Idler, E. L. y Benyamini, Y. (1997). Self-rated health and mortality: A review of twenty-seven community studies. *Journal of Health and Social Behavior*, 38, 21-37.

Instituto Nacional de Estadística (INE). (2016). *Esperanza de vida*. Recuperado de file:///C:/Users/user/Downloads/4_1_Esperanza_de_vida.pdf

Jagger, C., Gillies, C., Moscone, F., Cambois, E., Van Oyen, H., Nusselder, W. y Robine, J. M. (2008). Inequalities in healthy life years in the 25 countries of the European Union in 2005: A cross-national meta-regression analysis. *Lancet*, 372, 2124-2131.

Jerdén, L., Burell, G., Stenlund, H., Weinehall, L. y Bergström, E. (2011). Gender differences and predictors of self-rated health development among Swedish adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 48, 143-150.

Ji, J., Sundquist, J. y Sundquist, K. (2016). Gender-specific incidence of autoimmune diseases from national registers. *Journal of Autoimmunity*, 69, 102-106.

Johansson, G. y Post, B. (1974). Catecholamine output of males and females over a one- year period. *Acta Physiologica Scandinavica*, 92, 557-565.

Josefsson, K., Andersson, M. y Eriksted, A. (2016). Older adults' self-rated health and differences by age and gender: A quantitative study. *Healthy Aging Research*, 5. Recuperado de <http://www.har-journal.com/archives/1568>

Kaplan, M. (1983). A woman's view of DSM-III. *American Psychologist*, 38, 786-792.

Kapral, M. K., Degani, N., Hall, R., Fang, J., Saposnik, G., Richards, J., ... Bierman, A. S. (2011). Gender differences in stroke care and outcomes in Ontario. *Women's Health Issues* 21-22, 171–176.

Karanti, A., Bobeck. C., Osterman, M., Kardell, M., Tidemalm, D., Runeson, B., ... Landén, K. (2015). Gender differences in the treatment of patients with bipolar disorder: A study of 7354 patients. *Journal of Affective Disorders*, 174, 303-309.

Kessler, R. C., Chiu, W. T., Demler, O. y Walters, E. E. (2005). Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorder in the National comorbidity survey replication. *Archives of General Psychiatry*, 62, 617-627.

Kessler, R. C., McGonagle, K. A., Zhao, S., Nelson, C. B., Hughes, M., Eshleman, S., ... 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, R. C., Petukhova, M., Sampson, N. A., Zaslavsky, A. M. y Wittchen, H. U. (2012). Twelve-month and lifetime prevalence and lifetime morbid risk of anxiety and mood disorders in the United States. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 21, 169–184.

Kessler, R. C., Price, R. H. y Wortman, C. B. (1985). Social factors in psychopathology: Stress, social support, and coping processes. *Annual Review of Psychology*, 36, 531-572.

Kishimoto, Y., Suzuki, E., Iwase, T., Doi, H. y Takao, S. (2013). Group involvement and self-rated health among the Japanese elderly: An examination of bonding and bridging social capital. *BMC Public Health*, 13: 1189. Recuperado de <http://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-13-1189>

Kite, M. E., Deaux, E. L. y Haines, E. L. (2008). Gender stereotypes. En F. L. Denmark y M. A. Paludi (Eds.), *Psychology of women. A handbook of issues and theories* (II ed., pp. 205-236). Westport: Praeger.

Kraja, F., Kraja, B., Cakerri, L. y Burazeri, G. (2016). Socio-demographic and lifestyle correlates of self-perceived health status in a population-based sample of Albanian adult men and women. *Materia Sociomédica*, 28, 173-177.

Kwon, S. y Schafer, M. H. (2016). Improving but unequal: Temporal trends in Chinese self-rated health, 1990–2012. *SSM-Population Health*, 2, 77–83.

Lader, M. (2011). Benzodiazepines revisited-will we ever learn? *Addiction*, 106, 2086-2109.

- Lader, M., Tylee, A. y Donoghue, J. (2009). Withdrawing benzodiazepines in Primary care. *CNS Drugs*, 23, 19-34.
- LaFrance, M. y Vial, A. C. (2016). Gender and nonverbal behavior. En D. Matsumoto, H. C. Hwang, y M. G. Frank (Eds), *APA handbook of Nonverbal Communication* (pp. 139-161). Washington: 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.
- Lazarus, R. S. y Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Nueva York: Springer.
- Lee, C. (2010). Gender, health, and health behaviors. En J. C. Crisler y D. R. McCreary (Eds.), *Handbook of gender research in psychology* (Vol. 2., pp. 471-494). Nueva York: Springer.
- 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
- León-Sanromà, M., Minguéz, J., Cerecero, M. J. y Téllez, J. (2014). ¿Nos pasamos al DSM-5? Un debate con implicaciones clínicas, sociales y económicas. *Atención Primaria*, 46, 4-5.
- Lips, H. M. (2001). *Sex & Gender. An introduction* (IV ed.). Londres: Mayfield.
- Lott, B. y Maluso, D. (1993). The social learning of gender. En A. H. Eagly, A. E. Beall y R. J. Sternberg (Eds.), *The psychology of gender* (pp. 99-123). Nueva York: The Guilford Press.
- Louvet, S., Ischayek, M. y Danoff, R. (2015). The current role of long-term benzodiazepines for the treatment of generalized anxiety. *Osteopathic Family Physician*, 1, 19-25.
- Lowenthal, M. F. y Haven, C. (1968). Interaction and adaptation: Intimacy as a critical variable. *American Sociological Review*, 33, 20-33.

- Lozano, R., Naghavi, M., Lim, S. S., Ahn, S. Y., Alvarado, M. Andrews, K. G., ... Murray, C. K. (2012). Global and regional mortality from 235 causes of death for 20 age groups in 1990 and 2010: A systematic analysis for the Global burden of disease study 2010. *The Lancet*, 380, 2095-2128.
- Lugoboni, F., Mirijello, A., Faccini, M., Casari, R., Cossari, A., Musi, G., ... Addolorato, G. (2014). Quality of life in a cohort of high-dose benzodiazepine dependent patients. *Drug and Alcohol Dependence*, 142, 105-109.
- Lundberg, U. (2005). Stress hormones in health and illness: The roles of work and gender. *Psychoneuroendocrinology*, 30, 1017–1021.
- Lundberg, U., de Chateau, P., Winberg, J. y Frankenhaeuses, M. (1981). Catecholaminic and cortisol excretion patterns in three years old children and their parents. *Journal of Human Stress*, 7, 3-11.
- 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* (pp. 21-41). Mahwah: LEA.
- Luy, M. y Minagawa, Y. (2014). Gender gaps-life expectancy and proportion of life in poor health. *Health Reports*, 25, 12-19.
- Lyytikäinen, L. y Kempainen, T. (2016). Regional inequalities in self-rated health in Russia: What is the role of social and economic capital? *Social Science & Medicine*, 161, 92-99.
- Llaneza, P., García-Portilla, M. P., Llaneza-Suárez, P. y Armott, B. (2012). Depressive disorder and the menopause transition. *Maturitas*, 71, 120-130
- 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.

- Mahalik, J. R., Burns, S. M. y Syzdek, M. (2007). Masculinity and perceives normative health behaviors as predictors of men's health behaviors. *Social Science & Medicine*, *64*, 2201-2209.
- Mahalik, J. R., Lagan, H. D. y Morrison, J. A. (2006). Health behaviors and masculinity in Kenyan and U.S. male college student. *Psychology of Men & Masculinity*, *7*, 191-202.
- Mahalik, J. R., Levi-Minzi, M. y Walker, G. (2007). Masculinity and health behaviors in Australian men. *Psychology of Men & Masculinity*, *9*, 240-249.
- Mahalik, J. R., Locke, B., Ludlow, L., Diemer, M., Scott, R. P. J., Gottfried, M., ... Freitas, G. (2003). Development of the Conformity to masculine norms inventory. *Psychology of Men and Masculinity*, *4*, 3-25.
- Mahalik, J. R., Morray, E. B., Coonerty-Femiano, A., Ludlow, L. H., Slattery, S. M. y Smiler, A. (2005). Development of the Conformity to feminine norms inventory. *Sex Roles*, *52*, 417-435.
- Marchand, A., Bilodeau, J., Demers, A., Beauregard, N., Durand, P. y Haines, V. Y. (2016). Gendered depression: Vulnerability or exposure to work and family stressors? *Social Science & Medicine*, *166*, 160-168.
- Marecek, J., Crawford, M. y Popp, D. (2004). On the construction of gender, sex, and sexualities. En A. H. Eagly, A. E., Beall y R. J. Sternberg (Eds.), *The psychology of gender* (pp. 192-216). Nueva York: The Guilford Press.
- Marecek, J. y Gavey, N. (2013). DSM-5 and beyond: A critical feminist engagement with psychodiagnosis. *Feminism & Psychology*, *23*, 3-9.
- Marengoni, A., Angleman, S., Melis, R., Mangialasche, F., Karp. A., Garmen, A., ... Fratiglioni, L. (2011). Aging with multimorbidity: A systematic review of the literature. *Ageing Research Review*, *10*, 430-4399.

Markus, H., Crane, M., Bernstein, S. y Siladi, M. (1982). Self-schemas and gender. *Journal of Personality and Social Psychology*, 42, 38-50.

Marmot, M. y Bell, R. (2016). Social inequalities in health: A proper concern of epidemiology. *Annals of Epidemiology*, 26, 238-240.

Marmot, M. G., Fuhrer, R., Ettner, S. L., Marks, N. F., Bumpass, L. L. y Ryff, C. D. (1998). Contribution of psychosocial factors to socioeconomic differences in health. *Milbank Quarterly*, 76, 403-448.

Marmot, M. G., Stansfeld, S., Patel, C., North, F., Head, J., White, I., ... Smith, G. D. (1991). Health inequalities among British civil servants: The Whitehall II study. *The Lancet*, 337, 1387-1393.

Martin, L. A., Neighbors, H. W. y Griffith, D. M. (2013). The experience of symptoms of depression in men vs women. Analysis of the national comorbidity survey replication. *JAMA Psychiatry*, 70, e1-e7.

Matthews, K. A., Davis, M. C., Stoney, C. M., Owens, J. F. y Caggiula, A. R. (1991). Does the gender relevance of the stressor influence sex differences in psychophysiological responses? *Health Psychology*, 10, 112-120.

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. (2004). Gender differences in stress and coping styles. *Personality and Individual Differences*, 37, 1401-1415.

Matud, M. P. (2005). Diferencias de género en los síntomas más comunes de salud mental en una muestra de residentes en Canarias, España. *Revista Mexicana de Psicología*, 22, 395-403.

Matud, M. P. (2016). Stress and gender. En H. L. Miller (Ed.). *The Sage Encyclopedia of Theory in psychology*. Thousand Oaks: Sage. doi: <http://dx.doi.org/10.4135/9781483346274.n311>

- Matud, M. P., Bethencourt, J. M. e Ibáñez, I. (2014). Relevance of gender roles in life satisfaction in adult people. *Personality and Individual Differences*, 70, 206-211.
- Matud, M. P., Bethencourt, J. M. e Ibáñez, I. (2015). Gender differences in psychological distress in Spain. *International Journal of Social Psychiatry*, 61, 560-568.
- Matud, M. P., Bethencourt, J. M., Ibáñez, I., López, M. y García. L. (2013, diciembre). Relevancia de las variables sociales y demográficas en el consumo de ansiolíticos en la población general: Un análisis diferencial en función del género. Comunicación presentada en el *I Congreso Internacional Fármaco Clínico*. La Laguna (España).
- Matud, M. P., Correa, M. C., Bethencourt, J. M. y del Pino, M. J. (2014). Relevancia del estatus menopáusico en las diferencias en salud mental entre mujeres y hombres. *Anales de Psicología*, 30, 927-936.
- Matud, M. P., Rodríguez, C. y Espinosa, I. (2011). Gender in Spanish Daily Newspapers. *Sex Roles*, 64, 253-264.
- Matud, M. P., R. Wangüemert, C. y Espinosa, I. (2012). Representación de mujeres y hombres en las noticias de la Prensa nacional española. *Cuestiones de género: de la igualdad y la diferencia*, 7, 9-24.
- McCartney, G., Mahmood, L., Leyland, A. H., Batty, G. D. y Hunt, K. (2011). Contribution of smoking-related and alcohol-related deaths to the gender gap in mortality: Evidence from 30 European countries. *Tobacco Control*, 20, 166-168.
- McDermott, R. C., Schwartz, J. P. y Rislin, J. L. (2016). Men's mental health: A biopsychosocial critique (pp. 731-751). En Y. J. Wong y S. R. Wester (Eds.) *APA handbook of men and masculinities*. Whashington: American Psychological Association.

McDonough, P. y Walters, V. (2001). Gender and health: Reassessing patterns and explanations. *Social Science & Medicine*, 52, 547-559.

McLean, C. P., Asnaani, A., Litz, B. T. y Hofmann, S. G. (2011). Gender differences in anxiety disorders: Prevalence, course of illness, comorbidity and burden of illness. *Journal of Psychiatric Research*, 45, 1027-1035.

Melián, E. M. (2015). Útero, psiquis y climaterio: Un acercamiento desde la endocrinología antropológica. *Investigaciones Feministas*, 6, 196-208.

Meyer, O. L., Castro-Schilo, L. y Aguilar-Gaxiola, S. (2014). Determinants of mental health and self-rated health: A model of socioeconomic status, neighborhood safety, and physical activity. *American Journal of Public Health*, 104, 1734-1741.

Miething, A. (2013). The relevance of objective and subjective social position for self-rated health: A combined approach for the Swedish context. *Social Indicators Research*, 111, 161-173.

Miller, S. M. y Kirsch, N. (1987). Sex differences in cognitive coping with stress. In R. C. Barnett, L. Biener y G. K. Baruch (Eds.), *Gender & Stress* (pp. 278-307). Nueva York: The Free Press.

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2015a). *Informe anual del Sistema Nacional de Salud, 2015*. Recuperado de http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/Inf_Anuar_SNS_2015.pdf

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2015b). *Consumo, percepciones y opiniones ante las drogas*. Recuperado de http://www.pnsd.msssi.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/2015_Informe_EDADES.pdf

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.

Mischel, W. (1966). Las diferencias sexuales en conducta desde el punto de vista del aprendizaje social. En E. E. Maccoby (Ed.), *The development of sex differences*. Stanford: Stanford University Press. (Trad. *El desarrollo de las diferencias sexuales*. Madrid: Marova, 1972).

Mizhari, E. H., Waitzman, A., Arad, M. y Adunsky, A. (2012). Gender and the functional outcome of elderly ischemic stroke patients. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 55, 438-441.

Mokdad, A. H., Marks, J. S., Stroup, D. F. y Gerberding, J. L. (2004). Actual causes of death in the United States, 2000. *Journal of the American Medical Association*, 291, 1238–1245.

Moradi, B. y Parent, M. C. (2013). Assessment of gender-related traits, attitudes, roles, norms, identity, and experiences. En K. F. Geisinger y J. C. Hansen (Eds). *APA Handbook of testing and assessment in psychology* (Vol 2, pp. 467-488). Washington: American Psychological Association.

Morselli, E., Frank, A. Santos, R., Fátima, L., Palmer, B. F. y Clegg, D. J. (2016). Sex and gender: Critical variables in pre-clinical and clinical medical research. *Cell Metabolism*, 24, 203-209.

Mozaffarian, D., Benjamin, E. J., Go, A. S., Arnett, D. K., Blaha, M. J., Cushman, M., ... Turner, M. B. (2016). Heart disease and stroke statistics—2016 update. A report from the American heart association. *Circulation*, 134, e1-e321.

Naciones Unidas. (2015a). *World population prospects: The 2015 revision, key findings and advance tables*. Nueva York: Naciones Unidas. Departamento de Asuntos económicos y sociales. Working paper No. ESA/P/WP.241. Recuperado de https://esa.un.org/unpd/wpp/publications/files/key_findings_wpp_2015.pdf

Naciones Unidas. (2015b). *The World's Women 2014: Trends and statistics*. Nueva York: Naciones Unidas. Departamento de Asuntos económicos y sociales. Sales No. E.15.XVII.8. Recuperado de http://unstats.un.org/unsd/gender/downloads/WorldsWomen2015_report.pdf

- Nagaraja, N., Bhattacharya, P., Mada, F., Salowich-Palm, L., Hinton, S., Millis, S., ... Rajamani, K. (2012). Gender based differences in acute stroke care in Michigan hospitals. *Journal of the Neurological Sciences*, 314, 88-91.
- Nayak, S., Hubbard, A., Sidney, S. y Syme, L. (2016). Characteristics associated with self-rated health in the CARDIA study: Contextualising health determinants by income group. *Preventive Medicine Reports*, 4, 199-208.
- Needham, B. y Hill, T. D. (2010). Do gender differences in mental health contribute to gender differences in physical health? *Social Science & Medicine*, 71, 1472-1479.
- Nelson, D. L. y Burke, R. J. (2002). A framework for examining gender, work stress, and health. En D. L. Nelson y R. J. Burke (Eds.), *Gender work stress and health* (pp. 3-14). Washington: American Psychological Association.
- Neupane, S., Miranda, H., Virtanen, P., Siukola, A. y Nygard, C. H. (2013). Do physical or psychosocial factors at work predict multi-site musculoskeletal pain? A 4-year follow-up study in an industrial population. *International Archives of Occupational and Environment Health*, 86, 581-589.
- Ng, C. J., Teo, C. H., Ho, C. C. K., Tan, W. P. y Tan, H. M. (2014). The status of men's health in Asia. *Preventive Medicine*, 67, 295-302.
- Nielsen, T. H. (2016). The relationship between self-rated health and hospital records. *Health Economics*, 25, 497-512.
- Nolen-Hoeksema, S. (1990). *Sex differences in depression*. Stanford: Stanford University Press.
- Nolen-Hoeksema, S. (1991). Responses to depression and their effects on the duration of depressive episodes. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 569-582.
- Nolen-Hoeksema, S. (2007). *El triángulo tóxico. Alcohol, comida y depresión: Cómo evitar los excesos autodestructivos*. Barcelona: Paidós.

Nolen-Hoeksema, S., Larson, J. y Grayson, C. (1999). Explaining the gender differences in depressive symptoms. *Journal of Personality and Social Psychology*, 77, 1061-1072.

O'Donnell, M. J., Chin, S. L., Rangarajan, S., Xavier, D., Liu, L., Zhang, H., ... Yuuf, S. (2016). Global and regional effects of potentially modifiable risk factors associated with acute stroke in 32 countries (INTERSTROKE): A case-control study. *The Lancet*, 388, 761-775.

Oksuzyan, A., Crimmins, E., Saito, Y., O'Rand, A., Vaupel, J. W. y Christensen, K. (2010). Cross-national comparison of sex differences in health and mortality in Denmark, Japan and the US. *European Journal of Epidemiology*, 25, 471-480.

Olsen, K. M. y Dahl, S. (2007). Health differences between European countries. *Social Science & Medicine*, 64, 1665-1678.

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.

OMS. (2008). *Strategy for integrating gender analysis and actions into the work of WHO*. Ginebra: World Health Organization. Recuperado de http://www.who.int/gender/GM_strategy_jun08.pdf

OMS/Europa. (2016). *Gender and health*. Recuperado de <http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-determinants/gender>

OMS. (2016). *World health statistics 2016: Monitoring health for the SDGs, sustainable development goals*. Ginebra: World Health Organization.

Ostan, R., Monti, D., Guerresi, P., Bussolotto, M., Franceschi, C. y Baggio, G. (2016). Gender, aging and longevity in humans: An update of an intriguing/neglected scenario paving the way to a gender-specific medicine. *Clinical Science*, 130, 1711-1725.

Parent, M. C. y Moradi, B. (2010). Confirmatory factor analysis of the conformity to feminine norms inventory and development of an

abbreviated version: The CFNI-45. *Psychology of Women Quarterly*, 34, 97-109.

Pearlin, L. I. y Schooler, C. (1978). The structure of coping. *Journal of Health and Social Behavior*, 19, 2-21.

Pickett, K. E. y Wilkinson, R. G. (2015). Income inequality and health: A causal review. *Social Science & Medicine*, 128, 316-326.

Prior, P. M. (1999). *Gender & Mental Health*. Nueva York: University Press.

Ptacek, J. T., Smith, R. y Zanas, J. (1992). Gender, appraisal, and coping: A longitudinal analysis. *Journal of Personality*, 60, 747-770.

Qinjie, T., Fngfang, H., Yuanzheng, Z. y Qinsheng, G. (2009). Gender verification in athletes with disorders of sex development. *Gynecological Endocrinology*, 25, 117-121.

Read, J. G. y Gorman, B. K. (2010). Gender and health inequality. *Annual Review of Sociology*, 36, 371-286.

Regidor E., Gutiérrez-Fisac J. L. y Alfaro M. (2009). *Indicadores de salud 2009. Evolución de los indicadores del estado de salud en España y su magnitud en el contexto de la Unión Europea*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social.

Regier, D. A., Boyd, J. H., Burke J. D., Rae, D. S., Myers, J. K., Kramer, M., ... Locke, B. Z. (1988). One-month prevalence of mental disorders in the United States based on Five epidemiologic catchment area sites. *Archives of General Psychiatry*, 45, 977-986

Remes, O., Brayne, C., Van der Linde, R. y Lafortune, L. (2016). A systematic review of reviews on the prevalence of anxiety disorder in adult population. *Brain and Behavior*. doi:10.1002/brb3.497

Ridgeway, C. L. y Bourg, C. (2004). Gender as status. An expectation states theory approach. En A. H. Eagly, A. E. Beall y R. J. Sternberg (Eds.), *The psychology of gender* (pp. 217-241). Nueva York: The Guilford Press.

Rieker, P. P. y Bird, C. E. (2005). Rethinking gender differences in health: Why we need to integrate social and biological perspectives. *Journals of Gerontology*, 60B, 40-47.

Rieker, P. P., Bird, C. E. y Lang, M. E. (2010). Understanding gender and health. Old patterns, new trends, and future directions. En C. E. Bird, P. Conrad y A. M. Fremont (Eds.), *Handbook of Medical Sociology*, (VI ed., pp. 52-74). Nashville: Vanderbilt University Press.

Robinson, T., Callister, M., Magoffin, D. y Moore, J. (2007). The portrayal of older characters in Disney animated films. *Journal of Aging Studies*, 21, 203-213.

Romo, N., Vega, A., Meneses, C., Gil, E., Markez, I. y Poo, M. (2003). Sobre el malestar y la prescripción: Un estudio sobre los usos de psicofármacos por las mujeres. *Revista Española de Drogodependencias*, 28, 372-379.

Rook, K. S. (1984). The negative side of social interaction: Impact on psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46, 1097-1108.

Rosenfield, S. y Mouzon, D. (2013). Gender and mental health. En C. S. Aneshensel, J. C. Phelan y A. Bireman (Eds.), *Handbook of the sociology of mental health* (II ed., pp. 276-296). Nueva York: Springer.

Rosenfield, S. y Smith, D. (2010). Gender and mental health: Do men and women have different amounts or types of problems? En T. L. Cheid y T. N. Brown (Eds.), *A Handbook for the study of mental health: Social contexts, theories, and systems* (pp. 256-267). Nueva York: Cambridge University Press.

Ross, C. E., Masters, R. L. y Hummer, R. A. (2012). Education and the gender gaps in health and mortality. *Demography*, 49, 1157-1183.

Ross, K. (2007). The journalist, the housewife, the citizen and the press. Women and men as sources in local news narratives. *Journalism*, 8, 445-469.

- Ruble, D. N., Martin, C. L. y Berenbaum, S. A. (2006). Gender development. En W. Damon, R. M. Lerner y N. Eisenber (Eds.), *Handbook of child psychology* (VI ed., Vol. 3, pp. 858-932). Nueva York: Wiley.
- Salk, R. H., Petersen, J., Abramson, L. Y. y Hyde, J. S. (2016). The contemporary face of gender differences and similarities in depression throughout adolescence: Development and chronicity. *Journal of Affective Disorders*, 205, 28-35.
- 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.
- Scholtz, W., Yim, I. S., Zoccola, P. M., Jansen, L. y Schulz, P. (2011). The perceived stress reactivity scale: Measurement invariance, stability, and validity in three countries. *Psychological Assessment*, 23, 80-94.
- Schuch, J. J., Roest, A. M., Nolen, W. A., Penninx, V. W. y de Jonge, P. (2014). Gender differences in major depressive disorder: Results from the Netherlands study of depression and anxiety. *Journal of Affective Disorder*, 156, 156-163.
- Schwarzer, R. (1998). Stress and coping from a Social-cognitive perspective. En P. Csermely (Ed.), *Stress of life from molecules to man* (pp. 531-537). Nueva York: Annals of the New York Academy of Sciences.
- Seedat, S., Scott, K, M., Angermeyer, M. C., Berglund, P., Bromet, E. J., Brugha, T. S, ... Kessler, R. C. (2009). Cross-national associations between gender and mental disorders in the WHO World mental health surveys. *Archives of General Psychiatry*, 66, 785-789.
- Seifarth, J. E., McGowan, C. L y Milne, K. L. (2012). Sex and life expectancy. *Gender Medicine*, 9, 390-401.
- Sekine, M., Tatsuse, T., Kagamimori, S., Chandola, T., Cable, N., ... Lahelma, E. (2011). Sex inequalities in physical and mental

functioning of British, Finnish, and Japanese civil servants: Role of job demand, control and work hours. *Social Science & Medicine*, 73, 595-693.

Sevar, K., Vythilingum, B. y Castle, D. (2015). Anxiety and related disorders in women. En D. Stein y B Vythilingum (Eds.), *Anxiety disorders and gender* (pp. 137-154). Nueva York: Springer.

Signorielli, N. (2001). Television's gender role images and contribution to stereotyping. En D. G. Singer y J. L. Singer (Eds.), *Handbook of children and the media* (pp. 341-358). Thousand Oaks: Sage Publications.

Simon, J. G., de Boer, J. B., Joung, I. M. A., Bosma, H. y Mackenbach, J. P. (2005). How is your health in general? A qualitative study on self-assessed health. *European Journal of Public Health*, 15, 200-208.

Simon, W. y Barret, A. E. (2010). Non marital romantic relationships and mental health in early adulthood: Does the association differ for women and men? *Journal of Health and Social Behavior*, 51, 168-182.

Slopen, N., Williams, D. R., Fitzmaurice, G. M. y Gilman, S. E. (2011). Sex, stressful life events, and adult onset depression and alcohol dependence: Are men and women equally vulnerable? *Social Science & Medicine*, 73, 615-622.

Springer, K. W., Hankivsky, O. y Bates, L. M. (2012). Gender and health: Relational, intersectional, and biosocial approaches. *Social Science & Medicine*, 74, 1661-1666.

Stein, D. y Vythilingum, B. (Eds.). (2015). *Anxiety disorders and gender*. Nueva York: Springer.

Steiner, M., Dunn, E. y Born, L. (2003). Hormones and mood: From menarche to menopause and beyond. *Journal of Affective Disorders*, 74, 67-83.

- Steptoe, A. (1998). Coping, control, and health risk. En P. Csermely (Ed.), *Stress of life from molecules to man* (pp. 470-476). Nueva York: Annals of the New York Academy of Sciences.
- Stern, M., Norman, S. y Komm, C. (1993). Medical students' differential use of coping strategies as a function of stressor type, year of training and gender. *Behavioral Medicine*, 18, 173-180.
- Stewart, S. A. (2005). The effects of benzodiazepines on cognition. *Journal of Clinical Psychiatry*, 66, 9-13.
- Swartz, S. (2013). Feminism and psychiatric diagnosis: Reflections of a feminist practitioner. *Feminism & Psychology*, 23, 41-48.
- Teo, C. H., Ng, C. J., Booth, A. y White, A. (2016). Barriers and facilitators to health screening in men: A systematic review. *Social Science & Medicine*, 165, 168-176.
- Thomeer, M. B. (2013). Sexual minority status and self-rated health: The importance of socioeconomic status, age, and sex. *American Journal of Public Health*, 103, 881-888.
- 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.
- Usser, J. M. (2013). Diagnosing difficult women and pathologising femininity: Gender bias in psychiatric nosology. *Feminism & Psychology*, 23, 63-69.
- Van de Velde, S., Bracke, P. y Levecque, K. (2010). Gender differences in depression in 23 European countries. Cross-national variation in the gender gap in depression. *Social Science & Medicine*, 71, 305-313.

- Van der Heyden, J. H. A., Gisle, L., Hesse, E., Demarest, S., Driessens, S. y Tafforeau, J. (2009). Gender differences in the use of anxiolytics and antidepressants: A population based study. *Pharmacoepidemiology & Drugs Safety*, 18, 1101-1110.
- Verhaeghe, P. y Tampubolon, G. (2012). Individual social capital, neighbourhood deprivation, and self-rated health in England. *Social Science & Medicine*, 75, 349-57.
- Vedia, C., Bonet, S., Forcada, C. y Parellada, N. (2005). Estudio de utilización de psicofármacos en atención primaria. *Atención Primaria*, 36, 239-247.
- Vicente, M. P., Macías, D., Fuente, C., González, D., Montero, D. y Catalá-López, F. (2013). Evolución del uso de medicamentos ansiolíticos e hipnóticos en España durante el periodo 2000-2011. *Revista Española de Salud Pública*, 87, 247-255.
- Violan, C., Foguet-Boreu, Q., Flores-Mateo, G., Salisbury, C., Blom J., Freitag, M., ... Valderas, J. M. (2014). Prevalence, determinants and patterns of multimorbidity in Primary care: A systematic review of observational studies. *PLoS ONE*, 9, 7: e102149. doi:10.1371/journal.pone.0102149 E
- Walters, V. (1993). Stress, anxiety and depression: Women's accounts of their health problems. *Social Science & Medicine*, 36, 393-402.
- Wang, H., Dwyer-Lindgren, L., Lofgren, K., Rajaratnam, J. K., Marcus, J. R., Levin-Rector, A., ... Murray, C. K. (2012). Age-specific and sex-specific mortality in 187 countries, 1970–2010: A systematic analysis for the Global burden of disease study 2010. *The Lancet*, 380, 2071-2094.
- Weidner, G. (2000). Why do men get more heart disease than women? An international perspective. *Journal of American College Health*, 48, 291-294.
- Weissman, M. M. y Klerman, G. K. (1977). Sex differences and the epidemiology of depression. *Archives of General Psychiatry*, 34, 98-111.

West, C. y Zimmerman, D. H. (1987). Doing gender. *Gender & Society, 1*, 125-151.

Winkler, P., Horáček, J., Weissová, A., Šustr, M. y Brunovský, M. (2015). Physical comorbidities in depression co-occurring with anxiety: A cross sectional study in the Czech Primary care system. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 12*, 15728-15738.

Wong, Y. J., Ho, M. H. R., Wang, S. Y. y Miller, I. S. K. (2016, 21 noviembre). Meta-analyses of the relationship between conformity to masculine norms and mental health-related outcomes. *Journal of Counseling Psychology*. Advance online publication.
<http://dx.doi.org/10.1037/cou0000176>

World Economic Forum (2015). *The Global gender gap report 2015*. Ginebra: World Economic Forum. Recuperado de
<http://www3.weforum.org/docs/GGGR2015/cover.pdf>

Wuperman, P. y Neuman, C. (2006). Depressive symptoms as a function of sex-role, rumination and neuroticism. *Personality and Individual Differences, 40*, 189-201.

Xu, Y., Schneier F., Heimberg, R. G., Princisvalle K., Liebowitz, M. R., Wang, S. y Blanco C. (2012). Gender differences in social anxiety disorder: Results from the national epidemiologic sample on alcohol and related conditions. *Journal of Anxiety Disorders, 26*, 12-19.

Yorifuji, T., Takao, S., Inoue, S., Tanihara, S. y Kawachi, I. (2013). Contribution of smoking to the gender gap in life expectancy in Japan. *Public Health, 127*, 482-484.

Cuadernos de Psicología

Otros títulos de la colección

04- *Afrontando la adversidad. Resiliencia, optimismo y sentido de la vida* –

Joaquín García-Alandete

<http://issuu.com/revistalatinadecomunicacion/docs/cdp04>

03- *Homo ethicus, homo religiosus. De moral y religión en clave psicológica* –

Joaquín García-Alandete

<http://issuu.com/revistalatinadecomunicacion/docs/cdp03>

02- *Orientación personal en la metaemoción. Desarrollo de la inteligencia*

emocional como tratamiento educativo de la diversidad – Rosa María

Gutiérrez Guerrero

<http://issuu.com/revistalatinadecomunicacion/docs/cdp02>

01- *Psicología de la Gratitud. Integración de la Psicología Positiva y*

Humanista – Gloria Bernabé Valero

<http://issuu.com/revistalatinadecomunicacion/docs/cdp01>