

ACERCA DEL GÉNERO Y LA SALUD ABOUT GENDER AND HEALTH

Elena García-Vega
 Universidad de Oviedo

El objetivo de este trabajo es reflexionar sobre la necesidad de incorporar la perspectiva de género en las investigaciones sobre salud. El concepto de género no equivale a mujer, ni tampoco a hombre, sino a las relaciones de desigualdad entre los ámbitos masculinos y femeninos, en torno a la distribución de los recursos, las responsabilidades y el poder. En el estado de salud la equidad de género encauza el logro, por parte de hombres y mujeres, de niveles comparables de bienestar físico, psicológico y social. Así pues, la equidad de género en el ámbito de la salud debe entenderse como la eliminación de aquellas disparidades innecesarias, evitables e injustas entre mujeres y hombres. De manera ilustrativa se refieren algunos tópicos en salud y su diferente abordaje si se contempla la variable género.

Palabras clave: Género, Salud, Masculinidad, Femenidad.

The aim of this work is to think about the need to mainstream gender in health research. The concept of gender is equivalent neither to woman or man, but to relationships of inequality between male and female spheres, about the distribution of resources, responsibilities and power. The equity of gender in the health status is the achievement, by men and women, of comparable levels of physical, psychological and social well-being. Thus, gender equality in the field of health must be understood as the elimination of those unnecessary, avoidable and unjust disparities between men and women. The approach to some health topics could be changed if the gender variable is contemplated.

Key words: Gender, Health, Masculinity, Femininity.

En la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer que tuvo lugar en Pekín (Beijing) en 1995 se renovó el compromiso de la comunidad internacional para lograr la igualdad entre los géneros, así como el desarrollo y la paz para todas las mujeres. En la misma se invitó a los gobiernos y a los demás agentes a integrar la perspectiva de género en todas las políticas y los programas para analizar sus consecuencias para las mujeres y los hombres respectivamente, antes de tomar decisiones. Desde entonces, el estudio de los procesos relativos a las desigualdades de género en salud es un campo de investigación que ha sufrido una importante expansión. Como señala Lamas “comprender la verdadera diferencia entre los cuerpos sexuados y los seres socialmente contruidos es una problemática humana de las más intrigantes” (Lamas, 1996). Sin embargo, bajo el paraguas “estudios de género y salud”, se cobijan multitud de investigaciones, desde aquellas que simplemente disgregan por sexo a la población, hasta las más recientes que introducen el paradigma género. Pero incluso en estas últimas la diversidad es amplia. Así nos encontramos con abundante literatura sobre la salud de las mujeres, como por ejemplo cáncer de útero, menopausia, aborto..., es decir referidas a causas biológicas

(en términos “hormonales” y reproductivistas de la fisiología femenina) y sobre salud en los hombres, estas referidas a causas de índole más biopsicosocial (p.e. estilos de vida).

En todo caso, y de manera general, los estudios coinciden en que la salud de hombres y mujeres es diferente y desigual. Diferente porque hay factores biológicos (genéticos, hereditarios, fisiológicos, etc.) que se manifiestan de diferente forma, en la salud y en los riesgos de enfermedad. Desigual porque hay otros factores que en parte son explicados por el género, y que influyen de una manera injusta en la salud de las personas (Rohlf, Borrell y Fonseca, 2000).

Nos planteamos pues una aproximación a la salud con una perspectiva de género. Esto implica por un lado el concepto salud, concepto dinámico, con un enfoque biopsicosocial (Engel, 1977) tal y como propone la OMS en 1984, “Una nueva concepción de salud como el alcance del que un individuo o grupo es capaz por un lado, para realizar sus aspiraciones y satisfacer sus necesidades y, por otro lado, para cambiar o hacer frente al ambiente. La salud es, por tanto, vista como un recurso para la vida diaria, no el objetivo de la vida, es un concepto positivo que enfatiza los recursos sociales y personales, así como las capacidades físicas”.

Y de acuerdo a la declaración de principios de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para avanzar hacia la equidad de género, que ha impregnado las su-

Correspondencia: Elena García-Vega. Facultad de Psicología. Universidad de Oviedo. Plaza Feijoo s/n. 33003 Oviedo. España.
 E-mail: elenagv@uniovi.es

cesivas recomendaciones de OMS (2002, 2003 y 2008): "Para conseguir los más altos niveles de salud, las políticas sanitarias deben reconocer que las mujeres y los hombres, debido a sus diferencias biológicas y a sus roles de género, tienen diferentes necesidades, obstáculos y oportunidades".

Y por otro lado, este análisis implica un enfoque de género, es decir, que una cosa es la diferencia sexual y otra las atribuciones, ideas representaciones y prescripciones sociales que se construyen tomando como referencia esa diferencia sexual. Asumiendo pues, que las condiciones existenciales de hombres y mujeres son diferentes. De acuerdo al segundo Informe "Salud y género 2006: Las edades centrales de la vida" editado por el Observatorio de Salud de la Mujer del Ministerio de Sanidad y Consumo para ellas, la sobrecarga de los cuidados hacia otras personas, la reproducción, la tareas no remuneradas, las situaciones de subordinación, abusos y la violencia de género; así como la doble jornada laboral, la competitividad, el ideal corporal y la eterna juventud, pueden explicar que ellas se sientan con peor salud y menor expectativa de vida saludable. Para ellos, el mantenimiento de las relaciones de poder, el ideal de éxito y la competitividad son explicativos del modo de enfermar.

Tal vez el lector se pregunte dónde reside el interés de estos estudios; en general creemos que este tipo de investigación ayudaría a explicar cómo el género repercute de forma desigual en la calidad de vida, salud y bienestar de las personas. Tan perjudicial puede resultar para la salud asumir la igualdad entre hombres y mujeres donde hay genuinas diferencias, por ejemplo, muchos ensayos clínicos han sido hechos solo con hombres (más aún, hombres de raza blanca y en torno a los 35 años) asumiendo que sus resultados podían ser automáticamente aplicados a las mujeres (Ruiz y Verbrugge, 1997), como asumir la completa desigualdad donde hay similitudes, por ejemplo cuando se toman datos estadísticos, se atribuyen diferentes enfermedades como propias de un sexo o de otro, y así similares problemas reciben diferentes diagnósticos (Ruiz y Verbrugge, 1997) Por ello las investigaciones de género pueden contribuir a clarificar esta situación, y algunas otras. El abordaje transversal o *mainstreaming* en género y salud es parte fundamental de las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud y también de las directrices políticas de la Comunidad Europea. A medida que podamos conocer mejor los determinantes biológicos y

sociales, tanto de la salud como de las enfermedades, estaremos caminando en la posibilidad de diseñar programas y políticas sanitarias que actúen en el sentido de mejorar la calidad de vida, evitar y minimizar los efectos de las enfermedades y eliminar las inequidades en la salud de mujeres y hombres (Rohlf, Borrell y Fonseca, 2000).

De manera ilustrativa se presentan a continuación algunas aportaciones desde el paradigma de género, con la única finalidad de hacer reflexionar al lector sobre la conveniencia (o no) de incluirlo en la investigación en psicología. Se señalan algunos tópicos en salud, obviamente sin ánimo de ser exhaustivos, desde una perspectiva de género.

ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES

Las enfermedades cardiovasculares (ECV) son la primera causa de muerte en mujeres y hombres en nuestro país, cifrándose en un 30% en ambos casos (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2006). Sin embargo existe la creencia popular que son enfermedades mayoritariamente masculinas. Ello puede ser debido a varias razones, por una parte la aparición de la enfermedad es desigual por rangos de edad. En general en la mujer las ECV aparecen más tardíamente, fenómeno que se ha relacionado con la pérdida de hormonas femeninas después de la menopausia. Sin embargo, este dato hasta ahora asumido se encuentra con algunas incongruencias, como ha sido el tratamiento hormonal sustitutivo para las mujeres menopáusicas, que lejos de continuar protegiéndolas de riesgos vasculares, parecen incrementarse. En todo caso, desde los estudios pioneros como el conocido Estudio Framingham (1948), los investigadores están de acuerdo en la existencia de múltiples variables como la edad, el sexo, el tabaquismo, el sedentarismo, dislipidemias y comorbilidades como la hipertensión arterial y la diabetes mellitus, la dieta, el ejercicio físico, la grasa abdominal..., así como otros factores psicológicos, culturales y socioeconómicos. La mayoría de estos "factores de riesgo de enfermedades cardiovasculares" son controlables o modificables (excepto edad y sexo), de ahí el interés y el esfuerzo de las políticas sanitarias en las campañas preventivas. Y evidentemente estos factores pueden concurrir en hombres y mujeres. Sin embargo presentan una desigual presencia; así el tabaco y el alcohol en términos generales son más consumidos por hombres, mientras en la mujeres suele haber una mayor grasa abdominal y una mayor falta de ejercicio físico.

Esto por si solo ya marcaría la necesidad de establecer programas de intervención y pautas terapéuticas diferenciales. Pero más desafiante resulta aún cómo cursan los síntomas en ambos sexos. Se ha tomado como patrón el cuadro típico que presentan los hombres (conocido como curso típico); así el cuadro típico considerado suele ser dolor precordial desencadenado por el esfuerzo, con irradiación a la mandíbula y/o brazo izquierdo, acompañado de síntomas vagales, como náusea/vómito y disnea. Dicho cuadro no tiene por qué corresponderse con el de la mujer, a la que se tiende a definir erróneamente de dos maneras: atípica o anormal. El dolor precordial en las mujeres puede tener un origen no isquémico, como es el caso del prolapso de la válvula mitral; entre ellas es más habitual durante el reposo o relacionado con el estrés psicosocial, y el electrocardiograma de reposo suele ser normal (Rolfhs, et al, 2004). Estas diferencias pueden estar repercutiendo en la búsqueda más tardía de asistencia médica de las mujeres frente a los hombres, con las consecuencias que ello supone (Rolfhs, et al, 2004). En este punto, autores como Wenger (1999) han establecido pautas diferenciales para la asistencia clínica, señala el autor dos importantes premisas: a) para muchas mujeres, la etiología del dolor torácico, clínicamente indiferenciable de la angina, no se debe a la obstrucción aterosclerótica significativa de las arterias coronarias, y para establecer esta etiología, además de historia clínica hacen falta pruebas diagnósticas objetivas, y b) mientras el pronóstico de muchas mujeres con dolor torácico puede ser benigno, las mujeres en las que este dolor refleja una cardiopatía aterosclerótica coronaria tienen una evolución menos favorable que la de los hombres en una situación semejante (Wenger, 1999).

Expuesto lo anterior, consideramos que resulta evidente la necesidad de abordar estos trastornos con una perspectiva de género.

OSTEOPOROSIS

La osteoporosis se caracteriza por una disminución de la masa ósea y un aumento de riesgo de fracturas. Se contempla tanto la intensidad como la calidad ósea. Si como comentábamos anteriormente, las enfermedades cardiovasculares suelen atribuirse a hombres, la osteoporosis suele atribuirse a mujeres, (aunque en este caso la atribución es más próxima a la realidad), e igualmente la investigación se ha centrado básicamente en mujeres anglosajonas posmenopáusicas (Alonso Gonzá-

lez, Vázquez y Molina 2009), por lo que los resultados son difícilmente generalizable a hombres o personas menores de 50 años. Según la OMS, la prevalencia se estima en un 30% de las mujeres caucásicas y en un 8% de los varones caucásicos mayores de 50 años, y asciende hasta un 50% en mujeres de más de 70 años. Sin embargo, siendo cierto que en el hombre existe una menor pérdida de masa ósea que en la mujer, la osteoporosis en el varón parece presentar una mayor morbi-mortalidad. *La mortalidad por fractura de cadera en el hombre con osteoporosis es el doble que en la mujer.* Debido a la mayor masa ósea masculina, las fracturas osteoporóticas suelen ocurrir alrededor de 10 años más tarde que en la mujer, o sea cerca de los 75 años. Al momento de ocurrir una fractura de cadera, los hombres tienen mayores tasas de morbilidad y mortalidad que las mujeres. Por ejemplo, los hombres tienen el doble de probabilidades que las mujeres de morir en un hospital, tras haber sufrido fractura de cadera. Del mismo modo, la mortalidad por esta causa en los hombres, un año después de la fractura, es del 31% en comparación con una tasa del 17% en la mujer. Este aumento de la mortalidad suele ser atribuido a la edad avanzada en el momento de la fractura y la presencia de condiciones comórbidas. (Dennison, Mohamed & Cooper, 2006).

ESTRÉS, SALUD Y GÉNERO

La relación entre estrés (en general identificando estrés con distrés) y salud es un campo básico de investigación en psicología y medicina, algo más novedoso es el análisis de aquellas situaciones estresantes en donde el género se constituye como un elemento primordial. No existe un modelo unánimemente aceptado, que explique todos los aspectos de la forma de actuación del estrés, pero de manera sintética, podríamos decir que se considera que una persona está en una situación estresante o bajo un estresor cuando ha de hacer frente a situaciones que conllevan demandas conductuales que le resulta difícil poner en práctica o satisfacer (teniendo en cuenta la diversidad de variables moduladoras como el apoyo social, la personalidad, la resiliencia...). (Cooper, Sloan y Williams, 1988).

Desde los años ochenta se viene constatando científicamente diferencias de género, tanto en la exposición al estrés psicológico como en las respuestas psicológicas y fisiológicas al mismo y como ello puede afectar de manera diferencial a hombres y mujeres (Frankenhaeuser, 1991, 1996).

Respecto a las situaciones estresantes, podríamos centrar las investigaciones sobre estrés y género en tres grandes campos, el estrés laboral, en sentido amplio, referido tanto a las dificultades laborales, exigencias, acoso etc., la conciliación familia-trabajo, como la doble jornada laboral; y la violencia de género.

Además, también se ha encontrado que las mujeres tienen una forma menos adecuada de hacer frente al estrés. Diversos autores han sugerido que el impacto del género en el proceso de estrés podría estar condicionado por los patrones de socialización tradicionales. El rol femenino tradicional prescribe dependencia, afiliación, expresividad emocional, falta de asertividad y subordinación de las propias necesidades a las de los otros. Y el masculino prescribe atributos como autonomía, autoconfianza, asertividad, orientación al logro e instrumentalidad, lo que hará que le sea al hombre difícil aceptar y expresar sentimientos de debilidad, incompetencia y miedo, mientras que para la mujer será más difícil tomar una postura activa de solución de problemas (Matud, 2004, Matud, Guerrero y Matías, 2006). En resumen, parece que las estrategias masculinas son predominantemente activas, no emotivas, y las de las mujeres de predominio emocional afectivo. En consonancia, la referencia a los estresores también es diferente, de tal manera que los hombres suelen referirse a problemas laborales y económicos, y las mujeres a problemas de pareja, pérdidas, emocionales, etc. (Clemente, Córdoba, y Gimeno, 2003).

De otra parte, y aunque no existe unanimidad al respecto, en algunos estudios se ha encontrado que las mujeres tienen más estrés que los hombres, sobre todo estrés crónico, así por ejemplo, en un estudio de Epel et al. (2004), se señala que las células de la sangre de mujeres que habían pasado la mayor parte de sus vidas cuidando de un hijo discapacitado tenían, genéticamente hablando, una década más de edad que las mismas células de aquellas madres que llevaban menos tiempo en la misma difícil tarea.

Como concluyen los estudios realizados por Lundberg y Frankenhaeuser (1994, 1999), el estrés de la sobrecarga laboral y de los conflictos de roles podría ser un importante factor causante de más problemas de salud en las mujeres que en los hombres; y explicaría mucha de la sintomatología psíquica, física, enfermedad y bajas laborales que se constatan en la población femenina.

Este somero análisis revela la transcendencia del estrés (o el distrés) y la necesidad de conocer sus diferentes dimensiones, incluido el género.

GÉNERO Y SALUD MENTAL

Según los resultados del proyecto Estudio Europeo de la Epidemiología de los Trastornos Mentales (European Study of the Epidemiology of Mental Disorders, ESE-MeD) llevado a cabo entre los años 2001 y 2002, en diversos países europeos (Bélgica, Francia, Alemania, Italia, Holanda y España) un 11,5% de la población ha sido diagnosticada de algún trastorno mental en el último año y un 25,9% en algún momento de su vida (Alonso et al., 2004). También se ha observado que la prevalencia de los trastornos es diferente en hombres y mujeres, así en la infancia, la prevalencia de trastornos como conducta antisocial y agresiva es mayor en los chicos que en las chicas, mientras que durante la adolescencia, la prevalencia de depresión y trastornos alimenticios es mayor en las chicas que en los chicos. Y en la edad adulta se ha encontrado de forma consistente que es más probable que las mujeres tengan más ansiedad y depresión que los hombres, mientras que estos presentan tasas más altas de trastornos de personalidad antisocial y de abuso de sustancias (Altemus, 2009; OMS, 2001). Los factores explicativos de estas diferencias parecen ser tanto de naturaleza biológica (predisposición genética, hormonas sexuales, reactividad endocrina frente al estrés...), como social (nivel educativos, económico, apoyo social, rol sexual...); como señalan Dalla y Shors (2009), sería interesante determinar cuáles son inmutables y cuáles no.

Es en este punto donde una perspectiva de género podría aportar luz, ser hombre o mujer no sólo puede influir en la prevalencia de los trastornos mentales, sino también en la manifestación y expresión de los síntomas, las mujeres muestran más trastornos internalizantes y los hombres más trastornos externalizantes (Lemos, 2003). También se observan diferencias en la voluntad para solicitar asistencia médica o psicológica, en el curso de la enfermedad e incluso en la respuesta al tratamiento. En este sentido, por ejemplo algunas investigaciones (Ciranowsky, Frank, Young y Shear, 2000; Gaytán, 1997; Gómez, 2002; Matud, Guerrero y Matías, 2006; Sweeting y West, 2003) indican que las mujeres tradicionalmente han sido diagnosticadas con mayor frecuencia con problemas de salud mental que los hombres; las mujeres son más propensas a buscar ayuda y dar a conocer sus problemas de salud mental a su médico de atención primaria, y los hombres a manifestar problemas relacionados con el alcohol.

OTROS

Podríamos señalar, que cualquier problema de salud es susceptible de un análisis que incluya la variable género. Nos referimos por ello aquí a "otros" de manera genérica para señalar algunas de estas investigaciones:

- ✓ Trastornos gastrointestinales: el síndrome de intestino irritable se han relacionado con el tipo de estrés que suelen padecer las mujeres (Chang y Heotkemper, 2002; Chial y Camilleri, 2002) y la úlcera gástrica con el estilo de vida tipificado masculino.
- ✓ Diabetes tipo 2: se ha observado una mayor vulnerabilidad en las mujeres para el control de la glucemia, y complicaciones asociadas. (Lidfeldt, Nerbrand, Samsioe y Agardh, 2005, Méndez-López, Gómez-López, García-Ruiz, Pérez-López y Navarrete-Esco-bar, 2004).
- ✓ VIH/SIDA. García-Sánchez (2004) refiere una revisión de artículos sobre la vulnerabilidad al VIH/sida en relación con el género y muestra que hay factores biológicos y sociales que favorecen la transmisión del VIH y la adquisición de la enfermedad en las mujeres; entre ellos destacan las diferencias anatómicas, el estadio de la enfermedad, la presencia de otras ITS, la naturaleza y la frecuencia de las relaciones sexuales, la desigualdad social y la pobreza, y la falta de percepción de riesgo a la infección.
- ✓ Diferentes respuesta a los fármacos (Anderson, 2008; Franconi, Brunelleschi, Steardo y Cuomo, 2007; Tanaka, 1999), al dolor (Averbuch y Katzper, 2000), al efecto placebo (Saxon, Hiltunen, Hjemdahl y Borg, 2001).

En definitiva, las investigaciones parecen redundar en que la inclusión del análisis de género en las investigaciones supondría una mejor comprensión de los diferentes problemas de salud.

REFLEXIONES FINALES

Hasta prácticamente los años 90, tanto la medicina como la psicología han estudiado el sexo masculino como patrón para los estudios de etiología, curso o tratamiento de las enfermedades (Arenas y Puigcerver, 2009; Hughes, 2007; Oertelt-Prigione, Parol, Krohn, Preißner y Regitz-Zagrosek, 2010). En este artículo hemos señalado algunos tópicos en investigación sobre salud que pretenden poner de relieve lo inexplicable de esta discriminación.

El Ministerio de Sanidad ha publicado el informe *Salud y Género 2006. Las edades centrales de la vida* considerando éstas como el periodo comprendido entre los 45 y los 65 años. El estudio coloca a las mujeres de edad mediana en una posición claramente más desfavorecida en términos de salud y calidad de vida. Las consecuencias que se extraen son las siguientes:

- a) Ellas sufren más enfermedades crónicas (60%) que los hombres y tienen una peor percepción de su salud. Siendo la tasa de discapacidad de las mujeres casi 10 puntos superior a la de los hombres
- b) Ellos experimentan patologías más graves y presentan un mayor índice de mortalidad.
- c) Las mujeres viven una media de 6,6 años más que los hombres, pero tienen más "achaques". Los dolores que padecen (en esta edad) son, en proporción, el doble que los de los hombres. Suele tratarse de dolores músculo-esqueléticos (46%), dolores de cabeza y aquellos otros provocados por varices o por problemas psíquicos.
- d) En los hombres son menos frecuentes los síntomas somáticos sin causa orgánica, así como los estados depresivos y ansiedad.
- e) Las féminas ingieren más psicofármacos que los hombres y suponen el 75% de los consumidores totales de somníferos o tranquilizantes.
- f) Respecto a los motivos de fallecimiento, del informe se desprende que la principal causa de defunción son los tumores (en ellas de mama y en ellos de pulmón) y las enfermedades del sistema circulatorio

En el estudio de las condiciones de salud de una población con un enfoque de género, se observa que la mujer, a cualquier edad, tiende a experimentar menores tasas de mortalidad que el hombre, pero está sujeta a una mayor morbilidad que el varón, que se expresa en una incidencia más alta de trastornos agudos, en una mayor prevalencia de enfermedades crónicas no mortales y en niveles más elevados de discapacidad. La formación del personal sanitario e investigador en estas desigualdades, redundaría sin duda en una mayor calidad y una visión menos segada de la salud. Los hallazgos referidos en las investigaciones sobre género y salud, deberían ser un punto de partida para seguir explorando la relación entre género y salud, y fomentar la equidad en este campo.

Dicho todo lo anterior, nos gustaría señalar algunas limitaciones de estos estudios, que en ningún caso merman la necesidad de los mismos. La mayor dificultad

reside en el análisis de género, pues se tiende a realizar análisis por sexos. Es difícil diferenciar que se atribuye a los aspectos diferenciales biológicos y qué a los aspectos diferenciales psicosociales. Esta dificultad provoca la práctica inexistencia de instrumentos de medida. Las escasas investigaciones que han intentado algún control, observan que los resultados tienden a homogeneizarse cuando se aborda el problema con hombres y mujeres con "roles sociales" similares. Por ejemplo: se suelen comparar muestras de mujeres, que realizan mayoritariamente trabajo doméstico, con hombres que realizan mayoritariamente trabajo remunerado. Cuando se equiparan las muestras, hombres y mujeres con trabajo remunerado, hombres y mujeres con trabajo doméstico, se ha observado una mayor igualdad en los trastornos que presentan ambos sexos, lo que confirmaría la relevancia del análisis de género y su influencia en la salud. (Emslie et al., 2002, Matud y Aguilera, 2009).

REFERENCIAS

- Alonso González, L., Vázquez, G.M y Molina, J.F. (2009). Epidemiología de la osteoporosis. *Revista Colombiana de Reumatología*, 16(1), 61-75.
- Alonso, J., Angermeyer, M.C., Bernert, S., Bruffaerts, R., Brugha, T.S., Bryson, H., et al. (2004). Prevalence of mental disorders in Europe: Results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESE-MeD) project. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 109 (Suppl. 420), 21-27.
- Altemus, M. (2009). Neurobiología, sexo y género. En W.E. Narrow, M.B. First, P.J. Sirovatka y D.A. Regier (Eds.). *Agenda de investigación para el DSM-V. Consideraciones sobre la edad y el género en el diagnóstico psiquiátrico*, (pp. 47-62) Barcelona: Elsevier Masson.
- Anderson, G.D. (2008). Gender differences in pharmacological response. *International Review of Neurobiology*, 83, 1-10.
- Arenas, M.C. y Puigcerver, A. (2009). Diferencias entre hombres y mujeres en los trastornos de ansiedad: una aproximación psicobiológica. *Escritos de Psicología*, 3 (1), 20-29.
- Averbuch, M. y Katzper, M. (2000). A search for sex differences in response to analgesia. *Archives of Internal Medicine*, 160(22), 3424-3428.
- Chang, L. y Heotkemper, M.M. (2002). Gender differences in irritable bowel syndrome. *Gastroenterology*, 123(5), 1686-1701.
- Chial, H.J., y Camilleri, M. (2002). Gender differences in irritable bowel syndrome. *Journal Gender-Specific Medicine*, 5(3), 37-45.
- Clemente, A., Córdoba, A. I. y Gimeno, A. (2003). Diferencias en la percepción de influencia de los acontecimientos vitales en hombres y mujeres. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 35, 19-26.
- Dalla, C. y Shors, T.J. (2009). Sex differences in learning processes of classical and operant conditioning. *Physiology and Behavior*, 97, 229-238.
- Dennison, E., Mohamed, M.A. y Cooper, C. (2006). Epidemiology of osteoporosis. *Rheumatic Disease Clinics of North America*, 32,617-629.
- Emslie, C., Fuhrer, R., Hunt, K., Macintyre, S., Shipley, M. y Stansfeld, S. (2002). Gender differences in mental health: evidence from three organisations. *Social Science and Medicine*, 54 (4), 621-624.
- Engel, G.L. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*, 19, 129-236.
- Epel, E.S., Blackburn, E.H., Lin, J., Dhabhar, F.S., Adler, N.E., Morrow, J.D., y Cawthon, R.M. (2004). Accelerated telomere shortening in response to life stress. *Proceedings of the National Academy of Sciences of U S A.*, 101(49), 17312-17315.
- Franconi, F., Brunelleschi, S., Steardo, L y Cuomo, V. (2007). Gender differences in drug responses. *Pharmacological Research*, 55(2), 81-95.
- Frankenhaeuser, M. (1991). The psychophysiology of workload stress and health. Comparison between the sexes. *Annals of Behavioral Medicine*, 13(4), 197-204.
- Frankenhaeuser, M. (1996). Stress and gender. *European Review*, 4, 313-327.
- García-Sánchez, I. (2004). Diferencias de género en el VIH/SIDA. *Gaceta Sanitaria*, 18 (Supp. 2), 47-54.
- Gómez, E. (2002). Género, equidad y acceso a los servicios de salud: una aproximación empírica. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 11, nº 5-6.
- Hughes, R.N. (2007). Sex does matter: comments on the prevalence of male-only investigations of drug effects on rodent behaviour. *Behavioural Pharmacology*, 18, 583-589.
- Lamas, M. (comp.) (1996). *El género. La construcción cultural de la diferencia sexual*. México: Pueg-Porrúa.
- Lemos, S. (2003) La psicopatología de la infancia y la adolescencia: Consideraciones básicas para su estudio. *Papeles del Psicólogo*, 85, 11-18.
- Lidfeldt, J., Nerbrand, C., Samsioe, G. y Agardh, C.D. (2005). Women living alone have an increased risk to

- develop diabetes, which is explained mainly by life-style factors. *Diabetes Care*, 28(10), 2531-2536.
- Lundberg, U. and Frankenhaeuser, M. (1999). Stress and workload of men and women in high-ranking positions. *Journal of Occupational Health Psychology*, 4(2), 142-151.
- Lundberg, U., Mardberg, B. y Frankenhaeuser, M. (1994). The total workload of male and female white collar workers as related to age, occupational level and number of children. *Scandinavian Journal of Psychology*, 35, 315-327.
- Matud, M. P. (2004). Género. En M. P. Matud, R. J. Marrero y M. Carballeira *Psicología Diferencial*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Matud, M. P., Guerrero, K. y Matías, R. G. (2006). Relevancia de las variables sociodemográficas en las diferencias de género en depresión. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 6, 7-21.
- Matud, M.P. y Aguilera, L. (2009). Roles sexuales y salud mental en una muestra de la población general española. *Salud Mental*, 32, 53-58.
- Méndez-López, D.M., Gómez-López, V.M., García-Ruiz, M.E., Pérez-López, J.H. y Navarrete-Escobar, A. (2004). Disfunción familiar y control del paciente diabético tipo 2. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 42(4), 281-284.
- Ministerio de Sanidad y consumo. Informe salud y género (2006). Observatorio de salud de la mujer. www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/
- Naciones Unidas (1985). *Estrategias para el avance de la mujer*. Nairobi: Autor.
- Oertelt-Prigione, S., Parol, R., Krohn, S., Preißner, R. y Regitz-Zagrosek, V. (2010). Analysis of sex and gender-specific research reveals a common increase in publications and marked differences between disciplines. <http://www.biomedcentral.com/1741-7015/8/70>
- Organización Mundial de la Salud (2001). *Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas*. Informe sobre la salud en el mundo. <http://www.who.int/whr/2001/es/index.html>.
- Organización Mundial de la Salud (2002). *Gender and Mental Health*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Organización Mundial de la Salud (2003). *Why gender and health?* <http://www.Who.int/gender/henderandhealth.html>.
- Organización Mundial de la Salud (2008). *Subsanar las desigualdades en una generación. Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de salud*. Informe de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. <http://www.who.int/whr/2008/es/>
- Paoletti, R. y Wenger, N. (2003). Review of the international position paper on women's health and menopause. A comprehensive approach. *Circulation*, 107, 1336-1339.
- Rohlf, I., Borrell, C. y Fonseca, M.C. (2000). Género, desigualdades y salud pública: conocimientos y desconocimientos. *Gaceta Sanitaria*, 14 (Suppl 3), 60-71.
- Saxon, L., Hiltunen, A.J., Hjemdahl, P. y Borg, S. (2001). Gender-related differences in response to placebo in benzodiazepine withdrawal: A single-blind pilot study. *Psychopharmacology*, 153, 231-237.
- Tanaka, E. (1999). Gender-related differences in pharmacokinetics and their clinical significance. *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics*, 24, 339-346.
- Wenger, N. (1999). Cardiopatía en la mujer: la evolución del conocimiento está modificando extraordinariamente la asistencia clínica. En D.G. Julian y N. Wenger (Eds). *Cardiopatía en la mujer*. Barcelona: Edika Med.