

## Los efectos de las asimetrías de género en la salud de las mujeres

Isabel Martínez Benlloch  
Universitat de Valencia

*Este trabajo pretende analizar los efectos que las relaciones asimétricas de poder entre los sexos producen en la salud y, concretamente, el modo en que inciden en el bienestar o malestar personal las condiciones de vida. Los malestares subjetivos se manifiestan frecuentemente a través de síntomas. Estudios epidemiológicos constatan una mayor morbilidad, física y mental, en las mujeres. Una revisión crítica de trabajos precedentes evidencia la relación entre síntomas y roles de género y manifiesta los sesgos de modelos teóricos y prácticas clínicas. Implementar políticas de salud que consideren la parcialidad de extrapolar métodos de diagnóstico, tratamiento y prevención desarrollados exclusivamente con sujetos varones contribuirá a visibilizar la morbilidad diferencial y facilitará tomar en consideración las posiciones y papeles sociales de cada sexo a fin de no medicalizar el cuerpo de las mujeres.*

**Palabras clave:** mujeres, género, salud, síntomas.

*This study analyses the effects on health of the asymmetry of power relations between the sexes and, specifically, how life conditions have a bearing on personal well-being. Subjective discomfort usually manifests itself by means of symptoms. Epidemiological studies show a higher physical and mental morbidity in women. A critical review of previous studies highlights the connections between symptoms and gender role and shows the existence of bias in the theoretical models and clinical practices. The implementation of health policies which take into account this bias – which consists in extrapolating the results obtained in exclusively male samples to the design of diagnostic methods, treatment and prevention for the general population – will help to highlight differences in morbidity and will facilitate the consideration of the social positions and roles of the sexes in order not to medicalize women's bodies.*

**Key words:** Women, gender, health, symptoms.

«No hay una subjetividad que pueda aislarse de la cultura y la vida social, ni tampoco existe una cultura que pueda aislarse de la subjetividad que la sostiene».

Galende, 1997.

En muchos contextos se evidencian los efectos que producen las asimetrías de género que sostiene el modelo patriarcal, pero aquí consideraremos, someramente, cómo las desiguales condiciones de vida de varones y mujeres, entre otros factores, inciden tanto en la salud física como en la prevalencia diferencial de los trastornos psicológicos. Cada día se comparte más la idea de que los problemas de salud no se distribuyen azarosamente sino que están relacionados con las condiciones sociales y económicas que viven los sujetos y que influyen en sus estilos de vida, lo que constata que las meras diferencias biológicas son claramente insuficientes para explicar las desigualdades de salud. En este sentido, la OMS, al mantener que la salud no es ausencia de enfermedad sino un estado de bienestar biológico, psicológico y social que permite realizar satisfactoriamente actividades de trabajo y ocio, está proponiendo incorporar a las perspectivas clínicas organicistas aspectos de la subjetividad relativos a lo emocional y relacional. En los últimos tiempos se tiende a considerar tanto la dimensión biológica de la enfermedad como su percepción subjetiva (sentimientos de malestar y dolor).

Los procesos de modernización social y desarrollo económico de las últimas décadas, además de potenciar la desaparición de factores tradicionales de riesgo de amplio espectro, han impulsado un control de la morbilidad y mortalidad. A la actual tesis de la «transición de la salud» subyace una causalidad compleja que manifiesta el peso cambiante de los muchos factores de diversa índole que inciden en las condiciones de salud (Gil y Cabré, 1997). Esta aproximación implica una conceptualización de sujeto holística en la que se integran tanto la policausalidad de los fenómenos -con el reconocimiento de las crisis y contradicciones que producen las tensiones de la vida cotidiana- como su recursividad -i.e., los productos y los efectos son al mismo tiempo consecuencia y génesis de aquello que los produce-. Este análisis exige pensar la salud de las poblaciones en general, y de las mujeres en particular, como resultado del entretrejimiento de diferentes factores: condiciones socioeconómicas; construcción sociohistórica de las masculinidades y feminidades; sistema de creencias en torno a la relación salud/enfermedad; modelos científicos de interpretación e intervención clínica e indagación en las prácticas sociales y de la vida cotidiana. Implica prácticas de salud que, con una mirada integral y compleja de nuestra condición de sujetos sexuados, contemplen los bienestar y malestares subjetivos.

Una propuesta de este tipo encuentra serias dificultades porque las posiciones de género continúan actuando como eje vertebrador de las relaciones de poder y, en la producción social de la existencia, manifiestan la desigual distribución de prestigio, oportunidades y representación entre los sexos. La masculinidad-feminidad, al fundamentarse en una lógica dicotómica, transforma la diferencia en oposición, y construye espacios antagónicos que socialmente se asignan a los individuos por su diferente anatomía. Por ello, delimitan un acceso discriminatorio a los recursos sociales necesarios y disponibles para poder desarrollar experiencias subjetivas personales y grupales, ya que se construyen relaciones intersubjetivas sustentadas en la jerarquía y el dominio. Además, el poder no es un ente abstracto, es algo que se ejerce, que se visualiza en las interacciones, produciendo un doble efecto: opresivo y de configuración, ya que recorta la realidad vital del sujeto y le conflictúa.

## Conflictos de rol de género y salud

El modo de percibir el mundo y resolver los conflictos y problemas está relacionado con la interiorización del sistema de valores culturales y de las normas sociales sobre cómo debemos ser, sentir y comportarnos. La vivencia de las propias experiencias va a condicionar el afrontamiento y la resolución de los problemas y, por tanto, influye en los posibles modos de enfermar (Crawford, 1995; Martínez Benlloch y Bonilla, 2000; Mingote, 2001; Russo y Green, 1993; Unger y Crawford, 1996).

En el documento «Función de las mujeres en la asistencia sanitaria», publicado por la OMS en 1988, se vincula el estereotipo femenino, caracterizado por la sumisión, pasividad, dependencia y emotividad..., con la capacidad de las mujeres para cuidar a los demás pero, también, con su mayor vulnerabilidad a la somatización. Los síntomas somáticos funcionales no definen ningún cuadro patológico concreto pero están presentes en muchos síndromes clínicos. La somatización denota un patrón de conducta de enfermedad en relación al modo en que son percibidas, evaluadas y representadas, cognitiva y comportamentalmente, las manifestaciones somáticas, y son las mujeres quienes con mayor frecuencia presentan trastornos somatoformes. De ahí que reconocer la lógica que sostiene la relación entre somatización y género supone, entre otras cosas, desmontar esta condición doliente atribuida desde siempre a lo femenino.

La complejidad y reflexividad de la dialéctica sexo-género está en la base de la construcción del sistema de creencias que articula la constitución genérica de los individuos y, en consecuencia, su subjetividad. Este proceso, que se adquiere y desarrolla de múltiples formas –dependiendo de cada cultura y del modo particular como los sujetos construyan la realidad social en función de las oportunidades de que dispongan para desempeñar diversos roles–, ha sufrido modificaciones; actualmente las relaciones intersexuales están cambiando en íntima relación con las transformaciones socio-culturales. Un indicador de ese cambio es la masiva incorporación de las mujeres a los ámbitos educativo y laboral

Pero estos cambios encubren una trampa. En las sociedades occidentales, donde prevalecen principios formales de libertad e igualdad, a través de un proceso que simbólicamente continúa devaluando lo culturalmente femenino –piénsese en el sexismo benevolente–, con sutileza y refinamiento, se potencia que los sujetos –bien por medio del curriculum oculto, bien de los medios de comunicación, bien de prácticas familiares, laborales o de participación social– interioricen los estereotipos de género. Actualmente, a pesar de los cambios, el mundo privado familiar, lugar privilegiado de la circulación de los afectos, sigue siendo básicamente de las mujeres, lo que lleva a que sean cariñosas y solidarias, atentas a las necesidades de los demás y mantengan el orden y la armonía familiar, que velen por la salud de toda la familia y sean «el descanso del guerrero», *i.e.* las mujeres deben vivir con el peso de las sobreexigencias sociales, para satisfacer y garantizar el bienestar de los otros, por lo que deben ser pacientes y comprensivas, centrarse en dar afecto y cumplir con su 'destino' de amor y servicio. No sólo eso, el rol femenino, centrado en la maternidad, se extiende a casi todas las relaciones humanas y maternaliza todos los demás roles. Esta 'extrema dedicación' lleva implícita la expectativa de igual retribución, pero la realidad es diferente y crea sentimientos de frustración ante la toma de conciencia de que el tiempo, la comprensión y la atención que se dedican a los otros está en detrimento del reconocimiento y atención a las propias necesidades y deseos (Comas, 1995; González de Chávez, 2001; Martínez Benlloch y Bonilla, 2000).

Estas demandas sociales, a menudo antagónicas y ambiguas, enfrentan a tensiones que generan contradicciones y se manifiestan de manera paradójica. Particularmente en el caso de las mujeres, además de poder ser madres si lo desean, también son individuos que quieren participar en la sociedad, y ser ciudadanas, cuestión que frecuentemente entra en colisión con el mandato de género, reforzado a lo largo de siglos de atavismos, y les produce un considerable grado de culpabilidad y una sobrecarga y estrés tanto físico –doble jornada– como emocional. La vida cotidiana pone de manifiesto la distancia que hay entre idealidad y realidad. Las demandas actuales son múltiples y para la mayoría de las mujeres las responsabilidades familiares continúan siendo prácticamente suyas. Además, al tiempo que se sacraliza la maternidad y la dedicación a la familia y el hogar se devalúan esas funciones, ya que el valor dominante en nuestra sociedad está regido por la ecuación producción-remuneración. Las prescripciones de género, ética de la justicia frente a ética del cuidado y la responsabilidad, con sus supuestos implícitos, continúan estando vigentes.

La complicidad con estos mensajes sociales lleva a las mujeres a querer ser «atractivas» y «buenas profesionales» y continuar manteniendo el 'fuego eterno' y, en consecuencia, ser buenas esposas, perfectas madres e hijas, y eficaces amas de casa. Psicológicamente se sabe de las tensiones que puede producir el desempeño de determinados roles cuando una persona ocupa posiciones que, en algunos aspectos, los hacen incompatibles (Bonilla, 1998; Frankenhaeuser *et al.*, 1991; Jessell y Beymer, 1992; Valls, 2000). Hasta tal punto estas contradicciones producen efectos que, de manera reiterada, se manifiestan en los malestares de los que informan las mujeres. Las discriminaciones conllevan aislamiento de determinadas esferas sociales y campos de la actividad laboral y política, lo que coloca a los sujetos ante la imposibilidad de disfrutar de los recursos disponibles, la falta de reconocimiento de sus capacidades personales, la negación a manifestar libremente las propias emociones e interés etc, con los sentimientos de infravaloración e indefensión que estas experiencias vitales pueden llegar a generar. Además, el mandato de género exige experimentar la maternidad y el cuidado de los otros sólo de forma positiva *i.e.*, las mujeres deben ser refugio y sosten de las angustias y malestares ajenos sin sentir y, por lo tanto, mostrar ningún atisbo de ambivalencia. Frente a estas exigencias conciliar la vida familiar y laboral o continuar vinculada a posiciones generizadas fuertemente devaluadas –ser ama de casa– produce sentimientos de culpabilidad ante las dificultades para responder al sacralizado mito de la maternidad y conciliar satisfactoriamente espacios vitales antagónicos. Estas realidades frecuentemente se ocultan bajo los síntomas somáticos que aparecen en muchos síndromes clínicos y nos llevan a pensar que están cambiando los modos de enfermar ya que unas condiciones de vida constreñidas y marcadas limitan la salud física y mental de quienes las padecen.

Como señala Billig (1987), en lenguaje teatral un 'conflicto de rol' alude a la situación en la que un actor debe aparecer en escena representando dos papeles a la vez. Estas situaciones se dan frecuentemente en la vida cotidiana y su resolución va a depender de las capacidades y modos de afrontamiento personales. Los sujetos con identidades de género flexibles podrán compaginar más fácilmente estos antagonismos pues tienen un repertorio más amplio de mecanismos de defensa psicológicos y utilizan una mayor variedad de estrategias de afrontamiento en situaciones estresantes (Grimmell *et al.*, 1992; Koestner y Aube, 1995). Los estudios informan que las mujeres desarrollan autoconceptos más flexibles que los varones y contemplan un mayor conjunto de dominios vitales (Bridges, 1989; Curry *et al.*, 1994; Etaugh y Liss, 1992). No obstante, cuanto más rígida y uniforme sea la identidad de un sujeto y, en conse-

cuencia, con mayor consistencia y estabilidad desempeñe su rol de género, más tensiones le puede llegar a producir el hecho de no poder alcanzar los modelos ideales.

### **Los malestares de las mujeres: la perspectiva de género en las diferencias y desigualdades en salud**

El término malestar psicológico alude a la autopercepción de pensamientos, sentimientos y comportamientos que informan del estrés percibido, de sentimientos de desánimo, desmoralización y miedo, de los sufrimientos psíquicos y emocionales producto de las contradicciones y tensiones entre la experiencia vital y las expectativas personales. Esta nueva categoría desarticula el binomio salud-enfermedad al ir más allá de los síntomas y forzar la incorporación de dimensiones significativas, en la producción de las subjetividades femeninas y masculinas, al análisis de las demandas de asistencia clínica; de ahí que adquieran una fuerte significación las dimensiones sociocultural e histórica. Como afirman Burin *et al.* (1990) hablar del malestar de las mujeres implica asumir un posicionamiento teórico e ideológico que se pregunte por los efectos que produce el lugar históricamente construido para las mujeres y en cómo los roles de género acaban siendo factores de riesgo para la salud.

Las enfermedades y trastornos psicológicos normalmente se manifiestan a través de síntomas y son los estudios epidemiológicos los que informan de la posible prevalencia diferencial de éstos. El desigual valor de la posición de los sujetos por su pertenencia sexual –las asimetrías de género– debe considerarse una de las fuentes explicativas de la diferente prevalencia de sintomatología clínica que muestran los informes de salud. Desde mediados del siglo XX, dos teóricos distantes en sus concepciones teóricas, Parsons (1954) al admitir que el rol femenino era un notable foco de tensiones inherentes a la propia estructura de nuestra sociedad y Freud (1930) al reconocer los efectos de la cultura en la construcción de la feminidad, están sugiriendo las repercusiones que los sistemas prescriptivos en torno a la diferencia sexual tienen en el psiquismo.

Además, al aproximarnos al análisis de los datos epidemiológicos debemos tener en cuenta los sesgos de género (Valls, 2000) que subyacen a los modelos teóricos en el campo de la salud y que se manifiestan en las prácticas clínicas. Estos sesgos se explicitan en:

a) Extrapolar a las mujeres los resultados de investigación realizada exclusivamente con varones. Esto implica considerar que los factores de riesgos y los protectores para la salud son los mismos en varones y mujeres, cuando esto no es así. No todos los métodos de diagnóstico y prevención y los programas de intervención pueden ser extrapolables, y hacerlo comporta invisibilizar la morbilidad y mortalidad diferencial (Bennett, 1993; Burin *et al.*, 1990; González de Chavez, 2001; Manson *et al.*, 1990). Son muy pocas las investigaciones realizadas tomando en consideración indicadores de riesgo para la salud de las mujeres, como por ejemplo: los efectos de la terapia hormonal, las implicaciones de las condiciones de vida, la sobrecarga de trabajo y responsabilidades, el estrés psicofisiológico en la enfermedad, fundamentalmente en las cardiopatías. La falta de diagnósticos específicos para muchos problemas de salud lleva a que se constate un mayor porcentaje de mujeres que se agrupan bajo el diagnóstico «síntomas y signos no específicos» (Frankenhaeuser *et al.*, 1991; Heilbrun, 1998; Harlow *et al.*, 1999; Mingote, 2001, Valls, 2000).

b) Basándose en modelos médicos y psicológicos clásicos —a pesar de que actualmente los meta-análisis en el campo de la psicología aportan evidencia de mayores semejanzas que diferencias— los discursos clínicos mantienen que dado que existen diferencias entre los sexos también se enferma de manera diferente. Esta convicción diferencial circunscribe la salud de las mujeres a una salud reproductiva y, por lo tanto, su intervención se focaliza en el embarazo, la planificación familiar y recientemente la menopausia y los cánceres específicos. El peso de esta creencia es tan grande que un considerable número de «problemas de las mujeres» se derivan de atención primaria o desde las especialidades médicas a las «unidades de atención a la mujer» (Valls, 2000). La atribución de diagnósticos diferenciales con mayor prevalencia entre las mujeres, sin que hayan sido rigurosamente probados (mayor depresión, ansiedad, mayor percepción subjetiva de dolor) lleva a relativizar síntomas descritos por las mujeres, minimizar el valor de su palabra y, ante la reiteración de la queja, prescribirles en mayor número y frecuencia ansiolíticos y antidepresivos, con lo que se psicologiza y medicaliza la demanda de atención sanitaria. Existe evidencia de la prescripción de altas dosis de tranquilizantes como práctica habitual, incluso sin que se haya realizado ninguna exploración previa (Ashton, 1991).

c) En cuanto a la actitud de los profesionales de la salud, a menudo se radicaliza un abordaje biomédico que enfatiza tanto los tratamientos farmacológicos, enajenando al sujeto, como los diagnósticos clínicos. Un ejemplo actual es el de la menopausia y el tratamiento hormonal sustitutivo. La menopausia no es una enfermedad sino un cambio fisiológico ligado a un proceso biológico de envejecimiento. Si bien es cierto que puede presentar estados de malestar, no en todas las mujeres, magnificar los síntomas asociados como resultado de los intereses de la industria farmacéutica ha llevado a medicalizar a muchas mujeres. Como señala Bernis (2001) la investigación realizada recientemente ha supuesto una considerable mejora en el conocimiento del proceso «normal» de este envejecimiento reproductor y ha contribuido a cambiar su comprensión y, en gran medida, a tomar distancia de la terapia hormonal (Bromberger *et al.*, 1997; Mckinlay *et al.*, 1992; Sánchez-Cánovas, 1996).

Se ha puesto de manifiesto que algunos aspectos asociados al síndrome menopáusico son debidos a otras causas. Así, el aumento de peso está más relacionado con comportamientos reproductores y nutricionales que con la transición vital (Barroso *et al.*, 2000; Crawford *et al.*, 2000). Muchos de los síntomas depresivos y comportamentales son resultado de sucesos vitales y atribuciones sociales que coinciden con la transición menopáusica (Bernis *et al.*, 1998; Burin *et al.*, 1996; Dio Bleichmar, 1991; Wilbur *et al.*, 1995; WHO, 1998). Además, son muchas las mujeres que no perciben la menopausia y los síntomas asociados como problemas preocupantes de salud y, por el contrario, creen que hay otros que les afectan y limitan más su calidad de vida, por ejemplo los problemas cardio-vasculares y del sistema músculo-esquelético, la depresión, el aislamiento social y las enfermedades crónicas de cansancio y pérdida de fuerzas (Arigita, 2001; Bernis *et al.*, 1998; Valls, 2000).

Existe evidencia de un trato diferencial, en función del sexo, tanto en la cumplimentación de protocolos y tratamientos como a la hora de considerar la cirugía en las enfermedades coronarias (Healy, 1991; Marrugat *et al.*, 1998). Muchos trabajos ponen de manifiesto que, a pesar de ser la enfermedad coronaria la primera causa de muerte en las mujeres, por encima del cáncer de mama (Valls, 2000), muchas veces no es detectada pues los factores de riesgo son diferentes a los de los varones, cambian a lo largo del ciclo vital y cursan con distinta sintomatología (Burke *et al.*, 1998; Manson *et al.*, 1990; Marrugat *et al.*, 1998; Ray, 1998).

Finalmente, la carencia de un espacio de escucha, en el que tenga cabida la posibilidad de significar la queja, implica ejercer violencia institucional. Esa incapacidad de escucha, fundamentalmente de la clase médica y, aunque resulte paradójico, de algunos psicólogos y trabajadores sociales, junto a la sistemática ignorancia del valor y esfuerzo que requiere el trabajo reproductivo; el estrés que genera conciliar vida familiar y laboral; los efectos de la infravaloración social, etc, manifiestan la sistemática invisibilidad de las tareas «no productivas». Estudios científicos confirman que la mayor morbilidad de las mujeres está asociada a demandas vinculadas al rol de cuidado y al afrontamiento de la enfermedad de otros miembros de la familia, siendo un determinante más importante de morbilidad los estresores familiares que los laborales o la clase social. Además, son conocidos los efectos que el estrés produce en el metabolismo y las funciones inmunológicas. (Burin *et al.*, 1996; Dio Bleichmar, 1991; Tubert, 1996, 2001; Valls, 1999).

En el informe elaborado por la Conselleria de Benestar Social de la Generalitat Valenciana *Las mujeres valencianas en el siglo XXI: Informe sociológico de una evolución (1986-1999)*, al abordar el análisis de los indicadores de salud y, concretamente, los datos de la Encuesta sobre la situación de las mujeres en la Comunidad Valenciana, publicada en 1998, la distribución, en porcentajes, de algunos trastornos fue la siguiente:

	Problemas sistema óseo		Problemas de ánimo		Problemas cardíacos		Problemas intestinales	
	Mujer	Varón	Mujer	Varón	Mujer	Varón	Mujer	Varón
Presencia	30.8	23.1	15.3	3.4	6.7	5.2	11.7	6.7
Indeterminado	23.3	23.4	29.7	20.2	13.7	11.4	25.2	21.1
TOTAL	54.1	46.5	45.0	23.6	20.4	16.6	36.9	27.8

Tanto los trastornos relativos al estado de ánimo como los problemas intestinales, que son las dolencias que más frecuentemente reciben la categoría diagnóstica «síntomas de signos no específicos», son los que muestran una mayor diferencia intersexual. Nos encontramos ante problemas de salud en los que no intervienen exclusivamente factores biológicos sino que influyen, de manera relevante, variables contextuales y experienciales. En el caso concreto de los trastornos gastrointestinales (colon irritable) se asocian con elevada co-morbilidad psíquica: depresión, trastornos de ansiedad, fobias y somatizaciones (Mingote, 2001).

En la enfermedad coronaria, aun cuando los estrógenos actúan como factor de protección, son factores de riesgo: los acontecimientos vitales estresantes, los mayores grados de pobreza, ya que se da una relación inversa entre nivel socio-económico y morbilidad-mortalidad cardiovascular, la sobrecarga de roles devaluados socialmente y el hecho de que, en nuestro país, el patrón A de conducta sea más prevalente en las mujeres (Denia y Mingote, 2001). Además, el patrón A en la mujer está más relacionado con ansiedad, neuroticismo y distrés que con hostilidad, de ahí que estas dolencias se asocian con depresión y trastornos de ansiedad. El estrés emocional agudo puede estimular la producción de arritmias.

Respecto de la percepción subjetiva del estado de salud, los datos que aporta el *Panel de Hogares Europeo 1995* (Instituto Nacional de Estadística) son relevantes y constatan datos obtenidos en España en investigaciones anteriores (Durán, 1983;

Jovell, 1994). Frente al 68.5% de los varones, de 16 y más años, que declara disfrutar de un estado de salud muy bueno o bueno, esta percepción es compartida por el 60.3% de las mujeres. Por otra parte, dicen tener una mala o muy mala salud el 14.9% de las mujeres y sólo un 9.3% de los varones. En el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV), en el eje I, se incluyen diferentes factores psicológicos que inciden en el estado físico de los sujetos. Así, tanto los síntomas psicológicos, los trastornos mentales, los rasgos de personalidad y los estilos de afrontamiento, como las conductas desadaptativas y las respuestas fisiológicas relacionadas con el estrés pueden contribuir al desarrollo de dolencias físicas, pero además determinados niveles de pobreza y la violencia de género también van a incidir, de manera significativa, en la génesis de la enfermedad (Heise, 1994).

### **Salud mental y DSM-IV**

En cuanto a la salud mental, una pequeña incursión en el DSM-IV, donde el análisis de un gran número de categorías diagnósticas recoge los síntomas dependientes de la cultura, la edad y el sexo, nos aporta una radiografía acerca de la salud mental de las mujeres. Una lectura desde la perspectiva de género de esta información nos va a permitir constatar la observación diferencial de diagnósticos clínicos entre los sexos, y pone de manifiesto la relación que existe entre rol de género y sintomatología.

Así, por ejemplo, el número de trastornos relacionados con la *ingesta de sustancias*, el abuso y dependencia del alcohol, alucinógenos y opiáceos, es mayor en varones que en mujeres, y, sin embargo, se observa una relación inversa en el consumo de sedantes y ansiolíticos. Algunos de los riesgos asociados al consumo de los estupefacientes que toman con mayor frecuencia los varones son: accidentes, violencia, apatía y deterioro de la actividad laboral y social, en tanto que el consumo abusivo de ansiolíticos puede asociarse con depresión, labilidad emocional, sentimientos de tristeza y soledad, atribución de incapacidad, etc. El mayor consumo de psicofármacos por las mujeres puede deberse al hecho de que son drogas lícitas lo cual, a pesar de sus consecuencias adictivas, no las estigmatiza socialmente, ya que las conductas de trasgresión están mucho más condenadas en las mujeres y, por lo tanto, les provocan sentimientos de vergüenza, culpabilidad y degradación personal. Por el contrario, el consumo de ansiolíticos o antidepresivos actúa como fuente de autorregulación de elementos exógenos con la finalidad de reducir el malestar (Burin *et al.*, 1990). El consumo de fármacos no deja de ser una estrategia de afrontamiento de evitación.

Cuando se analizan los *trastornos del estado de ánimo* se observa que, en la categoría «episodios afectivos», los depresivos aparecen con doble frecuencia en mujeres que en varones. La depresión constituye un problema de salud pública por su elevada prevalencia, con frecuencia con comorbilidad de trastornos somatoformes, básicamente cardíacos y gastrointestinales. Como es sabido, los componentes de inferioridad social: desamparo legal o económico, dependencia emocional, autoestima devaluada, obediencia, dulzura y complacencia, contribuyen a anidar síntomas depresivos (Beck, 1972; Dio Bleichmar, 1991; Mingote, 2000; Seligman, 1975). Desde tesis psicodinámicas (Burin *et al.*, 1996; Levinton, 2001; Tubert, 2001) se postula la relación existente entre reforzar los vínculos, como consecuencia de la importancia que, en la crianza de las niñas, se da a la motivación de apegos, y la dependencia emocional. El primigenio miedo ante la amenaza de la pérdida de amor, sobre todo parental, unido a una educación sentimental que lleva a las mujeres a considerar que «el



amor es la cuestión más importante de la vida», sostiene sus inseguridades, sus miedos a quedarse solas, su baja autoestima y reconocimiento, y facilita posiciones de subordinación a los otros. Las dificultades e incapacidad de alcanzar la meta del 'ideal maternal' es vivida como una insuficiencia personal y socaba la autoestima de muchas mujeres al no ser capaces de satisfacer su deseo. Este ideal maternal, que con variantes continúa manteniéndose, demoniza todo deseo de autonomía en las mujeres, terminando éstas fagocitadas por sus hijos. Aunque parezca exagerada esta afirmación, el propio corpus teórico de la psicología con el síndrome de «nido vacío» ejemplifica perfectamente esta alienación. A menudo, ante la impotencia para transformar las condiciones vitales, las mujeres sucumben a la depresión. En mujeres amas de casa la probabilidad de depresión se incrementa cuando los hijos son autónomos, lo que sugiere la relación de los estados depresivos con miedo a la soledad, disminución de la función materna y pérdida del sentido de su vida. Mientras que muchas mujeres jóvenes, en las que sigue pesando el mito de la «buena madre», viven una fuerte contradicción para equilibrar dos deseos legítimos: tener hijos y tener una profesión.

Respecto a los *trastornos de ansiedad*, tanto los de angustia, de ansiedad generalizada y la agorafobia, como los distintos tipos de fobia –excepto la social–, su presencia en mujeres es explícitamente mayor. Existe evidencia de que más del 30% de asmáticos sufre trastornos de pánico o agorafobia (Mingote, 2001). También la prevalencia en mujeres es sustancialmente mayor cuando consideramos –en países desarrollados– los «trastornos somatoformes», el «trastorno de identidad disociativo», los «trastornos del control de los impulsos» –entre ellos, el juego patológico–, los «trastornos de la personalidad» –bien sea el trastorno límite de la personalidad, bien sea el de la personalidad por dependencia, bien el histriónico– y los «trastornos de la conducta alimentaria» –tanto la anorexia como la bulimia nerviosas–. En estos últimos, los criterios normativos de belleza al alcanzar estatuto de propuesta cultural idealizada inciden en la percepción y reconocimiento del propio cuerpo, sobre todo en la adolescencia, distorsionando la percepción de la imagen corporal (Martínez Benlloch *et al.*, 2001).

En cambio, se observa una mayor prevalencia en los varones de diagnósticos relacionados con la categoría *trastornos de la personalidad*, que tienen que ver con trastornos antisociales, y son ligeramente más frecuentes en varones los diagnósticos de trastornos paranoides y esquizotípicos. Asimismo, se constata mayor frecuencia en trastornos de la personalidad por evitación, trastornos obsesivo-compulsivos de la personalidad y narcisistas de la personalidad.

En otras patologías, al margen de su grado de incidencia en cada uno de los sexos, su manifestación puede ser diferencial. Así, por ejemplo, los varones que presentan trastornos histriónicos de la personalidad suelen vestirse y comportarse «a lo macho», tratando de ser el centro de atención por medio de la descripción de sus excelentes capacidades atléticas o amatorias, mientras que las mujeres se comportan de forma muy femenina alardeando de sus capacidades de seducción. Otro hecho diferencial hace referencia a la dificultad que manifiestan las mujeres para participar en programas de tratamiento del juego patológico y desintoxicación alcohólica (a lo que sin duda contribuye la sanción social de conductas disonantes con el rol y, por tanto, su consiguiente ocultamiento).

Bajo el epígrafe *trastornos sexuales y de la identidad sexual* se analizan diferentes sintomatologías. Unas están asociadas a disfunciones sexuales en íntima relación con alteraciones del deseo sexual y anomalías de la respuesta sexual que provocan conflictos interpersonales. Otras, vinculadas a las parafilias, fantasías o prácticas

sexuales que comportan el uso de objetos, la realización de actividades o la necesidad de «crear» situaciones inhabituales. Y, por último, se describen los trastornos de la identidad sexual caracterizados por una identificación intensa y persistente con el otro sexo.

Las disfunciones sexuales básicamente se refieren a la vivencia de la sexualidad aludiendo a las dificultades que muestran los individuos respecto del deseo, la excitación, el orgasmo y el dolor. En este manual taxonómico están consideradas en función de su especificidad para uno u otro sexo, señalándose en el análisis de las diversas categorías diagnósticas el peso de la cultura en las prácticas sexuales, pero no se establecen estudios diferenciales intersexuales. No obstante, cabe señalar tanto la excesiva vinculación que se establece en la clasificación de los trastornos sexuales entre sexualidad, genitalidad y coito –pues se parte del prejuicio de que la sexualidad necesariamente debe pasar por la penetración, cuando hay muchas formas de vivir y expresar la sexualidad, particularmente, en momentos concretos de la vida–, como una ausencia de análisis de variables y relaciones que contemplen la desigualdad genérica respecto a la libertad sexual y sus implicaciones en la vida amorosa de las personas.

Con referencia a las parafilias, a pesar de su difícil delimitación –debido a la multiplicidad de prácticas sexuales que se producen en las diversas culturas–, cuando se establece la diferente prevalencia dependiendo del sexo, en el DSM-IV (1995, p. 537) se afirma: «a excepción del masoquismo sexual, en el que la relación según el sexo (*sex ratio*) es de veinte varones por una mujer, las otras parafilias prácticamente no se diagnostican nunca en mujeres, aunque se han descrito algunos casos».

Por último, la categoría «trastornos de la identidad sexual», cuya denominación más adecuada sería «trastornos de la identidad de género», se aplica cuando se observa, por un lado, la identificación de un sujeto de modo persistente e intenso con el otro sexo –sistema de creencias y valores que socialmente conforman el estereotipo de género del otro sexo– lo que le lleva a desear vivir como las personas pertenecientes al otro sexo, y, por otro, la manifestación de un malestar clínicamente significativo, de un desajuste con los papeles propios de su sexo morfológico, dándose un ajuste «ideal» con los del otro sexo, lo que conlleva, en nuestra cultura, un considerable deterioro laboral y social. Aun cuando no se recoge en el manual, existen instrumentos de evaluación de la identidad de género que pueden facilitar la confirmación de este tipo de diagnóstico.

Si bien este tipo de trastornos en todas las edades y para ambos sexos genera dificultades de relación y rendimiento, por lo general, se manifiestan de manera diferente a lo largo del ciclo vital. Así, en la infancia los pequeños suelen mostrar desagrado hacia su sexo e interés por los juegos del otro sexo, por transvestirse, cuestión ésta que les genera angustia y distorsión en la vida cotidiana; además, habitualmente suelen mostrar una orientación homosexual o bisexual en la etapa adulta (Bailey y Zucker, 1995; Green, 1987). Algunas investigaciones confirman que diversos tipos de terapias pueden contribuir a aliviar la ansiedad personal de los pequeños (Green, 1987). Sin embargo, ante la intervención terapéutica, Bem (1993) advierte del riesgo de pretender conformar la identidad de género del sujeto a la prescrita por su morfología. En la adolescencia los conflictos se agravan, ya que, ante el miedo al rechazo y las burlas de los otros, los sujetos se aíslan familiar y socialmente, presentando, a menudo, síntomas de ansiedad y depresión. En la adultez, este tipo de trastornos generalmente estigmatiza más a los varones que a las mujeres pues, debido a la homofobia, socialmente se aceptan con más normalidad las actitudes masculinas en las muje-

res que las femeninas en los varones. Estos trastornos producen básicamente problemas graves de comunicación y aislamiento. Actualmente las intervenciones quirúrgicas pueden contribuir, en parte, a resolverlos. En el DSM-IV también se describen, someramente, trastornos no especificados de orden sexual y de identidad de género, incluyéndose en esta diagnosis las personas que muestran indicadores biológicos de sexo contradictorios (síndrome de insensibilidad a los andrógenos, hiperplasia adrenal congénita, etc).

Ante la prevalencia diferencial de los trastornos psicológicos urge obtener diagnósticos diferenciales más rigurosos que tomen en consideración el peso de la cultura en la construcción de la subjetividad. Apostar por diagnósticos diferenciales no implica asumir la creencia de que al ser anatómicamente diferentes varones y mujeres deben enfermar de manera desigual, sino establecer nuevas estrategias de trabajo que contemplen los factores de riesgo y prevención para cada uno de los sexos, y en los que inciden variables biológicas, psicológicas y sociales. Además, en este sentido, son necesarias aproximaciones de investigación que consideren el abanico de discriminaciones que sufren muchos sujetos, fundamentalmente las mujeres porque están afectadas. No es posible una correcta comprensión de los datos epidemiológicos si los efectos que producen la pobreza, la falta de recursos culturales, la violencia, la devaluación social, todos ellos en íntima relación con la dimensión de género, no se incorporan al análisis.

Después de lo expuesto, debemos preguntarnos, como hace Valls (2000), si podemos:

a) Analizar los problemas de salud que produce el estrés laboral sin considerar la doble, a menudo triple, jornada, el acoso sexual, el acoso moral, el techo de cristal... que sufren las mujeres.

b) Mantener la violencia que se invisibiliza tras las paredes de los hogares y, en consecuencia, no querer saber de los delitos privados y mantener su impunidad.

c) Afirmar que la asistencia sanitaria hacia las mujeres se realiza cuando se contemplan, casi exclusivamente, los aspectos reproductivos de la salud.

d) No tomar en consideración los efectos iatrogénicos de las prácticas clínicas: reproducción asistida, cirugía estética, etc.

e) Considerar que los ideales de delgadez, belleza y juventud contribuyen al bienestar de las mujeres o más bien cosifican sus cuerpos.

f) Olvidar que, en muchas ocasiones, las mujeres con sus quejas actúan de punta de iceberg que sobresale de un «magma» patológico familiar.

## Perspectivas de futuro en la investigación sobre salud

A pesar de las muchas transformaciones que deben darse en este campo de trabajo, en las últimas décadas se ha producido un avance espectacular en la visibilidad de los problemas de salud de las mujeres, fundamentalmente en aspectos relativos a la salud sexual y reproductiva. Además, los informes epidemiológicos, al desagregar por sexo la información, han contribuido a evidenciar la prevalencia en las mujeres de determinadas enfermedades, lo que permite poner las bases para la construcción de indicadores de género en salud, pues varones y mujeres no siempre comparten ni los factores de riesgo ni los factores protectores para la salud (Prior, 1997). La búsqueda de estos nuevos indicadores ha constatado, también, la influencia que la conducta de los profesionales de la salud tiene en la detección y riguroso diagnóstico de la enfer-

medad y en su tratamiento. A menudo, los chequeos que se realizan en medicina preventiva son sesgados porque detectan sólo la morbilidad prevalente en el sexo masculino, ya que es éste el parámetro al uso (Ayanian y Epstein, 1991; Schwartz, 1997; Marrugat *et al.*, 1998; Valls, 2000).

A fin de erradicar los sesgos de género, la profesora Valls (2000), siguiendo las recomendaciones de Ruiz y Verbrugge (1997), propone:

a) Democratizar la producción del conocimiento. La investigación en salud debe considerar sujetos experimentales a varones y mujeres.

b) Los diseños de investigación deben tomar en consideración las diferencias biológicas entre los sexos, pero también las posiciones y funciones sociales que desempeñan cada uno de los sexos.

c) Para alcanzar mejores diagnósticos se deben considerar las condiciones de vida familiar y laboral, además de la fisiología. Escuchar las demandas, en la práctica clínica, no sólo ayudaría a indagar los condicionantes vitales que inciden en el malestar de las mujeres, sino que permitiría detectar las formas específicas de manifestarse las dolencias y las variables comunes para ambos sexos.

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

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

Ante la mayor prevalencia entre las mujeres de dolencias como las cardíacas; oseo-musculares; gastrointestinales; somatoformes; depresivas; trastornos alimentarios: anorexia, bulimia y las nuevas formas de disciplina del cuerpo; fibromialgia; las huellas de la violencia y, un etcétera demasiado largo, se pone de manifiesto la necesidad de implementar nuevas perspectivas en el tratamiento de la salud y la enfermedad que permitan superar los sesgos de género que actualmente se dan en este campo.

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

Este tipo de propuestas requieren métodos que integren investigación cuantitativa y cualitativa, pues al rigor de los tratamientos multivariados se debe añadir el acceso, por medio de los discursos, a las representaciones ideológicas y condensaciones simbólicas que reconstruye el sujeto en sus experiencias y prácticas individuales. Los enfoques interdisciplinares abren las puertas al análisis de esta complejidad.

## REFERENCIAS

- Arigita, Y. (2001). *Intervención psicosocial en la fibromialgia*. En AAVV, II Jornadas de Salud Mental y Género. Madrid. Instituto de la Mujer. Serie Debate, 32, 119-128.
- Ashton, H. (1991). Psychotropic-drug prescribing for women. *Brit. Journal Psychiatry*, 10, 30-35.
- Ayanian, J. Z. & Epstein, M. A. (1991). Differences in the use of procedures between women and men hospitalized for coronary heart disease. *New England Journal Medicine*, 325 (4), 221-225
- Bailey, M. & Zucker, K. (1995). Childhood sex-typed behavior and sexual orientation: A conceptual analysis and quantitative review. *Development Psychology*, 31, 43-55.

- Barroso, A., Bernis, C., Arias, S., González, B., Montero, P., Varea, C. y González-Rivera, M. (2000). Envejecimiento ovárico, composición corporal y cambios de peso en Alcobendas. En T. A. Varela (Ed.), *Investigaciones en Biodiversidad humana* (pp. 591-597). Santiago de Compostela. Universidad de Santiago de Compostela.
- Butler, J. (1997). *Le corps centré. Spirale*, mayo-junio.
- Beck, A.T. (1972). *Depression: Causes and treatment*. Filadelfia: Pennsylvania University Press.
- Bem, S.L. (1993). *The lenses of gender: Transforming the debate and sexual inequality*. New Haven: Yale University Press.
- Bennett, J. C. (1993). Inclusion of women in clinical trials-policies for population subgroups. *New England Journal of Medicine*, 329 (4), 288-292.
- Bernis, C., Varea, C., Arias, S., Montero, P., Barroso, A. y González, B. (1998). Parámetros óseos, capacidades funcionales y prevalencia de problemas osteomusculares en mujeres españolas de 45 a 65 años. *Antropología Portuguesa*, 15, 123-139.
- Bernis, C. (2001). Ecología del envejecimiento reproductor. En C. Bernis., R. López., Prado, C y Sebastián, J, *Salud y Género. La salud de la mujer en el umbral del siglo XXI* (pp. 129-143). Madrid. Ediciones de la Universidad Autónoma de Madrid.
- Billig, M. (1987). *Arguing and thinking. A rhetorical approach to social psychology*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Bonilla, A. (1998). Los roles de género. En J. Fernández (Coord.), *Género y Sociedad* (pp. 141-176). Madrid: Pirámide.
- Bridges, J. S. (1989). Sex differences in occupational values. *Sex Roles*, 20, 205-211.
- Bromberger, J. T., Matthews, K. A., Kuller, L. H., Wing, R. R., Meilahn, E. N & Plantinga, P. (1997). Prospective study of determinants of menopause. *American Journal of Epidemiology*, 145 (2), 124-133.
- Burin, M., Moncarz, E. y Velázquez, S. (1990). *El malestar de las mujeres. La tranquilidad recetada*. Buenos Aires: Paidós.
- Burin, M y Dio Bleichmar, E. (1996). *Género, psicoanálisis, subjetividad*. Buenos Aires: Paidós.
- Burke, A. P., Farb, A., Malcom, G. T., Liang, Y., Smialek, J & Vimani, R. (1998). Effect of risk factors on the mechanisms of acute thrombosis and sudden coronary death in women. *Circulation*, 97, 2110-2116.
- Comas d' Argemir, D. (1995). *Trabajo, género y cultura. La construcción de desigualdades entre hombres y mujeres*. Barcelona: Icaria.
- Crawford, M. (1995). *Talking difference. On gender and language*. London: Sage.
- Crawford, S. L., Casey, V., Avis, N. E & Mckinlay, S. M. (2000). A longitudinal study of weight and the menopause transition: Results from the Massachusetts Women's Health Study. *Menopause*, 7 (2), 96-104.
- Curry, C., Trew, K., Turner, I & Hunter, J. (1994). The effect of life domains on girls's possible selves. *Adolescence*, 29, 133-150.
- Denia, F y Mingote, C. (2001). *Factores psicosociales que influyen en el desarrollo de la enfermedad coronaria (EC) en la mujer*. En AAVV, II Jornadas de Salud Mental y Género. Madrid. Instituto de la Mujer. Serie Debate, 32, 77-89.
- Dio Bleichmar, E. (1991). *La depresión en la mujer*. Madrid: Temas de Hoy.
- DSM-IV (1995). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson.
- Durán, M. A. (1983). *Desigualdad social y enfermedad*. Madrid: Taurus.
- Etaugh, C. & Liss, M. B. (1992). Home, school and playroom: Training grounds for adult gender roles. *Sex Roles*, 26, 129-147.
- Frankenhaeuser, M., Lundberg, U. & Chesney, M. (1991). *Women, work and health. Stress and oportunities*. New York: Plenum Press.
- Freud, S. (1930). *El malestar en la cultura. Obras Completas*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Galende, E. (1997). *De un horizonte incierto*. Buenos Aires: Paidós.
- Gil, F. y Cabré, A. (1997). El crecimiento natural de la población española y sus determinantes. En R. Puyol (Ed.), *Dinámica de la población en España. Cambios demográficos en el último cuarto del siglo XX* (pp. 47-144). Madrid. Pirámide.
- González de Chávez, A. (2000). *El ideal maternal y el sufrimiento psicopatológico en las mujeres*. En AAVV, II Jornadas de Salud Mental y Género. Madrid. Instituto de la Mujer. Serie Debate, 32, 31-44.
- Green, R. (1987). *The «Sissy boy syndrome» and the development of homosexuality*. New Haven: Yale University Press.
- Grimmell, D. & Stern, G. (1992). The relationship between gender role ideals and psychological well-being. *Sex Roles*, 27, 9-10.
- Harlow, S. D., Bainbridge, K., Howard, D., Myntti, C., Potter, L., Sussman, N., Van Olphen, J., Williamson, N & Young, E. (1999). Methods and measures: Emerging Strategies in women's health research. *Journal Women Health*, 8 (2), 139-147.
- Healy, B. (1991). The Yentl syndrome. *New England Journal of Medicine*, 325 (4), 274-275.
- Heilbrun, A. B. (1998). *Stress and the risk of psychobiological disorder in colleague women*. New York: United Press of America.
- Heise, L. (1994). *Violence against women: The hidden health burden*. World Bank Discussion Paper 255. Washington DC, World Bank
- Jessell, J. C & Beymer, L. (1992). The effect of job title vs. job description on occupational sex typing. *Sex Roles*, 27, 73-83.

- Jovell, A. (1994). Desigualdades en el nivel de salud. En M. Juárez (Dir.), *V informe sociológico sobre la situación social en España. Sociedad para todos en el año 2000* (pp. 957-973). Madrid: Foessa.
- Koestner, A & Aube, J. (1995). *The ghost in the machine*. London: Hutchinson and Company.
- Levinton, N. (2001). *El superyó femenino*. En AAVV, II Jornadas de Salud Mental y Género. Madrid. Instituto de la Mujer. Serie Debate, 32, 45-58.
- Marrugat, J., Sala, J., Masia, R., Pavesi, M., Sanz, G., Valle, V., Molina, L., Seres, L & Elosua, R. (1998). Mortality differences between men and women following first myocardial infarction. *JAMA*, 280 (6), 1405-1409.
- Martínez Benlloch, I y Bonilla, A. (2000). *Sistema sexo/género, identidades y construcción de la subjetividad*. València: Universitat de València.
- Martínez Benlloch, I. (Coord.) (2001). *Género, desarrollo psicosocial y trastornos de la imagen corporal*. Madrid: Instituto de la Mujer. Serie Estudios, 71.
- McKinlay, S. M., Brambilla, D. J. & Posner, J. G. (1992). The «normal» menopause transition. *American Journal of Human Biology*, 4, 37-46.
- McKinlay, J. B (1996). Some contribution from the social system to gender inequalities in health diseasers. *Journal Health Behavior*, 37, 1-26.
- Mingote, J. C. (2000). Semejanzas y diferencias entre hombres y mujeres. En AAVV, *Salud mental y género. Aspectos psicosociales diferenciales en la salud de las mujeres*. Madrid: Instituto de la Mujer. Serie Debate, 29, 36-49.
- Mingote, J. C. (2001). *La medicina psicosomática desde una perspectiva de género*. En AAVV, II Jornadas de Salud Mental y Género. Madrid. Instituto de la Mujer. Serie Debate, 32, 31-44.
- Parsons, T. (1954). *Essays in sociological theory*. Glencoe: Free Press.
- Prior, J. (1997). El estrés cultural suprime la ovulación. Riesgos para la osteoporosis. En AAVV, *Mujeres, Trabajo, Salud* (pp.47-56). Madrid: Instituto de la Mujer. Serie Debate, 20.
- Ray, J. G. (1998). Meta-análisis de hyperhomocysteinemia as a risk factor venous thromboembolic disease. *Arch. Intern. Med.*, 26, 2101-2010.
- Ruiz, M.T & Verbrugge, L. M. (1997). A two way view of gender bias in medicine. *Journal-Epidemiology-Community-Health*, 51, 106-109.
- Russo, N. F & Green, B. L. (1993). Women and mental health. En F. L. Denmark & M. A. Paludi (Eds.), *Psychology of women* (pp. 379-436). Westwood: Greenwood Press.
- Sánchez-Cánovas, J. (Coord.) (1996). *Menopausia y salud*. Barcelona: Ariel.
- Schwartz, S. M. (1997). Myocardial infarction in young women in relation to plasma total homocysteine, folate, and a common variant in the methylenetetrahydrofolate reductase gene. *Circulation*, 15, 412-417.
- Seligman, M. E. P. (1975). *Helplessness on depression. Developmental and death*. San Francisco: Freeman.
- Tubert, S. (1996). *Figuras de la madre*. Madrid: Cátedra. Col. Feminismos.
- Tubert, S. (2001). *Deseo y representación*. Madrid: Síntesis.
- Unger, R. & Crawford, M. (1996). *Women and gender: A feminist Psychology*. New York: McGraw-Hill.
- Valls, C. (1999). Género, sistema sanitario y salud autopercebida. En A. González de Chávez (Comp.), *Hombres y mujeres, subjetividad, salud y género* (pp. 201-219). Las Palmas de Gran Canaria. Universidad de Las Palmas de Gran Canaria.
- Valls, C. (2000). Desigualdades de género en salud pública. En AAVV, *Género y salud* (pp. 16-22). Madrid: Instituto de la Mujer.
- World Health Organization (WHO) (1998). *Gender and Health : A technical paper*.  
<http://www.who.int/frh-whd/GandH/Chreport/gendertech.htm>
- Wilbur, J., Müller, A. & Montgomery, A. (1995). The influence of demographic characteristics menopausal status and symptoms on women's attitudes toward menopause. *Women and Health*, 23 (3), 19-41.